



Mielekkäät jalat

Mielenterveyskuntoutujien jalkaterveys ja jalkojen omahoidon tukeminen Niemikotisäätiön Hoitokoti Eirassa

Jalkaterapian koulutusohjelma,
Jalkaterapeutti
Opinnäytetyö
31.10.2008

Mari Rapeli
Viivi Liuksiala

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Jalkaterapia		Jalkaterapia	
Tekijä/Tekijät			
Mari Rapeli ja Viivi Liuksiala			
Työn nimi			
Mielekkäät jalat – Mielenterveyskuntoutujien jalkaterveys ja jalkojen omahoito Niemikotisäätiön Hoitokoti Eirassa			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Syky 2008	34 + 5 liitettä	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millainen on mielenterveyskuntoutujien jalkaterveys sekä miten mielenterveyskuntoutujien jalkaterveyttä voidaan tukea mielenterveyskuntoutujien tuetussa asumisyksikössä. Tutkimus tehtiin yhteistyössä Niemikotisäätiön Hoitokoti Eiran kanssa Helsingissä. Tiedon keruu toteutettiin Metropolia ammattikorkeakoulun edeltäjän Helsingin ammattikorkeakoulun Stadian KuntoStadian jalkaterapiatiloissa ajanjaksolla marraskuu 2007–huhtikuu 2008. Tutkimukseen osallistui 12 hoitokodin asukasta, joilla oli diagnosoitu skitsofrenia. Tutkimusstrategia oli kvantitatiivis-kvalitatiivinen tapaustutkimus, ja tiedonhankintamenetelminä olivat alaraajojen kliininen tutkimus, henkilökunnan avoin strukturoimaton haastattelu sekä iho- ja kynsimuutoksia havainnoiva valokuvaus.</p> <p>Suurimmalla osalla mielenterveyskuntoutujista iho oli laadultaan ja väriltään normaali, mutta jalkaterät olivat hyvin likaiset. Kantapäiden, päkiän ja varpaiden kovettumia oli yhdeksällä. Suurimmalla osalla varvasvälit olivat hautuneet rikki. Yli puolella oli kynsimuutoksia; kynsien paksuuntuminen, sisäänkasvanut kynsi sekä kynsisienepäily. Kengät olivat pääosin huonokuntoiset. Useimmat asukkaista tarvitsevat hoitohenkilökunnan ohjausta ja tukea päivittäisissä toimissaan ja jalkojen omahoidon toteuttamisessa. Tutkimuksen tekijöiden mukaan jalkojen omahoidon toteuttaminen ja jalkaterveyden tukeminen oli hoitokodissa puutteellisia. Usein syy oli asukkaiden jalkavaivojen vaikeahoitoisuus sekä jalkojenhoidon mieltäminen kuulumattomaksi osaksi hoitohenkilökunnan työnkuvaan. Lisäksi asukkaita oli vaikea saada motivoitumaan jalkojen omahoitoon.</p> <p>Tulosten mukaan mielenterveyskuntoutujat tarvitsevat jalkojenhoito- ja jalkaterapiapalveluja. Jalkaterveyttä heikentävien vaivojen varhainen havaitseminen ja hoitaminen tukisivat heidän kokonaisvaltaista hyvinvointiaan ja itsenäistä toimintakykyään. Hoitohenkilökunnan osallistuminen jalkaterveyden tukemiseen tapahtuisi parhaiten ohjaamalla ja konkreettisesti auttamalla asukasta pesutilanteissa, jalkaterien kuivauksessa, rasvauksessa ja kynsien lyhentämisessä.</p> <p>Tutkimuksesta saadut tulokset ovat suuntaa-antavia mielenterveyskuntoutujien jalkaterveyden tilasta. Mielenterveyskuntoutujien jalkavaivojen ennaltaehkäiseminen, hoitaminen ja omahoidon tukeminen ovat monipuolinen haaste jalkaterapeuteille ja jalkaterapeuttiopiskelijoille kehittää ammattitaitoa myös vähemmistöryhmät huomioiden. Työtä voidaan käyttää tukena perusteellisempien jatkotutkimuksien tekemisessä sekä hoitohenkilökunnalle suunnatussa jalkojen omahoitotietouden opetuksen ja ohjauksen suunnittelussa.</p>			
Avainsanat			
jalkaterveys, mielenterveyskuntoutuja, jalkojen omahoito			

Degree Programme in		Degree
Podiatry		Bachelor of Health Care
Author/Authors		
Mari Rapeli, Viivi Liuksiala		
Title		
Foot Self Care and Foot Problems Among Patients With Mental Disorders		
Type of Work	Date	Pages
Final Project	Autumn 2008	33 + 5 appendices
<p>ABSTRACT</p> <p>The aim of this investigation was to find out common feet problems among people with severe mental disorders and the way of support they are being provided by the health care personnel. The group studied (=12) consisted of schizophrenic patients who live in Niemikoti foundations' supported accommodation in Eira care home in Helsinki.</p> <p>The study was executed in the premises of Metropolia University in Helsinki between November 2007 and April 2008. This project was conducted quantitative-qualitatively and case study method was used as an investigation method. Clinical study of the feet, open group interview and photographs were used as means to gathering data. The investigation were presented as frequencies and pictures.</p> <p>The result of this study showed that people in the study group had multiple foot problems caused by lack of self care and bad hygiene. The most common problems were dirty skin, calluses on forefoot, heel and around toes, athletes' foot, nail disorders such as ingrown toe nails and nail fungi. Shoes were often worn and ill fitting. The majority of the patients need personal support in daily chores and foot self care. Support in foot self care was found to be insufficient in care home Eira mainly because of the foot problems were highly severe and patients were unmotivated. Additionally health care personnel did not see foot care as a part of their job description.</p> <p>In the light of results there is a great demand of podiatric services among people with severe mental disorders. Health care personnel should provide preventing foot self care assessment for the patients by taking part and practically being involved in daily foot hygiene routines.</p>		
Keywords		
Foot health, mental disorder, foot self care		

Tahtoisin jo tehdä kotiin matkaa,
ei enää tätä loputonta hatkaa.
Kulkuri kiittää, nyt saa jo riittää,
vie minut jo tie!

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	SKITSOFRENIA - MONIMUOTOINEN PSYYKKINEN SAIRAUUS	3
2.1	Sairauden etiologia, kulku ja ennuste	3
2.2	Hoidon pääperiaatteet	4
2.3	Diabeteksen yhteys skitsofreniaan	6
3	MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN JALKATERVEYS	7
3.1	Iho- ja kynsimuutokset	7
3.2	Jalkojen omahoito	10
3.3	Mistä mielenterveyskuntoutuja saa jalkojenhoitopalveluita?	11
4	NIEMIKOTISÄÄTIÖN HOITOKOTI EIRA	14
4.1	Päiväohjelma Hoitokoti Eirassa	14
4.2	Jalkojen omahoidon tukeminen osana Hoitokoti Eiran arkea	16
5	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	17
6	TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	17
6.1	Tutkimusjoukko	18
6.2	Tiedonhankintamenetelmät	19
6.3	Aineiston keruu ja käsittely	20
7	TUTKIMUSTULOKSET	22
7.1	Taustatiedot	22
7.2	Mielenterveyskuntoutujien jalkaterveys	23
7.3	Mielenterveyskuntoutujien jalkojen omahoidon ja jalkaterveyden tukeminen osana hoitokodin päiväohjelmaa	26
8	JOHTOPÄÄTÖKSET	27
9	POHDINTA	28
	LÄHTEET	32
	LIITTEET 1–5	

1 JOHDANTO

”Kun kunto kramppaa, ei jalka enää tamppaa.” Näin lausahti eräs mielenterveyskuntoutuja saapuessaan vastaanotolle ontuen. Tämä kuvaa osuvasti, kuinka tärkeää jalkojen terveys on ihmisen elämässä. Terveys ja sen vaaliminen on useimmille meille itsestäänselvyys. Ongelmien ilmaantuessa terve ihminen pyrkii etsimään keinon, jolla hallita terveyttään. Mielen sairastuessa myös fyysinen hyvinvointi kärsii ja usein henkilö ei ole kykenevä huolehtimaan itsestään, vaan tarvitsee tukea, opastusta ja ohjausta.

Mielenterveyshäiriöt ovat kansanterveydellinen ongelma ja sairastuvien määrä on jatkuvasti kasvussa. Joka viides suomalainen sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä ja vuosittain noin 75 000 henkilöä väestöstä sairastuu johonkin mielenterveyden häiriöön. Suomessa noin 50 000 ihmistä sairastaa skitsofreniaa. (Kansanterveyslaitos 2008.)

Skitsofreniaa sairastavien psyykkiset ja fyysiset ongelmat vaikuttavat heidän jokapäiväiseen elämäänsä. Henkilöillä voi olla vaikeuksia arjen rutiinien itsenäisessä suorittamisessa, kuten kotielämään liittyvissä päivittäisissä toiminnoissa, ihmissuhteissa, sosiaalisissa ja taloudellisissa tilanteissa sekä omasta terveydentilastaan huolehtimisessa. (Crews – Vu – Davidson – Crane – Mehler – Steiner 2004; Holmalahti – Lahtinen 2005.) Heikentynyt kyky huolehtia henkilökohtaisesta hygieniasta heikentää myös jalkaterveyttä. Mielenterveyskuntoutujilla on tutkimusten mukaan enemmän jalkavaivoja terveeseen väestöön verrattuna (Crews ym. 2004). Pienistäkin jalkaterän alueen vaivoista voi muodostua itsenäistä liikkumista ja toimintakykyä rajoittavia tekijöitä.

Perusterveydenhuollossa ja hoitokodeissa jalkaterapiapalveluiden tulisi olla osana kokonaisvaltaista hoitoa. Suomessa pääsääntöisesti nivelreumaa ja diabetesta sairastavat ovat oikeutettuja näihin palveluihin. Mielenterveyskuntoutujat ja monet muut palvelua tarvitsevat jäävät tämän terveydenhuoltopalvelun ulkopuolelle. Eettisesti hyvä terveydenhoito tarjoaa henkilölle mm. oikeuden saada tarkoituksenmukaista hoitoa ilman kohtuutonta viivettä. Asianmukainen hoito on riippumaton henkilön sosiaalisista ja henkilökohtaisista ominaisuuksista. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2002.) Lakipykälistä ja ohjeista huolimatta tarvittavien palveluiden saatavuus on vaikeaa. Tämän vuoksi olisi keskityttävä ennaltaehkäisevään hoitoon oikeanlaisilla jalkojen omahoitotottumuksilla ja omahoidon tukemisella.

Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa mielenterveyskuntoutujien jalkaterveyttä. Tarkoituksena on saada näyttöön perustuvaa tietoa mielenterveyskuntoutujien jalkaterveydestä sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle ja opiskelijoille. Ajatus tutkimuksen tekemisestä syntyi harjoittelujakson aikana, jolloin huomasimme asiakkaina käyvillä mielenterveyskuntoutujilla huomattavia iho- ja kynsimuutoksia. Suomessa ei ole aikaisemmin kartoitettu skitsofreniaa sairastavien jalkaterveyden tilaa, joten halusimme saada tietoa aiheesta ja selvittää mielenterveyskuntoutujien jalkavaivojen yleisyyttä. Yhteistyökumppanina toimii Niemikotisäätiön Hoitokoti Eira Helsingistä. Hoitokodin asukkaat ovat käyttäneet ammattikorkeakoulun jalkaterapiapalveluita jo usean vuoden ajan, joten yhteistyö tuntui luontevalta ja molempia osapuolia hyödyttävältä.

Opinnäytetyö on kvantitatiivis-kvalitatiivinen eli määrällis-laadullinen tutkimus. Tiedot kerätään käyttäen kliinistä esitestattua tutkimuslomaketta sekä haastatteleamalla henkilö-kuntaa hoitokodin toimintamalleista.

2 SKITSOFRENIA - MONIMUOTOINEN PSYKKINEN SAIRAUUS

Skitsofrenia on vakava elinikäinen sairaus, jolla on suuria lääketieteellisiä, yhteiskunnallisia ja taloudellisia seurauksia. Psykiatrisen ja lääketieteellisen terminologian mukaan skitsofrenialla tarkoitetaan tiettyä psyykkistä sairautta, jossa vallitsevat vaikeus säilyttää realiteettitaju, ja jota luonnehtivat sosiaaliset ongelmat toimintakyvyssä. (Käypä hoito 2008.) Suomen väestöstä 0,5–1,5 % sairastaa skitsofreniaa. Skitsofrenia on haastava sairaus monimuotoisuutensa vuoksi. Sisäinen tai ulkoinen stressitekijä voi myötävaikuttaa skitsofrenian puhkeamiseen siihen alttiilla henkilöillä. Miehillä skitsofreniaa on todettu esiintyvän naisia useammin, ja heillä se puhkeaa aikaisemmassa elämänvaiheessa kuin naisilla. (Isohanni – Honkonen – Vartiainen – Lönnqvist 2007: 73-139.)

2.1 Sairauden etiologia, kulku ja ennuste

Skitsofrenian syntyyn vaikuttavat mm. perinnölliset tekijät, raskaus- ja synnytyskomplikaatiot, varhaiskehityksen häiriöt sekä aivojen rakennemuutokset. Suomessa tehtyjen tutkimusten mukaan perheen ja varhaislapsuuden ihmissuhteilla voi olla merkitystä skitsofrenian synnyssä. Helsinki High Risk-tutkimuksen mukaan skitsofreniaa sairastavien äitien lasten sairastumisriski 35- 40 vuoden seurannassa oli 6,7 %, kun perusväestöllä sama riski oli 0,6 %. Skitsofrenian kehittymiseen saattavat vaikuttaa eräät virustaudit sekä aivojen rakenteelliset ja aineenvaihdunnalliset tekijät. Tämänhetkinen teorian tieto korostaa ympäristö- sekä perintötekijöiden yhteisvaikutusta; skitsofreninen häiriö laukeaa usean eri tekijöiden yhteisvaikutuksesta. (Isohanni ym. 2007.)

