



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Skitsofreniaa sairastavan näkökulmia diabeteksen omahoitoon

Linna, Hanna-Kaisa
Ojala, Tiina

2017 Laurea



LAUREA Laurea-ammattikorkeakoulu
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Skitsofreniaa sairastavan näkökulmia diabeteksen omahoitoon

Linna, Hanna-Kaisa & Ojala Tiina
Hoitotyö SHV214SN
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2017

Linna, Hanna-Kaisa & Ojala, Tiina

Skitsofreniaa sairastavan näkökulmia diabeteksen omahoitoon

Vuosi 2017 Sivumäärä 62

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, millaisia kokemuksia skitsofreniaa sairastavilla mielenterveyskuntoutujilla on diabeteksen omahoidosta. Tavoitteena oli saada tietoa diabeteksen omahoitoon liittyvistä ajatuksista ja tunteista, edistää terveystottumusten muuttamista ja terveellisten elämäntapojen ylläpitoa skitsofreniaa sairastavilla diabeetikoilla sekä saada lisätietoa heidän ohjaajilleen diabeteksen omahoidon tukemiseen. Opinnäytetyössä selvitettiin omahoidon toteutumista edistäviä ja vaikeuttavia tekijöitä sekä kuntoutujien odotuksia ja toiveita omahoidon tukemiseen. Toimeksiantajana opinnäytetyölle toimi mielenterveyskuntoutujille suunnattu kuntoutumispalveluja tuottava yhdistys.

Teoreettisessa viitekehyksessä määriteltiin skitsofrenia sairautena sekä mielenterveyskuntoutujan roolia. Siinä määriteltiin myös diabetes sairautena sekä skitsofrenian tuomat erityispiirteet diabetekseen. Teoriaosuudessa käsiteltiin kokonaisvaltaisesti diabeteksen omahoitoa ja hoidon ohjauksen merkitystä sekä sitä, miten skitsofrenia sairautena vaikuttaa diabeteksen omahoitoon. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisen tutkimuksen menetelmin. Aineisto kerättiin teemahaastatteluin haastatteleamalla neljää diabetesta sairastavaa mielenterveyskuntoutujaa. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan diabeteksen omahoitoa edistävät aikaisemmat onnistumisen kokemukset, terveellisten elämäntapojen vaikutusten huomaaminen arjessa ja tukeen liittyvät positiiviset kokemukset. Vaikeuttaviksi tekijöiksi ilmenivät tavaksi tulleiden elintapojen muuttaminen, motivaation puute ja ohjaukseen liittyvät negatiiviset kokemukset. Kuntoutujat odottivat saatavilla olevan tuen olevan pääasiassa emotionaalista tukea ja vertaistukea, ja ohjaajilta saatavan tuen olevan pääosin dialogista ja arvostavaa. Negatiivisia odotuksia kohdistui erityisesti tupakointiin liittyvään ohjaukseen. Kuntoutujilla oli myös toiveita asumisyksikön käytänteiden muuttamiseen.

Opinnäytetyössä saatuja tuloksia verrattiin teoriaan omahoidosta ja sen ohjauksesta. Tulokset ovat hyödynnettävissä yhteisössä, jonne opinnäytetyö on tehty sekä muissa samankaltaisissa yksiköissä. Kehittämisehdotuksiksi esitettiin tupakoinnin asteittaisen vähentämisen tukemista lopettamiseen kannustamisen sijaan, diabetesvastaavan nimeämistä työyhteisöön sekä dialogisen vuorovaikutusorientaation käytön lisäämistä.

Linna Hanna-Kaisa & Ojala Tiina

Self-care for diabetes from the schizophrenic rehabilitees' perspective

Year	2017	Pages	62
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to describe the experiences that schizophrenic rehabilitees have of diabetes self-care. The aim of this thesis was to produce new knowledge of thoughts and feelings that are involved in self-care for diabetes, to help promote health habits and to help maintain healthy life-style changes of schizophrenic people with diabetes as well as to gain more knowledge for their instructors to help them uphold diabetes self-care. The factors behind positive and negative effects on self-care and rehabilitees' expectations and hopes towards guidance were sorted out in this thesis. The employer of this thesis was a corporation which provides mental health rehabilitation services.

The conceptual framework of this thesis defines schizophrenia and the role of the mental health rehabilitee. It also defines diabetes, and how schizophrenia affects it. The conceptual framework discusses diabetes self-care and professional instruction to it as well as how schizophrenia affects diabetes self-care. The thesis was made applying qualitative method. The data was collected by theme interviewing four diabetic mental health rehabilitees. The data was studied using inductive content analysis.

According to the results of this thesis positive experiences of succeeding, noticing the effects of healthy life-styles in everyday life and the positive experiences of received aid promote the self-care of diabetes. The results also state that life-style changes that have already become a habit, lack of motivation and negative experiences towards professional instruction complicate the self-care of diabetes. The rehabilitees expected that the available aid would mostly be emotional support and peer support, and the aid coming from the instructors would mostly be dialogical and appreciative. Especially advice on quitting smoking was expected to cause negative experiences. The rehabilitees also wished to improve some customs of the rehabilitation unit.

The results of this thesis were compared with already existing knowledge of self-care for diabetes and the-ways to instruct self-care. The corporation, for which the thesis was originally made, and other similar corporations, could benefit from the results in their rehabilitant units. Development proposals were given based on the results of this thesis, the purpose of which was to help a smoker gradually cut down on smoking instead of trying to support giving it up, to name a diabetes counsellor out of the work community and to use more dialogical interaction orientation.

Keywords: Schizophrenia, Psychiatric rehabilitee, Diabetes, Self-care, Lifestyle

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Skitsofreniapotilas mielenterveyskuntoutujana.....	8
2.1	Skitsofrenia.....	8
2.2	Kognitiiviset ja negatiiviset oireet	9
2.3	Mielenterveyskuntoutuja.....	10
2.4	Sopimuskoti	11
3	Diabetes skitsofreniapotilaalla.....	Error! Bookmark not defined.
4	Skitsofreniapotilaan diabeteksen omahoito	13
4.1	Diabeteksen omahoito.....	14
4.2	Skitsofrenian vaikutukset omahoitoon	16
4.3	Omahoitoon yleisesti vaikuttavia tekijöitä.....	17
4.3.1	Fyysiset tekijät.....	18
4.3.2	Psyykkiset tekijät.....	18
4.3.3	Sosiaaliset tekijät	20
4.4	Omahoidon tukeminen	20
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	23
6	Opinnäytetyön metodit, aineistot ja analyysimenetelmä	24
6.1	Metodiset lähtökohdat.....	24
6.2	Aineistonkeruu ja kohderyhmä.....	24
6.3	Aineiston analyysi	29
7	Opinnäytetyön tulokset	32
7.1	Omahoitoa edistävät tekijät.....	32
7.1.1	Ravitsemukseen liittyvät onnistumisen kokemukset	33
7.1.2	Painonhallintaa tukevat kokemukset	33
7.1.3	Positiivisia kokemuksia saadusta tuesta	34
7.1.4	Ravitsemuksen ohjaukseen liittyvät positiiviset kokemukset.....	34
7.1.5	Liikunnan ohjaukseen liittyvät positiiviset kokemukset.....	35
7.1.6	Kokemukset ja ajatukset jotka tukevat liikunnan harrastamista	35
7.1.7	Tupakoimattomuutta edistävät tekijät	36
7.2	Omahoitoa vaikeuttavat tekijät.....	37
7.2.1	Painonhallintaa vaikeuttavat kokemukset.....	37
7.2.2	Haluttomuus kohdata omahoidon haasteita ja vastaanottaa tukea	38
7.2.3	Ravitsemuksen ohjaukseen liittyvät negatiiviset tunteet ja ajatukset .	39
7.2.4	Liikunnan ohjaukseen liittyvät negatiiviset kokemukset.....	39
7.2.5	Kokemukset ja ajatukset jotka vaikeuttavat liikunnan harrastamista ..	40
7.2.6	Tupakoimattomuutta vaikeuttavat tekijät	41
7.3	Odotuksia ja toiveita omahoidon tukemiseen	42

	7.3.1 Tukeen liittyvät odotukset	42
	7.3.2 Ohjaukseen liittyvät toiveet	43
8	Pohdinta	44
	8.1 Tulosten tarkastelu	44
	8.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset.....	47
	8.3 Opinnäytetyön tekijöiden ammatillinen kasvu	50
	8.4 Luotettavuus	50
	8.5 Eettisyys	54
	Lähteet	56
	Kuviot.....	59
	Taulukot.....	60
	Liitteet	61

1 Johdanto

Mielenterveyskuntoutujien kohdalla puhutaan nykyään paljon ”väliinputoajista”, eli henkilöistä, jotka eivät saa tarvitsemaansa kokonaisvaltaista hoitoa terveystieteiden somaattiseen eivätkä mielenterveyteen painottuvista yksiköistä (Niskanen 2009, 30.) Skitsofreniaa sairastavan somaattista terveyttä tulisi arvioida säännöllisesti ja hänen tulisi saada tukea elämäntapamuutoksiin ja somaattisten sairauksien asianmukaiseen hoitoon (Heiskanen 2015, 62.) Tyypin 2 diabetes on skitsofreniaa sairastavilla yleisempi kuin muulla väestöllä. (Heiskanen 2015, 347.) Psykiatristen potilaiden elämäntapaohjauksella on pystytty saavuttamaan Suomessa ja maailmalla hyviä tuloksia. Tästä syystä psykiatrisessa hoidossa saatavaa ohjausta ei pidä laiminlyödä, vaikka siinä voi olla ongelmia. (Niskanen 2009, 30.)

