



Psykoosipotilaan kokemuksia vertaistuesta ja sen merkityksestä hoitoon sitoutumiselle

Kaasalainen Joonas

Piirainen Pentti

2013 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Psykoosipotilaan kokemuksia vertaistuesta ja sen merkityksestä hoitoon sitoutumiselle

Joonas Kaasalainen,
Pentti Piirainen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Helmikuu, 2013

Joonas Kaasalainen, Pentti Piirainen

Psykoosipotilaan kokemuksia vertaistuesta ja sen merkityksestä hoitoon sitoutumiselle

Vuosi	2013	Sivumäärä	47
-------	------	-----------	----

Psykiatriset sairaudet ovat edelleen alidiagnosoituja ja alihoidettuja. Sairaudet alkavat usein varhain, ovat tavallisesti pitkäaikaisia, uusiutuvat helposti ja johtavat elämänlaadun heikkenemiseen, sekä ammatillisen ja sosiaalisen toimintakyvyn laskuun. Ne ovat suurin työkyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä ja näin niiden merkitys myös kansanterveydellisesti ja taloudellisesti on erittäin suuri.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata iältään 18 - 30-vuotiaan psykoosipotilaan kokemuksia ja tarpeita vertaistuesta. Opinnäytetyössä pyritään selvittämään, millaista tietoa psykoosiin sairastunut on vertaistuesta saanut. Lisäksi pyrkimyksenä on hahmottaa psykoosiin sairastuneen saamaa vertaistukea sekä sen vaikutuksia hoitoon sitoutumiseen. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa vertaistuesta, jota voidaan hyödyntää psykoosiin sairastuneen hoitoon sitouttamisessa, Vertaisresepti-hankkeessa sekä vertaistuen kehittämisessä.

Opinnäytetyö toteutettiin osana Vertaisresepti-hanketta. Vertaisresepti-hanke on Espoon Järjestöjen Yhteisö ry:n 2011 käynnistämä selvitys. Vertaisresepti -hankkeen tavoitteena on kehittää hoitoketjujen yhtenäinen toimintamalli, joka sisältää mm. asiakkaiden poluttamisen syventävän potilasryhmäkohtaisen vertaistuen piiriin, järjestöjen neuvonnan, kokemusasiantuntijuuden jakamisen sekä tukihenkilö- ja ystävätoiminnan

Haastattelun kohderyhmänä oli pääkaupunki seudulla sijaitsevassa sairaalassa kuntoutuksessa olevat neljä psykoosin läpi käynyttä potilasta. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineistonkeruu toteutettiin teemahaastatteluina, jonka jälkeen vastaukset purettiin ala- sekä pääteemoihin ja tulkittiin erikseen näistä saatuja vastauksia.

Opinnäytetyömme perusolettamuksena oli, että oikea aikainen vertaistuki voi parantaa psykoosisairaiden hoitoon sitoutumista ja hoitomyönteisyyttä. Vertaistuki on samassa tilanteessa olevien ihmisten toisilleen antamaa, omaan kokemukseen perustuvaa ymmärrystä ja tukea.

Haastattelut nauhoitettiin ja aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä. Tulosten mukaan vertaistuellla on merkitystä hoitoon sitoutumiseen. Haastattelujen perusteella kävi ilmi, että kolmella neljästä oli kokemuksia vertaistuesta ja ne olivat pelkästään myönteisiä ja hoitomotivaatiota kannustavia. Vertaistukea pidettiin yhteisenä tekijänä ja, että voisi ymmärtää toista, joka on samassa tilanteessa. Tulosten pohjalta vertaistukea voitaisiin hyödyntää laajemmin psykoosipotilaiden kokemusasiantuntijuutta kehitettäessä.

Asiansanat: Vertaistuki, psykoosisairaudet, hoitoon sitoutuminen

Joonas Kaasalainen, Pentti Piirainen

The Psychotic Patient's Experiences of Peer Support and its Effects on the Patient's Commitment to Treatment

Year	2013	Pages	47
------	------	-------	----

Psychological illnesses still remain under-diagnosed and thus under-treated. Beginning at an early age and usually exhibiting longevity, they are easily recurring, leading to the deterioration in vocational and social functional ability and the quality of life. The economic and healthcare costs of such mental illnesses are significant.

This Bachelor's thesis aims to review an 18-30-year-old psychotic patient's experiences of peer support and to investigate its effects on the patient's commitment to treatment. The thesis seeks to evaluate the information received by the patient on peer support, and will in addition address the nature of the peer support received. The information generated could then be used to improve patients' commitment to treatment and the "Vertaisresepti" (Peer-prescription)-project, and to further develop peer support methods.

The study was conducted as a part of the "Vertaisresepti"-project, launched by Espoon Järjestöjen Yhteisö ry (The Espoo Associations' Community) in 2011 with the intention of creating an integrated operating model of treatment. Such a model would include, among other things, the direction of clients to in-depth, patient group specific peer support, guidance for relevant organizations and authorities, provision of experience-based expertise, and support-person based treatments.

The target group for the interviews consisted of four patients suffering from psychosis and currently undergoing rehabilitation in a hospital in the metropolitan area. The thesis was conducted as a qualitative study. The material was collected through thematic interviews, after which the answers were categorized into sub- and main themes and interpreted. The initial hypothesis was that timely peer support can increase commitment in and willingness towards treatment in patients suffering from psychosis. Peer support consists of support by people suffering from similar conditions, thus being able to provide understanding based on personal experience.

The interviews were recorded and the analysis method was content analysis. Our findings showed that peer support had an impact on commitment to treatment. The interviews showed that three out of four had experiences of peer support, and these experiences were solely positive and beneficial in terms of motivation towards treatment. Peer support was regarded as a uniting factor and a way of understanding another person in a similar situation. Based on these findings, peer support could be utilized more extensively when developing the experience-based expertise of patients suffering from psychosis.

Key words: peer support, psychotic illnesses, commitment to treatment

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön viitekehys ja keskeisiä käsitteitä	6
2.1	Minäkuva	7
2.2	Psykoosisairaudet	8
2.3	Hoitoon sitoutuminen	12
2.4	Vertaistuki	13
2.5	Mielenterveyskokemusasiantuntija	15
2.6	Vertaistukimuotoja	16
2.7	Psyykkisesti sairaan vertaistuki	17
2.8	Vertaisreseptihanke	19
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä	19
4	Opinnäytetyön toteutus	20
4.1	Laadullinen tutkimus	20
4.2	Teemahaastattelu opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä	21
4.3	Tutkimukseen osallistuvien valinta	23
4.4	Opinnäytetyön aineiston analyysi	23
5	Tulokset	25
5.1	Taustatietoa haastateltavista	26
5.2	Nuoren aikuisen kokemuksia vertaistuesta	26
5.2.1	Yhteiset kokemukset vertaistuesta	26
5.2.2	Vertaistuki henkilö, vertaisryhmät ja toimiminen vertaistukihenkilönä	27
5.2.3	Ongelmat vertaistuen saannissa	28
5.3	Vertaistuen merkitys nuoren aikuisen hoitoon sitoutumiseen	28
5.3.1	Tiedon saanti sairaudesta	28
5.3.2	Hoitoon sitoutuminen	28
5.3.3	Vertaistuen kehitysideoita	30
6	Pohdintaa	30
6.1	Opinnäytetyön tulosten tarkastelua	31
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus	33
6.3	Opinnäytetyön eettisyys	34
6.4	Jatkotutkimusehdotukset	35
6.5	Oppimisprosessi	36
	Lähteet	37
	Liitteet	41

1 Johdanto

Psykiatriset sairaudet ovat edelleen alidiagnosoituja ja alihoidettuja. Ne alkavat usein varhain, ovat tavallisesti pitkäaikaisia, uusiutuvat helposti ja johtavat elämänlaadun heikkenemiseen, sekä ammatillisen ja sosiaalisen toimintakyvyn laskuun. Ne ovat suurin työkyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä ja näin niiden merkitys myös kansanterveydellisesti ja taloudellisesti on erittäin suuri (Lepola, Koponen, Leinonen, Jokimaa, Isohanni & Hakola 2008, 7 - 8).

Tämä opinnäytetyö toteutettiin osana Vertaisresepti-hanketta. Vertaisresepti -hanke on Espoon Järjestöjen Yhteisö ry:n 2011 käynnistämä selvitys. Hankkeen tehtävänä on koota HYKS:in alueen hajanaiset neljää suurta potilasryhmää (sydän-, diabetes-, syöpä- ja mielenterveyspotilaat) edustavat järjestöt järjestöpooleiksi suunnittelemaan ja toteuttamaan vertaisresepti- hanketta. Vertaisresepti -hankkeen tavoitteena on kehittää hoitoketjujen yhtenäinen toimintamalli, joka sisältää esimerkiksi asiakkaiden poluttamisen syventävän potilasryhmäkohtaisen vertaistuen piiriin, järjestöjen neuvonnan, kokemusasiantuntijuuden jakamisen sekä tukihenkilö- ja ystävötoiminnan (Espoon järjestöjen yhteisö 2011). Vertaisresepti-hankkeen tavoitteena on integroida vapaaehtois- ja vertaistukitoiminta osaksi potilaan palveluketjua ja näin tukea asiakkaiden voimaantumista passivoitumisen sijaan sekä tukea heidän sopeutumistaan uuteen elämänvaiheeseen ja kuntoutukseen. Tarkoituksena on tukea potilaan motivaatiota omahoitoon ja vastuunottoa omasta hoidostaan sekä välittää kokemustietoa asiakkaan kannalta oikeaan aikaan ja mahdollisimman aikaisin. Ajatuksena on mallintaa vertaistuen tarjontamahdollisuuksia hoitoketjussa ja kehittää järjestöjen välistä yhteistyötä niin, että vertaistukityössä hyödytään synergiaa, säästetään resursseja ja tavoitetaan paremmin järjestöjen kohderyhmänä olevia (Espoon järjestöjen yhteisö 2011).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata iältään 18 - 30-vuotiaan psykoosipotilaan kokemuksia ja tarpeita vertaistuesta. Opinnäytetyössä pyritään selvittämään, millaista tietoa psykoosiin sairastunut on vertaistuesta saanut. Lisäksi pyrkimyksenä on hahmottaa psykoosiin sairastuneen saamaa vertaistukea sekä sen vaikutuksia hoitoon sitoutumiseen. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa vertaistuesta, jota voidaan hyödyntää psykoosiin sairastuneen hoitoon sitouttamisessa, Vertaisresepti-hankkeessa sekä vertaistuen kehittämisessä.

2 Opinnäytetyön viitekehys ja keskeisiä käsitteitä

Teoreettinen viitekehys sisältää tutkijan ajattelun perusolettamukset, jotka ohjaavat tutkimuksen kulkua. Tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen kuuluu tutkimuksen keskeisten käsitteiden esittely, luokittelu ja määrittely. Viitekehyksen tehtävänä on selvittää

tutkimuksen näkökulma sekä yhdistää tutkimus aiempaan tieteelliseen keskusteluun (Uusitalo 1991, 42). Tutkimuksen viitekehyksenä on käytetty aiempaa tutkimusta psykoosisairauksista sekä vertaistuesta. Psykiatrisessa hoitotyössä pyritään siihen, että potilas pystyy täyspainoiseen elämään psyykkisistä ongelmista huolimatta. Tavoitteena on edistää parantumista ja selviytymistä elämässä tuen, informaation, luotettavuuden ja ymmärtävyuden avulla. Potilaan oma hoitomotivaation on ratkaiseva tekijä hoidon onnistumisessa (Hentinen, Kyngäs 2008, 163). Tutkimuksen perusolettamuksena on, että oikea aikainen vertaistuki voi parantaa psykoosisairaiden hoitoon sitoutumista ja hoitomyöntyvyyttä. Vertaistuki on samassa tilanteessa olevien ihmisten toisilleen antamaa, omaan kokemukseen perustuvaa ymmärrystä ja tukea (Nylund 2005, 203). Vertaistuki on voimaantumista sekä muutosprosessia, joiden kautta ihminen voi löytää ja tunnistaa omat voimavaransa ja vahvuutensa sekä ottaa vastuun omasta elämästä (Huuskonen 2010). ”Paraneminen ja kunnossa pysyminen riippuvat siitä, miten potilas motivoituu ja pystyy hoitoon, jotta hoidon jatkuvuus voitaisiin varmistaa, vaaditaan potilaan hoitoon sitoutumista ja yhteistyötä. Potilas tulee nähdä aktiivisena hoitoonsa osallistujana eikä vaan passiivisena vastaanottajana.” (Hentinen, Kyngäs 2008, 165.) Mikkosen (2009) mukaan sairastuneet kokivat vertaistukitoiminnan tietolähteenä, suojana ja turvana. He kokivat löytäneensä ratkaisun moniin ongelmiinsa vertaisilta (Mikkonen 2009,3). ” *Hyvä hoitoon sitoutuminen saa aikaan enemmän ja parempia tuloksia ja sitä kautta säästöjä kuin mikään muu yksittäinen toimenpide.*” (Hentinen, ym. 2008, 11.) Opinnäytetyön fokus on hoitotyössä ja sen käsitteissä. Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat minäkuva, psykoosisairaudet, hoitoon sitoutuminen, vertaistuki ja vertaistukimuodot sekä mielenterveyskokemusasiantuntija.

2.1 Minäkuva

Psyykinen tasapaino muodostuu yksilöllisistä, kulttuurisista ja yhteiskunnallisista tekijöistä sekä sosiaalisesta vuorovaikutuksesta. Psyykkiseen tasapainoon liittyy aina ihmisen ja ympäristön välinen yhteys. Psyykkisen tasapainon synonyymi on mielenterveys. Mielenterveyttä on todellisuuden mukainen ehjä minäkuva eli identiteetti. Ihmisellä on tapana säädellä psyykkistä tasapainoaan erilaisilla hallinta- ja selviämiskeinoilla sekä puolustuskeinoilla. Ihmisen identiteetti on persoonallisuuden ydin. Se selittää ja ohjaa ihmisen luonteenomaista toimintaa. Oma oleminen ja toiminta tiedostetaan itseen kuuluvaksi sekä omat tunteet ja ajatukset omiksi. Minäkuva alkaa kehittyä heti syntymän jälkeen. Ihmisen persoonallisuuden kehitys on läpi elämän jatkuva prosessi. Ihmisen persoonallisuus on kuitenkin suhteellisen pysyvä käsite. Persoonallisuuteen kuuluu esimerkiksi huumorintaju, ujous, avoimuus jne. Myös itsetunto ja itsearvostus liittyvät yksilön minäkäsitykseen. Hyvää itsetuntoa on uskallus olla oma itsensä. Se on myös perusvarmuutta siitä, että on hyväksytty ja voi itse päättää omista asioistaan. Itsetunnolle on keskeistä yksilön käsitys omista

kyvyistään toimia omien tavoitteidensa mukaisesti ja saavuttaa tavoitteet. Mikäli minäkuva rakentuu pääsääntöisesti myönteisistä asioista, on itsetunto yleensä hyvä. Itsetunto voi vaihdella, mutta yleensä se on suhteellisen pysyvä. (Iivanainen, Syväoja 2009, 428.)

Ihmisen identiteetti ja elämäkokonaisuus ovat sidoksissa toisiinsa. Identiteetti antaa elämän kokonaisuudelle sisällön ja muodon. Jokaisen ihmisen elämäkokonaisuus on erilainen. Ilman identiteettiä ei ole elämäkokonaisuutta. Ihmisen toiminnan tunteminen on tärkeää kokonaisuuden ymmärtämiseksi. Identiteetin tarkastelu mahdollistaa ihmisen tarkastelun ainutlaatuisena ja arvokkaana. Identiteetti muodostaa elämäkokonaisuuden niin vertikaalisesti kuin horisontaalisesti. Horisontaalisella tasolla se kytkee yhteen yksilön elämäalueet, perheen, koulutuksen, työn jne. Vertikaalisella tasolla se muodostuu elämähistoriasta (Nurmi 1995, 15). Yksilön identiteetti on jatkuvassa muutoksessa. Elämä on eräänlaista identiteetin etsimistä, koska ihminen rakentaa jatkuvasti identiteettiään Ihmisen elämä on jatkuvasti altis ympäristön muutoksille. Ympäristön muutokset vaikuttavat ihmisen arvoihin, asenteisiin ja motiiveihin. Arvot, asenteet ja motiivit ovat osa ihmisen identiteettiä. Ihmisen identiteetti muodostuu synnynnäisistä ominaisuuksista sekä ympäristötekijöistä. Yksilöt muodostuvat siis hyvin eri tavoin ja muodostavat erilaisia kokonaisuuksia. Yksilön tarpeet ja merkitykset syntyvät elämäkokonaisuudesta ja vaikuttavat hänen arvoihin, asenteisiin ja motiiveihin (Piirainen 1999, 25 - 26).