Skitsofreniaa sairastavan henkilön on vaikea erottaa mielikuvitusta todellisuudesta, jolloin todellisuuden taju heikkenee, persoonallisuus hajoaa ja toimintakyky huononee. Skitsofreninen henkilö vetäytyy pois sosiaalisista kontakteista ja on kykenemätön suoriutumaan työtehtävistään, jonka seurauksena on usein syrjäytyminen. Runsaat ja voimakkaat deluusiot eli harhaluulot, ajatushäiriöt tai intensiiviset äänihallusinaatiot ovat tautiluokituksen mukaan edellytyksiä skitsofrenian diagnosoinnissa. **Skitsofreninen ajatushäiriö** sisältää ajatusten julkikuulumisen ja välittymisen esimerkiksi telepaattisesti, lisäksi ajatuskatkojen ja vääristymien seurauksena puhe on hajanaista ja vaikeasti ymmärrettävää. **Harhaluulot** ilmenevät omituisina ajatuksina henkilön ruumiin, raajojen sekä toiminnan kontrolloimisena. Harhaluulot ovat useasti ristiriidassa kulttuuristen

normien kanssa. Henkilö voi tuntea olevansa kykenevä vaikuttamaan esimerkiksi säätilaan. **Harha-aistimukset** ovat yleisimmin henkilön toimintaa kommentoivia ja kiusaavia ääniharhoja. **Katatonia** voi ilmetä kiihtymys- tai stupor- eli fyysisenä jähmettymistilana. **Negatiivisia oireita** ovat emotionaalinen kyvyttömyys, puheen niukkuus ja apaattisuus. **Taantuminen aiemmalta toimintatasolta** ilmenee henkilön työkyvyn heikkenemisenä ja mahdollisena työkyvyttömyytenä. (Isohanni – Joukamaa 2004.)

Skitsofreniaan sairastuvista yli puolella sairautta edeltää prodromaali- eli ennakkovaihe. Tavallisimpia ennakko-oireita ovat mielialavaihtelut ja -muutokset, käyttäytymis- ja keskittymishäiriöt sekä psyykkisen energian ja motivaation puute. Psykoosia edeltävät oireet voivat kestää muutamasta päivästä vuosiin. Psykoottinen kehitys voidaan mahdollisesti estää aikaisella toteamisella. Skitsofrenian ennakkovaihetta seuraa akuuttivaihe, jonka tyypillisiä oireita ovat esimerkiksi harhaluulot, aistiharhat, hajanainen puhe ja käytös. Skitsofreniaan sairastunut henkilö on useimmiten sairaalahoidossa ensimmäisen psykoosin akuuttivaiheessa. Akuuttivaihetta seuraa taantumisvaihe, jolloin skitsofreniaa sairastava henkilö on usein herkkä psykoosin uusiutumiselle. (Isohanni ym. 2007.)

Seurantatutkimusten mukaan skitsofreniaa sairastavan paranemisen ennuste on optimistinen. Tulosten mukaan 40–70 % henkilöistä toipuu ja he ovat elämäänsä tyytyväisiä. Vain osalla on lieviä oireita. Yli 80 % kykenee huolehtimaan itsestään eikä tarvitse sairaalahoitoa ja 70 % on oireettomia tai vähäoireisia. Sosiaalinen toimintakyky on tyydyttävä noin 60 %:lla. Psykoosilääkkeet ovat parantaneet skitsofrenian ennustetta. Skitsofrenian oireet lievittyvät 40–50-ikävuoden jälkeen, jolloin elämänlaatu ja toimintakyky paranevat. Tyypilliset psykoosioireet kuten harhaluulot ja aistiharhat vähenevät. Toisaalta negatiiviset oireet ja kognitiiviset puutokset saattavat lisääntyä. Tutkimusten mukaan 90-luvulla pääosa suomalaisista pitkäaikaispotilaista kuntoutui psykiatrisesta sairaalasta 40–60-vuoden iässä. (Isohanni ym. 2007.)

2.2 Hoidon pääperiaatteet

Lääkitys on keskeinen osa skitsofrenian hoitoa. Sillä saadaan nopea vaikutus primaariin oireisiin. Psykoosilääkitys lievittää psykoottisia oireita, vähentää uusien sairastumisten riskiä ja mahdollistaa muiden hoitomuotojen toteuttamisen. Lääkehoidon aloittamisesta lääkäri päättää yhdessä kuntoutujan kanssa. Yleisimpiä käytettyjä psyyke-

lääkkeitä ovat klooripromatsiini, perfenatsiini, risperidon ja olantsapiini. (Käypä hoito 2008.)

Psykoosilääkkeitä on pidetty tehokkaina psykoosien hoidossa. Niiden käyttöaika henkilön hoidossa on usein pitkäaikaista, jopa vuosia tai vuosikymmeniä. Niiden käyttöön liittyy sivuvaikutuksia kuten painonnousu ja veren rasva-arvojen sekä sokeritasapainon muutoksia, joita voidaan pitää merkittävänä terveysriskinä, elämänlaadunheikentäjinä. (Taulukko 1.) Vaikeista mielenterveyshäiriöistä erityisesti juuri skitsofrenian hoito on hankalaa. Skitsofrenian hoitomuotoihin liittyviä haittavaikutuksia pidetään hyväksyttävimpinä sairauden vaikeahoitoisuuden vuoksi, verrattuna muiden psyykkisten sairauksien hoitojen sivuvaikutuksiin. (Koponen – Saari – Savolainen – Kinnunen – Myllykangas – Lammintakanen 2001.)

TAULUKKO 1. Yleisimpien käytettyjen psyykelääkkeiden haittavaikutuksia (Käypä hoito 2008).

Risperidoni	Ekstrapyramidaalioireet (lihasjäykkyys, köpöttävä kävely, lepovapina, lihasten kouristustiloja, psykomotorinen hidastuminen), unettomuus, ahdistuneisuus
Klotsapiini	Verenkuvanmuutokset, epileptiset kohtaukset, painonnousu, veren rasva-arvojen kasvu, lisääntynyt syljeneritys, kardiomyopatia
Olantsapiini	Painonnousu, väsymys
Perfenatsiini	Antikolinergiset haitat (suun kuivuminen, ummetus), väsymys, ekstrapyramidaalioireet
Tsuklopentiksoli	Neurologiset haitat, hikoilu
Aripipratsoli	Rauhattomuus, unettomuus, pahoinvointi
Flufenatsiini	Ekstrapyramidaalioireet, tardiivi dyskinesia (suun ja kielen lihasten pakonomaiset matomaiset liikkeet), autonomisen hermoston häiriöt

Skitsofreniassa sekundaariset ongelmat kuten passiivisuus, huono itsetunto, negatiiviset asenteet ja odotukset sekä taitojen puutteellisuus edellyttävät monipuolista koulutuksellista ja terapeutista kuntoutusta. Hoidossa paneudutaan työhön, ihmissuhteisiin, toimintaan ja elämän arkisiin ongelmiin. (Isohanni – Joukamaa 2004.) Kokemus osoittaa, että

näiden taitojen harjoittelu parantaa skitsofreniaa sairastavien henkilöiden kuntoutumismahdollisuutta (Käypähoito 2008). Henkilön kokonaistilanteen perusteella määritellään psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen tarve. Skitsofrenian hoidossa keskeistä on sosiaalisten taitojen harjoittaminen, esimerkiksi tuetun työllistämisen keinoin sekä psykoterapian, kognitiivisten terapioiden ja perheterapioiden käyttö. (Isohanni – Joukamaa 2004.)

2.3 Diabeteksen yhteys skitsofreniaan

Psykoosilääkkeiden käytön aloitukseen liittyy usein diabeteksen puhkeaminen tai jo olemassa olevan diabeteksen hoitotasapainon heikkeneminen. Yksi merkittävimmistä tyyppin 2 diabeteksen ja sydän- sekä verisuonisairauksien riskitekijöistä on liikalihavuus, jolloin psykoosilääkkeiden käyttö voi vaikuttaa negatiivisesti kuntoutujien ennusteseen. (Koponen ym. 2001.)

Diabetes on energia-aineenvaihdunnallinen häiriö, joka aiheutuu haiman insuliinituotannon häiriintyneestä erityksestä tai insuliinin heikentyneestä vaikutuksesta kudoksissa (insuliiniresistenssi) (Käypähoito 2007). Psykiatrisia sairauksia kuten kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai skitsofreniaa sairastavilla on todettu kohonnut riski sairastua diabetekseen diabetekseen alentuneen sokerinsiedon ja insuliiniresistenssin vuoksi (Koponen ym. 2001; El-Mallakh 2006). Jalkaterveyden edellytys on toimiva verenkierto ja hermostus. Pitkäaikainen hyperglykemia ja hyperlipidemia aiheuttavat riskin diabeteksen lisäsairauksiin kuten hermo- (neuropatia) ja valtimovaurioihin (angiopatia). Neuropatian varhaisoireina esiintyy pistelyä, kuumotusta, puutumista, leposärkyä ja erilaisia kiputunteuksia. Häiriintynyt kosketuskipu ja asentotunto estävät esimerkiksi henkilöä tuntemasta, että kenkä hiertää. Kudosten sokeroituminen (glukosylaatio) aiheuttaa nivelten kireyttä ja jäykistymistä sekä ihon rasvapatjan kovettumista. Autonomisen hermoston muutokset eli neuropatiat voivat aiheuttaa hikoilun loppumisen, jolloin iho kuivuu, ohenee ja halkeilee. Jalkaterien toimintojen häiriöt ja ihomuutokset altistavat haavaumien synnylle ja lisäävät amputaatoriskiä. Diabeteksessa hyvällä sokeritasapainolla ja hyvällä jalkojenhoidolla voidaan ehkäistä tehokkaasti näiden muutosten syntyä. (Käypähoito 2007.)

Tässä tutkimuksessa **mielenterveyskuntoutujalla** tarkoitetaan henkilöä, jolla on diagnosoitu skitsofrenia. Henkilö asuu tutkimushetkellä Niemikotisäätiön Hoitokoti Eirassa.

3 MIELENTERVEYSKUNTOOUTUJAN JALKATERVEYS

Jalkaterveys on merkittävä tekijä ihmisen hyvinvoinnille, itsenäiselle liikkumiselle ja elämänlaadulle. Alaraajojen lihaskunto, hyvä tasapaino sekä oikeanlaiset omahoitotottumukset ovat perustana jalkojen hyvinvoinnille. **Jalkaterveydellä** tarkoitetaan tässä työssä skitsofreniaa sairastavan henkilön jalkaterien tervettä ihoa ja terveitä varpaankynsiä sekä niiden terveyttä tukevaa omahoitoa; henkilökohtaisen jalkahygienian toteuttamista ja oikeanlaisten jalkineiden käyttöä.

Crews ym. tutkivat Yhdysvalloissa skitsofreniaa sairastavien 18- 74- vuotiaiden henkilöiden (n= 309) jalkaterveyden tilaa ja jalkaterän alueen iho- ja kynsimuutosten yleisyyttä terveeseen väestöön verrattuna. Tulosten mukaan skitsofreniaa sairastavilla on huomattavasti enemmän jalkaterän alueen ongelmia terveeseen väestöön verrattuna. Tuloksia arvioitaessa tulee huomioida, että kyseessä oli haastattelututkimus, jossa tutkimukseen osallistuvat raportoivat itse jalkaterän alueen muutoksista, jotka he kokivat ongelmiksi. (Crews ym. 2004.)

3.1 Iho- ja kynsimuutokset

Kävellessä erilaiset mekaaniset voimat kuten kohtisuora paine, puristus ja hankaus rasittavat jalkaterien ihoa. Ihomuutokset ovat sairauksien, lääkkeiden, ympäristön sekä puutteellisen omahoidon yhteisvaikutusten seurausta. Rakenteellisesti muutokset näkyvät orvaskedessä (epidermis) ja verinahassa (dermis) muun muassa ihon joustavuuden ja kimmoisuuden vähenemisenä. (Grouios 2004: 175 -184.) Crewsin tutkimuksessa ihomuutoksia oli 29 %:lla (n= 90) (Crews ym. 2004).

Iho puolustautuu painetta, puristusta ja hankausta vastaan paksuuntumalla. Se näkyy känsiintymisenä ja kovettumien muodostumisena. Jalkapohjien kuormituspisteiden, kuten päkiän ja kantapään alueen ihon päällimmäisen kerroksen paksuuntuminen eli **hyperkeratoosi** on yleistä. Ihopaksunnos eli **kovettuma** (lat. callus) tuntuu joustamattomana ihossa tai ihon päällä. Sen yleisin paikka on päkiä tai kantapää (KUVIO 1). Kovettuma on usein känsän esiaste. **Känsä** (lat. heloma) on tarkkarajainen ja kiilamainen ihon paksunnos. Känsiä kehittyy paikkoihin, joissa iho joutuu jalkaterän luisten ulokkeiden ja kengän väliseen puristukseen. Tyypillisesti känsiä syntyy varpaiden päälle, jalkapohjan iholle, jalkapöytäluiden päiden alle sekä kynnen alle ja kynsiuurteeseen.

Känsä voi kehittyä myös varvasväleihin. Tällöin taustalla on usein varpaiden virheasento, ahtaat varvasvälit, pienet sukat tai kengät. Ihomuutoksia voivat aiheuttaa myös infektiot tai ihosairaudet. Ihopaksumnos eli kovettuma on syytä pitää joustavana ja pehmeänä, jotta se ei kehity kovaksi ja kivuliaaksi. Kova ihopaksumnos painaa kudoksiin aiheuttaen kipua ja saattaa olla arka askellettaessa. Kivun seurauksena muuttunut kävely kuormittaa virheellisesti kehon niveliä ja jalkateriä ja altistaa jalkaterät uusien ihomuutosten, kuten känsien kehittymiselle. (Springett - Whiting - Marriot 2003: 5-9; Bristow 2008.)



KUVIO 1. Mielenterveyskuntoutujan jalkaterän ihomuutoksia; likainen iho ja halkeileva kantapää (Liuksiala — Rapeli 2008).