Yhteiskunnallisesti katsottuna skitsofrenia aiheuttaa merkittäviä suoria ja epäsuoria kustannuksia. Suorissa kustannuksissa on huomioitu diagnostiikkaan ja hoitoon liittyvät kustannukset ja epäsuoriin kustannuksiin luetaan skitsofrenian aiheuttama pitkäkestoinen toiminta- ja työkyvyttömyys. Tämän lisäksi skitsofrenia aiheuttaa merkittäviä, mutta rahassa mittaamattomia kustannuksia kuntoutujalle ja tämän perheelle, kuten esimerkiksi elämänlaadun heikkene- mistä. (Hietala, Isohanni, Kiesepää, Koponen, Lönnqvist & Suvisaari 2014.)

Opinnäytetyössä selvitetään skitsofreniaa sairastavien mielenterveyskuntoutujien kokemuksia diabeteksen omahoidosta, sillä aiheesta ei ole tehty juurikaan tutkimuksia. On kuitenkin ole- massa näyttöä siitä, että kuntoutujan kokemukset vaikuttavat merkittävästi omahoidon onnis- tumiseen. Esimerkiksi on todettu, että diabeteksen omahoitoon ja sen ohjaukseen liittyvät negatiiviset kokemukset voivat käsittelemättöminä aiheuttaa jatkuvia ongelmia hoidon onnis- tumiseen. (Rintala, Kotisaari, Olli & Simonen 2008, 33-35.) Opinnäytetyön toimeksiantaja, mielenterveyskuntoutuspalveluja tuottava Sopimuskoti on vastaanottanut opinnäytetöitä liit- tyen tietoon diabeteksen omahoidon osa-alueista. Sen sijaan, että olisi selvitetty, mitä kun- toutajat tietävät diabeteksestä ja omahoidosta, oltiin kiinnostuneita siitä, mitkä kokemukset vaikuttavat omahoidon toteutumiseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, millaisia kokemuksia skitsofreniaa sairastavilla mie- lenterveyskuntoutujilla on diabeteksen omahoidosta. Tavoitteena oli saada tietoa diabeteksen omahoitoon liittyvistä ajatuksista ja tunteista, edistää terveystottumusten muuttamista ja terveellisten elämäntapojen ylläpitoa skitsofreniaa sairastavilla diabeetikoilla sekä saada lisä- tietoa ohjaajille diabeteksen omahoidon tukemiseen. Tutkimuskysymysten avulla selvitettiin omahoidon toteutumista edistäviä ja vaikeuttavia tekijöitä sekä kuntoutujien odotuksia ja toi- veita omahoidon tukemiseen.

2 Skitsofreniapotilas mielenterveyskuntoutujana

2.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on vakavaksi psykoosisairaudeksi luokiteltu mielenterveyden häiriö, joka heikentää toimintakykyä ja elämänlaatua. Skitsofrenia puhkeaa tyypillisesti nuorella aikuisiällä (Hietala ym. 2014). Skitsofreniaan sairastuu elämänsä aikana yksi ihminen sadasta. Suomen väestöstä noin 0,5-1,5 % sairastaa skitsofreniaa (Skitsofrenia: Käypä hoito- suositus, 2015). Taustatekijöinä sairastumiseen pidetään ympäristötekijöitä ja perimää. Skitsofrenian diagnostiikkakriteerit eroavat eri tautiluokituksissa. Luokitusten yhtenäistämiseksi psykoottista oireilua ja todellisuudentajun menettämistä on pyritty korostamaan diagnostisissa kriteereissä, sillä muuten oireisto on hyvin yksilöllistä. Tämä kuitenkin voi osaltaan heikentää skitsofrenian kognitiivisten ja negatiivisten oireiden huomiointia. Mikään tietty oire tai piirre ei ole skitsofrenialle tunnusomainen, vaan oireet ilmenevät yksilöllisesti ja vaihtelevat elämän aikana. Vaihteluun vaikuttaa toteutuva hoito, hoitomotivaatio, oirekuva sekä elinympäristön asenteet ja tuki. (Hietala ym. 2014.)

Skitsofrenia on monioireinen sairaus, jonka oireet lievittyvät yleensä muutaman vuoden jälkeen sairastumisesta. Toistuvat psykoosijaksot ovat skitsofrenialle tyypillisiä. Psykoosien lisäksi skitsofrenia vaikuttaa negatiivisesti usein kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen. Tyypillisiä oireita ovat aistiharhat, harhaluulot, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus. Muita haitallisia oireita ovat tahdottomuus sekä tunneilmaisun ja puheen laistuminen, joita kutsutaan negatiivisiksi oireiksi. Myös luova ajattelu, ihmissuhteet ja itseilmaisuu voivat vaikeutua. Potilas saattaa kokea elämysmaailmaansa sisältyvää ulkoista uhkaa, mieleen työntyviä vieraita ääniä ja vieraita voimia. (Hietala ym. 2014). Skitsofrenia aiheuttaa myös yksilöllisiä kognitiivisia muutoksia, kuten muutoksia muistiin, tarkkaavaisuuteen, toiminnanohjaukseen, tiedon käsittelyyn ja havainnointiin sekä yleiseen kognitiiviseen suorituskyyntiin (Salokangas & Tuominen 2016).

Oleennaista hoidossa on psykoosinestolääkitys sekä mahdollisimman varhain aloitettu kuntoutus toiminnanvajavuuteen ja sosiaalisiin haittoihin. Skitsofreniapotilaan kuntoutus tapahtuu ensisijaisesti erikoistuneessa avohoidossa, jossa tarjotaan erilaisia hoitomuotoja, kuten arkielämän ja sosiaalisten taitojen harjoittelua, oireidenhallintaryhmiä, ammatillista kuntoutusta sekä psykoterapioita. (Hietala ym. 2014.) Salokankaan ja Tuomisen (2016) mukaan skitsofreniapotilaan hoidossa tulee ottaa huomioon myös terveellisten elintapojen tukeminen. Näihin lukeutuu tuki liikuntaan, tupakoinnin lopettamiseen, painonhallintaan sekä monipuoliseen ruokavalioon.

2.2 Kognitiiviset ja negatiiviset oireet

Skitsofrenian kognitiivisilla oireilla tarkoitetaan muutoksia muistiin, tarkkaavaisuuteen, toiminnanohjaukseen, tiedon käsittelyyn ja havainnointiin sekä yleiseen kognitiiviseen suoriutumiskykyyn (Salokangas & Tuominen 2016). Skitsofrenian negatiiviset oireet, riippuen niiden vaikeusasteesta, rajoittavat elämää aiheuttamalla vaikeuksia selviytyä päivittäisistä toiminnoista ilman ulkopuolisen merkittävää tukea. Tämän on arvioitu aiheuttavan elämänlaadun heikkenemistä ja työkyvyttömyyttä. Negatiivisten oireiden hoito koostuu lääkityksestä ja psykoterapiasta. Skitsofreniaan kuuluvat kognitiiviset oireet määriteltiin ennen osaksi negatiivisia oireita. Negatiivisten oireiden luokittelussa on eroja, mutta niihin luetaan esimerkiksi tahdottomuus, passiivisuus, apaattisuus, aloittekyvyttömyys, keskittymiskyvyn puute, abstraktin ajattelun puute ja ajattelun kaavamaisuus. Pitkäaikaishoidossa pyritään lieventämään negatiivisia oireita. Mikäli negatiiviset oireet ovat laadultaan merkittäviä, on niiden todettu ennustavan taloudellisia, sosiaalisia, ammatillisia ja toiminnallisia vaikeuksia. (Mäkinen, Miettunen, Isohanni & Koponen 2007, 911-916.)