On luonnollista, että yksilön motivaatioon vaikuttavat samanaikaisesti monet tekijät. Yksilön tavoite on kuitenkin löytää toimintaa, mikä tuottaa eniten mielihyvää ja minimoi pahanolon tunnetta. Hän pyrkii saamaan itselleen onnistumisen tunteen, joka vahvistaa hänen itsetuntoaan. Ihminen pyrkii siis päämääriin, jotka ovat hänelle merkittäviä ja jotka tuovat hänelle arvostusta muiden silmissä. Yksi ihmisen toimintaa ohjaa yleisperiaate on tasapainaisuuden löytäminen. Ihminen pyrkii säilyttämään tietyn tasapainon itsensä ja ulkoisen ympäristön suhteen. Ihminen on varsin sopeutuva ja joustava. Hän sopeutuu helposti ympäristön muutoksiin ja koettaa säilyttää tai parantaa asemiaan itsensä ja muiden välillä. Ihmisellä on myös pyrkimys jatkuvaan kehitykseen. Hän pyrkii löytämään oman identiteettinsä ja säilyttämään minäkuvansa vaikeuksista huolimatta. Ihmisellä on pyrkimys tulla yhä enemmän siksi, miksi hän voi tulla. (Juuti 1992, 56.) Identiteetti ja psyykkinen tasapaino voivat muuttua sekä psyykkisen häiriön että somaattisen sairauden johdosta. Psyykkisten häiriöiden kolme pääryhmää ovat neuroosit, persoonallisuushäiriöt ja psykoosit (Iivanainen, ym. 2009, 428).

2.2 Psykoosisairaudet

Psykoosissa tapahtuu psyykkinen hajoaminen, jonka laukaisijana voivat olla mm. psyykkiset ja sosiaaliset stressitilanteet. Akuutissa psykoosissa todellisuudentaju katoaa. Psykoosipotilaalta puuttuu eheä minäkuva. Tilanne vaatii nopean arvioinnin ja hoidon. Potilas toimitetaan sairaalaan avoimesti ja rehellisesti, ettei se vaikeuta hoitoa ja luottamuksen rakentumista jatkossa. Hoidon tavoitteena on potilaan todellisuudentajun palauttaminen, sairauden aiheuttaminen vaikeiden ja pelottavien tuntemusten helpottaminen sekä kuntoutuminen. Keskeistä hoidossa on sosiaalinen tuki ja huolenpito. Potilaan perustarpeet tulee turvata ja luoda hänelle mahdollisimman turvallinen ympäristö. Tavoitteena on myös perheen sitouttaminen hoitoon, jolloin perheenjäsenet saavat alusta alkaen tarvittavaa tukea. Akuuttien psykoosien kriisihoidossa vuorovaikutustapahtumien merkitys korostuu voimakkaasti (Pulkkinen, Vesanen 2010, 617 -618).

Psykoosipotilas sekoittaa usein mielen sisäiset impulssit ulkomaailman ärsykkeisiin, eikä kykene erottamaan sitä, mikä on mielikuvitusta ja mikä todellisuutta. Sairauteen kuluu eriaisteiset näkö-, kuulo-, ja luuloharhat sekä vaikutuselämykset. Potilas saattaa tuntea esimerkiksi ajatuksiinsa vaikuttavan hänen ulkopuoleltaan. Olennaista taudinkuvassa ovat oudot sanavalinnat tai syrjähtelevä puheens sisältö sekä motorinen levottomuus tai jähmeys. Lisäksi psykoosisairauksissa esiintyy myös pelokkuutta ja aggressiivisuutta, johon liittyy usein harhoja (Pulkkinen, ym. 2010, 617 - 618).

Psykoottisen potilaan hoito kuuluu psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Mikäli avohoidossa toimii esimerkiksi ns. psykoosityöryhmä, niin avohoito voi myös onnistua. Avohoidon edellytyksenä ovat tiiviit kontaktit ja tukiverkoston toimivuus. Potilaalle annetaan kokemus kuulluksi tulemisesta sekä puhutaan potilaalle itselleen. Hoitoon kuuluu realiteetteihin tukeutuva keskustelu; puhutaan selkeitä, konkreettisia ja yksiselitteisiä lauseita. Sopimuksista pidetään kiinni ja puhutaan totta. Harhoista ei pidä kiistellä, muttei myöskään lähteä niihin mukaan. Harhoja voi kyseenalaistaa varovasti puhumalla potilaan omasta kokemusmaailmasta sekä tuomalla tosiasioita harhojen rinnalle. Potilasta ei saa jättää yksin. Hän tarvitsee kuitenkin myös riittävästi tilaa ja yksityisyyttä. Alkuvaiheesta lähtien on tärkeää järjestää yhteistapaamiset potilaan perheen ja muiden potilaalle tärkeiden ihmisten kanssa, mieluiten niin, että potilas itse on läsnä. Akuutin kriisin lauetta jatkohoitoina ovat erityyppiset terapiat sekä kuntouttava toimita sekä vertaistuki (Pulkkinen, ym. 617 - 618). Psykoosi potilaan hoitoon sitoutumisen tukeminen vaatii vuorovaikutusta, rakentavaa dialogia sekä aktiivista kuuntelua (Hentinen, ym. 2008, 166).

Psykoosit ryhmitellään skitsofreniaryhmän psykooseihin ja mielialaoireisiin psykooseihin. Ensiksi mainittuun ryhmään kuuluvat muun muassa skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriö. Jälkimmäiseen ryhmään kuuluvat vakava masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö silloin, kun niihin liittyy aistinharhoja tai harhaluuloja. Mielialaoireisissa

psykooseissa psykoottiset oireet voivat olla lyhytkestoisempia ja yleensä ohimeneviä. Mielialaoireet ovat tyypillisiä kummankin ryhmän potilailla. Päihteiden käyttö ja ruumiillinen sairaus voivat myös aiheuttaa psykoosin (Perälä, Saarni & Suvisaari 2006).

Opinnäytetyön kaikkia haastatellut ovat läpikäyneet skitsofrenian. Skitsofrenia on psykoottinen häiriö, jossa käsitys todellisuudesta häiriytyy ja toimintakyky on heikentynyt. Skitsofrenian hoito perustuu pitkäjänteiseen työskentelyyn, luottamukselliseen hoitosuhteeseen, psykoosilääkitykseen sekä psykoanalyysiin ja hoito- ja kuntoutustoimenpiteisiin. On tärkeää kyetä tunnistamaan skitsofrenian oireet mahdollisimman aikaisessa vaiheessa ja aloittamaan ennaltaehkäisevä hoito (Käypähoito 2008).

Skitsofrenia on monimuotoinen psyykkinen sairaus, jonka pahenemista voidaan ehkäistä varhaisella tunnistamisella ja varhain aloitetulla hoidolla. Skitsofrenia, toiselta nimeltään jakomielitauti on yleensä nuorella aikuisiällä alkava vakava psykiatrinen sairaus. Sairauden taustalla on alttius, jonka sisäinen tai ulkoinen tekijä voi laukaista. Tärkein yksittäinen altistava tekijä on lähisukulaisten skitsofrenia. Skitsofrenia on yleisin psykooseiksi eli mielisairauksiksi luokitelluista sairaustiloista. Taudille ovat ominaisia erilaiset ajattelun tai havaitsemisen vääristymät eli harhaluulot sekä aistiharhat, usein myös tunneilmaisujen poikkeavuus tai latistuminen (Huttunen 2011).

Suomessa noin prosentti koko väestöstä sairastaa skitsofreniaa. Heistä noin kuusi prosenttia on sairaalahoidossa ja 13 prosenttia saa vuoden aikana sairaalahoitoa. Miehet sairastuvat skitsofreniaan yleensä 20 - 28 vuoden iässä, naiset keskimäärin muutamaa vuotta vanhempina. Skitsofrenia voi kuitenkin alkaa jo lapsena tai murrosiässä, joskus harvemmin myös keski-iässä (Huttunen 2011).

Skitsofrenian oireet voidaan jakaa ilmaantumisjärjestyksen perustella. Ennakko-oireista yleisimpiä ovat neuroottiset oireet, kuten ahdistuneisuus, mielialaoireet, masennus ja mielialan vaihtelu sekä tahtoelämän muutokset, mm. apaattisuus, kognitiiviset muutokset, esim. keskittymiskyvyttömyys sekä fyysiset oireet, kuten unettomuus sekä käyttäytymisen muutokset, joita voivat olla toimintakyvyn heikkeneminen ja ihmissuhteista vetäytyminen, muita oireita voivat olla esimerkiksi vääristymät ja epäileväisyys. Akuuttivaiheen oireista yleisimpiä ovat positiiviset oireet ja jälkioireina yleisimmin negatiivisia oireita. Psykoosin ennakko-oireet voivat kestää muutamasta päivästä vuosiin. Ensimmäistä psykoosia edeltävät ennakko-oireet ilmenevät usein aluksi depressiivisinä, myöhemmin negatiivisinä ja vasta lopuksi positiivisinä oireina (Käypähoito 2008).

Sisältönsä osalta skitsofrenian oireet jaetaan positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisia oireita ovat aistinharhat, harhaluulot ja puheen sekä käyttäytymisen sekavuus. Negatiivisia oireita ovat tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen, tahdottomuus sekä kyvyttömyys tuntea mielihyvää (Käypähoito 2008).

Lääkehoito muodostaa hoidon perustan. suurin osa skitsofreniapotilaista hyöttyy neuroleptihoidosta merkittävästi. Neuroleptit eli psykoosilääkkeet, rauhoittavat, vähentävät ahdistuneisuutta, levottomuutta ja aggressioita sekä estävät psykooseihin liittyviä aistinharhoja ja ajatushäiriöitä. Uusien neuroleptien avulla psykoottisten tilojen hoito on ratkaisevasti helpottunut (Nurminen 2008, 271).

Skitsofrenian taudinkuva on monimuotoinen ja taudin on kulku yksilöllisesti vaihteleva. Skitsofrenian hoidossa on keskeistä erilaisten hoitomuotojen yhdisteleminen potilaan elämäntilanteen mukaan ja yksilöllisiä tarpeita vastaten. Nykyisin hoito toteutetaan pääsääntöisesti avohoidossa ja mukaan pyritään ottamaan potilaan lähiomaiset. Ymmärtävä, luottamuksellinen ja hoitoon sitoutunut, pitkään jatkuva hoitosuhde on kuntoutuksen kulmakivi (Käypähoito 2008).

Skitsofreniaan sairastuneet voivat elää pelottavien ja hämmentävien tai ahdistavien hallusinaatioiden sekä harhaluulojen maailmassa. Heistä saattaa tulla niin sekavia, että he voivat sekä itse olla peloissaan että samanaikaisesti vaikuttaa ympäristössä pelottavilta. Skitsofreniaan potilas voi kokea elämässään suuria heilahduksia. Se voi vaikuttaa myös perheeseen ja ystäviin paljon. He näkevät miten sairaus vaikuttaa läheiseen ja he joutuvat käsittelemään potilaan tukemiseen liittyviä haasteita ja ongelmia. Perheenjäsenille tämä voi olla vaikeaa myös siksi, että he muistavat, millainen läheinen oli ennen sairastumistaan. Skitsofrenia voi olla sekä kiusallista että pelottavaa. Se ei kuitenkaan sulje pois hyvää elämänlaatua ja mahdollisesti työtä. Kuten kaikki, joilla on pitkäaikainen tai toistuva sairaus, niin myös ihmiset, joilla on skitsofrenia, voivat oppia käsittelemään sairauttaan ja pääsemään elämässään eteenpäin. Skitsofrenian puhkeaminen on useiden asioiden summa. Perinnöllisyydellä, sosiaalisilla suhteilla ja elinympäristön stressitekijöillä on vaikutusta omalta osaltaan sairauden kehittymiseen. (Skitsofreniatietoa 2012.)

Viime vuosina on tutkimuksissa saatu näyttöä siitä, että osalla skitsofreniaan sairastuneilla henkilöillä on toiminnallisesti merkittäviä muutoksia erityisesti aivojen otsa- ja ohimolohkojen hienorakenteessa ja toiminnassa. Aivojen hermosolut lähettävät ja vastaanottavat viestejä muista hermosoluista. Täten skitsofrenia häiritsee hermosolujen välistä viestintää. Kyky ajatella selkeästi, tehdä johtopäätöksiä ja erottaa todellisuus mielikuvituksesta saattaa häiriintyä. Perinnöllisillä tekijöillä saattaa osaltaan olla vaikutusta sairastua skitsofreniaan. Sairauden ei ole kuitenkaan todettu periytyvän kovin merkittävästi.

Noin joka kymmenes lapsi saattaa sairastua, mikäli jompikumpi vanhemmista on sairastanut skitsofreniaa. Kun molemmat vanhemmat sairastavat skitsofreniaa, lapsen riski sairastua on 46 prosenttia. Perinnöllisten ja biologisten tekijöiden lisäksi myös ympäristötekijät saattavat vaikuttaa sairauden kehittymiseen. Stressi saattaa myös liittyä kuormittavaan elämäntilanteeseen tai yksittäisiin tapahtumiin. Mikäli stressi ylittää sopeutumiskyvyn, ihminen voi sairastua psyykkisesti (Skitsofreniainfo 2012).

2.3 Hoitoon sitoutuminen

”Hoitoon sitoutumisella tarkoitetaan asiakkaan aktiivista ja vastuullista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla yhteisössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa.” (Hentinen, ym. 2008, 17.) Itsehoito-käsitettä käytetään myös hoitoon sitoutumisen yhteydessä. Itsehallinta puolestaan korostaa asiakkaan omaa päätöksentekoa ja itsenäistä selviytymistä hoidossa. Hoitoon sitoutuminen ja itsehallinta ovat läheisiä käsitteitä terveydenhuollossa, myös hoitomyönteisyys ja ohjeiden noudattaminen kuvaavat asiakkaan osuutta hoidossa. Aiempien käsitteiden mukaan syy oli asiakkaassa, ellei hän noudattanut hoito-ohjeita. Nykyisin asiaa on alettu käsitellä monipuolisemmin. Vastuu hoidosta katsotaankin koskevan laajempaa käsitettä. Vastuu hoitoon sitoutumisesta on nykykäsityksen mukaan koko yhteiskunnalla (Hentinen, ym. 2008, 18 - 20).

Hoitoon sitoutumattomuus on kasvava ongelma terveydenhuollossa. Varsinkin pitkäaikaissairaiden kohdalla, mikäli hoitoon ei sitouduta, on hoito turhaa. On esitetty, että hyvän hoitoon sitoutumisen avulla saadaan aikaan enemmän ja parempia tuloksia ja sitä kautta säästöjä kuin minkään yksittäisen toimenpiteen avulla (Hentinen, ym. 2008, 11). Hoitositoutumisen taustalla on käsitys ihmisestä arvokkaana ja oppivana yksilönä. Asiakas mielletään aktiivisena ja vastuullisena olevaksi henkilöksi omasta terveydestään. Sairaudet muut tilanteet voivat kuitenkin vaikuttaa tilanteeseen siten, että yksilö tarvitsee toisten ihmisten, yhteisöjen tai yhteiskunnan apua ja vastaantuloa. Ihmiset ovat vastuussa paitsi itsestään myös toisistaan. Terveydenhuollon päämääränä on yksittäisen asiakkaan ja väestön terveys. Hoitoon sitoutuminen voidaan mieltää tavoitteena ja välineenä päämäärään, eli mahdollisimman hyvään terveyteen pyrittäessä. Terveys on voimavara, jonka avulla ihminen voi toteuttaa itseään ja elää mahdollisimman monipuolista elämää. (Hentinen, ym. 2008, 20 - 21).