Kynsien normaalin kasvun häiriintyessä kynnen pituuskasvu hidastuu, kynnet paksuuntuvat ja niiden joustavuus vähenee. Tämän seurauksena kynsien väri voi muuttua sameaksi ja kellertäväksi. Häiriöitä kynnen normaaliin kasvuun voivat aiheuttaa esimerkiksi tulehdus, ihosairaudet, puristavat kengät ja kynsiin kohdistuvat iskut. Crewsin ym. tutkimuksessa kynsimuutoksia esiintyi 35 %:lla (n=107) (Crews ym. 2004). **Paksu kynsi** kasvaa paksuutta, jolloin kynsi tummuu, muuttuu kovaksi ja epätasaiseksi (KUVIO 2). Paksun kynnen pinta on kiilloton. Paksu kynsi voi olla seurausta kynsipatjan vauriosta, kuten liian pienten kenkien aiheuttamasta paineesta, liian pitkiksi jätetyistä kynsistä sekä ihotaudeista (psoriasis). **Torakynsi** on epämuodostunut, paksu kaareva ja sarvimainen kynsi, joka tavallisimmin syntyy trauman seurauksena isovarpaan kynteen. **Sisäänkasvanut kynsi** työntyy kasvaessaan kynsiuurteeseen tai kynsivalliin. Terveen ihon rikkoutuessa se aiheuttaa kynsivallintulehduksen, joka ilmenee ihon punoituksena, turvotuksena kynnen reunassa, kosketusarkuutena sekä varpaassa sykkivänä kipuna.

Pahasti infektoiduessaan kynsivallista erittyy märkää. (Tosti 2000: 339-348.) Aluksi kynsimuutokset ovat ainoastaan esteettinen haitta, mutta ne voivat vähitellen muuttua mekaaniseksi ongelmaksi. Kynsi saattaa kohota ja irrota, jolloin se voi aiheuttaa haittaa tai kipua esimerkiksi kenkiä käytettäessä. Diabetesta sairastavilla ja muilla ääreisverenkierron riskipotilailla paksu ja epämuodostunut varpaankynsi voi aiheuttaa haavaumia ja lisätä jalkahaavan riskiä. (Tosti - Pirachini 2000: 339-348.)

Kynsisienen aiheuttaja on tavallisesti joko rihma tai hiivasieni. Infektio alkaa usein kynnen kärjen alta. Kynsisienen seurauksena kynnen väri muuttuu kellertäväksi ja rakenteesta tulee hauras ja paksu. Kynsisienelle altistavia tekijöitä ovat jalkaterien liikahikoilu ja liikkuminen paljasjaloin yleisissä tiloissa, huono ääreisverenkierto, huono yleiskunto sekä kynsien vaurioituminen. Hoitamattomana kynsisieni voi levitä muihin varpaankynsiin ja pitkällä aikavälillä myös sormenkynsiin. (Johnson 2007. 73-88.) Crewsin tutkimuksessa jalkaterän alueen infektioita oli 28 %:lla (n= 87) (Crews ym. 2004).



KUVIO 2. Mielenterveyskuntoutujan kynsimuutoksia; paksuuntuneet sienikynnet ja leikkaamattomat kynnet (Liuksiala – Rapeli 2008).

3.2 Jalkojen omahoito

Jalkojen omahoidolla tarkoitetaan tässä työssä mielenterveyskuntoutujien päivittäin suorittamaa jalkahygieniaa sekä omaehtoista iho- ja kynsimuutosten hoitoa, sukkiin päivittäistä vaihtamista sekä kenkien käyttöä. Jalkahygieniaan sisältyy jalkaterien ja sääriin pesua kuivaus ja rasvaus sekä kynsien hoitaminen henkilökohtaisilla välineillä.

Säännöllisellä ja oikein toteutetulla jalkojen omahoidolla voidaan ylläpitää hyvää jalkaterveyttä tai parantaa sitä. Jalkavaivojen aiheuttajia voivat olla erilaiset systeemisairaudet esimerkiksi nivelreuma, tai ympäristön aiheuttamia, kuten kovat kävelyalustat ja epäsopivat kengät. Jalkaterien vaivoilla ja asentomuutoksilla on selvä yhteys kehon liikeketjussa tapahtuviin muutoksiin, jotka vaikuttavat ihmisen toimintakykyyn ja elämäntilaan. Jalkaterien iho- ja kynsimuutosten sekä asentovirheiden syntyä ehkäistään ja hoidetaan parhaiten huolehtimalla päivittäisestä jalkojen omahoidosta. (Liukkonen – Saarikoski 2006.)

El-Mallakhin tutkimuksessa kartoitettiin haastatteleamalla skitsofreniaa ja tyyppin 1 tai tyyppin 2 diabetesta sairastavien henkilöiden (n=11) kykyä hoitaa itse sairauksiaan. Tutkimuksen mukaan skitsofrenian ja diabeteksen omahoito edellyttävät kykyä hallita mielenterveysongelmaa, diabeteksen fyysisten vaikutusten ymmärtämistä sekä henkilön omaa halua pysyä terveenä. Useat haastateltavat olivat saaneet diabeteksen hoitomallit havainnoimalla perheenjäseniä, läheisiä tai sukulaisia, jotka sairastivat diabetesta. Havainnointitilanteet auttoivat tutkittavia ymmärtämään oman riskinsä sairastua diabetekseen ja saada samankaltaisia oireita, joita he olivat muilla havainneet. Tämä ymmärrys lisäsi heidän haluaan toteuttaa omahoitoa, jotta he välttäisivät diabeteksen aiheuttamat komplikaatiot, kuten jalka-amputaation. Haastateltavat ymmärsivät, että psyykkisten oireiden hallinta oli diabeteksen hyvän hoidon edellytys. Yksi haastateltavista kertoi, ettei mitenkään pystyisi hoitamaan diabetestaan, jos skitsofrenia ei olisi vakaassa vaiheessa. Psykoosin oireet, erityisesti hallusinaatiot ja deluusiot eli harhakuvitelmat vaikuttivat negatiivisesti haastateltavien halukkuuteen ja kykyyn hoitaa itse diabetesta. (El-Mallakh 2006.)

Psykomotoriikan hidastuminen tekee skitsofreniaa sairastavien kävelystä epävakaa (Morrens – Hulstijn – Sabbe 2007: 1038 - 1053). Tämän vuoksi asianmukaisten jalkineiden käyttö on tärkeää. Jalkaterveyden parantamisen, kuten asianmukaisten jalkineiden

den hankinnan esteenä on usein monen mielenterveyskuntoutujan huono taloudellinen tilanne. (Crews ym. 2004). Jalkineen tulee suojata ulkoisilta tekijöiltä, mekaanisilta vaurioilta sekä lämpötilan vaihteluilta. Jalkineet tukevat jalkoja, ehkäisevät virheasentoja, toimivat iskunvaimentimina sekä estävät ihon että kynsien hankaus- ja paineongelmia. Paine ja puristus aiheuttavat iho- ja kynsiongelmiä. Kengän tärkein ominaisuus on oikea koko ja niiden sisäpituus on riittävä, kun se on 1 cm jalkaterää pidempi. Jalkaterät pitenevät kävelyn keskitukivaiheen aikana kehon painon ollessa yhden jalan varassa. **Kenkien mallin** tulee tukea jalkaterän rakennetta. Riittävän leveä ja korkea varvasosa mahdollistaa varpaiden toiminnan kävellessä ilman puristusta. Kantaluuta ympäröivän **kantakapin** tulee olla istuva ja tukeva, joka pitää kantaluun hyvässä asennossa estäen sivuttaiset liikkeet. **Lenkkijäyke** kengän keskiosassa lisää kiertojäykkyyttä estäen sisäkaaren ylivenymistä. Hyvä **kiinnitys** mahdollistaa kengän säätämisen tukevaksi ja istuvaksi jalkaan. (Lusardi, M. 2006.)

3.3 Mistä mielenterveyskuntoutuja saa jalkojenhoitopalveluita?

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) julkaisemissa eettisissä periaatteissa etiikka perustuu ja kuvaa ”hyvää tapaa elää ja toimia maailmassa, jonka ihminen jakaa muiden kanssa.” Ihanteet, arvot ja periaatteet kuuluvat etiikkaan, joka määrittelee oikean ja väärän, hyvän ja pahan. Terveydenhuollon keskeisiä arvoja ovat ihmisarvo ja itsemääräämisoikeus, huolenpito ja oikeudenmukaisuus. Näistä arvoista koostuu myös eettisesti hyvä terveydenhuolto. Potilaalla on oikeus saada hyvää hoitoa, ilman kohtuutonta viivettä, häntä ja hänen läheisiään kohdellaan hyvin, hänen koskemattomuuttaan kunnioitetaan ja hänellä on itsemääräämisoikeus. Asianmukainen hoito on riippumaton potilaan iästä, asuinpaikasta, äidinkielestä ja muista sosiaalisista ja henkilökohtaisista ominaisuuksista. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2002.)

Kansalaisten perusoikeudet koskevat yhtä hyvin potilaita kuin tavallisiakin ihmisiä (TAULUKKO 2). Näiden oikeuksien nojalla kaikille on tarjottava samanarvoinen mahdollisuus kunnan tarjoamiin terveys- ja tukipalveluihin. Lisäksi henkilöillä on oikeus saada tukea ja opastusta elämisen taidoissa, esimerkiksi kuinka hakeutua asianmukaiseen hoitoon. (Tampereen yliopiston opetusmateriaali 2008).

TAULUKKO 2. Kansalaisten perusoikeuksia. (Tampereen yliopiston opetusmateriaali 2008.)

Terveys	Oikeus terveyspalveluihin
Psyykinen hyvinvointi	Oikeus terveys- ja tukipalveluihin
Arvostus	Oikeus ihmisarvoiseen kohteluun; syrjinnän puuttuminen
Elämisen taidot	Oikeus saada tukea ja opastusta taidoissa
Tarkoituksen kokeminen	Oikeus olla aktiivinen, oikeus käyttää yhteiskunnan tarjoamia palveluja ja tiloja
Sosiaaliset liittymät	Oikeus elää muiden ihmisten parissa

Terveydenhuollon tulevaisuutta käsittelevässä Terveydenhuollon tulevaisuusraportissa esitettiin, että hoidon tarvetta tarkasteltaessa on kiinnitettävä erityistä huomiota neljään ryhmään: ikääntyvät, **mielenterveysongelmista kärsivät**, lapset ja lapsiperheet sekä alimpiin sosiaaliryhmiin kuuluvat. Lasten ja nuorten vakavat psykososiaaliset ongelmat ovat raportin mukaan lisääntyneet. Lapsille ja heidän perheilleen on asiantuntijan mukaan voitava antaa tukea nykyistä paremmin. Suomalainen terveydenhuolto ei ole vaikuttanut riittävästi suuriin väestöryhmien välisiin terveyseroihin. Mielenterveysongelmista kärsivien palvelut ovat ajan kuluessa muuttuneet. Parissakymmenessä vuodessa mielisairaalapaikat ovat vähentyneet noin neljänneksen. Kuitenkaan avopalvelut ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut eivät ole lisääntyneet samassa tahdissa kuin sairaalahoidon väheneminen olisi edellyttänyt. (Kuusi – Ryynänen – Kinnunen – Myllykangas – Lammintakanen 2006.)

Mielenterveysasiakkaiden sairauksien aiheuttamat sekundaarioireet, kuten jalkaterän alueen iho- ja kynsimuutokset, jäävät usein huomaamatta ja hoitamatta kun terveyspalvelut toimivat toisistaan erillään. Esimerkiksi psykiatrinen hoito ja muut terveydenhuollon palvelut eivät kulje käsi kädessä. Stakesin selvityksen mukaan hoidon saamista voi hankaloittaa mielenterveyskuntoutujien eriarvoinen kohtelu, asiakkaan leimaantumisen pelko, fyysisen sairauden jääminen psyykkisten oireiden varjoon sekä kuntoutujan huono taloudellinen tilanne. Wahlbeckin mukaan mielenterveyskuntoutujien terveyspalve-

luiden tarve on suurempi muun muassa epäterveellisten elämäntapojen vuoksi, silti hoitoon pääsulle näyttää olevan runsaasti esteitä. (Wahlbeck – Manderbacka – Vuorenkoski – Kuusio – Luoma – Widtröm 2008.) Yhteistyö terveydenhuollon palveluiden kesken olisi välttämätöntä, jotta asiakkaat saisivat tarvitsemaansa kokonaisvaltaista hoitoa. Yleisesti lääkärit eivät kiinnitä huomiota asiakkaan jalkaterveyteen, vaikka jalat ovat ihmisen terveyden peruspilari. Jalkaterän alueen vaivojen hoito jalkaterapian menetelmin parantaisi merkittävästi kuntoutujien itsenäistä toimintakykyä sekä elämänlaatua. (Crews ym. 2004.)

Jalkaterapia- ja jalkojenhoitopalveluiden toimiessa pääosin yksityisellä sektorilla ja Kelan korvatessa hoidot vain tietyille väestöryhmille, pääasiallisesti diabetesta ja nivelreumaa sairastaville, kasvavat erot eri väestöryhmien mahdollisuudessa saada jalkaterapiapalveluita. Lisäksi terveydenhuollon laitoksissa jalkojenhoito- ja jalkaterapiapalveluita ei aina mielletä terveydenhuollon piiriin kuuluvaksi. Osaan laitoksista jalkojenhoito hankitaan ostopalveluna. Jalkaterapeuttien ja jalkojenhoitajien virkojen vähäisyys vaikuttaa osaltaan palveluiden saatavuuteen niukkuuteen. (Muurman – Tenkanen – Vauhkonen 2006. 10.) Erään tutkimuksen mukaan mielenterveyskuntoutujat eivät myöskään aina osaa itse vaatia tarvitsemaansa hoitoa (Dickinson – Bellack – Gold. 2007: 1213- 1220).

4 NIEMIKOTISÄÄTIÖN HOITOKOTI EIRA

Niemikotisäätiö on vuonna 1983 perustettu yhteisö, joka tekee työtä helsinkiläisten mielenterveyskuntoutujien hyväksi. Kuntoutuspaikkoja on yli 1300, noin 30 eri yksikössä ympäri Helsinkiä. Säätiön toiminta rahoitetaan asiakasmaksuilla, vuokrilla sekä kaupungin ja Raha-automaattiyhdistyksen avustuksilla. Niemikotisäätiön järjestämän mielenterveys-kuntoutuksen pääpaino on asumiskuntoutuksessa, jota toiminta päivä- ja työkeskuksissa tukee. Kuntoutuspäätöksen tekee asiakas itse, säätiön henkilökunta toimii kuntoutumisprosessin ohjaajana ja tukijana taustalla. Tavoitteena on asiakkaan omaehtoisuus. Niemikotisäätiön kuntoutuksen pääperiaatteita ovat yhteisöllisyys ja tasa-arvo. Säätiön toimintaan voi hakeutua kuka tahansa helsinkiläinen mielenterveyden ongelmista kärsivä. Lähetettä ei tarvita, ainoana edellytyksenä on hoitosuhde mielenterveystoimistoon. (Niemikotisäätiö.)