Archives of General Psychiatry - lehdessä julkaistussa tutkimuksessa on arvioitu kognitiivisen kuntoutuksen vaikutusta skitsofrenian negatiivisiin oireisiin. Tutkimuksen seurantaosuus kesti 2 -vuotta ja siinä tutkittiin muutoksia kuntoutuksessa olevien skitsofreniapotilaiden aivoissa, jotka olivat hiljattain sairastaneet ensipsykoosin. Tutkimus toteutettiin seuraamalla kahta potilasryhmää, joista toinen osallistui kognitiiviseen kuntoutukseen ja toinen tukea antavaan terapiaan. Kognitiivinen kuntoutus piti sisällään harjoituksia tarkkaavaisuuteen, muistiin, ongelmanratkaisuun sekä sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Tukea antava terapia muodostui tiedonannosta ja opetuksesta koskien sairautta ja siinä opeteltiin selviytymiskeinoja. Hoitojen vaikutuksia vertailtaessa sosiaaliset ja muut kognitiiviset toiminnot vahvistuivat enemmän kognitiivisessa kuntoutuksessa olevilla skitsofreenikoilla. Tutkimuksessa todettiin kuntoutuksella olevan suuri merkitys toimintakykyyn liittyvien ongelmien vähentämiseen. (Eack, Hogarty & Cho 2010, 674-682.)

Viertiö (2011) on tutkinut väestöllisiä eroja skitsofreniaa ja muita psykoosisairauksia sairastaneiden toimintakyvyssä verrattuna sairastamattomaan saman ikäiseen väestöön. Tutkimus perustui Terveys 2000 -väestötutkimukseen ja kotikäyntihaastatteluihin, jossa kysyttiin eri toimintakyvyn osa-alueista. Toimintakykyä testattiin terveystarkastuksella ja elämänlaatu -kyselyllä. Tutkimuksessa huomattiin psykoosisairauksia sairastavien kuitenkin kokevan elämänlaadunsa paremmaksi suhteessa arvioituun toimintakykyyn. Syyksi tälle annettiin sairauteen sopeutuminen. Tutkimuksen mukaan skitsofreenikoilla oli muihin psykoosisairauksia sairastaviin verrattuna keskimäärin toiseksi huonoin elämänlaatu. (Viertiö 2011, 9, 10, 46.)

Viertiön (2011) tutkimuksessa skitsofreenikoilla todettiin merkittäviä vaikeuksia liikkumiskykyyn ja muuhun väestöön verrattuna suurempaa heikkenemistä lähi- ja kaukonäössä. Näön

heikkenemisestä huolimatta skitsofreenikot hakeutuivat keskimäärin harvemmin näöntarkastukseen. Skitsofreenikoilla huomattiin olevan enemmän vaikeuksia arkielämän toiminnoissa, sanasujuvuudessa ja kielellisessä muistissa. Syiksi vaikeuksille arkiaskareissa ja sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemiselle tutkimuksessa esitetään skitsofreniaan ja muihin psykooseihin liittyviä vakavampia negatiivisia oireita, masennusoireita, kielellisiä muistin ongelmia, puheen tuottoon liittyviä ongelmia ja heikentyneitä kaukonäköä. (Viertiö 2011, 34-36, 42-45.)

Kognitiivisten ja negatiivisten oireiden avulla pystytään ennustamaan vaikeuksia arkielämän toimintoihin. Skitsofreniaa sairastavan arkielämän toimintoja pystytään mittaamaan vanhemmalle väestölle suunnatuilla Activities of daily living- eli ADL -kyselyllä ja Instrumental activities of daily living- eli IADL -kyselyllä (Viertiö 2011, 34-36, 35-36). ADL -taitoihin luokitellaan arkielämän perustoimintoja, kuten asianmukainen pukeutuminen ja hygieniasta huolehtiminen. IADL -toimintoihin luetaan hieman vaativampia toimintoja, kuten ruoanlaitto, rahan käsittely, matkustaminen, lääkityksestä huolehtiminen ja kotityöt. (Oulun ammattikorkeakoulu, 2017.)

2.3 Mielenterveyskuntoutuja

Opinnäytetyössä mielenterveyskuntoutujalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on ICD-10 tautiluokitus järjestelmän mukainen diagnoosi skitsofreniaan ja joka on Sopimuskodin asiakas. Kuntoutajat ovat tulleet Sopimuskodin asiakkaiksi oman asuinpaikkakunnan sosiaali- ja terveystoimen kautta. Haastatteluun valikoituilla kuntoutujilla on myös lääkärin toteama diabetes. Haastateltavat kuntoutajat ovat eri ikäisiä.

Mielenterveyskuntoutuja on oman sairautensa ja elämänsä asiantuntija ja päätöksentekijä. Hänellä on aktiivinen rooli hoidossaan tekijänä ja tavoitteiden määrittäjänä. Kuntoutuja pyrkii tulkitsemaan, ymmärtämään ja suunnittelemaan elämänsä. Kuntoutuksen tavoitteena on elämänlaadun ja elämänhallinnan parantaminen ja ylläpitäminen. Arkielämän taitojen harjoittaminen on olennainen osa kuntoutuksen tavoitteita. Hoitajan rooli on olla kuntoutuksen mahdollistaja. Kuntoutus pitää aina sisällään tavoitteellisen kuntoutussuunnitelman, jonka kuntoutuja tekee yhteistyössä kuntoutustyöntekijän, Sopimuskodin tapauksessa omaohjaajan, kanssa. Suunnitelman tekoon voi osallistua myös kuntoutujan läheiset ja muut tämän kuntoutuksen osalliset ammattilaiset. Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan kuntoutujan nykytilanne, tarpeet, tavoitteet sekä mahdollisesti voimavarat. Lisäksi siihen kirjataan keinot, joilla tavoitteisiin aiotaan päästä sekä asetetaan tavoitteille aikaraja, minkä jälkeen toteutunut kuntoutus arvioidaan suunnitelmaan. (Oittinen, Schubert, Seuri, Kanerva, Kuhanen 2010, 100-104.)

Tyypillinen diabetesta sairastava kuntoutuja Sopimuskodilla on alle viisissäkymmenissä oleva skitsofreniaa sairastava aikuinen, jolla on vaikeuksia säännöllisen liikunnan harrastamisessa ja joka syö yhteisten ruokailujen ulkopuolella itse ostamia herkkuja. Herkkuja lähdetään välillä ostamaan yhdessä muiden kuntoutujien kanssa, ja niitä haetaan suuria määriä kerralla. Herkkuja joko napostellaan päivän mittaan omassa asunnossa, tai sitten syöminen keskittyy iltoihin. Syöminen vaikuttaisi pyörivät tekemisen puutteen ja yksin olemisen ympärillä. Asumisyksikössä asuvia kehoitetaan käymään kävelyillä, ja monilla asukkailla onkin oma tuttu reitti kävelylenkilleen. Lenkit saattavat kuitenkin jäädä vähäisiksi tai jopa olemattomiksi. Matkustaessa valitaan helposti se reitti, jossa on vähiten kävelyä tai korvataan lyhytkin kävelymatka moottoriajoneuvolla. Kuntoutujilla on taustalla useampia psykoosijaksoja, ja heidän toimintakykynsä on merkittävästi heikentynyt sairauden myötä. Myös tupakointi on yleistä, ja moni diabeetikoista polttaa tupakkaa päivittäin.

2.4 Sopimuskoti

Mielenterveyskuntoutuksella tarkoitetaan palvelukokonaisuutta, joka tukee asiakkaan kuntoutumista ja itsenäistä elämää. Mielenterveyskuntoutujille on tarjolla esimerkiksi yksityisten toimijoiden ja kolmannen sektorin psykososiaalista kuntoutusta sisältäviä asumispalveluita. (THL 2015.) Sopimuskoti on yksi tällainen toimija, joka tuottaa palveluita mielenterveyskuntoutujille. Sopimuskoti on mielenterveyskuntoutujien omaisten perustama yleishyödyllinen yhdistys, jonka tarkoituksena on täydentää julkisen sektorin mielenterveyspalveluita. Sopimuskoti tarjoaa kuntoutus ja tukitoimintaa avohoidossa oleville mielenterveyskuntoutujille. Asiakkaaksi hakeudutaan oman kunnan mielenterveyspalveluiden kautta.

Sopimuskodin erilaisia toimintamuotoja ovat: päivätoimintakeskus, työtoimintakeskukset, ympärivuorokautinen asumispalveluyksikkö, päivystyspuhelin, tuettu asuminen eri muodoissaan, erikoislääkäripalvelut, omaistyö, vertaistuki, tukihenkilötoiminta, osaamiskeskustoiminta Laurea AMK:n kanssa sekä projektit. Erilaisten toimintamuotojen tavoitteena on tukea mielenterveyskuntoutujien arjessa pärjäämistä ja asumista. Kuntoutujien kanssa tehdään kuntoutussuunnitelma, mihin kirjattujen henkilökohtaisten tavoitteiden toteutumista seurataan säännöllisesti. Sopimuskodin palvelut toteuttaa 15 hengen moniammatillinen tiimi. (Sopimuskoti 2017.)