Hoitoon sitoutumista voidaan tarkastella monelta kannalta. Asiakkaan kannalta merkitys on toisenlainen kuin yhteiskunnan ja terveydenhuollon kannalta. (Hentinen, ym. 2008, 21.) Asiakkaan kannalta se merkitsee parempaa toimintakykyä ja elämänlaatua. Yhteiskunnankannan kannalta taas keskeistä on väestön terveystason nouseminen, työ- ja

toimintakyvyn paraneminen, työssäolovuosien lisääntyminen sekä säästöt, jotka syntyvät hoidon tarpeen ja sairauspäivien vähetessä. Terveystieteiden kannalta asiakkaan hoitoon sitoutuminen voidaan nähdä välineeksi, jolla kerätään arvokasta tietoa terveydenhuoltohenkilökunnan koulutuksen, suunnittelun ja toteutuksen lähtökohdaksi. Kaiken hoitoon sitoutumiseen tähtäävän toiminnan tulee perustua tutkittuun tietoon. Tämä velvoittaa jatkuvan uuden tutkimustiedon seuraamista ja tarvittaessa käytänteiden muuttamista (Hentinen, ym. 2008, 22 - 25).

Hoitoon sitouttavina tekijöinä voidaan pitää asiakkaasta itsestään johtuvia tekijöitä, kuten ikä, sukupuoli, koulutus, arvot, käsitykset, aikaisemmat kokemukset, elämäntilanne ja sairaus sekä motivaatio. Potilaan tulee hyväksyä ennen kaikkea sairautensa ja hänelle kuuluva hoito (Hentinen, ym. 2008, 167). Ympäristötekijöillä on myös huomattava merkitys hoitoon sitoutumiseen. Niitä ovat terveydenhuoltojärjestelmä ja sen mahdollistama oikea-aikainen hoito, hoidon järjestelyt, vuorovaikutus, ohjaus, seuranta ja tuki sekä muut tekijät kuten omaiset, vertaistuki, läheiset ja emotionaalinen, konkreettinen ja tiedollinen tuki (Hentinen, ym. 2008, 26).

2.4 Vertaistuki

Vertaisuus on yhteisöllistä, yhdessä elämistä ja kokemista. Vertaisuus on kommunikaatiota, missä vertaisuus välittyy. Yksin ei kukaan voi olla vertainen, vaan siihen liittyvät aina muut ihmiset. Vertaisuus on myös kokemusasiantuntijuuden perusta (Mielenterveyden Keskusliitto 2012).

Vertaistuesta on olemassa lukuisia painotuksiltaan hieman erilaisia määritelmiä. Kaikille on yhteistä vertaistuen liittäminen johonkin elämäntilanteeseen tai ongelmaan. Yhteistä on tuen ja auttamisen vastavuoroisuus. Vertaistuki on järjestelmällistä tukitoimintaa, joka tapahtuu kahden ihmisen välillä tai ryhmissä. Vertaistuen tulee perustua osapuolten omiin kokemuksiin. Vertaistuellla tarkoitetaan vastavuoroista kokemusten vaihtoa, missä samankaltaisia prosesseja elämässään läpikäyneet ihmiset tukevat toinen toistaan (Huuskonen 2010). Vertaistuki on samassa tilanteessa olevien ihmisten toisilleen antamaa, omaan kokemukseen perustuvaa ymmärrystä ja tukea (Nylund 2005, 203). Vertaistuki on omaehtoista ja yhteisöllistä tukea sellaisten ihmisten kesken, joita yhdistää jokin kohtalonyhteys, jonka yhteiskunta määrittelee poikkeavaksi ja joka edellyttää enemmän sosiaalista tukea (Kärkkäinen, Nylund 1996, 7). Vertaistuki voidaan myös määritellä voimaantumisenä sekä muutosprosessina, joiden kautta ihminen voi löytää ja tunnistaa omat voimavaransa ja vahvuutensa sekä ottaa vastuun omasta elämästä (Huuskonen 2010).

Kokemustieto on oman tai läheisen sairastumisen myötä syntynyttä tietoa mielenterveyden häiriöistä. Omakohtaisen psyykkisen sairauden kautta muodostunut kokemustieto auttaa ymmärtämään ja kohtaamaan erilaisia mielenterveysongelmia. Kokemustiedosta voi olla monella tapaa hyötyä kuntoutujalle tai muuten vaikeuksia kohdanneelle, alan ammattilaisille, opiskelijoille sekä kanssaihmisille (Mielenterveyden Keskusliitto 2012). ”*Vertaistuen on tutkimuksien mukaan todettu olevan korvaamaton apu ammattiavun rinnalla psyykkisten sairauksien kuntouttamisessa. Vertaistuen ja psyykkisistä sairauksista kuntoutuneiden kokemusasiantuntijoiden käyttöä tulisi lisätä.*” (Sauri 2012, 2.)

Vertaistuen tarve perustuu ihmisten tarpeeseen saada ja antaa tukea sekä vertailla omia kokemuksiaan ja omaa elämäntilannettaan. Vertaistuki mahdollistaa tilaisuuden puntaroida, miten oma elämä ja voimavarat, sairaus ja sen kanssa selviytyminen ovat samanlaisia tai erilaisia kuin jollakin muilla vastaavassa asemassa (Kukkurainen 2007).

Mielenterveysyhdistys HELMI ry määrittelee, että mielenterveysalan vertaistuki on samankaltaisten elämäkokemusten ja elämänvaiheiden läpi eläneiden ihmisten ihmissuhteiden muoto. Helmissä vertaistuki perustuu kokemuksellisuuteen, keskinäiseen tasa-arvoisuuteen, kuulluksi ja ymmärretyksi tulemiseen sekä kohtaamiseen ja tukeen. Vertaistuki on vastavuoroisuutta, jolloin ajatuksenvaihto syntyy tasavertaisten ihmisten välillä. Vertaistuessa keskeistä on ryhmän jäsenten keskinäinen tuki ja kannustaminen, kokemusten jakaminen (Mielenterveysyhdistys HELMI ry 2007).

Vertaistuen toteuttamistapoja ovat kahdenkeskinen tuki, esimerkkinä vertaistukihenkilö ja -toiminta. Vertaistukiryhmät ovat yksi malli, missä ohjaajana voi toimia vertainen ryhmäläinen, koulutettu vapaaehtoinen tai ammattilainen. Vertaistuki voi olla kahdenkeskistä tai ryhmämuotoista toimintaa (Huuskonen 2010). Vertaistuki voi olla kansalaislähtöistä, omaehtoista toimintaa, joka ei välttämättä liity mihinkään taustayhteisöön. Se voi olla järjestöjen ja yhteisöjen organisoimaa toimintaa, missä taustayhteisö tarjoaa toiminalle tilat sekä ohjaajille koulutusta ja tukea. Vertaistuki voi olla kolmannen sektorin ja ammattilaistahon yhdessä järjestämää toimintaa tai ammattilaistahon järjestämää toimintaa, joka on kiinteä osa asiakkaan saamaa palvelua ja hoito- ja kuntoutusprosessia. Vertaistukea voidaan toteuttaa erilaisissa ympäristöissä, kuten ohjatuissa keskusteluryhmissä, avoimissa kohtaamispaikoissa, toiminnallisissa ryhmissä, kahdenkeskisissä tapaamisissa ja myös verkossa. Ei ole yhtä ainoata oikeata tapaa järjestää vertaistukea (Huuskonen 2010).

Vertaistuen avulla ihmiselle voit tulla kokemus, että hän ei ole tilanteessaan yksin. Ihmisten tilanteiden ainutlaatuisuus ja erilaisuus voivat tulla vertaistukisuhteissa näkyväksi, kun vaihdetaan kokemuksia ja ajatuksia. Omaan tilanteeseen voi avautua kokonaan uusi

näkökulma. Vertaiset saatavat olla prosesseissaan eri vaiheissa, jolloin oma tilanne saa uutta perspektiiviä. Vertaistuen kautta osallistujat voivat saada omaan tilanteeseensa liittyvää tietoa ja käytännön vinkkejä, jotka auttavat selviytymään paremmin arjessa. Kokemusten vaihto vertaistukiryhmässä voi myös virittää ihmisiä vaikuttamaan yhdessä omaan asemaansa yhteisöissä ja tarvitsemiensa palvelujen kehittämiseen (Huuskonen 2010). Sosiaalisen verkoston koostumuksella ja ominaisuuksilla on merkitystä ihmisen hyvinvoinnille ja mielekkyyden kokemukselle (Koskisuus 2004, 188).

Vertaistoiminnan ja ammattityön väliselle vuoropuhelulle ei Suomessa ole selkeitä rakenteita. Tästä syystä kokemusasiantuntijuus julkisten palvelujen kehittämisessä jää yleensä hyödyntämättä. Palveluja tarvitsevat ihmiset kokevat usein, etteivät he voi asiakkaana riittävästi vaikuttaa omiin asioihinsa (Huuskonen 2010). Helsingin Sanomien (28.4.2012) mukaan valtaosa mielenterveyspotilasta ei koe saavansa riittävästi hoitoa. Suomesta puuttuu laajamittainen vertaistukeen perustuva palvelujärjestelmä. Mielenterveyspotilaat ja kuntoutujat tarvitsisivat työpajoja tai kokoontumistiloja, joissa omista mielenterveysongelmistaan kuntoutuneet ihmiset auttaisivat heitä. Mielenterveysjärjestöjen toiveena on, että terveyskeskuksiin palkattaisiin niin sanottuja kokemusasiantuntijoita, omasta sairaudestaan parantuneita entisiä mielenterveyspotilaita, jotka kykenisivät auttamaan hoitohenkilökuntaa ja apua hakevia ihmisiä (Venäläinen 2012).

2.5 Mielenterveyskokemusasiantuntija

Mielenterveyskokemusasiantuntijalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on oman tai läheisen psyykkisen sairauden vuoksi kokemusta mielenterveyden häiriöiden kanssa elämisestä ja halua hyödyntää kokemuksiaan mielenterveystyössä (Hyvärinen 2009, 2). Kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden osallistumista mielenterveys- ja päihdepalveluiden suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin tulee lisätä, jotta palvelujärjestelmä voi ottaa nykyistä paremmin huomioon asiakkaiden tarpeet (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 20).

Kokemusasiantuntijalla on kokemusta mielenterveys- tai päihdeongelmista, joko niitä sairastavana, toipuneena, palveluita käyttäneenä tai omaisena. Kokemusasiantuntijoilla on omakohtaista kokemusta sairauksista. He tietävät, millaista on sairastua ja sairastaa. He tietävät myös millaista on olla hoidossa ja kuntoutua. Kokemusasiantuntijoilla on tietoa siitä, mikä heitä on toipumisessa auttanut, ja mitkä asiat ovat vaikuttaneet heidän omaan kuntoutumiseen. Myös omainen tai läheinen voi olla kokemusasiantuntija (Kuosmanen 2012).

Mielenavain hanke, joka on Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen hanke kouluttaa elämäkokemuksesta asiantuntijuuteen kokemusasiantuntijoita, joilla on omakohtaista

kokemusta mielenterveys- ja päihdeongelmista. Valmennuksen suoritettuaan henkilö voi toimia asiakkaan hoidon tukena tai vertaistukihenkilönä. Tavoitteena on myös, että kokemusasiantuntijoita saataisiin mukaan päätöksentekoon. Vantaan Korson terveysasemalle on avattu ensimmäinen kokemusasiantuntijan vastaanotto. Mielen avaimen hankejohtaja Lauri Kuosmanen kokee, että yksi tämän hetken suurimmista mielenterveys- ja päihdealan haasteista on kohdistettujen palvelujen toimimattomuus. Ihmisiä kierrätetään luukulta toiselle, vaikka jo ensi kohtaaminen voi olla apua hakevalle tärkeä. Hän kertoo, että kokemusasiantuntijan vastaanotto antaa lisäarvoa asiakkaalle ja hänen läheisilleen, kun auttajana on ihminen, joka on kokenut jotain samaa omassa elämässään (Kuosmanen 2012). Käytännön työssä kokemusasiantuntijoiden on tarkoitus olla yhteistyössä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kanssa. Asiakastyössä kokemusasiantuntija voi toimia linkkinä hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä. Yhteistyön on tarkoitus lisätä molemminpuolista ymmärrystä, syventää tietoa ja parantaa palvelua. Kokemusasiantuntijoiden rooli sosiaali- ja terveyspalvelujen suunnittelu- ja kehitystyössä on kasvamassa ja sitä myötä myös kokemuskouluttajien ja vertaistoimijoiden kysyntä on jatkuvassa nousussa. Kokoa eli koulutuetut kokemusasiantuntija ry rekisteröitiin 30.10.2012. KoKoA:n jäsenillä on yhdistyksen hallituksen hyväksymä koulutus tai muu pätevyys kokemusasiantuntijan työhön. KoKoA pitää yllä jäsenrekisteriä, tiedottaa toiminnastaan ja välittää kokemusasiantuntijoita keskitetysti heitä tarvitseville. Yhdistys järjestää jäsenilleen työnohjausta ja jatkokoulutusta (Kokoa 2012).

2.6 Vertaistukimuotoja

Kuntoutuja ohjattaessa tuki voi olla tiedollista, emotionaalista tai konkreettista. Tiedollinen tuki tarkoittaa sitä, miten hyvin ja ymmärrettävästi kuntoutuja on saanut tietoa omasta sairaudestaan ja hoidosta sekä miten hyvin hän on sisäistänyt ne käytäntöön. Se pitää sisällään myös kuntoutujan valmiudet itsensä hoitamiseen. Emotionaalinen tuki pitää sisällään kaiken tunteisiin liittyvien asioiden käsittelyn. Konkreettinen tuki tarkoittaa kaikkea välineellistä tukea, jonka avulla kuntoutuja voi edistää hoitoon sitoutumista. Tällaista tukea ovat esimerkiksi hoitovälineet, apuvälineet tai taloudellinen tuki. Ohjaaminen ja tukeminen, hoitoon sitouttaminen koostuu usein useasta eri tekijästä. Se on moniammatillista tiimityöskentelyä parhaimmillaan (Hentinen, ym. 2008, 76).

Sairastuneen vertaistuki saattaa olla jopa sairastuneen ainoa tuki sairauden alkuvaiheessa. Vertaistuki voi olla kokemustiedolla avuksi, kun ammattiauttajien aika ja tiedot eivät riitä tai he eivät ymmärrä tehtäväänsä asiakkaan palvelijana (Mikkonen 2003, 1). Sairastuneen henkilön voi usein ylitsepääsemättömän raskasta hakea tietoa ymmärrettävästi omasta sairaudestaan, saatikka sisäistää ne käytäntöön. Pelkkä KELA:ssa asioiminen voi tuottaa

ylitsepääsemättömiä vaikeuksia. Tukihenkilönä toimiva henkilö voi toimia arjen apuna erilaisissa käytännön asioissa. hänen kanssaan saattaa joskus olla helpompi ja ymmärrettävämpi keskustella sairauteen liittyvistä asioista kuin ammattiauttajan kanssa (Mikkonen 2003, 1).

Emotionaalisella tasolla sairastunut henkilö voi saada tukea toisilta vertaisiltaan ja kokea, etteivät ole sairautensa kanssa yksin, vaan on muitakin, jotka ovat läpikäyneet samoja asioita. Vertaistuki voi auttaa sairastunutta ja mahdollistaa vuorovaikutuksen samassa roolissa olevan kanssa ja näin saada henkistä tukea. Nimimerkki *"Murmeli"* kirjoittaa Mielenterveyden keskusliiton sivuilla, että ammattihenkilökunta auttaa tiedoillaan ja taidoillaan, mutta heiltä puuttuu vertaisuuden rintaani, joka syntyy vain kokemuksen kautta. Vain saman läpikäynyt ihminen, voi olla todella vertainen. Vertainen ei kysy palkkaa ja koska häntä itseään on autettu, haluaa hän myös auttaa muita (Mielenterveyden keskusliitto 2012).