Helsingissä sijaitseva **Hoitokoti Eira** on vuonna 1996 perustettu hoitokoti skitsofreniaa sairastaville miehille. Hoitokodissa on 20 asukaspaikkaa. Ympäri vuorokauden työskentelevä hoitohenkilökuntaa on 10 sekä kolme siviilipalvelushenkilöä. Asiakkaat tulevat pääsääntöisesti Auroran sairaalasta ja Niemikotisäätiön muista asumisyksiköistä. Hoitokodin ideologia perustuu asukkaiden omatoimisuuteen ja ohjaavaan kuntoutukseen, jolla pyritään lisäämään asukkaiden aktiivista osallistumista päivätoimintoihin. (Niemikotisäätiö.)

Hoitokoti Eiran avohoitoyksikkö on kodinomainen, kaksikerroksinen kerrostalohuoneisto. Asukkaiden käytössä on kaksi suurta oleskeluhuonetta, jossa on mahdollisuus katsella televisioita, pelata biljardia, kuunnella musiikkia ja lukea kirjoja. Huoneistossa on oma keittiö, tupakkahuone, kuntosali, sauna ja kaksi suihkutilaa. Asukkaat asuvat yleensä kahden hengen jaetuissa huoneissa, osalla asukkaista on oma huone.

4.1 Päiväohjelma Hoitokoti Eirassa

Tutustumiskäynnillä Hoitokoti Eiran avohoitoyksikkössä seurasimme asukkaiden arkea ja haastattelimme paikalla olevaa hoitohenkilökuntaa. Hoitokoti Eiran asukkaat sairastavat vaikea-asteista kroonista skitsofreniaa, ja sen vuoksi selviytyminen päivittäisistä toiminnoista edellyttää usein hoitohenkilökunnan ohjausta ja avustusta. Jokapäiväisissä

toimissa toistuvat rutiininomaisesti samat asiat aamuherätyksestä iltatoimiin. Tuttu päiväjärjestys luo turvallisen ilmapiirin skitsofreniaa sairastavan arkeen.

Päiväohjelma alkaa herätyksellä kello 8.00. Jokainen asukas vuorollaan osallistuu yhteisten ruokailutapahtumien (aamupala, lounas ja kahvi) valmisteluun ja ruokailuhuoneen siivoukseen. Päivän aikana asukkaat huolehtivat yhteisten tilojen (tupakkahuone, WC:t) siivouksesta. Kerran viikossa asukkaat siivoavat omatoimisesti huoneensa. Aamupäivän aikana hoidetaan ”juoksevia” asioita, kuten lääkkeiden hakua apteekista. Osa asukkaista tarvitsee mukaansa saattajan. Vaihtelua normaaliin päivärhythmiin tuovat saunapäivät (kolme kertaa viikossa), vapaaehtoinen ryhmän yhteinen kävelyretki lähialueella (kerran viikossa) sekä mahdollisuus kuntosalin käyttöön. Osa asukkaista työskentelee päivisin työkeskuksissa. Työ on pääasiallisesti pakkaus- ja postitustyötä. Kerran viikossa pidettävässä asukaskokouksessa asukkaat voivat vapaamuotoisesti keskustella kiinnostavista yhteisistä vapaa-ajanviettotavoista.

Hoitokodin arki on hidastempoista, pienimmätkin arkipäivän askareet voivat vaatia huomattavasti aikaa. Työ vaatii hoitajilta pitkäjänteisyyttä ja jatkuvaa läsnäoloa. Erään hoitajan mukaan arjen vaikeudet voivat muodostua pienistäkin askareista, kuten vaatteiden ja sisäkenkien pukemisesta sekä sängyn petaamisesta. Useat asukkaista nukkuvat päiväsaikaan turvallisten taustaäänien vuoksi, öisin osa asukkaista kokee hiljaisuuden uhkaavaksi. Hoitajien aika kuluu päivisin uinuvien herättelyyn. Niemikotisäätiön ohjaavan kuntoutuksen ideologian mukaan hoitajien rooli on ohjata ja neuvoa asukasta. Asioiden puolesta tekeminen passivoittaa lisää jo entuudestaan passiivisia asukkaita. Tulevaisuuden omatoimista selviytymistä varten pyritään siihen, että asukas tekee kaiken omatoimisesti, vaikka siihen kuluisi huomattavasti aikaa.

Hoitohenkilökunta koettaa innostaa asukkaita erilaisiin harrastuksiin ja päivänviettopoihin. Asukkaiden innostus uusiin asioihin on usein lyhytkestoista. Yhteisillä harrastuksilla ja leireillä pyritään lisäämään asukkaiden välistä yhteisöllisyyttä. Kroonista skitsofreniaa sairastavan henkilön elämä on hyvin yksilökeskeistä, minkä vuoksi yhteisöllisyyden tavoittelu jää usein yritykseksi. (Hoitohenkilökunnan haastattelu 2008. LIITE 5.)

4.2 Jalkojen omahoidon tukeminen osana Hoitokoti Eiran arkea

Niemikotisäätiön ohjaavan kuntoutuksen ideologian mukaan hoitajat ohjaavat ja neuvovat asukasta myös hygienian toteuttamisessa. Usein on lähdettävä asioiden perusteista toiminnan aikaansaamiseksi. Hoitohenkilökunta ei tee asioita asukkaiden puolesta, jolloin hygienian toteuttaminen ja puhtaiden vaatteiden vaihto on usein vajavaista; jalkaterät jäävät usein pesemättä ja kuivaamatta sekä puhtaat sukat vaihtamatta. Osa asukkaista rasvaa jalkojaan omaehtoisesti, osa ainoastaan hoitohenkilökunnan muistuttaessa. Joskus hoitohenkilökunta rasvaa asukkaiden jalkateriä ja sääriä, mikäli kokee sen tarpeelliseksi. Kynsienhoitovälineinä asukkailla on käytössä yhteiset kynsisakset. Kynsiä leikataan hoitokodin tiloissa harvoin mm. vaikeahoitoisten kynsimuutosten vuoksi. Asukkaiden vähäisen kiinnostuksen ja hoitohenkilökunnan kuntoutusideologian mukaisen toiminnan vuoksi iho- ja kynsimuutokset jäävät usein hoitamatta. Yleisten tilojen epäsiisteys ja sisäkenkien satunnainen käyttö lisäävät sukkien ja jalkaterien likaantumista heikentäen asukkaiden jalkaterveyttä. Asukkailla on sisäkengät, joiden käyttö on vaihtelevaa. Sisäkengät ovat suurimmaksi osaksi huonokuntoisia aamutossuja ja sandaaleja. Tukevien ja iskunvaimennuskykyisten sisäkenkien käyttö vähentäisi jalkateriin kohdistuvaa kuormitusta ja iho- ja kynsimuutosten muodostumista.

Jalkojenhoitopalveluja Hoitokoti Eiran asukkaista käyttävät ne, joilla on varaa maksaa hoitokäynnit yksityisellä jalkojenhoitajalla tai jalkaterapeutilla. Hoitohenkilökunta tai lääkäri ohjaavat asukkaat jalkaterän muutosten pahentuessa jalkojenhoitajan tai jalkaterapeutin vastaanotolle. Valitettavan usein jalkojenhoitajilla ja jalkaterapeuteilla ei ole antaa hoitoaikoja mielenterveyskuntoutujille, jonka vuoksi apua on vaikea saada vakavamman jalkaterveyttä uhkaavan vaivan ilmaantuessa. Hoitokoti Eira ja Metropolia ammattikorkeakoulun edeltäjä Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian jalkaterapiakoulutusohjelma ovat tehneet yhteistyötä vuodesta 2006 lähtien. Halukkaat hoitokodin asukkaat ovat avustajien saattamana käyneet jalkaterapeuttiopiskelijoiden hoidossa harjoittelujaksojen aikana.

5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa Niemikotisäätiön Hoitokoti Eiran mielenterveyskuntoutujien jalkaterveyttä. Lisäksi pohditaan kuinka Hoitokoti Eirassa olisi mahdollista sisällyttää asukkaiden jalkojen omahoito hoitokodin päiväohjelmaan, jotta heidän jalkaterveytensä kohenisi. Lisäksi tavoitteena on lisätä yleistä tietämystä mielenterveyskuntoutujien jalkaterveydestä ja jalkaterapian tarpeellisuudesta. Tarkoituksena on saada näyttöön perustuvaa tietoa, jotta tulevaisuudessa jalkojenhoitajien, jalkaterapeuttien sekä muiden hoitoalan ammattilaisten kynnys tarjota mielenterveyskuntoutujille asianmukaista hoitoa alenisi. Julkisen terveydenhuollon tulisi kehittää toimintaansa niin, että myös mielenterveyskuntoutujien yhdenvertaiset oikeudet saada säännöllisesti tarvitsemaansa jalkojenhoitoa osana kokonaisvaltaista hoitoa mahdollistuu.

Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

- 1) Millainen on mielenterveyskuntoutujien jalkaterveys Hoitokoti Eirassa?
- 2) Miten hoitohenkilökunta voi tukea asukkaiden jalkaterveyttä osana hoitokodin päiväohjelmaa?

6 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

Kartoittava tutkimus tehdään kvantitatiivis-kvalitatiivista eli määrällis-laadullista menetelmää käyttäen. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen menetelmä eroavat toisistaan käytettyjen aineistojen ja analyysimenetelmien suhteen, mutta voivat täydentää toisiaan. Tutkimusmenetelmänä on tapaustutkimus, joka on käsitteenä hämärä ja väljä. Valitsimme tapaustutkimuksen tutkimusmenetelmäksi, sillä sen voi toteuttaa erilaisia metodein sekä eri menetelmiä ja aineistoja yhdistellen. Tutkimustapauksena on määritelty ryhmä skitsofreniaa sairastavia henkilöitä. (Vilka 2007.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä ovat johtopäätökset ja teoriat aikaisemmista tutkimuksista sekä käsitteiden määrittely. Tutkimusmenetelmä pohjautuu usein tutkijan omille hypoteeseille, eli oletuksille, joita testataan tilastollisesti. Kartoittavan kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän tarkoituksena on saada mitattavassa olevaa tietoa tutkittavista tai tutkittavasta ilmiöstä sekä selittää ja uudistaa aiempia teorioita. Kvantitatiivi-

sen tutkimuksen haittana on mm. tulosten luotettavuuden sattumanvaraisuus otoskoon ollessa pieni. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2007; Vilka 2007.)

Kvalitatiivinen tutkimusstrategia soveltuu käytettäväksi, kun ollaan kiinnostuneita asioista, joita ei voida mitata määrällisesti. Laadullisella tutkimusmenetelmällä ilmiötä pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaivaltaisesti ja kuvaamaan todellista elämää. Kvalitatiivisena tiedonhankintamenetelminä voidaan käyttää mm. havainnointia, haastattelua, dokumenttia sekä kyselyä. Tutkijan etukäteen laatimien kysymysten sijaan tutkimushenkilöt saavat suhteellisen vapaamuotoisesti kertoa aihealueeseen liittyvistä kokemuksistaan ja mielipiteistään. (Hirsjärvi ym. 2007.) Haastattelussa tavoitteena on saavuttaa välitön, avoin ja luottamuksellinen vuorovaikutus haastateltavien ja haastattelijan kesken. Haastattelun avulla saadaan paljon syvällistä ja monipuolista aineistoa. (Vuorela 2005.)

Valitsimme ryhmähaastattelun kvalitatiiviseksi tutkimusmetodiksi, sillä se on tehokas keino lisätä keskustelumahdollisuuksia, niin että haastattelijan saama tieto on monipuolista. Ryhmähaastattelu on helppo toteuttaa käytännössä. Haastattelu voidaan toteuttaa esimerkiksi lounastauon aikana, jolloin se ei vaadi henkilökunnan työaika. Ryhmähaastattelun haitat verrattuna yksilöhaastatteluun ovat yksilön henkilökohtaisen näkökannan tai kokemuksen hukkuminen ryhmän mielipiteeseen. (Hirsjärvi ym. 2007.) Haastattelun kysymyksiin ja aiheisiin on myöhemmin helppo palata ja niiden pohjalta vastauksia voidaan täydentää, kun taas kyselyn avulla kerätty aineisto kerätään usein standardoidusti. Haastattelun haasteet liittyvät haastattelijan taitoihin ja haastattelukysymyksiin. Virheitä haastatteluissa aiheuttavat asiantuntemattomien muiden läsnäolo, melu, sekä haastattelijasta aiheutuvat virheet, kuten haastattelijan ja haastateltavan vuorovaikutuksen epäonnistuminen, haastattelijan mielipide ja tulosodotukset. (Vilka 2007.)

6.1 Tutkimusjoukko

Tutkimusjoukko koostui Niemikotisäätiö Hoitokoti Eiran kaikista kahdestakymmenestä skitsofreniaa sairastavasta asukkaasta, kymmenestä hoitohenkilöstä sekä kolmesta siviilipalvelusta suorittavasta henkilöstä. Hoitokoti Eiran asukkaat valittiin tutkimusjoukoksi, koska he ovat käyttäneet Metropolia ammattikorkeakoulun jalkaterapiapalveluja aikaisemmin, jolloin huomattiin, että tällä asiakasryhmällä on merkittäviä iho- ja kynsi-

muutoksia jalkaterissä. Osallistuminen oli vapaaehtoista ja asukkailla oli mahdollisuus keskeyttää osallistuminen milloin tahansa.