Jotta saataisiin opinnäytetyötä varten syvällisempää tietoa Sopimuskodin ohjausmenetelmistä ja ohjaajien roolista, suoritettiin ammattitaitoa edistävät työharjoittelut Sopimuskodin yksiköissä. Yksikössä oli useita diabetesta sairastavia. Ohjaajan rooli diabeteksen omahoitoa tukevana henkilönä tuli esiin monella eri tavalla. Ohjaajat tukivat kuntoutujia omahoitoon arjen suunnittelun ja aiheesta keskustelun kautta, he ohjasivat verensokerin mittauksissa sekä ruo-

anlaitossa ja ruokailutilanteissa. Omahoidon haasteet tulivat esiin yhteisten ruokailujen ulkopuolella tapahtuvana herkutteluna, tupakoinnin yleisyytenä ja vähäisenä liikunnan harrastamisena.

3 Diabetes skitsofreniapotilaalla

Diabetes määritellään nykyään tarkoittamaan useita eri sairauksia, joille on yhtenäistä energia-aineenvaihdunnan häiriö, joka ilmenee kohonneena veren sokeripitoisuutena. Diabeteksessä insuliinin tuotanto on joko vähentynyt, tai insuliinin toiminta on häiriintynyt tai kyse on molemmista. Myös rasva- ja valkuaisaineiden aineenvaihdunnan häiriöt liittyvät diabetekseen. Diabetes on jaoteltu useisiin eri alamuotoihin, joista Suomessa yleisin on 2 tyyppin diabetes, jota on noin 80%:lla kaikista diabetesta sairastavista. Toiseksi yleisin muoto on 1 tyyppin diabetes, josta 2 tyyppin diabetes poikkeaa monessa suhteessa. (Ilanne-Parikka, Rönnemaa, Saha & Sane, 2015, 9, 16, 18.) Skitsofreniaa sairastavilla esiintyy 4-5 kertaa enemmän tyyppin 2 diabetesta, kuin muulla väestöllä (Heiskanen 2015, 347).

Tyyppin 2 diabetesta on nimetty myös aikuis- ja vanhuusiän diabetekseksi sairastumisiän perusteella. Suurin osa 2 tyyppiin sairastuneista on yli 35 vuotiaita, ja ainakin puolet sairastavista on yli 65 -vuotiaita. Toisena vanhana nimityksenä on käytetty tabletti- ja ruokavalihoitoinen diabetes. Tyyppin 2 diabeteksessä insuliinin tuotanto on riittämätöntä ja sairastavilla on useimmiten myös muita metabolisen oireyhtymän ilmentymiä. Syiksi kakkostyyppin diabetekselte esitetään ylipainoisuus ja liikunnan vähentyminen. Keskeisiä tekijöitä ovat erityisesti arkiliikunnan vähentyminen ja keskivartalolihavuus. Kakkostyyppin diabetesta voi pyrkiä ehkäisemään laihduttamalla, liikunnan lisäämisellä ja ruokavaliolla. Muiksi riskitekijöiksi on mainittu perinnöllisyys, stressi, unihäiriöt, tupakointi, runsas alkoholin käyttö, ikääntyneillä vähentynyt lihaskudos ja rasvakudoksen lisääntyminen. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 9, 16, 18-20.)

Kakkostyyppin diabeteksen oireet ja hoito vaihtelevat sairauden vakavuuden mukaan. Se voi olla alkuun oireeton tai vähäoireinen, mikä aiheuttaa sen, että sairaus huomataan usein vasta siinä vaiheessa, kun lisäsairauksia alkaa ilmaantua. Kirjallisuudessa lisäsairauksia nimitetään myös liitännäissairauksiksi. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 9, 18-20.) Diabeteksen liitännäissairauksia ovat silmänpohjamuutokset, munuaisten vajaatoiminta, jalkaongelmat, valtimosairaus, kohonnut verenpaine, kilpirauhasen vajaatoiminta, keliakia ja suun sairaudet. (Alahuhta & Sepänen 2007, 24.)

Skitsofreniaa sairastavat joutuvat usein väliinputoajan asemaan sen suhteen millaista hoitoa he saavat: psykiatrisessa hoidossa somaattisten sairauksien hoitoa ei aina tehdä parhaalla mahdollisella tavalla eikä somaattisessa hoidossa toisaalta suhtauduta vakavasti skitsofreniaa

sairastavilla oleviin fyysisiin ongelmiin (Niskanen 2009, 30). Heiskanen (2015, 62) mukaan skitsofreniapotilaan somaattista terveyttä tulisi arvioida säännöllisesti. Skitsofreniaa sairastavan tulisi saada tukea elämäntapamuutoksiin ja somaattisten sairauksien asianmukaiseen hoitoon. Niskanen (2009, 30) puolestaan toteaa, että psykiatristen potilaiden elämäntapaohjauksella on saavutettu hyviä tuloksia Suomessa ja maailmalla. Tästä syystä psykiatrisessa hoidossa saatavaa ohjausta ei pidä laiminlyödä, vaikka siinä voi olla ongelmia.

Niskasen (2009, 30) mukaan skitsofreniapotilaat kuolevat keskimäärin 25 vuotta aiemmin muuhun väestöön verrattuna. Sydän- ja verisuonisairaudet sekä hengitystiesairaudet aiheuttavat näistä kuolemista 60 %. Skitsofrenian hoito on edistynyt huomattavasti, mutta uudet lääkehoidot ovat tuoneet mukanaan painonnousuun ja sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöihin liittyviä haasteita (Niskanen 2009, 30). Yli 20 %:lla keski-ikäisistä skitsofreniapotilaista on tyyppin 2 diabetes. Liikkumattomuus, huonot ruokailutottumukset, ylipaino, tupakointi, lääkkeiden haittavaikutukset ja aineenvaihdunnan häiriöt heikentävät psykiatristen potilaiden somaattista terveyttä ja lisäävät riskiä sairastua aineenvaihduntasairauksiin. (Koponen & Lappalainen 2015.)

4 Skitsofreniapotilaan diabeteksen omahoito

Routasalon ja Pitkälän (2009, 5) mukaan omahoidossa potilas ja ammattihenkilö laativat yhdessä potilaan elämäntilanteeseen sopivan näyttöön perustuvan suunnitelman, jota potilas toteuttaa hoitaakseen pitkäaikaissairauttaan. Omahoidosta on erotettu kolme osa-aluetta: pitkäaikaissairaahan taidot hoitaa sairautta lääketieteellisesti, sairauteen ja siitä aiheutuviin tunteisiin sopeutuminen sekä kyky ylläpitää ja luoda uusia merkityksellisiä rooleja sairaudesta huolimatta. Edellytyksenä omahoidolle on tunnistaa oma avuntarve ja rajoitukset sekä voimavarojen kohdentaminen. Omahoidossa on tärkeää huomioida sairauden vaikutusten, elintapojen, hoidon ja jokapäiväisen elämän vaikutukset toisiinsa. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009, 2355, 2357.)

Viimeisen kymmenen vuoden aikana ei ole ilmestynyt uusia tutkimuksia, joissa kuvattaisiin skitsofreniaa sairastavien kokemuksia diabeteksen omahoidosta. On kuitenkin runsaasti tutkimuksia, joissa on löydetty yhteys skitsofrenian ja diabeteksen välille (Viertiö 2011, 28, ja Heiskanen 2015, 25, 61). Lisäksi löytyy näyttöä siitä, että potilaan kokemuksilla diabeteksen omahoidosta on suuria vaikutuksia omahoidon ohjauksen onnistumiseen (Salokangas 2009, 505). Lisäksi löytyy tutkimuksia, jotka yhdistävät skitsofrenian diabeteksen omahoitoon liittyviin epäterveellisiin elintapoihin (Koivuranta 2009, 37). Heiskanen (2015, 25) mukaan skitsofreniaa sairastavilla esiintyy 4-5 kertaa enemmän tyyppin 2 diabetesta. Heiskanen (2015, 61) tuo ilmi väitöskirjassaan, että skitsofreniaa sairastavien somaattisten sairauksien hoitoon

liittyä merkittäviä puutteita. Näiden lähteiden avulla voidaan todeta, että skitsofreniaa sairastavien kokemuksia diabeteksen omahoidosta voidaan pitää merkittävänä niin yhteiskunnallisesti, kuin yksittäisen potilaan hoidon onnistumisen kannalta.

4.1 Diabeteksen omahoito

Diabeteksen kokonaisvaltainen hoito alkaa ihmisen oman elämän tarkastelusta. Elintapojen muuttamiseen ja muuhun hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat monet tekijät, esimerkiksi sen hetkinen elämäntilanne, mieliala, perhe, läheiset ja henkilön oma käsitys itsestään ja diabeteksen hoidosta. Hoidon onnistuminen vaatii kykyä tehdä ja ylläpitää muutoksia. Esteinä tehokkaan omahoidon onnistumiselle pidetään masennusta tai hankalaa elämäntilannetta. Esteenä voi myös olla ymmärtämättömyys hoidon tärkeydestä ja diabeteksen hoitamattomuuden vaarallisuudesta. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 9, 18-20.)