Konkreettisena tukena voidaan pitää niitä kaikkia välineellistä ja materiaalista tukea, mitä kuntoutuja voi saada. Sairastumisen myötä usein myös talous ei pysy kasassa ja kuntoutuja tarvitsee konkreettisesti taloudellista apua jokapäiväisestä elämästä selviytyäkseen (Mielenterveyden keskusliitto 2012).

Mikkonen (2009) on tarkastellut sairastuneen vertaistukea, mitä eri sairauksien aiheuttamat elämänmuutokset tarkoittavat vertaistuen tarpeeseen sekä mitä merkitystä vertaistuesta on sairastuneelle. Keskeistä tutkimuksessa on se, että mitä vertaistuen piirissä olevat itse ajattelevat vertaistukitoiminnasta. Sairastuneet kokivat vertaistukitoiminnan tietolähteenä, suojana ja turvana. He kokivat löytäneensä ratkaisun moniin ongelmiinsa vertaisilta. Haastatellut kokivat myös, että he olisivat joutuneet turvautumaan enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, mikäli vertaistukea ei olisi ollut. Tukea on saatu myös hakemusten laatimisessa ja eri apuvälineiden käytössä. Tietoa vertaistuesta on ollut saatavilla sairaudesta riippuen. Tutkimuksessa havaittiin myös, että tukihenkilöksi ryhdytään, mikä itse on kokenut saaneensa apua, jolloin sitä halutaan tarjota toisille (Mikkonen 2009,3). Edellisistä käy ilmi, että vaikeista kokemuksistaan huolimatta sairastuneet jaksoivat uskoa elämäänsä ja etsivät keinoja selviytyä elämästä. Vertaistuesta on siis ollut apua sekä tiedollisella, emotionaalisella et konkreettisella tasolla.

2.7 Psyykkisesti sairaan vertaistuki

Vertaistukea on hyödynnetty useilla alueilla. Vertaistoiminta liittyi 1960 - 1980 -luvuilla sairaalakokemuksiin. Hoitojärjestelmien sisälle syntyi kerhoja ja keskusteluryhmiä, joissa vertaisuuden luoma tuki oli luontevaa kaveruutta (Mielenterveyden keskusliitto 2012).

Kriisiprosessissa vertaistukea käytetään apuna mahdollisimman tehokkaaseen samassa tilanteessa olevan vertaisen kuntouttamiseen, keskinäiseen kokemuksen jakamiseen sekä ymmärtämiseen ja tukemiseen (Palosaari 2008, 206). Palosaaren (2008) mukaan kokemukset vertaistuesta Konginkankaan bussiturman yhteydessä olivat sen verran hyviä ja rohkaisevia, että sitä päätettiin hyödyntää myös Aasian tsunamin uhreille ja omaisille (Palosaari 2008, 109). Opinnäytetyömme lähti Vertaisresepti-hankkeen tarpeesta. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää psyykkisesti sairaiden potilaiden vertaistuen kehittämiseen.

Kiviniemen (2008) mukaan nuorten mielenterveyden edistäminen ja syrjäytymisen ehkäisy ovat keskeisiä yhteiskunnallisia haasteita 2000-luvulla. Kiviniemi on selvittänyt psykiatrisessa hoidossa olleiden nuorten aikuisten kokemuksia elämästään ja asioista, jotka auttavat viemään elämää eteenpäin. Tutkimuksen tuloksena hän toteaa, että sairastuminen on elämää mullistava kokemus. Nuoren aikuisen käsitys itsestään muuttui, kaveruussuhteet ja koulutus saattoivat katketa, sairastumiseen liittyi häpeää. Vaikeista kokemuksistaan huolimatta nuori aikuinen uskoi kuitenkin elämään ja etsi itselleen keinoja selviytyä (Kiviniemi 2008, 9). Koivisto (2003) puolestaan toteaa, että potilaat kokivat psykoosin hallitsemattomana minuutena. Tämä tarkoittaa emotionaalista ja fyysistä minän muuttumista sekä itsehallinnan menetyksen tunnetta. Se merkitsee jokapäiväisestä elämästä selviytymisen hankaloitumista sekä muutosta ihmissuhteissa, omaisten ja ystävien tärkeyden korostumista. Kiviniemen tavoin Koivisto (2003) toteaa, että sairastuminen on kokonaisvaltainen ja uuvuttava kokemus. Potilaat kokivat sairaalahoidon vaikeana, mutta välttämättömänä ja, että yksilöllistä voimaantumista ja selviytymistä tuetaan (Koivisto 2003, 8).

Tyrväinen (2012) on selvittänyt mielenterveyskuntoutujien kokemuksia vertaistuesta Varkauden Mielitupa nimisessä päivätoimipaikassa. Tyrväisen mukaan haastateltavien mielestä vertaistukea löytyi ja se toteutui yhdessä olemisen ja tekemisen sekä keskustelujen ja kuuntelemisen sekä muiden kannustamisen kautta. Tutkimuksessa tuli myös esille, että luottamus ja ymmärrys sekä potilaiden kesken sekä potilaiden hoitajien kesken oli välillä puutteellista. Kuntoutujille Mielitupa toimi paikkana, missä he saivat tukea jokapäiväisiin askareihinsa, sisältöä elämäänsä sekä vertaistukea. Haasteeksi kuntoutuja nostivat omat vaikutusmahdollisuudet toiminnan suunnittelussa ja päätösten teossa (Tyrväinen 2012,2).

Kiviniemi (2008) mukaan sairastumisen myötä nuoren aikuisen koko elämä mullistui. Sairastuminen vaikutti koko sosiaaliseen elämään. Ihmiset tarvitsevat ympärilleen toisia ihmisiä. Siihen, miten sairaus vaikuttaa nuoren sosiaaliseen kehitykseen, vaikuttavat esimerkiksi nuoren sosiaaliset kyvyt, suhteet vanhempiin tai ystäviin. Sairastumisen myötä nuori voi joutua rajaamaan kouluaan tai vapaa-ajan aktiviteetteihin osallistumistaan, mikä taas lisää nuoren eristäytymistä (Kiviniemi 2008, 9).

Varsinkin nuorilla, joilla identiteetti ei vielä ole niin voimakkaasti kehittynyt kuin vanhemmilla, voivat minäkuva ja psyykkinen tasapaino olla vaarassa. Tuella ja tukihenkilöillä on tärkeä tehtävä hoitoon sitoutumisessa ja sitä kautta kuntoutumisessa. Läheisten tuki ennustaa hyvää hoitoon sitoutumista. Sen vuoksi on tärkeää selvittää henkilön sosiaalinen tukiverkosto ja sen mahdollisuudet tukea häntä hoitoon sitoutumisessa (Hentinen, ym. 2008, 94).

2.8 Vertaisreseptihanke

Opinnäytetyömme on osa vertaisresepti-hanketta. Vertaisresepti -hanke on Espoon Järjestöjen Yhteisö ry:n 2011 käynnistämä selvitys. Hankkeen tehtävänä on koota HYKS:in alueen hajanaiset neljää suurta potilasryhmää (sydän-, diabetes-, syöpä- ja mielenterveyspotilaat) edustavat järjestöt järjestöpooleiksi suunnittelemaan ja toteuttamaan vertaisresepti- hanketta. Vertaisresepti -hankkeen tavoitteena on kehittää hoitoketjujen yhtenäinen toimintamalli, joka sisältää mm. asiakkaiden poluttamisen syventävän potilasryhmäkohtaisen vertaistuen piiriin, järjestöjen neuvonnan, kokemusasiantuntijuuden jakamisen sekä tukihenkilö- ja ystävätoiminnan (Espoon järjestöjen yhteisö 2011).

Vertaisresepti-hankkeen tavoitteena on integroida vapaaehtois- ja vertaistukitoiminta osaksi potilaan palveluketjua ja näin tukea asiakkaiden voimaantumista passivoitumisen sijaan sekä tukea heidän sopeutumistaan uuteen elämänvaiheeseen ja kuntoutukseen. Tarkoituksena on tukea potilaan motivaatiota itsehoitoon ja vastuunottoa omasta hoidostaan sekä välittää kokemustietoa asiakkaan kannalta oikeaan aikaan ja mahdollisimman aikaisin. Ajatuksena on mallintaa vertaistuen tarjontamahdollisuuksia hoitoketjussa ja kehittää järjestöjen välistä yhteistyötä niin, että vertaistukityössä hyödytään synergiasta, säästetään resursseja ja tavoitetaan paremmin järjestöjen kohderyhmänä olevia (Espoon järjestöjen yhteisö 2011).

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata iältään 18 - 30 -vuotiaan psykoosipotilaan kokemuksia ja tarpeita vertaistuesta. Opinnäytetyössä pyritään selvittämään, millaista tietoa psykoosiin sairastunut on vertaistuesta saanut. Lisäksi pyrkimyksenä on hahmottaa psykoosiin sairastuneen saamaa vertaistukea sekä sen vaikutuksia hoitoon sitoutumiseen. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa vertaistuesta, jota voidaan hyödyntää psykoosiin sairastuneen hoitoon sitouttamisessa, Vertaisresepti-hankkeessa sekä vertaistuen kehittämisessä. Opinnäytetyön tehtävänä on:

1. Kuvailla nuoren aikuisen psykoosipotilaan kokemuksia vertaistuesta
2. Selvittää vertaistuen merkitystä hoitoon sitoutumiselle nuoren aikuisen psykoosipotilaan näkökulmasta.

4 Opinnäytetyön toteutus

Tämän opinnäytetyö aihe lähti vertaisresepti-hankkeen tarpeista ja sen tarkoitus on kerätä psykoosiin sairastuneiden näkemyksiä vertaistuesta. Aihetta valittaessa pohdittiin jo, kenen ehdoilla tutkimusta tehdään ja miksi siihen on ryhdytty. Alusta asti oli selkeää, että tutkimus tulisi olemaan kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Hoitotieteellistä tutkimusta tehtäessä tutkimuksen eettisyys nousee tärkeään asemaan. Lähtökohtana tutkimuksessa on eettisyys ja ihmisarvonkunnioittaminen. Haastateltavien valintaan kiinnitettiin erityistä huomiota. Haastateltavat eivät ole juuri psykoosiin sairastuneita henkilöitä. Laadullisella tutkimuksella on mahdollisuus kerätä tietoa psykoosiin sairastuneiden kokemuksista ja mielipiteistä sekä näkökulmistaan vertaistuesta. Tavoitteena on saada mahdollisimman syvällistä tietoa tutkimusaiheesta.

4.1 Laadullinen tutkimus

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on lähtökohtana todellisen elämän kuvaaminen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Yleisesti todetaan, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä pikemminkin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään induktiivista analyysia, Tutkijan pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia seikkoja. Lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesien testaaminen vaan aineiston ja monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Sitä, mikä on tärkeää, ei määrää tutkija. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa suositaan metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat ja ”ääni” pääsevät esille. Tällaisia metodeja ovat mm. teemahaastattelu. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksen menetelmää käyttäen. Käsitellään tapauksia ainutlaatuisina ja tulkitaan aineistoa sen mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2004, 152,155).

Laadullisen terveystutkimuksen avulla on tarkoitus tuottaa tietoa ihmisten terveydestä ja siihen liittyvistä asioista, yksilöiden, yhteisöjen ja kulttuurien näkökulmasta. Saatu tieto auttaa ymmärtämään terveyttä ja rakentamaan terveystieteellistä tietoperustaa. Tieto on tärkeää pyrittäessä edistämään terveyttä ja auttamaan ihmisiä terveysongelmissa. Terveystutkimuksen keskeinen kysymys on, miten tuotetun tiedon avulla voidaan edistää väestön terveyttä (Kylmä, Juvakka 2012, 7 - 8).

Opinnäytetyön toteutus on empiirispainotteinen laadullinen tutkimus, koska tutkimus perustuu haastateltavien omiin kokemuksiin tutkittavista teemoista. Laadullinen tutkimus on jaettavissa empiiriseen ja teoreettiseen tutkimuksiin. Näiden ero liittyy ilmiön tarkastelun näkökulmaan. Empiirisessä analyysissä korostuvat aineiston kerämis-analyysimetodit. Näiden kuvailu on oleellinen osa tutkimustulosten uskottavuutta ja se antaa lukijalle mahdollisuuden arvioida tutkimusta (Tuomi, Sarajärvi 2009, 19 - 21). Tutkimus tehdään yksilöllisenä teemahaastatteluna.

4.2 Teemahaastattelu opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa haastattelu on ollut päämenetelmänä. Haastattelun suurena etuna muihin tiedonkeruumuotoihin verrattuna on se, että siinä voidaan säädellä aineiston keruuta joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla ja vastaajia myötäillen. (Hirsjärvi, ym. 2004, 194.)

Teemahaastattelulla tarkoitetaan puolistrukturoitua haastattelumenetelmää. Ajatuksena on, että haastattelu ei etene tarkkojen, yksityiskohtaisten ja valmiiksi muotoiltujen kysymysten muodossa. Haastattelun tarkoitus on perustua erilaisiin ennalta asetettuihin teemoihin, joiden pohjalta haastattelu etenee. Teemahaastattelu on lomakehaastattelun ja avoimenhaastattelun välimuoto. Haastattelun aikana asioita on helppo tarkentaa ja syventää. Teemahaastattelun ajatuksena on nähdä haastateltava subjektina, jolloin haastateltava voi kertoa asioita mahdollisimman avoimesti (Hirsjärvi, Hurme 2000, 47 - 48).

Haastattelumenetelmä valittiin tutkimusmuodoksi sen vuoksi, koska sitä pidetään tavoitettavuudeltaan hyvänä keinona saada henkilöt vastaajiksi (Hirsjärvi, ym. 2000, 37). Tässä tapauksessa se oli myös hyvä keino, koska psykoosisairauksien vuoksi kaikki potilaat eivät ole välttämättä kykeneviä täyttämään kyselylomakkeita. Teemahaastattelun tavoitteena oli löytää keskustelunomainen tilanne, missä käytiin läpi ennalta suunniteltuja teemoja. Ajatuksena oli, että keskustelu etenee vapaamuotoisesti, puhumisjärjestys on vapaa ja kaikkien haastateltavien kanssa ei tarvitse käydä läpi asioita samassa laajuudessa (Hirsjärvi, ym. 2000, 47 - 48).

”Tutkimushaastattelun ajatuksena on, että haastattelua tekevän tutkijan tehtävänä on välittää kuvaa haastateltavan ajatuksista, käsityksistä, kokemuksista ja tunteista.” (Hirsjärvi, ym. 2000, 41.) Tähän tavoitteeseen oli tarkoitus päästä johdattelemalla haastateltava suorasti tai epäsuorasti keskustelemaan aiemmin mainituista teemoista ja sitä kautta aiheiden alateemoista. Haastattelun avulla pyrittiin keräämään sellainen aineisto, jonka pohjalta voitiin luotettavasti tehdä tutkittavaa ilmiötä koskevia päätelmiä (Hirsjärvi, ym. 2000, 66). Vaikka teemahaastattelun tavoite oli edetä vapaamuotoisesti, jo suunnitteluvaiheessa mietimme millaisia vastauksia halusimme ja sen mukaisesti koetimme ohjailla keskustelua rönsyilyn välttämiseksi. Kysymykset voitiin jakaa periaatteessa tosiasiallisiin ja mielipidekysymyksiin. Tosiasialliset kysymykset olivat strukturoidumpia. Ajatuksena haastattelun kulussa oli, että haastattelu aloitettiin laajoilla ja helpoilla kysymyksillä ja edettiin yleisistä kysymyksistä spesifisempiin kysymyksiin (Hirsjärvi, ym. 2000, 106 - 107).

Tutkimuksen perusolettamus on hoitotyössä ja sen käsitteissä. Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat minäkuva, psykoosisairaudet, hoitoon sitoutuminen, vertaistuki ja vertaistukimuodot sekä mielenterveyskokemusasiantuntija. Tavoitteena oli, että nämä seikat toimivat tiedonkeruun teemoina, joista johdetaan ala-teemoja ohjaamaan keskustelua. Tehtävänä oli löytää tietoa, jonka avulla psykoosiin sairastuneelle potilaalle voidaan löytää tarkoituksenmukaista ja oikea-aikaista vertaistukea.