6.2 Tiedonhankintamenetelmät

Jalkojen kliinisessä tutkimuslomakkeessa (LIITE 3) oli 21 kysymystä, joista kysymykset 1–5 käsittelivät taustatietoja, 6 kipua, 7–15 jalkaterän ihon ja kynsien kuntoa, 16–21 kenkien ominaisuuksia. Tutkimuksessa käytettäviä lomakkeita on käytetty aiemmin opinnäytetyössä ja niitä on muokattu tähän tutkimukseen sopivaksi (Dufva – Tynnilä 2002). Jalkojen kliininen tutkimus suoritettiin valmiin, esitestatun tutkimuslomakkeen avulla.

Hoitohenkilökunnan haastattelu (LIITE 5) oli strukturoimaton haastattelu. Kysymykset olivat avoimia ja ne käsittelevät Niemikotisäätiön Hoitokoti Eiran ideologiaa, päiväohjelmaa, asukkaiden jalkojen omahoidon toteuttamista ja selviytymistä päivittäisistä toiminnoista sekä henkilökunnan antamaa tukea ja osallistumista asukkaiden päivittäisiin toimiin. Lisäksi kartoitettiin hoitohenkilökunnan ajatuksia, siitä kuinka asukkaiden jalkaterveyttä parhaiten voitaisi tukea Hoitokoti Eirassa, ja minkälaisia kehittämissuhteita heillä on asian suhteen. Kysymys yksi koski hoitokodin ideologiaa, johon toiminta perustuu. Kysymykset 2–3 käsittelivät hoitokodin päiväohjelmaa ja omatoimista selviytymistä arjen askareista sekä henkilökohtaisen hygienian huolehtimisesta. Kysymykset 4–7 koskivat hoitohenkilökunnan tietämystä, asenteita ja aktiivisuutta jalkaongelmista ja jalkaterveyden tukemisesta. Kysymykset 8–10 käsittelivät hoitohenkilökunnan antamaa tukea ja mahdollista konkreettista hoitoa jalkaterveyden edistämiseksi sekä mielen-terveyskuntoutujien käyttämiä ulkopuolisia jalkojenhoito- ja jalkaterapiapalveluita. Pyrimme saamaan kattavan kuvan hoitokodin päiväohjelmasta ja siitä, miten jalkaterveyttä olisi mahdollista toteuttaa osana normaalia päivärytmiä.

Valokuvausta käytettiin havainnoimaan mielen-terveyskuntoutujien iho- ja kynsimuutoksia. Valokuvat otettiin Canon Digital ixus 70 -kameralla. Valokuvauslupa pyydettiin jokaiselta tutkimukseen osallistuneelta kirjallisesti erillisellä sopimuksella (LIITE 2). Menetelmän avulla pystyttiin havainnoimaan yksityiskohtaisesti iho- ja kynsimuutosten laatua. (Hirsjärvi ym. 2007.)

6.3 Aineiston keruu ja käsittely

Maaliskuussa 2008 tehtiin Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiassa käytössä olevan vakiosopimuksen Niemikotisäätiön Hoitokoti Eiran ja Helsingin ammattikorkeakoulun kanssa (LIITE 1). Suostumus jalkaterien valokuvaukseen sovittiin kirjallisella sopimuksella (LIITE 2).

Ennen tutkimuksen aloittamista suoritimme Hoitokoti Eiran asukkaille jalkaterveyden alkututkimus loka- marraskuussa vuonna 2007 Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian Jalkapisteessä Vanhalla Viertotiellä, minne mielenterveyskuntoutujat tulivat saattajan kanssa. Tutkimuksen ja hoidon yhteiskesto vaihteli 45 minuutista 1,5 tuntiin. Tutkimuksen tarkoituksena oli havainnoiden selvittää opinnäytetyön ajankohtaisuutta ja tarpeellisuutta. Alkututkimuksen perusteella saatiin vahvistus aikaisemmille havainnoille mielenterveyskuntoutujien jalkaterveyden huonosta tilasta, joten opinnäytetyö todettiin tarpeelliseksi. Alkututkimuksen yhteydessä mielenterveyskuntoutujien iho- ja kynsimuutokset hoidettiin, sillä olisi ollut eettisesti väärin jättää hoitamatta selkeät hoitoa vaativat iho- ja kynsimuutokset. Alkututkimukseen osallistui 10 Hoitokoti Eiran mielenterveyskuntoutujaa.

Jalkojen kliiniset tutkimukset tehtiin 15.–18.4.2008 Helsingin ammattikorkeakoulun Kunto Stadian Jalkaterapiapisteessä Vanhalla Viertotiellä. Tutkimukseen kutsuttiin kaikki 20 Hoitokoti Eiran asukasta. Osallistumisprosentti oli 60 % (n= 12). Jalkojen kliininen tutkimus tehtiin kaikille samassa Jalkapisteeseen hoituhuoneessa. Tilassa olivat tutkimuksen tekijät sekä tutkimukseen osallistuva. Tutkittaville tehtiin jalkojen kliininen tutkimus, joka suoritettiin yhteisesti laadittujen mittausohjeiden mukaan (LIITE 4). Kliinisen tutkimuksen suorittamiseen varattiin aikaa tunti. Ennen jalkojen kliinistä tutkimusta jokaisen osallistujan jalkateristä otettiin valokuvia havainnoimaan iho- ja kynsimuutosten laatua. Jalkojenhoito vaihteli henkilöstä riippuen, mutta pääasiallisesti hoito koostui iho- ja kynsimuutosten mekaanisesta hoidosta.

Hoitohenkilökunnan haastattelu (LIITE 5) tehtiin Hoitokoti Eiran henkilökunnan yhteisissä tiloissa 12.3.2008 klo.14.00-15.00. Paikalla olivat kaikki työvuorossa olevat neljä hoitajaa (kolme miestä, yksi nainen) ja yksi siviilipalvelustaan suorittava henkilö. Tila oli rauhallinen toimistohuone. Haastattelutilanne oli rauhallinen, sillä hoitajat olivat varautuneet haastatteluun aikaisemmin. Haastatteluun varattiin aikaa tunti, jonka aikana

ehdimme käydä läpi kaikki haastattelukysymykset. Tutkimuksen tekijät esittivät keskustelua ylläpitäviä kysymyksiä henkilökunnalle ja kirjoitettivat ranskalaisin viivoin muistiinpanoja keskeisistä asioista. Haastatteluteemoja olivat hoitokodin toiminta ja ideologia, asukkaiden omatoiminen selviytyminen arjessa, jalkojen omahoidon toteuttaminen ja tukeminen. Muistiinpanot kirjoitettiin myöhemmin puhtaaksi aineiston analysointia varten. Tulokset analysoitiin Microsoft Office Excel 2003- ohjelmalla.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Taustatiedot

Tutkimukseen osallistuneet (n=12) olivat 26 – 67 vuoden ikäisiä sairaseläkkeellä olevia miehiä. Kaikilla oli diagnosoitu skitsofrenia. Kaikki asuivat tutkimushetkellä Niemikotisäätiön Hoitokoti Eirassa.

Diagnosoitu tyypin 2 diabetes oli neljäsosalla tutkituista. Yhdellä oli käytössä insuliinilääkitys. Kaikilla oli psyykelääkitys. Yksityisiä jalkojenhoito- tai jalkaterapiapalveluita oli käyttänyt neljäsosa. Kolme neljäsosaa oli ylipainoisia. (TAULUKKO 3).

TAULUKKO 3. Tutkittavien esitiedot

n= 12	f
1. Lääketieteellinen tausta	
1.Diagnosoitu tyypin 2 diabetes	3
2.Insuliinilääkitys	1
3.Psyykelääkitys	12
2. Jalkojenhoitopalveluiden käyttö	
1.KuntoStadian jalkaterapiapalveluita	8
2.Yksityisiä jalkojenhoito- tai jalkaterapiapalveluita	3
3.Yksityiset ja KuntoStadian jalkaterapiapalveluita	1
3. Ylipaino	9
1.Lievä	2
2.Kohtalainen	3
3.Merkittävä	3
4.Vaikea	1

7.2 Mielenterveyskuntoutujien jalkaterveys

Ihon laatu oli kahdella kolmasosalla tutkituista normaali, neljäsosalla paksu. Ihon väri oli lähes kaikilla normaali, usein hyvin likainen. Kolmella neljäsosalla iho oli hilseilevä. Kovettumia ja känsiä oli noin kolmella neljäsosalla, yleisimmät esiintymispaikat olivat kantapää ja päkiät. Suurimmalla osalla varvasvälit olivat hautuneet ja rikki. (TAULUKKO 4).

TAULUKKO 4. Mielenterveyskuntoutujien jalkaterien ihon kunto

n= 12	f	
	V	O
1. Jalkapohjien ihon laatu		
1.Normaali	8	7
2.Ohut	1	1
3.Paksu	3	3
2. Ihon väri		
1.Normaali	10	9
2.Kellertävä, ruskea	0	0
3.Punoittava	1	1
4.Likainen	8	7
3. Ihon kunto		
1.Normaali	3	2
2.Hilseilevä	9	9
3.Punoittava	2	2
4.Hiertynyt, rakkuloita	1	1
4. Kovettumat ja känsät		
1.Ei kovettumia tai känsiä	3	3
2.Päkiässä	6	6
3.Kantapäässä	8	8
4.Varpaissa	4	3
5.Jossakin muualla, missä	0	0
5. Varvasvälien kunto		
1.Ehjät	3	3
2.Hautunuut ja rikki	9	8

Kynsien väri oli hieman alle puolella keltainen ja ruskealäikikäs. Noin puolella oli paksuuntuneet kynnet. Kynsien koostumus oli kahdella kolmasosalla normaali. Alle puolella oli tois- tai molemminpuoleinen sisäänkasvanut kynsi. Puolella oli kynsisienepäily. (TAULUKKO 5).

TAULUKKO 5. Mielenterveyskuntoutujien varpaan kynsien kunto

n= 12	f	
	V	O
1. Kynsien väri		
1.Normaali	6	4
2.Keltainen	5	5
3.Ruskealäikikäs	4	4
4.Musta	0	0
5.Jokin muu, mikä	0	0
2. Kynsien paksuus		
1.Normaali	6	6
2.Ohut	1	1
3.Paksuuntunut	5	5
4.Torakynsi	1	1
3. Kynsien koostumus		
1.Normaali	8	7
2.Liuskoittunut	0	0
3.Hauras, laho, vajaamittainen	2	2
4.Kuoppainen ja uurteinen	1	1
5.Jokin muu, mikä	1	1
4. Sisäänkasvanut kynsi		
1.Ei ole	7	6
2.Toispuoleinen	1	1
3.Molemminpuoleinen	4	3
5. Kynsisienepäily		
1.Ei ole	7	5
2.Kyllä	5	6

Puolella kengän sisäpituus oli 0,6- 1cm ja puolella kengissä oli tilaa yli 1,1cm. Kolmasosalla oli talvikengät ja puolella urheilukengät. Kahdella kolmasosalla oli kengissä nauhakiinnitys. Hieman yli puolella lenkkijäyke oli tukeva tai melko tukeva ja kantakappi puolella tutkituista. (TAULUKKKO 6).

TAULUKKO 6. Mielenterveyskuntoutujien kenkätottumukset

n= 12	f
1. Kengän sisäpituus	
1. Alle 0,5cm jalkaterää pidempi	1
2. 0,6 - 1cm jalkaterää pidempi	5
3. Yli 1,1cm jalkaterää pidempi	6
2. Kenkien malli	
1. Kävelykenkä	0
2. Talvikenkä	4
3. Urheilukenkä	6
4. Avokas	0
5. Sandaali	1
6. Jokin muu	1
3. Kengän kiinnitys	
1. Nauhakiinnitys	8
2. Solkikiinnitys	0
3. Tarrakiinnitys	0
4. Vetoketju	2
5. Venyke	0
6. Ei kiinnitystä	2
4. Lenkkijäykkeen tukevuus	
1. Tukeva	2
2. Melko tukeva	5
3. Pehmeä	5
5. Kantakapin tukevuus	
1. Tukeva	2
2. Melko tukeva	4
3. Pehmeä	4
4. Ei kantakappia	2

7.3 Mielenterveyskuntoutujien jalkojen omahoidon ja jalkaterveyden tukeminen osana hoitokodin päiväohjelmaa

Niemikotisäätiön järjestämän mielenterveyskuntoutuksen pääpaino on asumiskuntoutuksessa, jota toiminta päivä- ja työkeskuksissa tukee. Asumiskuntoutuksen tavoitteena on tukea asiakasta tasapainoiseen asumiseen ja elämänhallintaan. Jalkojen omahoito jää suureksi osaksi asukkaan vastuulle. Hoitohenkilökunta tukee asukkaiden jalkaterveyttä ohjaamalla asukkaita suullisesti peseytymistilanteissa ja jalkojenhoidossa. Asukkaiden omaehtoisesti toteuttamaa jalkojen omahoitoa on jalkaterien vaihtelevasti toteutuva pesu ja rasvaus sekä kynsien leikkaus. Peseytymistilanteet ja hygieniaan liittyvät asiat ovat asukkaille kokonaisuudessaan usein haastavia. Huomio kiinnittyy siihen, että asukkaat saadaan motivoitua suihkuun ja peseytymään suurin piirtein. Siksi jalkojen pesu ja hoito jäävät usein toisarvoiseksi toimenpiteeksi. Asukkaat kustantavat itse kenkensä. Henkilöstä riippuen ohjaaja on mukana kenkiä valittaessa.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Mielenterveyskuntoutujien jalkaterveys

Mielenterveyskuntoutujien yleisimpiä jalkaongelmia olivat hygienian puutteesta johtuva jalkaterien ihon likaisuus, kuormitusalueiden ihon paksuuntuminen ja rikkihautuneet varvasvälit. Osalla kynnet olivat paksuuntuneet ja sisäänkasvaneet. Usealla oli kynsisieniepäily. Tutkittavien yleisimpiä käytössä olevia kenkiä olivat talvi- ja urheilukengät. Lähes puolella kengät olivat sopivan kokoiset ja puolella liian suuret. Kengät olivat usein hyvin likaiset ja loppuunkäytetyt.