Diabeteksen omahoidon tavoitteena on diabeetikon hyvinvoinnin ja oireettomuuden ja siten hyvän elämänlaadun saavuttaminen. Huonossa hoitotasapainossa diabetes voi aiheuttaa lisäsairauksia ja kuolleisuutta. (Alahuhta & Seppänen 2007, 19, 24, 27.) Tärkeintä sairauden hoidossa on liikunnan ja laihduttamisen avulla oman insuliinin tehon palauttaminen. Lääkehoitossa tavoitteena on lisätä oman insuliinin tehoa tai erittymistä. Yleensä tyypin 2 diabeetikolla on muita lääkkeitä tämän rinnalla. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 16.)

Kakkostyypin diabeteksen omahoitoon sisältyy elintapamuutokset ja mahdollinen lääkehoito taudin vaikeusasteesta riippuen. Omahoidon tavoitteena on hyvän hoitotasapainon saavuttaminen niin, että diabeteksen oireet ja lisäsairaudet saadaan kuriin. Omahoito on pääasiassa omien elintapojen tiedostamista ja niiden muuttamista terveellisemmiksi. Tavoitteena omahoidossa on hoitaa kohonneita veren sokeriarvoja, rasva-arvoja, hyytymistäipumusta, verenpainetta sekä liikapainoa. (Alahuhta & Seppänen 2007, 25.) Laihdutus ja painonhallinta itsessään edistävät insuliinin tuotantoa, ja siten korjaavat veren kohonneita sokeriarvoja (Ilanne-Parikka ym. 2015,16).

Tärkeimmät elintapamuutokset ovat ruokavaliomuutokset sekä liikunnan lisääminen ja tupakoinnin lopettaminen. Keskeistä elintapojen muuttamisessa on painon pudottaminen. Ruokavaliolla hoitamisen tavoitteena on, että lasketaan oman tavoitepainon saavuttamiseksi tietty kalorimäärä, jonka mukaan tulisi syödä. Suosituksen on, että syöty kalorimäärä tarkistettaisiin päivittäin, esimerkiksi ruokapäiväkirjan avulla. Mikäli myös verenpaine on koholla, huomioidaan se suolan käytön vähentämisellä. (Alahuhta & Seppänen 2007, 25-26.)

Ruokavaliolla hoitamisesta on olemassa toisistaan poikkeavia ohjeistuksia. Aron ja Heinosen (2016) mukaan ruokapäiväkirja tai muu tarkkaan noudatettava dieetti ei ole monelle pitkällä

tähtäimellä toimiva menetelmä laihduttamiseen ja saavutetun painon ylläpitoon. Ruokapäiväkirjan osalta hyöty saadaan jo muutaman päivän kirjanpidosta. Sen sijaan on suositeltavaa löytää henkilökohtaisempi keino vähentää energian saantia. Esimerkkeinä he esittelevät tapauksen, jossa laihduttaja tyypillisesti syö useamman annoksia saman ruokailun yhteydessä. Tässä tapauksessa suositeltavaa olisi harkita, jos jo yksi lautasellinen jokaisella aterialla olisi-kin riittävä. Toisena esimerkkinä esitellään henkilö, joka syö suuria määriä herkuja viikon aikana. Tälle henkilölle herkkupäivän aloittaminen voisi toimia ratkaisuna painon pudottamiseen.

Mustajoki (2016) esittelee ruokavalio hoitomenetelmän, jossa vähennetään kaloreita ilman, että syödyn ruuan määrää vähennetään merkittävästi. Laihduttaminen ja sen jälkeinen painonhallinta vaatii, että laihduttaja syö säännöllisin ruoka-ajoin kohtuullisen kokoisina ruokannoksina energiatihedeltään kohtuullisia ruokia, lisää kasvien, marjojen ja hedelmien käyttöä, vähentää kovia rasvoja, käyttää "hitaita" hiilihydraatteja, välttää sokeripitoisia juomia ja syö riittävästi proteiinipitoisia ruokia.

Säännöllisellä liikunnalla edistetään painon pudottamista. Lisäksi liikunta edistää insuliinin tehoa elimistössä ja näin ollen laskee verensokeritasoa. Liikunnalla on positiivinen vaikutus myös veren rasva-arvoihin. Riittävää liikuntaa on vähintään joka toinen päivä 30 minuuttia kestävä liikkuminen, joka aiheuttaa hikoilua ja hengästymistä. (Alahuhta & Seppänen 2007, 25-26.) Liikunta alentaa myös verenpainetta (Ilanne-Parikka ym. 2015, 16).

Diabeteksen hoidossa yksi keskeisistä asioista on tupakoinnin lopettaminen (Alahuhta & Seppänen 2007, 25-26). Diabetes ja tupakointi molemmat lisäävät valtimotautiriskiä. Suurentuneen riskin vuoksi tupakoinnin lopettaminen on diabeetikoille erityisen tärkeää. Tupakoinnin on todettu myös heikentävän insuliinin tehoa, millä on vaikutuksia verensokeriarvoihin sekä insuliinin lääkehoidon tarpeeseen. (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus: Käypä hoito -suositus 2012.)

Diabeetikoita tulee tukea tupakoinnin lopettamiseen ja aloituksen ehkäisemiseen (Rintala ym. 2008, 71). Psykiatriset potilaat ovat yhtä halukkaita lopettamaan tupakoinnin kuin muu väestö. Skitsofreniaa sairastavilla kognitiivinen tila saattaa heikentää tavallisen neuvonnan tehoa. Intensiivisempi vieroitus, sekä tupakoinnin vähentäminen asteittain voivat toimia paremmin. Haasteista huolimatta huomattava osa mielenterveyden häiriötä sairastavista onnistuu lopettamaan tupakoinnin pysyvästi. (Keto ym. 2015.)

Kohonneen verensokerin hoito tyyppi 2 diabetesta sairastavalla on yksilöllinen riippuen mitatuista arvoista. Erityisen korkeat verensokeriarvot pyritään saamaan hoitotasolle insuliinilla.

Lievästi koholla olevat arvot pystytään hoitamaan pelkillä elintapamuutoksilla jopa ensimmäisen puolen vuoden ajan taudin toteamisesta, minkä jälkeen arvojen pysyessä koholla lääkehoito tulee osaksi hoitoa. Ajan myötä sairastavan insuliiniresistenssi vaikeutuu ja insuliinin tuotanto heikkenee. Tämän vuoksi lääkehoitoa tehostetaan ajan myötä. Verensokerin lääkehoidon lisäksi hoitoon sisältyy usein pienillä annoksilla veren hyytymistä estävät lääkkeet lisäsairauksien ehkäisemiseksi. (Alahuhta & Seppänen 2007, 25, 27.)

Suosituksena omahoidon toteutumisen seurannalle on 3-6 kuukauden välein tapaaminen lääkärin tai diabeteshoitajan kanssa. Tapaamisella on tarkoitus arvioida omahoidon toteutumisen onnistumista yhdessä potilaan kanssa. Arviointi tapahtuu käynnillä tehtävien mittausten, sekä potilaan tekemien omahoitoon liittyvien kirjausten, kuten verensokerin seurantavihon ja ruokapäiväkirjan tarkistuksen avulla. Myös jalkojen kunto tarkistetaan. Tämän lisäksi EKG:n otto, silmänpohjan tutkimus, veren rasva-arvojen mittaus, munuaisten toiminnan laboratoriotestit, virtsanäyte mikroalbuminurian ja seeruminäyte kreatiiniarvon saamiseksi tehdään kerran vuodessa. (Alahuhta & Seppänen 2007, 27.)

Diabetesta sairastavien on todettu sitoutuvan paremmin insuliinihoitoon kuin terveellisiin elintapoihin. Elintavoista erityisesti ruokavaliohoidon ja omaseurannan toteuttaminen ovat puutteellisia. Hoitoon sitoutumiseen on todettu tutkimuksessa vaikuttavan tiedon puute ruokavaliohoidosta, hoidon kokonaisuuden ymmärtämisen puutteellisuus, sekä avuttomuus ja turhautuneisuus hoitoon. Turhautumista ja avuttomuuden tunnetta voi aiheuttaa myös aineenvaihdunnan muutokset jotka voivat huonontaa hoitotasapainoa omahoidon laadusta huolimatta. (Hentinen & Kyngäs 2008, 42, 148-149.) On todettu, että jos diabetesta sairastava ei pelkää liitännäissairauksia, hänen on helpompi jaksaa hoidon toteutusta (Hentinen & Kyngäs 2008, 60).