Opinnäytetyön aiesopimus allekirjoitettiin keväällä 2012 Espoon Järjestöjen Yhteisö ry:n kanssa ja tämän jälkeen saimme syksyllä potilaiden haastatteluluvat Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskuksen kuntoutusyksiköstä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata nuoren aikuisen psykoosipotilaan kokemuksia ja tarpeita vertaistuesta. Opinnäytetyössä pyritään selvittämään, millaista tietoa on vertaistuesta saatu. Lisäksi pyrkimyksenä on hahmottaa saatua vertaistukea sekä vaikutuksia hoitoon sitoutumiseen. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa vertaistuesta, jota voidaan hyödyntää psykoosiin sairastuneen hoitoon sitouttamisessa, Vertaisresepti-hankkeessa sekä vertaistuen kehittämisessä, mikä myös kerrottiin haastateltaville. Haastattelun alussa kerroimme vielä kertaalleen haastateltaville kertaalleen, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja se nauhoitetaan, eikä heitä voida tunnistaa haastatteluista, eli haastattelut toimivat anonymisti. Haastateltaville kerrottiin myös, että he voivat keskeyttää haastattelun koska tahansa haastattelun aikana. Haastateltavat allekirjoittivat haastattelulomakkeen. Haastattelun kestivät keskimäärin puolisen tuntia. Aineistoa kertyi kokonaisuudessa noin parin tunnin verran.

Haastattelut toteutettiin heidän omalla osastollaan, koska koettiin, että se koettiin haastateltavan kannalta tutuksi ja turvalliseksi paikaksi. Ajatuksena oli, että haastattelua ei kannata tehdä liian virallisessa tai potilaalle epävarmassa paikassa. Osastoilla saatiin käyttöön huoneet, missä saatiin olla rauhassa ulkopuoliselta häiriöltä. Kahdessa ensimmäisessä

haastattelussa mukana oli paikallinen hoitaja osastolta. Haastatteluaineisto kerättiin sairaalan eri kuntoutusyksiköissä marraskuussa 2012. Haastattelun pohjana käytettiin etukäteen valmistettua haastattelurunkoa (Liite 5). Haastattelun kulkua testattiin ja hiottiin etukäteen haastattelijoiden kesken. Etukäteen varmistettiin, ettei haastattelun aikana pääsisi käymään mitään odottamatonta, joka voisi pilata haastattelun. Potilaita haastateltiin vuorokysely periaatteella, jolloin toinen pystyi miettimään oma kysymystään etukäteen toisen haastattelussa potilasta. Haastattelu eteni rennosti etukäteen suunnitellun kaavan mukaisesti. Periaatteena oli, että koetetaan saada haastateltavilta mahdollisimman tarkkaa tietoa, jota haettiin apukysymyksillä, silti haastateltavaa painostamatta. Tässä onnistuttiin hyvin. Haastateltavat kertoivat hyvin avoimesti asioistaan ja olivat hyvin myönteisiä haastatteluja kohtaan. Toisaalta pysymällä linjassa, pyrittiin välttämään keskustelun turhaa rönsyilyä, koska se vaikeuttaisi nauhoituksen litterointia (Hirsjärvi, ym. 2000, 106 - 107).

4.3 Tutkimukseen osallistuvien valinta

Opinnäytetyön aineisto koostuu mielenterveyspotilaiden teemahaastatteluista. Teemahaastattelut suoritettiin syksyn 2012 aikana pääkaupunkiseudulla olevan sairaalan kuntoutusyksiköissä. Haastattelimme neljää mielenterveyskuntoutujaa, jotka osaston hoitajat hankkivat puolestamme. Alusta lähtien oli ajatuksena, ettei haastateltavien joukossa ollut yhtään akuutissa psykoosissa olevaa potilasta. Haastatteluihin valittuja henkilöitä informoitiin haastattelusta kirjallisesti ja heiltä pyydettiin haastattelulupa jokaiselta erikseen kirjallisesti. Haastattelut nauhoitettiin, mistä informoitiin myös haastateltavia kirjallisesti. Haastattelun materiaali käsiteltiin anonyymisti ja luottamuksellisesti. Tutkimusnauhat hävitettiin analysoinnin jälkeen. Nauhojen analysoinnin suorittivat opinnäytetyön tekijät. Tutkimusnauhat olivat vain opinnäytetyön tekijöiden hallussa. Kaikki haastateltavia koskeva tieto on saatu heiltä itseltään. Kenenkään potilastietoja ei ole luettu, eikä henkilökunnalta ole saatu tietoa potilaista. Kenestäkään haastateltavasta ei ollut etukäteistieto haastatteliijoilla ennen haastattelua.

4.4 Opinnäytetyön aineiston analyysi

Analyysi alkaa usein jo itse haastattelutilanteissa. Kun tutkija itse tekee haastattelut, hän voi haastattellessaan tehdä havaintoja ilmiöistä ja niiden useuden, toistuvuuden, jakautumisen erityistapausten perusteella. Aineistoa analysoidaan yleensä ”lähellä” aineistoa ja sen kontekstia. Kvalitatiivisen aineiston ero kvantitatiiviseen analyysiin verrattuna onkin juuri siinä, että laadullinen tutkimus säilyttää aineistonsa sanallisessa muodossa, osittain vielä alkuperäisessä sanallisessa muodossaan. Tutkija käyttää päättelyä, joka voi olla induktiivista

tai abduktiivista, induktiivisessa päättelyssä on keskeistä aineistolähtöisyys. Aineiston analyysissä on useita eri lähestymistapoja. Ensimmäisessä tapauksessa haastateltavat kuvaavat elämäänsä ja elämismaailmaansa haastattelun kuluessa. He kertovat spontaanisti aiheeseen liittyvistä kokemuksistaan ja tuntemuksistaan. Kuvausta ei liiemmin tulkit (Hirsjärvi, Hurme 2000, 136).

Toisena mahdollisena lähestymistapana voi olla, että haastateltavat itse havaitsevat uusia yhteyksiä asioiden välillä tai huomaavat merkityksiä, joita eivät ole tulleet aiemmin huomanneeksi. Haastattelija ei luo tässä tulkintoja. Kolmannessa tapauksessa haastattelija tiivistää ja tulkitsee haastateltavan kuvausta jo haastattelun aikana ja kertoo tulkinnoistaan myös haastateltavalle. Neljännessä lähestymistavassa haastattelija tulkitsee litteroitua aineistoa joko yksin tai yhdessä muiden tutkijoiden kanssa. Tässä voidaan käyttää kolmea menettelyä: 1 Aineisto järjestetään ja tuodaan esiin sen rakentuminen. Tämä on usein välttämätöntä, kun kyseessä on laaja aineisto. Tämä vaihe tapahtuu usein litteroimalla ja analysoimalla aineistoa tietokoneella. 2 Aineiston selventäminen. Tässä eliminoidaan suuresta aineistosta pois asiaan kuulumattomia osia, toistoja ja ei-olennaisia seikkoja. 3 Varsinainen analyysi merkitsee tiivistämistä, luokittelua, narratiivin etsimistä, tulkintaa ja adhoc -menettelyä. Neljäs tapaus voi olla uudelleen haastattelu. Analysoituaan ja tehtyään tulkintansa tutkija voi pyytää haastateltavaa esittämään käsityksensä tulkinnan osuvuudesta. Mahdollinen viides tapa käsittää kuvaukseen ja tulkintaan liittyvän toiminnan, jolloin haastateltavat alkavat toimia haastattelun perusteella havaittujen uusien seikkojen mukaisesti (Hirsjärvi, ym. 2000, 137).

Aineiston käsittelyn toteutus alkoi litteroinnilla, joka aloitettiin heti haastattelujen jälkeen. Litteroinnit tehtiin kirjoittamalla nauhoitukset tietokoneelle. Toinen haastattelijoista kirjoitti tekstiä ja toinen kelsi nauhoja. Aineisto kirjoitettiin puhtaaksi sanasta sanaa, jonka jälkeen aineisto järjesteltiin teemoittain haastattelun selkeyttämiseksi. Materiaalista poimittiin pois epäolennainen, joka ei koskenut tutkimusta. Materiaalissa oli runsaasti oheissanoja, joilla ei ollut merkitystä tutkittavaan asiaan. Haastatteluissa oli myös jonkin verran rönsyilyä, mikä poistettiin myös järjestelyvaiheessa. Haastattelut lajiteltiin alateemoihin ja pääteemoihin. Tämän mukaan ja jokainen haastateltu kirjoitettiin ylös. Jokainen haastateltava litteroitiin eri värillä sekaannuksen välttämiseksi. Tämän tutkimuksen analyysissä käytettiin induktiivista päättelyä, eli lähdettiin liikkeelle yksittäisestä havainnosta, jonka jälkeen muodostettiin siitä yleistys.

Varsinaisen aineiston analyysin toteutettiin induktiivisena eli aineistolähtöisenä analyysinä. Induktiivinen sisältöanalyysi tarkoittaa prosessia, missä aineisto puretaan osiin ja sisällöllisesti samanlaiset osat yhdistetään. Sen jälkeen aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Oleellista on aineiston tiivistyminen ja abstrahoituminen, eli yleiskäsitteen pelkistäminen. Analyysin avulla pyritään kuva

tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa (Kylmä, Juvakka 2012, 113). Aineiston analyysi oli systemaattista toimintaa, missä käytiin jokainen teeman läpi vuorotellen. Teemat luettiin läpi useaan kertaan ja koetettiin löytää niistä mielenkiintoisimmat ja opinnäytetyön kannalta keskeisimmät kohdat. Samalla etsittiin haastateltavien vastauksista yhteneväisyyksiä. Asiaa lähestyttiin narratiivisesti, eli kertomuksenomaisesti, koettaen löytää vastausten jatkumoa. Jokainen haastattelu haluttiin nähdä aluksi omana kokonaisuutenaan. Vastauksia tulkittiin yhteistyössä useampaan kertaan. Käytimme analyysiin myös tietynlaista adhoc-menetelmää, missä jokaiseen teemaan paneuduimme yksilöllisesti tulkiten. Samalla katsottiin teemoja osana kokonaisuutta. Osa teemoista oli selviä alkuperäisen suunnitelman mukaan, mutta osa tarkentui vasta analysointi vaiheessa. Analyysiin mukaan otettiin myös kontekstuaalisen sisällön. Kontekstuaalinen, taustoittaminen, tarkoittaa jonkin asian sijoittamista oikeaan ympäristöön tai asiayhteyteen. Kontekstuaaliset tiedot ovat esimerkiksi taustatiedot ja sairastumiseen liittyvät tiedot (Kylmä, Juvakka 2012, 115). Näin saatettiin tarkastella haastateltujen taustatietoja sekä sairastumiseen liittyviä tietoja ja vertailla näitä keskenään. Tämän jälkeen tulkinnot kirjoitettiin ja liitettiin saatuun teoria- aineistoon ja aiempaan tutkimukseen, minkä jälkeen tehtiin johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.

Alateema	Pääteema
Yhteiset kokemukset vertaistuesta	Nuoren aikuisen kokemukset vertaistuesta
Vertaistuki henkilö, vertaisryhmät ja toimiminen vertaistukihenkilönä	
Ongelmat vertaistuen saannissa	
Tiedon saanti sairaudesta	Vertaistuen merkitys nuoren aikuisen hoitoon sitoutumiseen
Kehitysideoita	
Hoitoon sitoutuminen	

Taulukko 1: Pää- ja alateemat

5 Tulokset

Tässä kappaleessa tuodaan esille tutkimuksen tulokset. Saatuihin tuloksiin päädyttiin etsimällä materiaalista tutkimuksen kannalta oleellisin osa. Saaduista vastuksista etsittiin yhteneväisyyksiä. Tämän jälkeen teksti tiivistettiin alateemoihin ja sen kautta pääteemoihin. Samoja vastauksia voitiin käyttää eri alateemojen muodostamiseen. Aineiston analyysissä päädyttiin kahteen pääteemaan, nuoren aikuisen kokemukset vertaistuesta ja vertaistuen merkitys nuoren aikuisen hoitoon sitoutumiseen.

5.1 Taustatietoa haastateltavista

Haastateltavia oli yhteensä neljä. Haastateltavat olivat pääsääntöisesti säännöllisesti tekemisissä perheidensä kanssa. Osalla oli ystäväpiiriä, mutta osa kertoi, ettei olleet pitäneet yhteyttä ystäväpiiriinsä sairastumisen jälkeen. Haastateltavien kokemukset sairastumisesta vaihtelivat. Osa ei muistanut akuutista sairastumisesta, kun taas jonkun haastatellun kokemusten mukaan minkäänlaista psykoosisairautta ei ollutkaan. Hoitoon hakeutumisen taustalla olivat olleet esimerkiksi univaikeudet, läheisten huoli jne. Läheisten rooli hoitoon hakeutumisen yhteydessä oli joidenkin haastateltujen mukaan ollut merkittävä. Haastateltavat kertoivat akuutin sairastumisen vaiheessa kokeneensa, ettei kaikki ole kunnossa tai että olo on sekaisin. Erilaiset äänet saattoivat hämmästyttää. Muiden ihmisten tuki oli ollut tärkeää hoitoon hakeutumisen yhteydessä.

Osa haastatelluista oli hiljaisempia, eivätkä ottaneet katsekontaktia. Heillä asioiden pohtiminen kesti kauemmin kuin muilla. Silti heistä sai välillä analyttisen kuvan ja, että he olivat miettineet omaa sairauttaan. Eräs haastatelluista ei oikein ymmärtänyt sairastavansa, ei kokenut sairauden tunnetta, vaan kertoi vaan päätyneensä asumaan yksikössä. Hänelle oli vähemmän mielipiteitä haastattelun yhteydessä. Kuitenkin haastattelun aikana häneltä löytyi mielipiteitä sairaudesta. Eräällä haastatelluista oli selkeä kuva asioista. Hänen haastattelunsa litteroiminen oli haasteellisin tehtävä. Vaikka hän oli hyvin asiallinen ja sisäistänyt sairauden kuvan ja hoitoon sitoutumisen, hän haastatteluaan jouduttiin karsimaan eniten.

5.2 Nuoren aikuisen kokemuksia vertaistuesta

5.2.1 Yhteiset kokemukset vertaistuesta

Kolmella neljästä haastatellusta oli kokemusta vertaistuesta. Myös neljäs mietittyään keksi, että vertaistuki voisi tarkoittaa toisen kuuntelemista. Vertaistukea pidettiin yhteisenä tekijänä ja, että voisi ymmärtää toista, joka on samassa tilassa.

”... Ollaan vertaisia, samanlainen tausta. Voi ymmärtää toista. Jos on psykoosi, sen oppii näkemään...”

Yksi haastatelluista kertoi, että alussa jännitti mennä, mutta ryhmään tottui helposti. Päästyään ryhmään sisälle tuntui helpottavalta, kun sai kertoa asioistaan ihmisille, joilla oli ollut samanlaisia kokemuksia. Kaikki, jotka olivat saaneet vertaistukea, pitivät tukea hyvänä

kokemuksena. Vertaistukea koettiin myös saadun osastolla keskusteltaessa toisten potilaiden kanssa.

”...Tottui - tuntuu helpottavalta. Ei tarvii salata, eikä myöskään kertoa koko ajan, että on sairas. Saa olla oma itsensä. Tottuu muihin ihmisiin...”

”...On ollut puhetta samoista asioista. samanlaisia kokemuksia...”

”...Vähän, Ollaan puhuttu jotain samoista asioista...”

5.2.2 Vertaistuki henkilö, vertaisryhmät ja toimiminen vertaistukihenkilönä

Vertaistukihenkilö koettiin henkilöksi, joka oli samassa tilassa kuin hän, jolla oli samanlainen tausta. Hyvinä paikkoina saada vertaistukea pidettiin eri potilasyhdistyksiä. Siellä jäsenet pitivät itse monenlaisia kerhoja. On ääniä kuulevien kerho, mieli maasta ryhmä, käsityöryhmä ja liikunta ryhmä. Painonhallinta ryhmä mainittiin myös käymisen arvoisena ja tietopalvelua suositeltiin. Pelkästään jo kokoontumista samaan huoneeseen pidettiin hyvänä asiana.