Mielenterveyskuntoutujien jalkojen omahoidon toteutus

Asukkaiden jalkojen omahoidon toteuttaminen ja jalkaterveyden tukeminen ovat putteellisia. Asukkaiden omaehtoinen jalkojenhoito koostuu pesusta, rasvauksesta sekä kynsien leikkauksesta. Toteutuminen käytännössä on ajoittaista, minkä vuoksi hoitohenkilökunnan ohjaus on tarpeellista. Hoitohenkilökunta tukee asukkaiden jalkaterveyttä ohjaamalla asukkaita suullisesti pesemisessä, kuivaamisessa, rasvaamisessa ja kynsien leikkaamisessa.

Mielenterveyskuntoutujien jalkojenhoitopalveluiden tarve

Mielenterveyskuntoutujien jalkaterveys on huono ja heillä näyttäisi olevan merkittävä jalkojenhoito- ja jalkaterapiapalvelujen tarve. Jalkaterveyden korostaminen ja jalkaterveyttä heikentävien vaivojen varhainen havaitseminen ja hoitaminen tukisivat mielenterveyskuntoutujien kokonaisvaltaista hyvinvointia ja itsenäistä toimintakykyä.

9 POHDINTA

Tutkimuksen mukaan suurimmalla osalla mielenterveyskuntoutujia oli ainakin yksi jalkaterän alueen iho- ja kynsimuutos. Samalla henkilöllä saattoi olla useampia jalkavaivoja samanaikaisesti. Crewsin tekemässä tutkimuksessa 80 %: lla tutkimukseen osallistuneista raportoitiin ainakin yksi jalkaterän alueen vaiva. Samassa tutkimuksessa havaittiin vahva yhteys mielenterveydellisen ongelman ja jalkavaivojen välillä, jonka myös itse tunnistimme tutkimuksessamme. Jalkaterveyden tilaa huonontavia tekijöitä näyttäsivät olevan vääränlaiset jalkinetottumukset, riittämätön omahoito ja hygienia ja niiden tukemisen vähäisyys sekä jalkojenhoito- ja jalkaterapiapalveluiden vaikea saatavuus. Osa mielenterveyskuntoutujista oli huolestunut jalkaterveytensä tilasta ja heillä oli halu saada hoitoa jalkaterän alueen iho- ja kynsimuutoksiin. Hoitoon tullessaan suurin osa mielenterveyskuntoutujista oli erittäin innokkaita mahdollisuudesta saada jalkojenhoitoa ja hoidon jälkeen he kertoivat tulevansa mielellään uudestaan. Mielenterveyskuntoutujat tiedostivat jalkojensa likaisuuden ja huomauttivat siitä lähes aina ennen hoitoa. Epäselväksi jäi, esittivätkö mielenterveyskuntoutujat olevansa kiinnostuneita jalkojenhoitoon liittyvistä asioista vain hoitotilanteissa, kun heidän oletettiin olevan, vai oliko kiinnostus aitoa.

Mielenterveyskuntoutujien yleisimpiä jalkavaivoja olivat jalkaterien ihon likaisuus, ihon paksuuntuminen ja rikkihautuneet varvasvälit. Usealla oli oletettavasti kynsisieni. Ihomuutokset kuten kovettumat ja känsät johtunevat kenkien aiheuttamasta puristuksesta ja hankauksesta sekä huonon hygienian ja omahoitotottumusten tuottamasta yhdistelmästä. Mielenterveyskuntoutujien ylipaino näyttäisi olevan yksi syy ihomuutosten syntymiseen kantapäissä ja päkiöissä. Bristowin mukaan (2008) ylipaino lisää jalkapohjiin kohdistuvaa kuormitusta merkittävästi. Osa ilmoitti rasvaavansa jalkaterät apteekin jalkarasvalla. Suurimmalla osalla oli kuitenkin kuiva ja hilseilevä jalkapohjien iho. Rasvaus tapahtui yleensä vain silloin kunhenkilökunta siitä muistutti. Syytä olisi selvittää, kuinka perusteellista jalkaterien rasvaus oli. Yksi tutkituista rasvasi jalkateriään säännöllisemmin kuin muut ja hänen ihonsa kunto oli hyvä. Voitaneen olettaa, että rasvaus on tehokas keino ihomuutosten ehkäisyssä.

Diabetesta sairastavalla henkilöllä pienet ja mitättömän näköiset haavat voivat johtaa nopeasti vaikeasti hoidettavaan tulehdukseen. Pahimmassa tapauksessa hoitomuotona on amputaatio. (Käypä hoito 2007.) Tutkittavista kolmella oli tyypin 2 diabetes ja jokai-

sella heistä oli huomattavia iho- ja kynsimuutoksia. Erityisesti diabetesta sairastavien mielenterveyskuntoutujien jalkaterveyttä olisi tuettava ja siihen olisi syytä kiinnittää huomiota, jotta välttyttäisiin vakavilta infektioilta ja diabeteksen aiheuttamilta lisäkomplikaatioilta.

Paksuuntuneiden kynsien syntyyn vaikuttanevat huono hygienia ja huonojen kenkien käyttö sekä ikärakenne. Puolet mielenterveyskuntoutujista oli yli 50 vuotiaita. Ikääntyessä verenkierron muutosten vuoksi kynsien ravinnon saanti heikkenee, jolloin kynnet paksuuntuvat ja niihin tulee värimuutoksia (Tosti 2000). Huono jalkahygienia ja ihorikot ovat yleisimpiä kynsisien taustatekijöitä. Ihorikkoja voitaisiin ehkäistä päivittäisellä ihon kunnon tarkastamisella ja hoidolla. Hoitokodissa oli käytössä yhteiset kynsienhoitovälineet, joita ei välttämättä desinfioida käytön jälkeen, mikä mahdollisesti edistää kynsisien leviämistä. Tätä voitaisiin ehkäistä käyttämällä sisäkenkiä ja yleisissä pesutiloissa henkilökohtaisia varvassandaaleja sekä hankkimalla henkilökohtaiset kynsienhoitovälineet kaikille asukkaille.

Osalla tutkituista kengät olivat suuret ja venyneet sekä talvikenkiin ja kuumisaappaisiin oli tarkoituksella jätetty tilaa paksuja sukkiä varten. Liian isot kengät eivät tue jalkaterien toimintoja ja kävellessä jalkaterät liikkuvat kengässä lisäten hankaumien ja rakkojen syntyä. Normaali kävely muuttuu, mikäli kenkä ei tue tarpeeksi jalkaterän rakennetta (Lusardi ym. 2006). Myös lääkitys voi heikentää tasapainoa ja tehdä kävelystä epävaakaata (Käypä hoito 2008). Usein mielenterveyskuntoutujien kävely on laahaava, liikuntaharrastukset vähäisiä, mikä näyttäisi vaikuttavan ihomuutosten syntymiseen.

Haastattelun perusteella näyttäisi siltä, ettei hoitohenkilökunta ole mieltänyt jalkojen omahoidon ohjauksen kuuluvan osaksi heidän työtehtäviään. Tämä voisi johtua siitä, että jos iho- ja kynsimuutokset ovat suuria ja vaikeahoitoisia, hoitohenkilökunnalla ei ole tietotaitoa niiden hoitamiseen. Hoitohenkilökunta koki kynsien leikkaamisen haasteelliseksi niiden paksuuntumisen vuoksi, ja tutkimushetkellä kynnet olivat erittäin pitkät. Hoitohenkilökunnan asenne ja tietämys jalkaterveyden edistämisestä ja jalkaterän alueen vaivojen hoidosta näyttäisi olevan puutteellista. On selvää, että hoitohenkilökunnan on haastava hoitaa vaikeasteisia iho- ja kynsimuutoksia, mikäli heillä ei ole riittävää tietoa jalkaterveyden edistämisestä ja jalkaterveyden laiminlyönnin aiheuttamista lisäkomplikaatioista, kuten jalkahaavanriskistä diabetesta sairastavilla (Käypähoito 2007). Lisäksi jalkaterveyden tukemisen esteenä näyttäisi olevan pelkästään kokonais-

valtaisen, yksinkertaisten hygieniää edistävien toimenpiteiden, kuten jalkojen peseminen, kuivaus, rasvaus, sukkienvaihto ja sisäkenkien käyttö.

Jalkojenhoitopalveluiden vaikeasta saatavuudesta johtuen hoitohenkilökunta oli kiinnostunut aloittamaan yhteistyön Metropolian edeltäjän Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian jalkaterapian koulutusohjelman kanssa. Tästä voisi olettaa, että hoitohenkilökunta tiedosti asukkaiden huonon jalkaterveyden tilan ja oli huolestunut sen vakavuudesta. Jalkavaivojen ilmaantuessa hoitohenkilökunta on myös ottanut yhteyttä lähialueen jalkojenhoitajiin tai jalkaterapeutteihin. Hoitosuhteet ovat päättyneet usein ensimmäisten hoitokäyntien jälkeen hoidon tuottaman työmäärän, haastavuuden sekä asiakasryhmään kohdistuvien ennakkoluulojen vuoksi. Jalkojenhoitopalveluiden saatavuuden esteenä on myös mielenterveyskuntoutujien taloudellinen tilanne. Kansaneläkelaitoksen myöntämien tukien suuruus on noin 500 - 700 euroa kuussa, jolla on katettava elämisen kustannukset. Ylimääräiset, työstä ansaitut tai omaisilta saadut rahat menevät usein vapaa-ajan viettoon tai uusiin vaatteisiin. Jalkojenhoidon saatavuuden helpottamiseksi jalkaterapeuttien virkoja ja toimia olisi persusterveydenhuollossa lisättävä. Asiakaskonjonien pienentyessä, jalkaterapeuteilla olisi riittävästi aikaa paneutua myös mielenterveyskuntoutujien monimuotoisiin jalkavaivoihin. Jalkaterapeutteja ja jalkojenhoitajia olisi kannustettava ottamaan huomioon myös erilaisia vähemmistöryhmiä, joilla voi olla suurikin jalkojenhoidon tarve. Yksityisyrittäjille tämä voisi avata uusia ovia erilaisten asiakasryhmien tavoittamiseksi.

Mielenterveyskuntoutujien iho- ja kynsimuutosten toteamiseksi teimme alkukartoituksen loka-marraskuussa 2007 selvittääksemme tutkimuksen tarpeellisuutta. Alkukartoituksen havaintojen vaikutukset saattoivat näkyä tutkimuksen tekijöiden ennakkoolettamuksina: tiedossa oli jo ennen lopullisten tulosten analysointia, minkälaisia iho- ja kynsimuutoksia mielenterveyskuntoutujilla olisi. Oletukset saattoivat heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Alkukartoituksen ja varsinaisen tutkimuksen välinen aika oli noin viisi kuukautta. Alkukartoituksen aikana tutkittavien mielenterveyskuntoutujien iho- ja kynsimuutokset hoidettiin. Hoidetut iho- ja kynsimuutokset eivät välttämättä olleet palautua alkuperäiseen tilaansa, mikä heikentäne tulosten luotettavuutta. Toisaalta tutkimuksen lopullisten tulosten mukaan huomattavia iho- ja kynsimuutoksia oli havaittavissa jo viiden kuukauden jälkeen. Tämän perusteella näyttäisi siltä, että mielenterveyskuntoutujien iho- ja kynsimuutosten uusiutuminen on normaalia nopeampaa ja jalkojenhoitopalveluiden tarve on suuri. Nopea uusiutuminen tukee myös ajatusta, ettei

mielenterveyskuntoutujien jalkojenomahoito ja siihen saatu henkilökunnan tuki näyttäisi olevan riittävää.

Jalkavaivojen kartoituksessa oli apuna jalkojen kliininen tutkimuslomake, joka pohjautui aikaisempiin samankaltaisiin iho- ja kynsimuutoksia kartoittavaan tutkimukseen (Dufva ym. 2002). Alkukartoituksesta saatuja havaintoja käytettiin apuna varsinaisen kliinisen tutkimuslomakkeen työstämisessä ja muokkaamisessa. Dufvan ym. käyttämä ja esitestaama lomake soveltui hyvin tähän työhön. Tutkimuslomakkeeseen lisättiin kohta, joka käsitteli kynsisieniepäilyä (LIITE 3, kysymys 17). Taustatietojen kysymykset toimivat hyvin suunnitellun tiedon keruussa. Jalkojen kliinisessä tutkimuslomakkeessa oli joitakin tarpeettomia kysymyksiä ja kohtia, jotka kaipasivat täsmennystä. Kyselylomakkeen kohta 10 ei antanut tarvittava informaatiota, vaan olisi kaivannut selvennystä ihon kuivuudesta. Kysymykset 8 ja 10 tuottivat epäselvyyttä samankaltaisen sisällön vuoksi. Ne olisi voitu muotoilla toisenlaisiksi. Kengän ominaisuuksia käsittelevistä kysymyksistä kengän pohjan paksuuden arviointi puuttui. Se olisi ollut mielestämme olennainen asia selvittää, sillä kengän riittävä pohjan paksuus toimii tehokkaana iskunvaimentajana ja jalkapohjiin kohdistuvan kuormituksen tasaajana. Tutkittavien ylipaino asettaa kengän iskunvaimennuskyyville korkeat vaatimukset. Ylipainosta aiheutuva jalkapohjien liiallinen kuormitus näyttäisi olevan yksi merkittävä kuormitusalueiden kovettumien ja ihopaksunnoksien aiheuttaja. Valokuvaus jalkojen kliinisen tutkimuksen yhteydessä toimi erinomaisena tukena havainnoitaessa iho- ja kynsimuutosten laatua.

Tutkimuksen luotettavuutta paransi tutkimuksen tekijöiden yhteiset, kirjalliset mittausohjeet (LIITE 4). Tulosten luotettavuutta lisäsi se, että molemmat tutkimuksen tekijät olivat jokaisessa mittaustilanteessa paikalla ja keskustelivat keskenään havainnoistaan. Tutkimuksen tekijät tekivät kaikki hoidot ja mittaukset samassa tilassa.