4.2 Skitsofrenian vaikutukset omahoitoon

Hentinen ja Kyngäs (2008) toteavat, että psykiatrinen sairaus voi vaikeuttaa hoitoon sitoutumista aiheuttaen kyvyttömyyttä, haluttomuutta, näennäistä myöntömyyttä, pelkoa, häpeää tai syyllisyyttä. Psykkinen sairaus voi aiheuttaa kyvyttömyyttä oma-aloitteisuuteen sekä taantumista toimintakykyyn ja psyykkiseen vointiin. Hoitoympäristöltä hoitoon sitoutuminen vaatii psykiatrisen potilaan yksilöllisyyden ja kokonaisvaltaisuuden huomiointia. (Hentinen & Kyngäs 2008, 164, 170-173.) Arkielämän taitojen on todettu heikentyvän psyykkisen sairastamisen myötä, minkä vuoksi kyky omahoitoon voi myös heiketä (Oittinen ym. 2010, 100).

Koivuranta (2009) toteaa skitsofrenialle tyypillisten oireiden, kuten heikentyneen keskittymis- ja oppimiskyvyn vaikuttavan omahoidon onnistumiseen. Koivurannan mukaan skitsofrenian

heikentämät kognitiiviset toiminnot vaikeuttavat omahoidon kannalta tärkeän tiedon omaksumista. Keskittymiskyvyn aleneminen taas vaikeuttaa uuden oppimista. Hoidon ohjauksen merkitystä tällaisilla asiakkailla korostetaan. Hoidon ohjauksessa tulisi ottaa huomioon muun muassa selkokielisyys, potilaan vireystila ja ohjauksen toisto. (Koivuranta 2009, 36.)

Skitsofrenia tuo mukanaan erityispiirteitä ravitsemukselliseen omahoitoon. Syömiseen voi liittyä mielihyvätunteen saaminen, jolloin syömisen säätely hankaloituu. Myös kylläisyyttä voi olla vaikeampi tunnistaa vääristyneen kehonkuvan ja aistiharhojen vuoksi. Ravitsemukseen vaikuttaa myös oireiden mahdollinen vaikutus arjen askareiden suorittamiseen, kuten ruoka-kaupassa käymiseen ja ruoanlaittoon. Jotkut lääkkeet lisäävät näläntunnetta. Myös skitsofrenikolle tyypillinen heikko taloudellinen tilanne vaikuttaa ravitsemukseen. (Koivuranta 2009, 37.)

Koivurannan (2009, 37) mukaan skitsofrenia tuo mukanaan useita negatiivisia vaikutuksia liikunnan harrastamiseen. Esteinä liikunnalle voi olla niin skitsofrenian oireet, kun lääkityksen haittavaikutukset. Oireina voi olla pelko, ahdistus, häpeästä johtuva eristyneisyys, Alentunut taloudellinen tilanne vaikuttaa myös liikunnan harrastusmahdollisuuksiin.

Tupakointi on jopa neljä kertaa yleisempää mielenterveyden häiriöistä kärsivillä kuin muulla väestöllä. Erityisen yleistä tupakointi on skitsofreniaa sairastavilla (Keto, Rautio, Ylisaukko-oja, Linden & Koponen 2015.) Tupakointi oli pitkään osa psykiatristen sairaaloiden ja asumisyksiköiden kulttuuria ja arkea. Mahdollisesti tämän vuoksi tupakointi voidaan kokea rauhoittavana, turvallisuutta tuovana ja sosiaalisia tilanteita ja päivittäisiä toimia helpottavana asiana. Tupakointia saatetaan myös käyttää itsehoitona skitsofrenian oireisiin, sillä sen on todettu parantavan skitsofreniapotilaan tarkkaavuutta ja lievittävän negatiivisia oireita. Tämä asettaa omat haasteensa tupakasta vieroittautumiseen. (Keto ym. 2015).

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköissä diabeteksen hoitoon osallistuu ohjaajat. Yksikössä on saatavilla ohjausta elintapoihin sekä diabeteksen lääkehoitoon. Koivuranta (2009, 37) korostaa sitä, että yksiköissä olisi tärkeää nimetä ohjaajista yksi diabeteksestä vastaava, joka ylläpitää ja päivittää tietoa diabeteksestä ja sen hoidosta organisaatiossa.

4.3 Omahoitoon yleisesti vaikuttavia tekijöitä

Diabeteksen hoidon onnistuminen vaatii päivittäistä sitoutumista omahoitoon. Eri diabetes tyyppien omahoidossa yhtenäistä on, että vaativinta on ruokavalion ja liikuntasuosittelun noudattaminen. Parhaiten onnistuu lääkinnällinen omahoito. Syitä tehottomalle omahoidolle on useita, ja siksi niiden selvittäminen ja syihin vaikuttaminen potilaskohtaisesti on tärkeää hyvän omahoidon onnistumisen varmistamiseksi. (Ahola 2013, 15.) Diabeteksen omahoitoon

vaikuttavat ohjauksessa huomioidut fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät (Rintala ym. 2008, 30.)

4.3.1 Fyysiset tekijät

Fyysisillä taustatekijöillä tarkoitetaan asiakkaan sukupuolta, ikää, siviilisäätystä, koulutusta, sairauden laatua ja terveydentilaa. Fyysiset tekijät vaikuttavat siihen, miten tietoa pystytään ottamaan vastaan ja millaisia oppimistarpeita asiakkaalla on. Niiden avulla huomioidaan, onko asiakas kykenevä ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Vastuun ottoon vaikuttaa esimerkiksi fyysiset rajoitteet ja muistiongelmät. Ohjauksessa voidaan tarpeen mukaan painottaa ydinasioita, lyhytkestoisia ja toistuvia ohjauksia. Asiakkaan sairauden laatu ja terveydentila, esimerkiksi se, kuinka pitkää hän on diabetesta sairastanut, vaikuttaa ohjauksen sisältöön ja tarpeeseen. Fyysisten tekijöiden huomioon ottaminen edesauttaa kokemusta, että tulee huomioituksi, eikä asiakas jää ulkopuoliseksi asiassa. (Rintala ym. 2008, 30-33.)

Riittävä tieto diagnoosista, verensokerin seurannan merkityksestä sekä liitännäissairauksien ehkäisystä ovat omahoidon onnistumisen kannalta merkittäviä. Usein diagnosointivaiheessa tietoa on tarjolla runsaasti, mutta sairastunut ei ehdi sisäistämään sitä. Tiedon puutteeseen auttaa kertaus ja opettaminen. Pelkkä tiedon lisääminen ei kuitenkaan paranna verensokeriarvoja. Sen sijaan tiedon ja diabeteksen hoitoon liittyvien opittujen taitojen on todettu yhdessä parantavan omahoidon tuloksellisuutta. (Ahola 2013, 15.)

4.3.2 Psyykkiset tekijät

Diabeteksen omahoitoon vaikuttavia psyykkisiä taustatekijöitä ovat motivaatio, terveysuskomukset, mieltymykset, odotukset, kokemukset sekä oppimistyylit ja -valmiudet. Näistä tekijöistä keskeisenä pidetään motivaatiota, joka pitää sisällään sen, haluaako potilas omaksua sairautensa liittyviä asioita, kokeeko hän omahoitoon liittyvät asiat tärkeiksi. Hoitajan osalta motivaatio on myös tärkeä. Se tarkoittaa sitä, että hoitaja ottaa selvää potilaan taustasta ja paneutumista ohjaussuhteeseen. Diabeteksen omahoitoon ja sen ohjaukseen liittyvät negatiiviset kokemukset voivat käsittelemättöminä aiheuttaa jatkuvia ongelmia hoidon onnistumiseen. Ohjauksen tulee perustua siihen, millainen oppija kuntoutuja on ja miten hän omaksuu asioita. On tärkeää huomioida taustalla vaikuttavat jotka rajoittavat oppimista. (Rintala ym. 2008, 33-35.)

Motivaatio on olennainen osa omahoidon onnistumista. Uusien elintapojen omaksuminen ja vanhoista luopuminen vaativat tiedon ja taidon lisäksi motivaatiota. Haastavinta motivaation kannalta ovat ne elintapamuutokset, joiden vaikutuksen eivät ole heti havaittavissa. Ilman

näkyviä tuloksia diabetesta sairastava voi kuvitella olevansa poikkeus, jota yleiset suositukset eivät koske. Tällä voi olla negatiivinen vaikutus myös pitkäaikaisvaikutuksiin, kuten liitännäissairauksiin suhtautumiseen. Motivaatioon vaikuttaa näkemys muutoksia koskevista hyödyistä ja haitoista. Ammattilainen voi auttaa motivaation kehitystä perustelemalla omahoidon tärkeyttä ja antamalla neuvoja. Sisäistä motivaatiota voi lisätä myös oireiden ilmeneminen. (Ahola 2013, 15-16.)