”... Propelli - tietopalvelu. Siellä on aina päivystäviä paikalla. Sieltä hakemaan ensimmäiseksi tietoa. Voin suositella lämpimästi...”

Vertaistuesta oli positiivisia kokemuksia ja kysyttäessä omia valmiuksia ryhtyä vertaistukihenkilöksi, syntyi epäilystä omista kyvyistä suoriutua työstä ihmisten parissa. Kaksi vastaajista piti itseään liian ujon tai sitten ei riittävän sosiaalisena toimiakseen vertaisena. Yksi olisi valmis tukihenkilöksi pienen mietinnän jälkeen. Yhdellä ei ollut kommenttia asiaan.

”... No, ehkä, tai niin, ei musta ois ehkä oikeen siihen. Mä oon aika ujo, mut vois ehkä ollakin, oonko kovin hyvä siinä...”

”... Voisin toimia vertaistukihenkilönä...”

”... En ole niin sosiaalinen. Tieto voisin antaa. voisi ohjata...”

5.2.3 Ongelmat vertaistuen saannissa

Varsinaisia ongelmia vertaistuen saannille ei tullut haastateltavien mieleen. Tärkeimpänä vertaistuen saannille pidettiin oman aktiivisuuden merkitystä. Vaikka Internetissä onkin tietoa sairauksista, saadakseen tukea on sitä lähdettävä aktiivisesta hakemaan kodin ulkopuolelta. Psykoosiin sairastuneen on usein vaikea lähteä kotoa ja kyetä liikkumaan julkisilla paikoilla.

”... Pitää olla aktiivinen itse, jotta löytää. Täytyy lähteä kotoa ihmisten ilmoille. Vaatii, että pystyy kulkemaan julkisilla...”

5.3 Vertaistuen merkitys nuoren aikuisen hoitoon sitoutumiseen

5.3.1 Tiedon saanti sairaudesta

Vertaistuen merkitystä hoitoon sitoutumiseen ei väheksynyt kukaan. Yksi neljästä ei kokenut itseään sairaaksi, eikä oikein tiennyt vertaistuesta aluksi, mutta myöhemmin uskoi vertaistuellä olevan merkitystä hoitoon sitoutumiseen. Keskusteluja toisten kanssa pidettiin yhtenä tärkeimmästä tekijästä hoitoon sitoutumisessa. Tieto sairaudesta auttaa paremmin sitoutumaan hoitoon.

”... On hyvä saada tietoa. Ymmärtää hoitoon sitoutumisen...”

Vertaistukimateriaalia pidettiin hyvänä. Internet koettiin hyväksi lähteeksi tiedonsaannille. Sillä on runsaasti tietoa ja sitä ei tarvitse erikseen lähteä hakemaan. Vertaistukiryhmien vetäjät olivat myös hankkineet materiaalia, joka auttoi potilaita. Tiedon koettiin myös sitoututtavan paremmin hoitoon.

”... Ohjaajalla on aineistoa, jota käydään läpi. Haastatteluita lehdistä, missä muut ovat kertoneet ongelmistaan ja sairauksista, äänten kuulemisesta. Se tavallaan normalisoi sairautta...”

5.3.2 Hoitoon sitoutuminen

Keskustelu tunneasioista koettiin tärkeänä hoitoon sitoutumiselle. Psykooseihin liittyy usein vaikea-asteista masennusta ja muita tunneoireita, kun ei ole selvillä omasta tilastaan.

Potilaalle on tärkeä pystyä tuomaan esille omia tunnereaktioitaan. Usein niistä voi olla vaikea puhua ihmisille, joilla ei ole samankaltaisia kokemuksia tunteista, eikä ymmärrystä millaisia tunteita taudin kuvaan kuuluu.

”... Jos tuntuu pahalta, niin saa sanoa miltä tuntuu. Tunteet pääsevät esille. Kun toisia kuuntelee, on sympatiaa. Kukaan ei arvostele. Voi purkaa mieltään, jos ollut hankalaa...”

”... Täytyy sitoutuu hoitoon...”

”... Voi mennä aina kun tahtoo, vaikkei kuulisi ääniäkään. Avoimet ovet. Koki sitoutuneensa hoitoon vertaistuen kautta...”

Konkreettisen tuen saanninmerkitystä hoitoon sitoutumiseen ei täysin ymmärretty. Konkreettisena tukena voidaan pitää välineellistä ja materiaalista tukea, mitä kuntoutuja voi saada. Sairastumisen myötä usein myös talous ei pysy kasassa ja kuntoutuja tarvitsee konkreettisesti taloudellista apua jokapäiväisestä elämästä selviytyäkseen. Konkreettisena tukena pidettiin sitä, että voi mennä paikkaan, mistä saa apua ja, että noudattaa annettuja ohjeita.

”... On varmasti hyötyä, koen näin. noudatan hoitoa, syön lääkkeitä. Ohjeistus, noudatan ohjeita...”

Hoitoon sitoutumista pidettiin ehdottoman tärkeänä kuntouttavana tekijänä. Vertaistuen saantia pidettiin tärkeänä heti sairauden alkuvaiheessa. On helpompi sitoutua hoitoon, kun tietää mistä sairaudessa on kyse. Yksi haastatelluista kertoi, että osastolla ollessaan hän sai muilta potilailta kokemustietoa lääkehoidosta ja tämä auttoi häntä sitoutumaan lääkkeiden käyttöön.

”... Täytyy sitoutuu hoitoon...”

”... No ehkä, vois hyvinkin olla. Emmä oo varma. Vois olla apua jos olis päässy eteenpäin omissa ongelmissa...”

”... Neuvonta auttaa sitoutumaan. Vertaistuen saanti tärkeää alkuvaiheessa. Hankalaa olla kun ei tiedä mistä on kysymys. Sekava olo...”

”... En alussa syönyt lääkkeitä. Jätti lääkkeet syömättä. Kun oli osastolla, ei syönyt lääkkeitä silloin ollenkaan, mutta osastolla muut potilaat tuki ja kertoivat, että toi lääke on hyvä ja sitä kannattaa syödä. Kun toiset ottivat lääkkeen, aloin ottaa lääkettä. Sitouduin hoitoon...”

5.3.3 Vertaistuen kehitysideoita

Kysyttäessä vertaistuen kehittämisestä, saatiin vastaukseksi, että vertaistuki pitäisi hoitaa asiallisesti ja lisää yhteisiä tilaisuuksia. Lisää yksilöllisyyttä toivottiin sekä kaikille sopivaa tukea pidettiin merkittävänä. Sopiva tukipaikka voisi olla vaikka olohuone, missä voitaisiin katsoa tv:tä ja puhua yhteisistä asioista. Psykoosiin sairastunut henkilö saattaa olla pelottavanoloinen, kenenkään ei tulisi pelästyä potilaasta, vaan ajatella, että tämä kuuluu taudin luonteeseen ja, että hän samanlainen ihminen kuin kuka muut tahansa. Ihmisillä pitäisi olla riittävästi kärsivällisyyttä ymmärtää psykoosiin sairastunutta ihmistä.

”... Pitäs hoitaa homma asiallisesti...”

”... Yhteisiä tilaisuuksia. Yksilöllisyys. kaikille sopivin tuki. Olohuone, missä kaikki istus siinä sitten samassa tilassa, kattos vaikka telkkuu siinä sitten, vois puhuu siinä sitten samoista asioista...”

”... Ettei hätkähtäisi, jos jollain menee huonosti. Että olis kärsivällisyyttä sairastuneen ihmisen kanssa...”

6 Pohdintaa

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa kokemuksista iältään 18-30-vuotiaan psykoosipotilaan kokemuksista vertaistuesta sekä selvittää vertaistuen merkitystä hoitoon sitoutumiseen. Opinnäytetyössä pyrittiin selvittämään, millaista tietoa psykoosiin sairastunut on vertaistuesta saanut. Lisäksi pyrkimyksenä oli hahmottaa psykoosiin sairastuneen saamaa vertaistukea sekä sen vaikutuksia hoitoon sitoutumiseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa vertaistuesta, jota voidaan hyödyntää psykoosiin sairastuneen hoitoon sitouttamisessa, Vertaisresepti-hankkeessa sekä vertaistuen kehittämisessä.

6.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön empiirinen osa toteutettiin haastattelemalla psykoosin läpikäyneitä kuntoutuspotilaita eräässä pääkaupunkiseudun sairaalan kuntoutusosastoilla. Haastatteluun osallistui neljä potilasta. Heiltä kysyttiin heidän kokemuksistaan vertaistuesta, mahdollisista ongelmista sen saannissa sekä kehitysideoista vertaistuelle ja olisivatko he valmiita ryhtymään vertaistukihenkilöiksi. Haastattelu toteutettiin teemahaastatteluina, jonka jälkeen vastaukset purettiin ala- sekä pääteemoihin ja tulkittiin erikseen näistä saatuja vastauksia.

Tutkimuksemme perusolettamuksena oli, että oikea aikainen vertaistuki voi parantaa psykoosisairaiden hoitoon sitoutumista ja hoitomyöntyvyyttä. Vertaistuki on samassa tilanteessa olevien ihmisten toisilleen antamaa, omaan kokemukseen perustuvaa ymmärrystä ja tukea (Nylund 2005, 203).

Haastattelujen perusteella kävi ilmi, että kolmella neljästä oli kokemuksia vertaistuesta ja ne olivat pelkästään myönteisiä ja hoitomotivaatiota kannustavina. Vertaistukea pidettiin yhteisenä tekijänä ja, että voisi ymmärtää toista, joka on samassa tilassa. Myös Mikkosen tutkimuksen mukaan vertaistuki koettiin hyödylliseksi. Vertaistuen koettiin auttavan jokapäiväisistä askareista selviämässä ja jossain määrin vastaavan ammattilaisten antamia palveluja ja tukia (Mikkonen 2009, 148). Tyrväinen mukaan taas vertaistuen parista löydettiin uusia ystäviä ja näiden koettiin toimivan mielenterveystoimiston jatkeena ja heiltä saattoi saada apua jokapäiväisessä elämässä selviämiseen (Tyrväinen 2012, 36). Psykiatrisessa hoitotyössä pyritään siihen, että potilas pystyy täyspainoiseen elämään psyykkisistä ongelmista huolimatta. Tavoitteena on edistää parantumista ja selviytymistä elämässä tuen, informaation, luotettavuuden ja ymmärtävyyden avulla. Potilaan oma hoitomotivaation on ratkaiseva tekijä hoidon onnistumisessa (Hentinen, ym. 2008, 163).

Psykoosiin sairastuneet potilaat kokevat jokapäiväisen elämästä selviytymisen ja muutoksen ihmissuhteissa hankaloituneena. Tämä tarkoittaa sekä emotionaalista että fyysisistä muuttumista ja itsehallinnan menettämistä. Sairastuminen on kokonaisvaltainen kokemus, jota on vaikeaa selvitä yksin. Vertaistukihyhmään sisälle pääsy koettiin helpottavalta, kun sai kertoa asioistaan ihmisille, joilla oli ollut samanlaisia kokemuksia. Kaikki, jotka olivat saaneet vertaistukea, pitivät sitä hyvänä kokemuksena. Vertaistukihenkilö koettiin henkilöksi, joka oli samassa tilassa kuin hän, jolla oli samanlainen tausta. On tärkeää, että vertaistukea on saatavilla koko sairauden ajan.

Vertaistuen saantia pidettiin tärkeänä heti sairauden alkuvaiheessa. On helpompi sitoutua hoitoon, kun tietää mistä sairaudessa on kyse. Psykiatrasta sairauksista paranemiselle on paremmat ennusteen, mikäli sairaus pystytään tunnistamaan mahdollisimman alkuvaiheessa

ja pystytään sitoutumaan hoitoon. Tämän mukaan terveysasemilla voitaisiin lisätä kokemusasiantuntijoin paikkoja. Haastellut kertoivat, että hoitoon on helpompi sitoutua, kun saa esimerkkiä toiselta vertaiseltaan, eli henkilöltä, joka on käynyt läpi samat sairauden prosessit ja tietää, mistä on kyse. Vastauksista kävi ilmi, että neuvonta ja tiedonsaanti auttavat sitoutumaan hoitoon. Vertaistuen saanti on tärkeää jo alkuvaiheessa. Hankalaa olla kun ei tiedä mistä on kysymys.

Vertaistuella voidaan parantaa hoitomyöntyvyyttä lääkehoidon suhteen. Kun vertainen kertoo lääkehoidon tärkeydestä kuntoutumiseen, se auttaa sitoutumaan lääkehoitoon. Lääkehoito on psykoosisairauksien hoidon kulmakiviä. Myös Mikkosen mukaan sairastuneet kokivat vertaistukitoiminnan tietolähteenä, suojana ja turvana. He kokivat löytäneensä ratkaisun moniin ongelmiinsa vertaisilta (Mikkonen, 2009,3). Hyvä hoitoon sitoutuminen saa aikaan enemmän ja parempia tuloksia ja sitä kautta säästöjä kuin mikään muu yksittäinen toimenpide. (Hentinen, ym. 2008, 11).

Vertaisresepti-hankkeen tavoitteena on integroida vapaaehtois- ja vertaistukitoiminta osaksi potilaan palveluketjua ja näin tukea asiakkaiden voimaantumista passivoitumisen sijaan sekä tukea heidän sopeutumistaan uuteen elämänvaiheeseen ja kuntoutukseen. Tarkoituksena on tukea potilaan motivaatiota omahoitoon ja vastuunottoa omasta hoidostaan sekä välittää kokemustietoa asiakkaan kannalta oikeaan aikaan ja mahdollisimman aikaisin.

Haastattelutuloksista kävi ilmi, että vertaistuen avulla voidaan paremmin sitoutua hoitoon ja sitä kautta sopeutua uuteen elämänvaiheeseen. Avu hankkiminen ei kuitenkaan voi olla passiivista toimintaa, vaan se vaatii omaa aktiivisuutta etsiä tietoa ja lähteä ulkomaailmaan hankkimaan apua. On olemassa paikkoja mistä vertaistukea on saatavilla, tuli ilmi haastattelussa. Paikkoja pidettiin yleensä hyvinä. On hyvä, että ihmiset ryhtyvät vertaistukihenkilöiksi. ryhtyminen vertaistukihenkilöksi, ei kuitenkaan ole aivan yksiselitteistä. Psykoosi on tila, missä kontaktienotto ulkomaailmaan heikkenee. Haastateltavista kukaan ei heti ollut valmis vertaishenkilöksi. Itseä pidettiin joko liian ujona tai sosiaalisesti vajavaisena. Yksi haastatelluista olisi kuitenkin ollut valmis ryhtymään vertaishenkilöksi hetken miettimisen jälkeen.

Kokonaisuudessa kuntoutumisessa on kyse siitä, että potilas pystyy terveesti lähtemään jatkamaan omaan omaa elämäkokonaisuuttaan ja rakentamaan identiteettiään. Hoitoon sitoutuminen on tärkeä osa tätä prosessia. Potilaan on ymmärrettävä oma tilansa ja hyväksyttävä sairautensa. Tähän tarvitsee oikeaa tietoa ja kannustusta muilta. Psykiatrisen hoidon yksi perusasioista on lääkkeiden oikea käyttö. Potilaan on sitouduttava käyttämään lääkkeitä jopa useita vuosia, vaikkei kokisikaan itseään sairaaksi, ettei psykoosi pääse uusiutumaan. Lääkehoitoon sitoutumiseen auttaa myös mallioppiminen, muiden kokemukset lääkkeiden vaikutuksista ja haitoista. Tärkeintä kuitenkin on, että sairauden kanssa ei jäädä

yksin ja tiedetään, mistä apua saa ja uskalletaan lähettää hakemaan sitä ja voidaan myös antaa tarvittaessa apua muille. Tärkeää on myös ympäristön suhtautuminen sairauteen. Vaikka psykoosi potilas saattaa olla usein pelottavan näköinen, on kuitenkin itse sisäisesti pelokas. Tärkeää on, että ei hätkähdettäisi asiaa vaan suhtauduttaisiin häneen asiallisesti ja ymmärtäväisesti. Oikeaan aikaan ajoitetulla ja tiedollisella sekä emotionaalisella vertaistuellalla on korvaamaton merkitys hoitoon sitoutumisella. Ihminen, joka käynyt läpi samat asiat on vertainen ja voi paremmin ymmärtää sairaudenmerkityksen (Huuskonen 2010).