Hoitohenkilökunnan haastattelu antoi monipuolisen kuvauksen hoitokodin arjesta ja toimintatavoista. Vuorovaikutus tutkimuksen tekijöiden ja haastateltavien kesken oli luontevaa. Haastattelun lisäksi hoitokodin arjen ja hoitajien havainnointi työn aikana olisi ollut tarpeellista antamaan syvemmän ja perusteellisemmän kuvan hoitajien ja asukkaiden yhteistoiminnan sujuvuudesta. Henkilökunnan vähäinen osanottajamäärä ja haastattelun sijoittuminen lounastauolle saattaa heikentää haastattelun validiteettia. Mikäli koko hoitokodin henkilökunta olisi osallistunut haastatteluun, siitä saatu aineisto

olisi kenties havainnollistanut hoitokodin arkea monipuolisemmin ja tarkemmin. Tutkimusmetelmänä käytetty ryhmähaastattelu saattaa estää joidenkin haastateltavien rohkeutta ilmaista avoimesti mielipiteensä.

Tapaustutkimus tutkimusmetodinä toimi tässä työssä, sillä sitä voidaan käyttää sekä kvantitatiivisessa että kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Tutkimuksen tekijöiden vähäinen paneutuminen eri tutkimus- ja tiedonkeruumenetelmiin ennen tutkimuksen aloittamista vaikeutti tutkimuksen tekemistä ja epäselvyys käytetyistä tutkimusmenetelmistä lienee heikentänyt tutkimuksen laatua ja luotettavuutta.

Jatkotutkimuksessa olisi paneuduttava monipuolisesti validin ja reabelin tutkimus- ja tiedonkeruumenetelmän valintaan, jotta tutkimus olisi mahdollista toteuttaa suuremmalla tutkimusjoukolla. Tämän seurauksena luotettavia tuloksia olisi mahdollista yleistää ja tehdä uusia jatkotutkimus- ja kehittämisehdotuksia. Tutkimuksessa saadut tulokset olivat samansuuntaisia kuin aikaisempien tutkimusten tulokset. Yleistyksiä tuloksista ei voida tehdä, sillä tutkimuksen otoskoko oli liian pieni. Aihe vaatii lisätutkimuksia. Olisi mielenkiintoista saada tietoa siitä, miten esimerkiksi kerran viikossa tapahtuvan hoitajan avustama perusteellisen jalkojen pesu ja rasvaus lisäävät asukkaiden jalkaterveyttä. Tai miten jalkaterveys kohenisi, kun asukkaat käyttäisivät hyviä sisäkenkiä. Hoitohenkilökunnalle olisi tarkoituksenmukaista käynnistää koulutusta mielenterveyskuntoutujien jalkaterveyden edistämisestä, jolla he motivoituisivat osallistumaan mielenterveyskuntoutujien päivittäiseen jalkojenomahoidon tukemiseen ja olisivat selvillä jalkaterveyden merkityksestä osana mielenterveyskuntoutujien kokonaisuhoitoa.

Metropolia ammattikorkeakoulun jalkaterapiaopiskelijoiden ja Niemikotisäätiön Hoitokoti Eiran tulevaisuuden yhteistyö tarjoaisi monipuolisen ja moniammatillisen mahdollisuuden hyödyntää molempia osapuolia. Mielenterveyskuntoutajat saisivat tarvitsemiin jalkojenhoitopalveluita ja jalkaterapeuttiopiskelijat tarvitsemiin koulun ulkopuolisia harjoitteluapaikkoja. Jalkaterapian yhdistämisen alueiden laaja hyödynnettävyys tarjoaisi mahdollisuudet kehittyä kohti jalkaterapian asiantuntijuutta. Opiskelijoiden luennot jalkaterveyden merkityksestä voisivat edistää ja motivoida hoitohenkilökunnan osallistumista ja oppimista mielenterveyskuntoutujien jalkaterveyden tukemisessa. Jalkaterveyden käytännön toteuttaminen edellyttää askel askeleelta tapahtuvia pieniä parannuksia. Positiivisen muutoksen aikaan saaminen vaatii hoitohenkilökunnalta jalkaterveyden tärkeyden sisäistämistä.

LÄHTEET

- Bristow, Ivan 2008: Hyperkeratosis of the foot: part 1. *Podiatry now* 11 (6): 1-8.
- Crews, Cynthia K. – Vu, Kieu O. – Davidson, Arthur J. – Crane, Lori A. – Mehler, Philip S. – Steiner, John F. 2004: Podiatric problems are associated with worse health status in persons with severe mental illness. *General Hospital Psychiatry* 26 (3). 226 - 232.
- Dickinson, Dwight – Bellack, Alan S. – Gold, James M. 2007: Social/communication skills, cognition, and vocational functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 33 (5). 1213- 1220.
- Dufva, Satu – Tynnilä, Tea 2002: Niveltraumaa sairastavan jalkaongelmien ja jalkojenhoidon yhteys toimintakykyyn. *Opinnäytetyö*. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Jalkaterapian koulutusohjelma.
- El-Mallakh, Peggy 2006: Evolving self- care in individuals with schizophrenia and diabetes mellitus. *Archives of Psychiatric Nursing* 20 (2). 55 - 64.
- Grouios, George 2004: Corns and calluses in athletes' feet: a cause for concern. *The Foot* 14 (4): 175-184.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2007: Tutki ja kirjoita. 13. painos. Keuruu: Tekijät ja Kirjayhtymä Oy.
- Isohanni, Matti – Honkonen, Teija – Vartiainen, Heikki – Lönnqvist, Jouko 2007: Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, Jouko – Heikkinen, Martti – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.): *Psykiatria*. Jyväskylä: Duodecim. 73- 139.
- Isohanni, Matti – Joukamaa, Matti 2004: Skitsofrenia. Teoksessa Lepola, Ulla – Koponen, Hannu – Leinonen, Esa – Joukamaa, Matti – Isohanni, Matti – Hakola, Panu 2004: *Psykiatria*. Helsinki: WSOY. 37- 52.
- Jonhson, M. 2007: The human nail and its disorders. Teoksessa Lorimer, Donald – French, Gwen – O'Donnell, Maureen – Burrow, J. Gordon – Wall, Barbara (toim.): *Neale's disorders of the foot*. London: Churchill Livingstone. 73 - 88.
- Kansanterveyslaitos 2008: Mielenterveys. Verkkodokumentti. Päivitetty 1.4.2008. <http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/mielenterveys/>. Luettu 21.5.2008.
- Koponen, Hannu – Saari, Kaisa – Savolainen, Matti – Isohanni, Matti 2001: Psykoosilääkkeiden käyttöön liittyvä painonnousu ja metaboliset muutokset. *Suomen lääkirilehti* 34. 5265- 5268.
- Kuusi, Osmo – Ryynänen, Olli-Pekka – Kinnunen, Juha – Myllykangas, Markku – Lammintakanen, Johanna 2006: Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen eduskunta.

- Käypä hoito 2008: Skitsofrenia. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Verkkodokumentti. Päivitetty 1.1.2008. <<http://www.terveysportti.fi/pls/kh/kaypahoito?suositus=hoi35050#s10>>. Luettu 18.1.2008.
- Käypä hoito 2007: Diabeteksen Käypä hoito suositus. Verkkodokumentti. Päivitetty 29.10.2007. <<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50056>>. Luettu 20.7.2008.
- Liukkonen, Irmeli – Saarikoski, Riitta 2006: Terveet jalat. Duodecim: Helsinki. 9- 17.
- Lusardi, Michelle - Nielsen, Caroline 2006: Orthotics and Prosthetics in Rehabilitation. Yhdysvallat: Elsevier Publisher. 155-178.
- Morrens, Manuel – Hulstijn, Wouter - Sabbe, Bernard 2007: Psychomotor slowing in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 33 (4). 1038 - 1053.
- Muurman, Kukka-Maria - Tenkanen, Miska - Vauhkonen, Eva-Maria 2006: Jalkaterpeuttien sijoittuminen ja työnkuva Suomessa. Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu. 10.
- Niemikotisäätiö. Verkkodokumentti. Päivitetty 21.5.2008. <<http://www.niemikoti.fi/index.htm>>. Luettu 21.5.2008.
- Springett, K. P. – Whiting, M. F. – Marriott, C. 2003: Epidemiology of plantar forefoot corns and callus, and the influence of dominant side. The Foot 13 (1): 5-9.
- Tampereen yliopiston opetusmateriaali 2008: Skitsofrenia. Psykologian laitos: Tampere.
- Tosti, Antonella - Pirachini, Bianca Maria 2000: Treatment of common nail disorders. Dermatologic clinics 18 (2). 339-348
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2002: ETENE-julkaisuja 5. Eettisyyttä terveydenhuoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.
- Vilkkä, Hanna 2007: Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.
- Vuorela, Suvi 2005: Haastattelumenetelmät. Teoksessa Ovaska, S. - Aula, A. - Marjaraanta, P. (toim.): Käytettävyytutkimuksen menetelmät. 37-52. Tampereen yliopisto.
- Wahlbeck, Kristian – Manderbacka, Kristiina – Vuorekoski, Lauri – Kuusio, Hannamaria – Luoma, Eeva- Liisa – Widtröm, Eeva 2008: Quality in and equality of access to healthcare services. HealthQUEST. Country report of finland. STAKES reports 1/2008. STAKES: Helsinki.



Sosiaali- ja Terveysala
Opinnäytetyön sopimus

1. Sopijaosapuolet

Viivi Liuksiala
Junailijankuja 5 b 73
00520 Helsinki
041 5036529

Mari Rapeli
Solnantie 37 b 32
00330 Helsinki
040 8269056

Eiran hoitokoti
Tarkk'ampujankuja 1 e 43
00130 Helsinki
09 6213089

2. Sopimuksen voimassaoloaika

1.9.2007 - 31.12.2008

3. Toteutusaikataulu

1.9.2007- 31.5.2008

keräämme aineistoa Kunto Stadiassa Jalkapisteessä. Kartoitamme mielenterveyskuntoutujien jalkaterveyttä havainnoiden objektiivisesti, tutkimuslomakkeessa esitettyjen kysymysten perusteella sekä teemme jalkahoitoa tutkimusryhmälle.

1.9.2007- 31.5.2008

Suunnitelman kirjoittaminen sekä yhteistyöneuvottelu Eiran hoitokodin kanssa. Teoriamme koostuu kerätyistä ulkomaisista, uusimmista joulunaleista sekä kotimaisista ja ulkomaisista psykiatria ja jalkaterapiaa käsittelevistä teoksista.

Opinnäytetyömme esitetään ja julkistetaan marras- joulukuussa 2008.

4. Toiminnan ohjaus ja valvonta

Ohjaajina opinnäytetyössämme toimivat Helsingin ammattikorkeakoulun jalkaterapian lehtori Riitta Saarikoski, Helsingin ammattikorkeakoulun yliopettaja Pekka Paalasmaa sekä Helsingin ammattikorkeakoulun, osaamisyhteisö D koulutusjohtaja Johanna Holvikivi.

5. Sopimuksen tarkoitus

Sopimuksen tarkoituksena on mahdollistaa opinnäytetyömme, jonka tarkoituksena on kartoittaa Eiran hoitokodissa asuvien mielenterveyskuntoutujien jalkaterveyttä.

Sitoudumme työskentelemään tavoitteellisesti yhteistyökumppanimme kanssa ja jakamaan opinnäytetyöprosessin aikana syntyvät kokemukset ja tiedot. Valmis opinnäytetyö toimitetaan Eiran hoitokodin henkilökunnan käyttöön.

6. Toiminnan sisältö

Toiminnan sisällön tavoitteena on kartoittaa yleisimmät jalkaterän alueen ongelmat skitsofreniapotilailla. Lisäksi tavoitteena on opinnäytetyömme kautta lisätä yleistä tietämystä mielenterveyskuntoutujien jalkojen terveyden hoidosta. Tarkoituksena on saada näyttöön perustuvaa tietoa, jotta tulvaisuudessa jalkojenhoitajat, jalkaterapeutit sekä muut hoitoalan ammattilaiset osaisivat tarjota mielenterveyskuntoutujille asianmukaista hoitoa. Julkisen terveydenhuollon tulisi kehittyä suuntaan, joka tarjoaisi mielenterveyskuntoutujille yhdenvertaiset oikeudet jalkojenhoidossa esim. reumatikkojen ja diabeetikkojen kanssa.

Tutkimuksessamme käytämme kvantitatiivis- kvalitatiivista tutkimusmenetelmää.

7. Kustannukset, palkkio ja suoritukset (opinnäytetöiden kohdalla on mainittava ilmaisten opintoviikkojen määrä, niiden käyttäjä ja aika)

Opinnäytetyö ei aiheita kustannuksia Eiran hoitokodille, sen asukkaille eikä Helsingin ammattikorkeakoululle.

8. Tulosten hyödyntäminen ja käyttöoikeus

Työ toimitetaan sen valmistuttua Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian kirjastoon. Sopimuksen perusteella toteutetun opinnäytetyön tuloksien hyödyntäminen ja käyttöoikeus on opinnäytetyön tekemiseen osallistuneilla tahoilla: opiskelijalla, Helsingin ammattikorkeakoululla sekä Eiran hoitokodilla.

Helsingin Ammattikorkeakoulu edellyttää Helsingin Ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja Terveysala -nimen esille tuomista tuloksien julkaisemisen yhteydessä. Mahdollisuuksien mukaan toivotaan myös stadia –tunnuksen käyttöä julkisissa yhteyksissä.

9. Force majeure

Sovitun tehtävän suorittamiseen varattua aikaa voidaan pidentää *force majeure* –luonteisten syiden perusteella.

10. Sopimuksen siirtäminen Metropolia ammattikorkeakoululle

Tämä sopimus siirretään sellaisenaan Helsingin ammattikorkeakoulun ja EVTEK- ammattikorkeakoulun toiminnan jatkajalle, Metropolia- ammattikorkeakoululle, Helsingin ammattikorkeakoulun ja EVTEK- ammattikorkeakoulun 1.8.2008 tapahtuvasta yhteenliittymisestä alkaen.

11. Sopimuksen siirtäminen ja purkaminen

Sopimuksesta aiheutuvia velvollisuuksia ei voi siirtää kolmannelle osapuolelle ilman toisen osapuolen suostumusta. Sopimuksen voi siirtää ja purkaa kaikkien allekirjoittaneiden yhteisellä päätöksellä.