Hallintakeinot, kuten yksilön tunteisiin, käyttäytymiseen ja kognitioon liittyvät toimintamallit voivat olla hyödyksi, tai haitata omahoidon onnistumista. Aktiiviset ja tilannetta korjaamaan pyrkivät hallintakeinot edesauttavat haastavissa tilanteissa toimimista. Esimerkiksi tunteiden käsittely ja tulkinta ovat aktiivisia hallintakeinoja. Aktiiviset hallintakeinot vaativat onnistukseen tietoa jolla muutoksen tarve määritellään, tavoitteellisuutta sekä muutokseen liittyvien vaikeuksia tiedostamista. Ongelmallisia hallintakeinoja ovat esimerkiksi etäisyyden otto ja vaikeiden asioiden kieltäminen. (Ahola 2013, 16.)

Sisäinen hallintakäsitys, eli käsitys omista kyvyistä ja usko siihen, että voi vaikuttaa asioiden kulkuun, on merkittävä osa omahoitoon sitoutumiseen onnistumista. Sisäinen hallintakäsitys sisältää kuitenkin myös itsesyytöksen. Itsesyytökseen taipuvaisen on todettu ottavan epäonnistumiset vastaan raskaammin, mikä johtaa huonompaan hoitoon sitoutumiseen. Ulkoinen hallintakäsitys, eli käsitys siitä, että ulkoiset asiat, kuten sattuma ja muut ihmiset vaikuttavat oman elämän kulkuun, haittaa hoitoon sitoutumista. (Ahola 2013, 16-17)

Masennusoireiden on todettu vaikuttavan kokonaisvaltaisesti omahoidon toteutumiseen. Jo lievillä masennusoireilla on huomattu olevan negatiivisia vaikutuksia. Seurauksia voivat olla vähäisempi liikunta, epäterveellisemmät ruokatottumukset, harvempi verensokerin seuranta ja lääkityksen huono noudattaminen. (Ahola 2013, 17.)

Hypoglykemiaan liittyvä pelko riippuvaisuudesta muiden avusta, epämiellyttävät oireet ja terveysriskit voivat aiheuttaa joillakin diabeetikoilla sen, että he pyrkivät tarkoituksella pitämään verensokerin liian korkealla. Tämä voi aiheuttaa esimerkiksi liikunnan harrastamattomuutta verensokerin laskun pelossa. Avuksi hypoglykemian pelkoon voi olla tiedon ja ymmärryksen lisääminen aineenvaihdunnasta ja insuliinista sekä syöminen liikunnan jälkeen ja ennen nukkumaan menoa. Myös kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta on todettu olevan hyötyä hypoglykemian pelkoon. (Ahola 2013, 17-18.)

4.3.3 Sosiaaliset tekijät

Omahoitoon vaikuttavilla sosiaalisilla taustatekijöillä tarkoitetaan elinympäristöä, kulttuurisia ja sosiaalisia tekijöitä. Näitä on esimerkiksi kielitaito, ihmissuhteet, tila ja ilmapiiri, jossa ohjaus tapahtuu. Elinympäristö vaikuttaa diabeetikon omahoidon oppimiseen ja toteuttamiseen. Mikäli potilas ei kykene ottamaan itse vastuuta ja ymmärtämään ohjausta, on ohjausta annettava sille, jolle jää vastuu hoidosta. Esimerkiksi ohjauksen kiireellisyys voi aiheuttaa potilaalle kokemuksen, että ilmapiiri ei ole turvallinen, eikä ohjaus ole potilaslähtöistä. Potilaan kokemukset vaikuttavat siihen, onko hän vastaanottavainen tiedolle. (Rintala ym. 2008, 35-37.)

Perheen ja lähiympäristön tuki on merkittävä osa hoitoon sitoutumista. Tuen tarve vaihtelee yksilöiden välillä. Muilta saatua tukea voi olla esimerkiksi emotionaalinen, tiedollinen tai käytännöllinen tuki, kuten esimerkiksi ympäristön olosuhteisiin vaikuttaminen. Myös myötäeläminen ja kannustus koetaan tärkeäksi. Terveelliset ruokailut ja positiiviset asenteet liikunnan harrastamiseen ovat merkittävä osa muilta saatua tukea, sillä näitä tehdään tyypillisesti yhdessä. Mikäli yhteisössä muut noudattavat epäterveellisiä elintapoja, on diabeetikokin niille alttiimpi. Liian hallitsevana pidetty tuki voi vaikuttaa negatiivisesti omahoitoon. Tällöin sairastavalle voi tulla kokemus, että häneen ei luoteta, mikä huonontaa omakuvaa ja kykyä huolehtia itsestä. (Ahola 2013, 18.)

Hoitohenkilöstön asenteet vaikuttavat omahoitoon sitoutumiseen. Avoin keskustelutyyl, kuuntelutaidot, ajankäyttö, riittävä tiedon anto ja perustelu ovat olennaisia omahoitoa vahvistavia tekijöitä. Hyvällä suhteella diabeetikon ja ammattilaisen välillä on todettu olevan suoria vaikutuksia terveellisimpiin elintapoihin. Se, että diabeetikkoa pyydetään kertomaan omin sanoin läpikäydyistä asioista, kertoo kommunikaation onnistumisesta ja sulkee pois väärinkäsityksiä. (Ahola 2013, 18-19.)

4.4 Omahoidon tukeminen

Omahoidon tukemisen tavoitteena on potilaan mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Siihen pyritään perinteisen potilasopetuksen sijaan omahoitovalmennuksella. Päätöksenteko- ja ongelmanratkaisutaidot ovat keskeisiä omahoitovalmennuksessa. Omahoitoa voidaan vahvistaa voimaantumisen, autonomian, motivaation ja pystyvyyden tunteen tukemisella. Potilaan avoimuuden ja rehellisyyden varmistamiseksi omahoidon tukeminen vaatii ammattihenkilöltä valmentavaa ja sallivaa otetta ohjaukseen. Tällainen ote mahdollistaa potilaalle omista arvoista, toiveista, kokemuksista ja mahdollisuuksista kertomisen. (Routasalo ym. 2009, 235-2358.)

Pitkäaikaissairauksien omahoidossa voimaantuminen tarkoittaa sitä, että potilas tunnistaa terveysongelmansa ja voimavaransa ja kykenee käyttämään voimavarojansa ongelman ratkaisuun ja ongelman kanssa pärjäämiseen. Voimaantunut henkilö kykenee saavuttamaan elämänhallinnan vaativassa tilanteessa, toimimaan tavoitteellisesti ja suuntaamaan voimavarojaan. Ammattihenkilön rooli on tukea potilasta voimaantumisen olemalla läsnä ja kulkemalla rinnalla, ei niinkään tekemällä asioita potilaalle. (Routasalo ym. 2009, 2356-2357.)

Autonomialla tarkoitetaan potilaan oikeutta ja vapautta tehdä päätöksiä elämäntavoistaan ja hoidostaan. Omahoidon tukemisessa autonomiaa kunnioitetaan tukemalla potilaan päätöksiä, vaikka ne olisivat ristiriidassa ammattihenkilön asiantuntemuksen kanssa. (Routasalo ym. 2009, 2356-2357.) Ohjaaja voi auttaa potilasta tekemään päätöksiä motivoimalla. Motivaation syntymistä tukevat potilaan kokemus tuen saamisesta, kunnioituksesta ja huolenpidosta. Voimaantumista ja vastuun ottamista omahoidosta pystytään tukea motivoivan keskustelun keinoin. Motivoivaan keskusteluun sisältyy empatian ilmaisu ja potilaan toiveiden esille ottaminen verrattuna nykytilanteeseen. Motivoivassa keskustelussa edetään potilaan ehdoilla ja vahvistetaan uskoa omiin kykyihin. (Routasalo ym. 2009, 2357.)

Pystyvyyden tunteella tarkoitetaan potilaan kokemusta siitä, että hän uskoo kykynsä hallita omaa toimintaansa ja elämäänsä vaikuttavia tapahtumia, kuten sairauden aiheuttaman muutuneen elämäntilanteen (Routasalo ym. 2009, 2356-2537). Pystyvyyden tunteen tärkeimpiä lähteitä ovat aktiivisella toiminnalla sekä havainnoimalla saadut kokemukset (Routasalo ym. 2009, 2357). Pystyvyyden tunnetta voidaan lisätä vahvistamalla potilaan kokemusta omista voimavaroistaan ja siitä, että hän pystyy vaikuttamaan terveyteensä (Routasalo ym. 2009, 2358). Absetzin ja Hankisen (2017) mukaan pystyvyyden tunnetta pystyttäisiin lisäämään myös tavoitteiden kohtuullistamisella ja huomion kiinnittämisellä aikaisempiin onnistumisiin, sekä epäonnistumisten syiden tarkasteluun syyttelemättä.