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata iältään 18 - 30-vuotiaan psykoosipotilaan kokemuksia ja tarpeita vertaistuesta. Opinnäytetyössä pyrittiin selvittämään, millaista tietoa psykoosiin sairastunut on vertaistuesta saanut. Lisäksi pyrkimyksenä oli hahmottaa psykoosiin sairastuneen saamaa vertaistukea sekä sen vaikutuksia hoitoon sitoutumiseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa vertaistuesta, jota voidaan hyödyntää psykoosiin sairastuneen hoitoon sitouttamisessa, Vertaisresepti-hankkeessa sekä vertaistuen kehittämisessä. Menetelmänä tutkimuksessa oli laadullinen teemahaastattelu, missä haastattelut litteroitiin ja purettiin alateemojen kautta pääteemoihin, joita oli kaksi. Tällä menetelmällä saatiin hyvin selvitettyä haastateltavien kokemuksia ja mielipiteitä vertaistuesta ja hoitoon sitoutumisesta.

Teemahaastattelut olivat hyvä lähtökohta opinnäytetyölle. Puolistrukturoidun haastattelun avulla saatiin hyvin esille haluttua tietoa, mutta haastattelua ei myöskään päässyt rönsyilemään liiaksi. Neljä haastattelua osoittautui sopivaksi määräksi. Niitä ei ajallisesti ollut liian työläs litteroida, mutta materiaalia saatiin kuitenkin riittävästi. Yksilöhaastattelut oli hyvä valinta. Jokainen haastateltavista saattoi rohkeasti kertoa mielipiteistään, välittämättä muista. Yksilöhaastattelut korostivat myös yksilösuojaa. Haastattelun nauhoittaminen oli hyvä keino haastattelun joustavuuteen. Näin keskustelu kulki luontevasti, eikä keskeytyksiä päässyt tapahtumaan. Keskustelun luontevuuden kannalta oli myös hyvä, että haastattelijoita oli kaksi. Tällöin toisen haastattelijan puhuessa, toinen haastelija pystyi keskittymään seuraavaan kysymykseen.

Opinnäytetyölle asetetut tavoitteet onnistuttiin saavuttamaan ja saatiin haetut tiedot. Onnistuneen lopputuloksen pohjalla ovat hyvin onnistuneet ja avoimet haastattelut sekä hyvin tehty alkutyö haastatteluille. Alkuvaikeuksista huolimatta onnistuttiin pysymään aikataulussa. Haastattelulupien saanti tuotti käynnistysvaikeuksia ja meinasi lopulta kaataa koko opinnäytetyö prosessin. Onneksi lopulta sitkeän yrittämisen jälkeen saatiin haastatteluluvat ja pystyttiin viemään opinnäyttötyö prosessin loppuun. Teoria materiaalia kertyi hyvä määrä

läpi opinnäytetyö prosessin. Työssä hyödynnettiin muiden aiemmin tekemää tutkimusta psykoosisairauksista ja vertaistuesta. Lähtökohtana opinnäytetyölle oli induktiivisuus. Aineistolähtöisessä analyysissä lähtökohtana on aineisto ja tuloksena kuvaus tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Muutenkin opinnäytetyössä korostuivat laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet, joita ovat mm. tutkimustehtävien tarkentuminen tutkimusprosessin aikana, tutkimuksen tekijän rooli aktiivisena osallistujan sekä läheinen kontakti tutkimukseen osallistujiin sekä tutkimukseen osallistujien näkökulman ymmärtäminen. Aineisto kerättiin avoimin menetelmin ja aineistona oli merkityksiä ilmentävät sanat (Kylmä, Juvakka 2012, 29 - 31).

Opinnäytetyön pyrkimyksenä on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan seuraavilla kriteereillä, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä, ym. 2012, 127 - 129). Tässä opinnäytetyössä uskottavuudella ja vahvistuksella tarkoitetaan sitä, että opinnäytetyön tulokset vastaavat haastateltavien henkilöiden käsityksiä asiasta. Reflektiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että opinnäytetyön tekijät ovat tietoisia omista lähtökohdistaan opinnäytetyön tekijöinä. Siirrettävyys taas merkitsee tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä, ym. 2012, 129). Opinnäyttömme tulokset ovat linjassa työssä käytettyyn teoriaan sekä niitä voidaan mahdollisesti hyödyntää jatkotutkimuksissa. Opinnäytetyön tuloksia ei pidä ajatella yksinomaan psykoosisairauksien yhteydessä, vaan siirrettävyydellä vastaaviin tilanteisiin voidaan ajatella esimerkiksi vertaistukea kriisitehtävissä tai päihdetyössä, missä yhteisillä kokemuksilla voidaan saada aikaan positiivista edistystä.

Opinnäytetyön tarkoitus ja mahdolliset tehtävät ohjaavat aineiston analyysiä (Kylmä, ym. 2012, 66). Opinnäytetyön tekijän on tarkoin osoitettava, mitä tarkasteltava käsite hänen opinnäytetyössään tarkoittaa. Opinnäytetyössä käsitteet ovat usein yhteydessä keskenään. Opinnäytetyön lopputulos ja luotettavuus riippuu siitä, kuinka opinnäytetyön tekijä on onnistunut saattamaan käsitteensä analysoitavaan muotoon. Yhden käsitteen määrittely vaikuttaa toisen käsitteen määrittelyyn ja koko empiirisen tutkimuksen lopputulokseen. (Kakkuri-Knuutila 2002, 354 - 356). Saatuihin tuloksiin päädyttiin etsimällä materiaalista tutkimuksen kannalta oleellisin osa. Saaduista vastuksista etsittiin yhteneväisyyksiä. Tämän jälkeen teksti tiivistettiin alateemoihin ja sen kautta pääteemoihin.

6.3 Opinnäytetyön eettisyys

Hoitotieteellistä tutkimusta tehtäessä tutkimuksen eettisyys nousee tärkeään asemaan. Tutkimuksen kohdistuessa ihmisiin, on tärkeää selvittää, miten henkilöiden suostumus

saadaan aikaiseksi sekä millaista tietoa heille tutkimuksesta annetaan ja millaisia riskejä heille tutkimuksesta saattaa aiheutua (Kylmä, ym. 2012, 137 - 138). Tämän opinnäytetyö aihe lähti vertaisresepti-hankkeen tarpeista ja sen tarkoitus on kerätä psykoosiin sairastuneiden näkemyksiä vertaistuesta. Haastateltavien valintaan kiinnitettiin erityistä huomiota. Haastateltavat eivät olleet juuri psykoosiin sairastuneita henkilöitä. Tavoitteena oli saada mahdollisimman syvällistä tietoa tutkimusaiheesta. Lähtökohtana tutkimuksessa oli eettisyys ja ihmisarvonkunnioittaminen. Tutkimuksen tekemisen eettiset haasteet koskevat koko tutkimusprosessia aina suunnittelusta julkaisemiseen asti. Vastaajille kerrotaan ennen haastattelua heidän oikeuksistaan sekä siitä, että haastattelu on vapaaehtoinen ja sen voi keskeyttää koska tahansa, eikä heitä voida tunnistaa haastattelusta. (Kylmä, ym. 2012, 137 - 138). Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Aineiston keräämisessä ja säilyttämisessä otettiin huomioon tutkittavien anonymiteetin takaaminen ja aineiston luottamuksellinen tallentaminen. Tutkimusraportissa ei ole yksilöitävissä tutkimukseen osallistunutta henkilöä. Haastateltavat henkilöt saivat kirjallisen tiedotteen ja suostumuslomakkeen ennen haastattelua (Liite 3). Tutkimuksesta ei aiheutunut minkäänlaisia kustannuksia terveyskeskukselle. Opinnäytetyön lähtökohtana oli tuottaa kaikille opinnäytetyön osapuolille hyödyllistä ja arvokasta tietoa. Tutkimustyötä tehtäessä vältettiin epärehellisyyttä kaikissa sen osavaiheissa. Eettisyyden ohella tutkimusta ohjasi lainsäädäntö terveystutkinnasta koko prosessin ajan.

Opinnäytetyöntekijät ottivat yhteyttä syksyn 2012 aikana pääkaupunkiseudulla olevan sairaalan kuntoutusyksiköiden osastonhoitajiin sähköpostitse. Osastonhoitajat etsivät opinnäytetyöntekijöiden puolesta haastateltavat. Heille näytettiin haastattelua koskeva informaatio ja pyydettiin lupa haastatteluun jokaiselta erikseen kirjallisesti. Osastoa, missä haastattelut tehtiin, ei voida koskaan tunnistaa. Haastattelut nauhoitettiin, mistä informoitiin myös haastateltavia kirjallisesti. Haastattelun materiaali käsiteltiin anonyymisti ja luottamuksellisesti. Tutkimusnauhat hävitettiin analysoinnin jälkeen. Materiaalin analysoinnin suorittivat opinnäytetyön tekijät. Tutkimusnauhat olivat vain opinnäytetyön tekijöiden hallussa. Haastateltavia eikä osastoa, missä haastattelut on tehty, ei voida tunnistaa jälkeensä.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Vertaistuesta psykoosipotilaan hoitoon sitoutumiseen ei suoraan vielä olla tehty kovin paljon tutkimusta. On toivottavaa, että tämä opinnäytetyö voisi toimia inspiraation lähteenä jonkun toisen opinnäytetyölle. Yleisellä tasolla, kokemusasiantuntijuus on vielä niin uusi käsite, ettei siitä ole vielä ehditty tehdä tutkimusta. Jatkossa, mikäli terveysasemille saadaan perustettua lisää kokemusasiantuntijan vastaanottoja, voisi tämä olla hyvä tutkimuksen kohde.

Jatkotutkimus voisi käsitellä kokemusasiantuntijan avun merkitystä hoitoon sitoutumiseen. Myös eri vertaistukiryhmien yksittäiseen toimintaan voisi olla mielenkiintoista perehtyä tarkemmin, millaista vertaistukea sieltä on saatu ja millaista vaikutusta siitä on ollut hoitoon sitoutumiseen. Vertaistueessa on paljon mahdollisuuksia ja sen tarve tulee varmasti jatkossa lisääntymään ja antaa myös uusia mahdollisuuksia tutkia asiaa.

6.5 Oppimisprosessi

Jälkikäteen ajatellen oppimisprosessina, opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoinen prosessi. Se ei välttämättä aina tuntunut aivan itsestään selvältä. Mitä enemmän työn tekemiseen jäi taukoja, sen vaikeampi siihen oli palata. Suurimmaksi ongelmaksi koitui lupahakemusmenettely, varsinkaan kun ei ollut aiempaa kokemusta vastaavanlaisesta. Opinnäytetyöprosessimme pysyi hyvin aikataulussa. Työn valmistumisaikatauluksi asetettiin vuoden 2012 lopun.

Opinnäytetyöprosessi alkoi noin vuosi sitten, syksyllä 2011. Aluksi tavoitteena oli haastatella postitse, kyselylomakkeella sataa mielenterveysongelmista kärsivää alle 18 -vuotiaista nuorta. Tämä hylättiin jo heti alkuvaiheessa, koska haastattelulupien saanti koettiin mahdottomaksi sekä heräsi epäily siitä, että kuinka innokas psyykkisesti sairastunut nuori on vastaamaan kyselyyn. Vertaisresepti hankkeesta lähteneelle opinnäytetyön ajatukselle lähdettiin hakemaan uutta kohderyhmää ja lähestymistapaa. Lähtökohtana pidimme laadullista tutkimusta, missä tutkimusjoukko olisi suppeampia. Lähtökotana oli kerätä henkilökohtaista tietoa vertaistuesta. Tutkimusryhmäksi mietittiin joko hoitajia tai potilaita. Lopulliseksi kohderyhmäksi muodostuivat potilaat, koska koettiin, että heillä on omakohtaisempaa tietoa vertaistuesta ja voisivat tulevaisuudessa olla potentiaalisia vertaistukihenkilöitä.

Opinnäytetyötä tehdessä tuli eteen monia uusia kysymyksiä, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon eettiset ja moraaliset sekä lainsäädännölliset seikat. Koska hoitotieteessä tutkimus kohdistuu ihmisiin, tulevat nämä seikat selkeästi esille ja tämä näkyi varsinkin tutkimuslupia anottaessa. Tutkimuslupahakemusta jouduttiin ”tuunaamaan” useaan otteeseen, mutta onneksi lopulta kaikki kuitenkin täsmäsi. Koemme, että olemme saaneet hyvää palautetta ja riittävästi tukea opinnäytetyömme tekemiseen opinnäytetyönohjaajaltamme ja vertaistukea oppilastovereiltamme. Työtä tehdessä vertaistuki on saanut uusia ajatuksia päässämme ja koemme, että vertaisuus ja verkaistuki kuuluvat ihmisen päivittäiseen elämään, kun hän on vuorovaikutuksessa toisen ihmisen kanssa.

Lähteet

Alila, A. & Matilainen, E. & Mustajoki, M. & Rasimus, M. (Toim) 2010 Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki: Duodecim

Caldas de Almeida, J & Killaspy, H. 2011. Long-term mental health care for people with severe mental disorders. European Union.
http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf Luettu 12.12.2012

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

Espoon järjestöjen yhteisö. 2011. Vertaisresepti-hanke.
<http://www.ejy.fi/Default.aspx?TabId=150&AspxAutoDetectCookieSupport=1> Luettu 15.4.2012

Hentinen, M. & Kyngäs, H. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

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

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huhtiniemi, K. 2007. Tekniikka ja talous Masennus yleistyy työelämässä.

<http://www.tekniikkatalous.fi/uutiset/masennus+yleistyy+tyoelamassa/a34865>. Luettu 12.5.2012

Huttunen, M. 2011. skitsofrenia. Lääkikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148 Luettu 10.5.2012

Huuskonen, P. 2010. Vammaispalvelujen käsikirja. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-tuki/vertaistuki/> Luettu 10.5.2012

Hyvärinen, E. 2009. Mielenterveyskuntoutujasta kokemusasiantuntijaksi. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5766/Hyvarinen_Elisa.pdf?sequence=1 Luettu 21.11.2012

Iivanainen, A & Syväoja, P. 2009. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Isometsä, E. 2011. Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiintyvyys. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. <http://www.slideshare.net/THLfi/mieli-2011-11441819> Luettu 12.5.2012

Juuti, P. Organisaatiokäyttäytyminen. Helsinki: Otava.

Kakkuri-Knuutila, M-L 2002. Käsitteenmuodostus. Teoksessa M-L. Kakkuri.Knuutila (toim.) Argumentti ja kritiikki, lukemisen, keskustelun ja vakuuttamisen taidot. Helsinki: Gaudeamus, 328-367.

Karma, K. 1983. Käyttäytymistieteiden metodologian perusteet. Helsinki: Otava.

Kiviniemi, L. 2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Kuopion yliopisto.
<http://www.uku.fi/vaitokset/2008/isbn978-951-27-0809-3.pdf> Luettu 10.5.2012

Koivisto, S. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Oulun yliopisto. <http://herkules.oulu.fi/isbn951427007X/isbn951427007X.pdf> Luettu 10.5.2011

Kokoa. Koulutetut kokemusasiantuntijat. 2012. <http://www.kokemusasiantuntija.fi/> Luettu 21.11.2012

Koskisu, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita.

Kuosmanen, L. Mielen avain -hankkeen ovet ovat avopinna uudenaikaisille palveluille. Mielen avain. Mediaplanet no. 1 Marraskuu 2012. s.3

Kukkurainen, ML. 2007 Vetaistuki ja tukihenkilötoiminta. Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00322 Luettu 3.6.2012

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kärkkäinen, T. & Nylund, M. 1996. Oma-apu ryhmät: vertaistukea ja toimintaa. Helsinki: Kansalaisareena ry.