Helsingissä

Johanna Holvikivi
Koulutusjohtaja
Helsingin Ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja Terveysala

Viivi Liuksiala
Jalkaterapeuttiopiskelija
Helsingin Ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja Terveysala

Mari Rapeli
Jalkaterapeuttiopiskelija
Helsingin Ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja Terveysala

Riitta Saarikoski
Jalkaterapian lehtori
Helsingin Ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja Terveysala

Pekka Paalasmaa
Yliopettaja
Helsingin Ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja Terveysala

Olli Laitila
Eiran hoitokoti

Sopimuksen täyttöohjeet

1. Sopijaosapuolet

Mainitaan sopimuksen tekijöiden nimet sekä koulutusohjelma, suuntautumisvaihtoehto ja vuosikurssi.

2. Sopimuksen voimassaoloaika.

Merkitään sopimuksen voimaantulopäivä ja päättymispäivä.

3. Toteutusaikataulu.

Ilmoitetaan, milloin tai missä järjestyksessä sopimuksessa mainittu toiminta toteutetaan. Tämän tulee tapahtua kohtaan 2 merkityn voimassaoloajan sisällä tai poikkeava toteutusaika tulee määritellä.

4. Toiminnan ohjaus ja valvonta

Sovitusta toiminnasta vastaava koulun edustaja, ohjausryhmä, opettaja tai muu koulun puolesta toimintaa valvova taho. Tähän kohtaan sopijaosapuolet voivat myös sopia koulun ulkopuolisen ohjausta ja valvontaa toteuttavan tahon.

5. Sopimuksen tarkoitus

Sopimuksen tarkoittama toiminto (kuten työharjoittelu), toiminnan erityinen kohde ja toiminnan tavoite.

6. Toiminnan sisältö

Toiminnan sisällön kuvaus ja toteuttamisessa käytetty metodi tai erityinen toteutustapa.

7. Kustannukset, palkkio ja suoritukset

Kustannuksista vastaavan tahon nimi tai korvauksen suorittaja, summa, milloin korvaus maksetaan. *Esimerkiksi: Sopijaosapuoli A maksaa mainitun summan x yhdessä erässä laskua vastaan työn hyväksymisen ja luovuttamisen jälkeen.*

8. Tulosten hyödyntäminen ja käyttöoikeus

Sopimukseen voidaan merkitä, että *työn teettäjä (ja maksaja)* saa käyttöoikeuden tuotokseen. Tässä kohdassa tätä käyttöoikeutta voidaan haluttaessa sopimustekstillä myös rajoittaa. Usein itse *työsuhde* jo sisältää oletuksen siitä, että tehty työ kuuluu työnantajalle, mutta esimerkiksi suurien innovaatioiden kohdalla tämä tilanne aiheuttaa ongelmia. Periaatteessa tekijänoikeuden omistaa aina työn tekijä ja oikeuden siirtymisestä sopivat työn tekijä ja työn teettäjä. Tähän liittyen tulisi huomioida tuotoksen hyödyntämiseen liittyvät näkökohdat. Tekijänoikeuden perusteella voidaan sopia tietty prosentiosuus työn tekijälle tekijänpalkkiona tai (taloudellinen) tekijänoikeus voidaan sopia siirtyneeksi työn teettäjälle siitä maksettavan korvauksen kautta (=palkka/palkkio ...). Tähän kohtaan toivotaan lisättäväksi: *Helsingin Ammattikorkeakoulu edellyttää Helsingin Ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja Terveysala -nimen esille tuomista tulosten ja tuotoksien julkaisemisen yhteydessä. Mahdollisuuksien mukaan toivotaan myös stadia -tunnuksen käyttämistä.*

9. Force majeure

Sovitun tehtävän suorittamiseen varattua aikaa voidaan pidentää *force majeure* -luonteisten syiden perusteella.

10. Sopimuksen siirtäminen ja purkamisen

Esimerkiksi: Sopimuksesta aiheutuvia velvollisuuksia ei voi siirtää kolmannelle osapuolelle ilman toisen osapuolen suostumusta. Toisella sopijaosapuolella on oikeus purkaa sopimus välittömästi, jos sopimuskumppani olennaisesti jättää täyttämättä sopimuksen määräykset. Työn suorittajalla on oikeus korvaukseen purkamishetkeen mennessä suoritusta työstä, jos sopimus puretaan ja työn suorittaja ei ole syyppää sopimuksen purkamiseen. Sopimuksesta aiheutuneet erimielisyydet ratkaistaan Helsingin käräjäoikeudessa.

11. Sopimuksesta tehdään aina kaksi samansisältöistä kappaletta, yksi kummallekin sopijaosapuolelle.

12. Sopimuksen allekirjoittajan on oltava Helsingin Ammattikorkeakoulun valtuuttama ja nimenkirjoitusoikeuden omaava henkilö.

Opinnäytetöiden kyseessä ollessa opiskelijan allekirjoitus on toivottavaa.

Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia
Jalkaterapian koulutusohjelma
Vanha Viertotie 23

23.1.2008

Arvoisa asiakas,

Opinnäytetyömme yhtenä mittausmenetelmänä on valokuvaus. Sen avulla saamme visuaalisen kuvan yleisimmästä jalkaongelmista. Valokuvattavana on jalkaterät. Kuvissa ei tule näkymään kasvoja, joten kuvattavia henkilöitä ei voida tunnistaa ja henkilöllisyys pysyy salaisena. Pyydämme lupaa jokaiselta valokuvattavalta erikseen. Valokuvaus on vapaaehtoinen.

Suostun pyyntöönne valokuvata Eiran hoitokodin tutkimukseen osallistuvia asukkaita.

Päivämäärä

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Yhteistyöterveisin,

Jalkaterapeuttiopiskelijat
Viivi Liuksiala puh. 0415036529
Mari Rapeli puh. 0408269056

TUTKIMUSLOMAKE

Lomake nro _____

TAUSTATIEDOT

1. Syntymävuosi _____

2. Sairaudet, vammat, leikkaukset _____

3. Diagnosoitu diabetes

1. tyyppi 1, diagnosoitu _____
2. tyyppi 2, diagnosoitu _____
3. ei ole

4. Lääkehoidot _____

5. Terapiat _____

6. Painoindeksi

1. Normaali
2. Lievä ylipaino
3. Kohtalainen ylipaino
4. Merkittävä ylipaino
5. Vaikea ylipaino

JALKATERÄN IHON JA KYNSIEN KUNTO

8. Jalkapohjien ihon laatu	Vasen	Oikea
1. Normaali	1	2
2. Ohut	1	2
3. Paksu	1	2
9. Ihon väri	Vasen	Oikea
1. Normaali	1	2
2. Kellertävä, ruskea	1	2
3. Punoittava	1	2
4. Likainen	1	2
10. Ihon kunto	Vasen	Oikea
1. Normaali	1	2
2. Hilseilevä	1	2
3. Punoittava	1	2
4. Hiertynyt, rakkuloita	1	2

11. Kovettumat ja känsät	Vasen	Oikea
1. Ei kovettumia tai känsiä	1	2
2. Päkiässä	1	2
3. Kantapäässä	1	2
4. Varpaissa	1	2
5. Jossakin muualla, missä? _____	1	2
12. Varvasvälien kunto	Vasen	Oikea
1. Ehjät	1	2
2. Hautuneet ja rikki	1	2
13. Kynsien väri	Vasen	Oikea
1. Normaali	1	2
2. Keltainen	1	2
3. Ruskealäikikäs	1	2
4. Musta	1	2
5. Jokin muu, mikä? _____	1	2
14. Kynsien paksuus	Vasen	Oikea
1. Normaali	1	2
2. Ohut	1	2
3. Paksuuntunut	1	2
4. Torakynsi	1	2
15. Kynsien koostumus	Vasen	Oikea
1. Normaali	1	2
2. Liuskoittunut	1	2
3. Hauras, laho, vajaamittainen	1	2
4. Kuoppainen ja uurteinen	1	2
5. Jokin muu, mikä? _____	1	2
16. Sisäänkasvanut kynsi	Vasen	Oikea
1. Ei ole	1	2
2. Toispuoleinen	1	2
3. Molemminpuoleinen	1	2
17. Kynsisienepäily	Vasen	Oikea
1. Ei ole	1	2
2. Kyllä _____	1	2

KENKIEN TUTKIMINEN

18. Jalan pituus

1. Oikea _____ mm
2. Vasen _____ mm

19. Oikean kengän sisäpituus _____ mm

20. Kenkien malli

1. Kävelykenkä
2. Talvikenkä
3. Urheilukenkä
4. Avokas
5. Sandaali
6. Jokin muu, mikä? _____

21. Kengän kiinnitys

1. Nauhakiinnitys
2. Solkikiinnitys
3. Tarrakiinnitys
4. Vetoketju
5. Venyke
6. Ei kiinnitystä

22. Lenkkijäykkeen tukevuus

1. Tukeva
2. Melko tukeva
3. Pehmeä

23. Kantakapin tukevuus

1. Tukeva
2. Melko tukeva
3. Pehmeä
4. Ei kantakappia

MITTAUSOHJEET

1. Ihon laatu

- Havainnoidaan visuaalisesti jalkaterien dorsaalipuoli
 1. Normaali (iho ehjä)
 2. Ohut (iho voimakkaasti läpikuultava)
 3. Paksu (iho kellertävä)

2. Ihon väri

- Havainnoidaan yleisesti ihoa
 1. Normaali (normaali vaaleanpunainen)
 2. Kellertävä, ruskea
 3. Punoittava (reaktiivinen punoitus)

3. Ihon kunto

- Havainnoidaan visuaalisesti haetaan tulehduskriteerejä
 1. Normaali (ehjä, joustava)
 2. Hilseilevä (irtonaista hilseilyä)
 3. Punoittava (iho punoittava, akuutti tulehdus)
 4. Hiertynyt, rakkuloita (reaktiivinen punoitus, rakkuloita)

4. Kovettumat ja känsä

- Visuaalisesti havainnoiden ja palpoidaan jalkaterän iho
 1. Ei kovettumia tai känsiä
 2. Kovettuma (paikallinen, kiinteä, joustamaton ihopaksunnos)
 3. Känsä (paikallinen, kiinteä, mahdollisesti aristava sarveistappi)

5. Varvasvälien kunto

- Havainnoidaan visuaalisesti
 1. Ehjät
 2. Hautuneet ja rikki (iho kostea, ryppyinen, valkoinen ja mahdollisesti hautunut rikki)

6. Kynsien väri

- Havainnoidaan visuaalisesti
 1. Normaali (kynsi kiiltävä, väriltään helmiäinen)
 2. Keltainen (kellertävä, himmeä)
 3. Ruskealäikikäs
 4. Musta (musta alusta on vanha vamma, punertavanmusta akuuttivamma)

7. Kynsien koostumus

- Havainnoidaan visuaalisesti
 1. Normaali (joustava)
 2. Ohut (kynsipohja kuulta läpi ja kynsi on taipuisa)
 3. Paksuuntunut (kärjestä tai juuresta alkaen, vaikea leikata itse)
 4. Torakynsi (sarvimainen, vino, vaikea leikata itse)

8. Sisäänkasvanut kynsi

- Havainnoidaan visuaalisesti
 1. Toispuoleinen (kynnen reuna rullaantanut vai toiselta puolelta)
 2. Molemminpuoleinen (kynnet reunat rullaantuneet molemmilta puolilta)

9. Kynsisienepäily

- Havainnoidaan visuaalisesti
 1. Ei muutoksia kynsissä
 2. Kyllä (kynnen väri muuttunut, hauras ja paksu)

10. Jalkaterän pituus

- Mitataan puisella työntömitalla
- Asiakas siesoo ryhdikkästi, kädet vartalon sivuilla jalat vierekkäin. Molempien jalkaterien pituus mitataan kolme kertaa ja tulos merkitään millimetreinä

11. Kengän sisäpituus

- Valitaan kenkään mittapohjallinen ja tunnustellaan käsin, että se on kengän pituinen.

12. Kenkien malli

- Havainnoidaan visuaalisesti
 1. Kävelykenkä
 2. Talvikenkä
 3. Urheilukenkä
 4. Avokas
 5. Sandaali
 6. Jokin muu, mikä?

13. Kengän kiinnitys

- Havainnoidaan visuaalisesti
 1. Nauhakiinnitys
 2. Solkikiinnitys
 3. Tarrakiinnitys
 4. Vetoketjukiinnitys
 5. Venyke
 6. Ei kiinnitystä

14. Lenkkijäykkeen tukevuus

- Havainnoidaan visuaalisesti ja taivuttamalla kenkää
- Tartutaan asiakkaan kenkään kantapäästä ja varvasosasta kiertäen kenkää vastakkaisiin suuntiin, arvioidaan sen joustoa
 1. Tukeva (kenkä ei joustaa kierrettäessä)
 2. Melko tukeva (kenkä joustaa kierrettäessä vähän)
 3. Pehmeä (kenkä joustaa kierrettäessä paljon)

15. Kantakapin tukevuus

- Kantakappia peukalolla takaa painaen havainnoidaan sen tukevuus
 1. Tukeva (kantakappi ei painu juuri lainkaan)
 2. Melko tukeva (kantakappi painuu vähemmän kuin 45 astetta)
 3. Pehmeä (kantakappi painuu enemmän kuin 45 astetta)
 4. Ei kantakappia

HAASTATTELU
Eiran hoitokodin henkilökunnalle

1. Hoitokodin ideologia/visio/ strategia, minkä perusteella toimintaa toteutetaan?
2. Hoitokodin päiväohjelma ja asukkaiden tuen tarve päivittäisissä toimissa
3. Asukkaiden oman hygienian toteuttaminen ja selviytyminen itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista
4. Minkälaisia jalkaterän ongelmia olet havainnut Eiran hoitokodin asukkailla?
5. Pystytkö työsi ohella tarkastamaan asukkaiden jalkaterien kunnon?
6. Miten mielestäsi jalkaterän alueen ongelmat vaikuttavat hoitokodin asukkaiden elämänlaatuun?
7. Kuinka tärkeänä pidät mielenterveyskuntoutujien jalkaongelmien hoitoa?
8. Henkilökunnan tuki jalkaterveyden edistämiseksi
9. Miten Eiran hoitokodin asukkaiden jalkaongelmia hoidetaan?
10. Mielenterveyskuntoutujan saamat jt- palvelut ja miten jalkoja hoidetaan?
11. Kehittämisehdotuksia jalkaterveyden tukemiseksi