Lagström, H. & Pösö, T. & Rutanen, N. & Vehkalahti, K. (Toim.) 2010. Lasten ja nuorten tutkimuksen etiikka. Helsinki: Yliopistopaino.

Lepola, U. & Koponen, H & Leinonen, E & Jokimaa, M. & Isohanni, M. & Hakola, P. 2008, Psykiatria. Juva: WSOY.

Matthies A-L. & Kotakari, U. & Nylund, M. (Toim.) 1996. Välittävät verkostot. Jyväskylä: Vastapaino.

Mielenterveyden keskusliitto. 2012 Vertaisuus ja kokemustieto.
http://www.mtkl.fi/liiton_toiminta/vertaistuki/ Luettu 3.6.2012

Mielenterveysyhdistys HELMI ry. 2007 Vertaistuki.
<http://www.mielenterveyshelmi.fi/?vertaistuki> Luettu 3.6.2012

Mikkonen, I. 2009 Sairastuneen vertaistuki. Kuopion Yliopiston julkaisu.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1303-5/urn_isbn_978-951-27-1303-5.pdf
 Luettu 4.6.2012

Mikkonen, I. 2003 Sairastuneen vertaistuki ja ammattiauttajat.
<http://www.kansalaisareena.fi/ammattiauttajat.pdf> Luettu. 30.10.2012

Muukkonen, M. 2003. Ideasta tutkimukseksi. Joensuu: Joensuun yliopisto.

Nurmi, K-E. 1995. Johdatus kasvatuksen filosofisiin ja historiallisiin perusteisiin. Helsinki: Gummerus.

Nurminen, M-L. 2008. lääkehoito. WSOY: Porvoo.

Nylund, M. 2005. Vertaisryhmät kokemusten ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa Nylund, M. & Yeung, A. B. Vapaaehtoistoiminta. Tampere: Vastapaino, 195-213.

Palosaari, E.2008.Lupa särkyä, kriisistä elämään. Helsinki: Edita.

Pehkonen, A & Väänänen-Fomin. M (Toim.) 2011. Sosiaalityön arvot ja etiikka. Juva: PS-Kustannus.

Perälä, J & Suvisaari, J & Saarni, S. 2006. Psykoosit suomessa luultua yleisempiä.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_9_2006/psykoosit_suomessa_luultua_yleisempia/ Luettu 3.11.2012

Piirainen, P. 1999. Henkilökohtainen kasvu ja uudistuminen. Helsinki: Haaga Ammattikorkeakoulu.

Prymachuk, S. 2011. Mental health nursing. SAGE Publications Ltd. UK.

Pulkkinen & Vesanen. 2010. Teoksessa Alila, A. & Matilainen, E. & Mustajoki, M. & Rasimus, M. (Toim). Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim, 617-618.

Sauri, P. 2012. Psykykkisestäkin sairaudesta voi toipua. Mediaplanet. no. 1. Marraskuu 2012. s. 2.

Skitsofreniainfo. 2012.
http://www.skitsofreniainfo.fi/skitsofrenia/Sairauden_puheaminen_on_useiden_tekijoiden_summa Luettu 2.12.2012

Skitsofreniatietoa. 2012.
<http://www.skitsofreniatietoa.fi/potilas/skitsofreniasta?gclid=CKOnsMPT-7MCFRJ7cAod9g0AsQ> Luettu 2.12.2012

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. mielenterveys- ja päihdesuunnitelma.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf
 Luettu 21.11.2012

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä.
2008. Skitsofrenia.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi35050>
Luettu 10.5.2012

Syrjälä, L. Ahonen, S. Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1994 Laadullisen tutkimuksen työtapoja.
Helsinki: Kirjayhtymä.

Tuomi, J. Sarajärvi, A. 2009 Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tyrväinen, J. 2012. Mielenterveyskuntoutujien vertaistuen toteutumisen haasteet ja hyödyt.
Pohjois-Karjalan Ammattikorkeakoulu. http://theseus17-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/40376/Tyrvainen_Jaana_opinnaytetyo.pdf?sequence=1 Luettu 4.6.2012

Uusitalo, H. 1991. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdanto tutkielman maailmaan.. Juva WSOY
Venäläinen, R. 28.4.2012. Mielenterveyspotilaat jäävät ilman avohoitoa. Helsingin Sanomat.
A2.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö.

Liitteet

- Liite 1. Aiesopimus
- Liite 2. Haastattelun lupahakemus osastonhoitajille
- Liite 3. Suostumuslomake haastatteluun osallistujalle
- Liite 4. Haastattelu runko
- Liite 5. Haastattelujen teemat

Liite 1 Aiesopimus

**AIESOPIMUS****6. SOPIMUKSEN ALLEKIRJOITUKSET**

Tätä sopimusta on laadittu 3 samansisältöistä kappaletta, yksi kullekin sopija-osapuolelle.

ESPOO 4. päivänä kesäkuuta 2012

"HAKIJAORGANISAATIO"

Mika Luukkainen
Toiminnanjohtaja
Espoon Järjestöjen Yhteisö ry

Mari Sipilä
Projektipäällikkö
Vertaisresepti-hanke

"YHTEISTYÖKUMPPANIT"

Joonas Kaasalainen
AMK -opiskelija, Laurea

Pentti Piirainen
AMK -opiskelija, Laurea

Liite 2. Haastattelun lupahakemus

Arvoisa Osastonhoitaja,

Olemme Laurea- ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata iältään 18-30 -vuotiaan psykoosipotilaan kokemuksia ja tarpeita vertaistuesta. Opinnäytetyössä pyritään selvittämään, millaista tietoa psykoosiin sairastunut on vertaistuesta saanut. Lisäksi pyrkimyksenä on hahmottaa psykoosiin sairastuneen saamaa vertaistukea sekä sen vaikutuksia hoitoon sitoutumiseen. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa vertaistuesta, jota voidaan hyödyntää psykoosiin sairastuneen hoitoon sitouttamisessa, Vertaisresepti-hankkeessa sekä vertaistuen kehittämisessä.

Opinnäyte työ toteutetaan teema haasteluna. Haastattelut suoritetaan syksyn 2012 aikana. Haastattelumateriaali käsitellään anonymisti ja luottamuksellisesti ja nauhoitteet tullaan hävittämän niiden analysoinnin jälkeen. Vastaajien antamat tiedot ovat luottamuksellisia ja heidän henkilöllisyys ei paljastu tutkimuksen missään vaiheessa.

Toivomme, että saisimme tehdä tutkimuksen osastollanne, valitsemassanne paikassa. Haastateltavamme tulevat olemaan iältään 18-30 -vuotiaita, suomenkielisiä henkilöitä, jotka ovat eivät ole akuuttivaiheessa olevia psykoosipotilaita. Toivomme, että pystytte löytämään osastoltanne noin viisi potilasta, jotka ovat valmiita osallistumaan tutkimukseemme. Haastattelun kesto olisi noin puoli tuntia koskien potilasta. Haastattelut suoritettaisiin teille sopivana ajankohtana. Toivomme, että haastatteluista aiheutuu teille mahdollisimman vähän vaivaa. Voisitteko antaa potilaalle oheisen tiedotteen ja kysyä haluaako potilas osallistua haastatteluun. Mikäli potilas on suostuvainen haastatteluun, niin pyytäisittekö häntä allekirjoittamaan oheisen lupa-anomuksen ja ilmoittaisitteko henkilön nimen meille.

Kunnioittaen

Sairaanhoitajaopiskelijat

Joonas Kaasalainen

Pentti Piirainen

Opinnäytetyön ohjaaja

Hannamari Talasma

Sh. psykiatrinen hoitotyö, Ttm, Lehtori

Liite 3. Tutkimukseen osallistujan suostumuslomake

Hyvä vastaanottaja,

Olemme Laurea- ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita ja olemme tekemässä opinnäytetyötä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata nuoren aikuisen psykoosipotilaan kokemuksia ja tarpeita vertaistuesta. Opinnäytetyössä pyritään selvittämään, millaista tietoa on vertaistuesta saatu. Lisäksi pyrkimyksenä on hahmottaa saatua vertaistukea sekä vaikutuksia hoitoon sitoutumiseen. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa vertaistuesta, jota voidaan hyödyntää psykoosiin sairastuneen hoitoon sitouttamisessa, Vertaisresepti-hankkeessa sekä vertaistuen kehittämisessä. Arvelemme, että sinulla voisi olla arvokasta tietoa näistä asioista.

Pyydämme suostumustasi haastatteluun. Haastattelu on luottamuksellinen, eikä henkilöllisyytesi paljastu missään tutkimuksen vaiheessa. Osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelu nauhoitetaan, materiaali käsitellään anonyymisti ja kaikki nauhoitteet hävitetään niiden analysoinnin jälkeen. Haastattelun kesto on noin puoli tuntia ja sen voi halutessa keskeyttää koska tahansa, syytä ilmoittamatta. Haastattelu tapahtuu osastollasi. Keskeyttäminen ei vaikuta saamiisi palveluihin mitenkään. Mikäli haluat osallistua tutkimukseemme, palauta tämä lomake allekirjoitettuna osastonhoitajalle ja pyydä häntä ilmoittamaan haastattelijoille suostumuksestasi haastatteluun.

Kunnioittaen,

Sairaanhoitajaopiskelijat

Joonas Kaasalainen

Pentti Piirainen

Olen tutustunut edellä olevaan haastattelulupahakemukseen ja suostun haastatteluun.

Haasteltavan allekirjoitus, Paikka ja pvm, kotiosoite

Suostumuksen vastaanottaja Nimen selvennys ja virkanimike

Liite 4. Haastattelurunko

Haastattelurunko

Taustatiedot

Ikä

Sukupuoli

Perhesuhteet

Sairauden diagnoosi ja kesto

Kuinka päädyit hoitoon

Vertaistuki

Mitä vertaistuki mielestäsi tarkoittaa?

Tiedollinen tuki

Emotionaalinen tuki

Konkreettinen tuki

Koetko itse saaneesi vertaistukea / millaista?

Tiedollinen, emotionaalinen, konkreettinen

Esimerkkejä?

Mistä olet saanut tietoa vertaistuesta?

Mitä sinulle tarkoittaa hoitoon sitoutuminen?

Auttoiko saamasi vertaistuki sinua sitoutumaan hoitoon?

Onko sinulla ollut ongelmia vertaistuen suhteen?

Millaisia

Tuen saamisessa, itse tuessa

Voisitko itse toimia vertaistukihenkilönä?

Miten kehittäisit vertaistukea?

Liite 5. Haastattelujen teemat

Haastattelujen teemat		
Alkuperäinen ilmaisu	Alateema	Pääteema
<p>Yhteinen tekijä</p> <p>Ei tietoa vertaistuesta</p> <p>Voi ymmärtää toista</p> <p>Vertaistuella on ollut merkitystä</p> <p>Vertaistuki ei sano mitään minulle. En ole törmännyt. Vois kuunnella ihmisiä.</p> <p>samanlainen tausta</p> <p>Jos on psyko, sen oppii näkemään</p> <p>Alussa jännitti mennä.</p> <p>Tottui - tuntuu helpottavalta. Ei tarvii salata, eikä myöskään kertoa koko ajan, että on sairas. Saa olla oma itsensä. Tottuu muihin ihmisiin</p> <p>On ollut puhetta samoista asioista.</p> <p>samanlaisia kokemuksia.</p> <p>Vähän, Ollaan puhuttu jotain samoista asioista</p> <p>Voi mennä aina kun tahtoo, vaikkei kuulisi ääniäkään. Avoimet ovet. Koki sitoutuneensa hoitoon vertaistuen kautta.</p> <p>On varmasti hyötyä, koen näin. noudatan hoitoa, syön lääkkeitä. ohjeistus, noudatan ohjeita</p> <p>Täytys sitoutuu hoitoon</p> <p>Ei alussa syönyt lääkkeitä. Jätti lääkkeet syömättä. Kun oli osastolla, en syönyt lääkkeitä silloin ollenkaan, mutta osastolla muut potilaat tuki ja kertoivat, että toi lääke on hyvä ja sitä kannattaa syödä.</p> <p>Onko keskustellut samassa tilanteessa olevien henkilöiden kanssa</p> <p>Kokoonnutaan huoneeseen</p> <p>Ehkä joskus kotoa</p> <p>Jos tuntuu pahalta, niin saa sanoa miltä tuntuu.</p>	<p>Yhteiset kokemukset vertaistuesta</p>	<p>Nuoren aikuisen kokemukset vertaistuesta</p>

<p>Tunteet pääsevät esille. Kun toisia kuuntelee, on sympatiaa. Kukaan ei arvostele. Voi purkaa mieltään, jos ollut hankalaa.</p>		
<p>Ehkä joku samassa tilanteessa oleva henkilö Osastolla keskusteluja vertaisten kanssa Ollaan vertaisia, samanlainen tausta On ollut puhetta samoista asioista. Samanlaisia kokemuksia. Hyvä tuki. Jäsenet pitää itse kerhoa. Ääniä kuulevien kerho, mieli maasta ryhmä, käsityöryhmä, liikuntaryhmä Kokoonnutaan huoneeseen Helmi ry, Mielenterveysyhdistys on loistava. Loisto paikka, siellä on ääniä kuulevien ryhmä. Käsityö, painonhallinta. Propelli - tietopalvelu. Siellä on aina päivystäviä paikalla. sieltä hakemaan ensimmäiseksi tietoa. Voin suositella lämpimästi. No, ehkä, tai niin, ei musta ois ehkä oikeen siihen. Mä oon aika uojo, mut vois ehkä ollakin, oonko kovin hyvä siinä Voisin toimia vertaistukihenkilönä en ole niin sosiaalinen. Tieto voisin antaa. voisi ohjata.</p>	<p>Vertaistuki henkilö, vertaisryhmät ja toimiminen vertaistukihenkilönä</p>	<p>Nuoren aikuisen kokemukset vertaistuesta</p>
<p>Ohjaajalla on aineistoa - tiedollinen tuki aineistosta, jota käydään läpi. Haastatteluita lehdistä, missä muut ovat kertoneet ongelmistaan ja sairauksista, äänten kuulemisesta. Se tavallaan normalisoi sairautta Netissä. Keskustelu/asia Hyvä saada tietoa Ymmärtää hoitoon sitoutumisen.</p>	<p>Tiedon saanti sairaudesta</p>	<p>Vertaistuen merkitys nuoren aikuisen hoitoon sitoutumiseen</p>
<p>Täytys sitoutuu hoitoon No ehkä, vois hyvinkin olla. Emmä oo varma. Vois olla apua jos olis päässy eteenpäin omista ongelmista Neuvonta auttaa sitoutumaan. Vertaistuen</p>	<p>Hoitoon sitoutuminen</p>	<p>Vertaistuen merkitys nuoren aikuisen hoitoon sitoutumiseen</p>

saanti tärkeää alkuvaiheessa. Hankalaa olla kun ei tiedä mistä on kysymys. Sekava olo En alussa syönyt lääkkeitä. Jätti lääkkeet syömättä. Kun oli osastolla, ei syönyt lääkkeitä silloin ollenkaan, mutta osastolla muut potilaat tuki ja kertoivat, että toi lääke on hyvä ja sitä kannattaa syödä. Kun toiset ottivat lääkkeen, aloin ottaa lääkettä. Sitouduin hoitoon.		
Pitäs hoitaa homma asiallisesti Yhteisiä tilaisuuksia. Yksilöllisyys. kaikille sopivin tuki. Olohuone, missä kaikki istus siinä sitten samassa tilassa, kattos vaikka telkkuu siinä sitten, vois puhuu siinä sitten samoista asioista. Ettei hätkähtäisi, jos jollain menee huonsti. Että olis kärsivällisyyttä sairastuneen ihmisen kanssa.	Kehitysideoita	Vertaistuen merkitys nuoren aikuisen hoitoon sitoutumiseen
Pitää olla aktiivinen itse, jotta löytää. Täytyy lähteä kotoa ihmisten ilmoille. Vaatii, että pystyy kulkemaan julkisilla	Ongelmat vertaistuen saannissa	Nuoren aikuisen kokemukset vertaistuesta