Tiedon annossa kerrontatavalla on suuri merkitys tiedon vastaanottamiseen. Keskeistä on kertoa tärkeimmät asiat ensimmäisenä, ja perustella annettu tieto. On myös tärkeää puhua tavalla, jota on helppo vastaanottaa. Käytetyn kielen tulisi olla yksinkertaista ja helposti ymmärrettävää. Yleisten toteamisten sijaan konkreettiset esimerkit ovat helpommin otettavissa käyttöön omahoidossa. Vaikeat ja laajat asiat olisi hyvä jakaa pieniin osiin ja kerrata yhdessä. (Ahola 2013, 19.) Ammattilainen voisi pyrkiä siihen, että osaisi antaa yksinkertaista elämäntapaohjausta luontevasti ohjaustilanteissa (Absetz & Hankonen, 2017).

Ohjaus on osa asiantuntijan työtä, joka tapahtuu asiantuntijan ammatillisen tietämyksen kautta, ja noudattaa lainsäädännöllisiä tehtäviä. Ohjaukseen vaikuttavat eettiset ja moraaliset säännöt. Sosiaali- ja terveysalalla kannustetaan kuntoutujia tekemään omia päätöksiä koskien heidän omaa hoitoaan ja kuntoutumistaan, sekä korostetaan kuntoutujan kuuntelemisen

tärkeyttä. Puhutaan kuuntelemisesta ja kuulluksi tulemisesta. Ammatilainen voi edistää kuntoutujan osallistuneisuutta kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa. Ohjaustilanteen tasavertaisuutta rikkoo käsitys siitä, että ohjaajalla on valta ja tietty asema. Ohjaaja voi tietoisesti pyrkiä tasavertaisuuteen irrottautumalla valta- asemasta ja sen mukaisesti kuuntelemalla dialogisesti ja eläytyvästi kuntoutujaa. Kun kuntoutuja selostaa, kuinka hänelle on ”annettu ohjeistukset” tai ”määrätty ohjeistuksia”, tämä viittaa siihen, ettei keskustelua ole käyty tasavertaisessa hengessä. Kun ohjaus tapahtuu tasavertaisissa rooleissa, molemmilla osapuolilla on mahdollisuus ottaa vastuuta ohjauksesta. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä, 2011, 50-51.)

Asiantuntijakeskeisellä vuorovaikutusorientaatiolla tarkoitetaan toimintaa, jossa ohjaaja toimii keskiössä, ja hallitsee vuorovaikutusta. Ohjaajan tapoja hallita keskustelua on käsiteltävien asioiden päättäminen sekä asiakkaan johdatteleminen tiettyihin aiheisiin. Asiantuntijakeskeisessä vuorovaikutuksessa ohjaaja antaa neuvoja ja ohjeita. Keskustelu ei ole välttämättä yksilöllistä, ja kuntoutujan yksilöllisiä tarpeita huomioon ottavaa. Ohjaaja puhuu yleensä enemmän kuin ohjattava. Tämän tyylinen keskustelu voi painostaa ohjattavaa vastamaan tavalla, jonka arvelee olevan ohjaajan toivoma. Tyypillisiä piirteitä asiantuntijakeskeisyydessä ovat puheen keskeyttäminen, kontrolli, tilanteen ohjailu sekä suljetut kysymykset. Asiantuntijakeskeistä orientaatiota voi pitää hyödyllisenä tilanteessa, jossa ohjattavalla on kriisin akuuttivaihe, esimerkiksi vanhempi, joka saa tiedon lapsen vakavasta sairastumisesta. Toinen hyödyllinen esimerkki on vanhus, joka on tottunut auktoriteettien määräyksiin perustuvaan toimintaan. (Vänskä ym. 2011, 52-53.)

Asiakaskeskeisellä vuorovaikutusorientaatiolla tarkoitetaan vastakkaista asettelua verrattuna asiantuntijakeskeiseen vuorovaikutusorientaatioon. Kuntoutuja määrittää keskustelun ehdot ja itse päättää keskusteltavat asiat ja keskustelun kulun. Keskeistä keskustelussa on tuolloin kuntoutujan kokemukset, näkemykset ja tarpeet. Ohjaajan rooli asiakaskeskeisessä orientaatioissa on toimia konsulttina, myötäilijänä ja kuuntelijana. Ohjaaja auttaa kuntoutujaa tämän itse nostamien tarpeiden pohjalta hahmottamaan tilanteensa ja tekemään ratkaisuja. Ohjeita ja neuvoja annetaan kuntoutujan esille tuomiin tarpeisiin. Tarve asiakaskeskeisyydelle voi muodostua suurentuneesta tarpeesta tulla huomioiduksi ja kuulluksi. Kuntoutuja voi vaatia kunnioitetuksi tulemistä, ja korostaa omia oikeuksiaan, ja loukkaantua ohjaajan asiallisista interventioista. Kuntoutuja, joka ei kykene tai halua käsitellä omaa tilannettaan, voi pyrkiä vaihtamaan keskustelun aihetta. Toisena esimerkkinä pitkäaikaissairautta sairastavilla voi olla paljon tietoa omasta sairaudesta, mikä voi johtaa keskustelun dominointiin. Ohjattavan roolin korostuminen voi johtua myös ohjaajan omista tarpeista, jos tämä haluaa miellyttää ohjattavaa. Asiakaskeskeinen vuorovaikutusorientaatio sopii ohjausprosessin alkuvaiheisiin, sillä sen avulla pystytään kartoittamana potilaan tilannetta. Silloin ohjaajan rooli on toimia hyväksyjänä ja aktiivisena kuuntelijana. (Vänskä ym. 2011, 54-57.)

Dialogisella vuorovaikutus orientaatiolla tarkoitetaan ohjaajan ja kuntoutujan pyrkimystä keskusteluun, joka on vastavuoroinen. Keskustelun päämääränä on yhdessä tutkia ohjattavan tilannetta ja mahdollisuuksia. Keskustelussa pyritään tasapainoiseen työskentelyyn sekä riittävän yhteisen ymmärryksen luomiseen. Keskustelussa osapuolet tulevat kuulluksi ja huomioituksi, sekä kunnioitetuksi. Molempia osapuolet ovat vastavuoroisesti vaikuttavassa asemassa, jossa molemmilla on oma asiantuntijan asemansa. Ohjaajan on sallittua tukea dialogin syntymistä käyttämällä rooliaan ohjaajana, mutta dialogisuuden ylläpitämiseksi tämän vaatii ohjaajalta erityistä taitoa. Keskustelu etenee kysymysten kautta, pitkiä puheenvuoroja välteään ja toisen puheita kuunnellaan ja reflektoidaan. Keskustelu on läpinäkyvää, kumpikin osapuoli tietää mihin keskustelu on etenemässä. Monet keskustelut etenevät niin, että keskustelun aikana on vaiheita, kuten päätöksentekovaihe, jonka aikana keskusteluorientaatio muuttuu hetkeksi, mutta palautuu päätöksenteon jälkeen. Ohjaajan, joka pyrkii dialogiin, on tunnettava, tunnistettava ja kyettävä hallitsemaan kaikki kolme vuorovaikutusorientaatiota ja tunnistaa tilanteet joissa ne ovat käyttökelpoisia. (Vänskä, ym. 2011, 58-62.)

Elämäntapamuutoksien tulisi olla pitkäkestoisia muutoksia, joihin on todettu päästävän omaehtoisen motivaation kautta. Ohjaaja voi pyrkiä lisäämään omaehtoista motivaatiota hyödyntämällä motivoivaa haastattelua. Asiantuntijalähtöisen neuvonnan sijaan keskitytään vuorovaikutustekniikoita hyödyntäen ratkaisemaan yhteistyössä kuntoutujan ongelmia. Tavoitteena on, että kuntoutuja perustelisi itse muutostarvetta, sen sijaan että se olisi ohjaajan sanelema. Motivoivan haastattelun menetelmä on haastava. Haastattelun käyttöä suositellaan erityisesti, kun ohjaus keskittyy lihavuuteen ja tupakointiin liittyviin elämäntapamuutoksiin. (Absetz & Hankonen, 2017.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, millaisia kokemuksia skitsofreniaa sairastavilla mielenterveyskuntoutujilla on diabeteksen omahoidosta.

Tavoitteet:

1. Tavoitteena on saada tietoa diabeteksen omahoitoon liittyvistä ajatuksista ja tunteista.
2. Tavoitteena on edistää terveystottumusten muuttamista ja terveellisten elämäntapojen ylläpitoa skitsofreniaa sairastavilla diabeetikoilla.
3. Tavoitteena on, että Sopimuskodin ohjaajat saavat lisätietoa diabeteksen omahoidon tukemiseen.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitkä asiat edistävät omahoidon toteutumista?
2. Mitkä asiat vaikeuttavat omahoidon toteutumista?
3. Millaisia odotuksia ja toiveita kuntoutujilla on omahoidon tukemiseen?

6 Opinnäytetyön metodit, aineistot ja analyysimenetelmä

6.1 Metodiset lähtökohdat

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on ihminen ja hänen elämänpiiriinsä liittyvät merkitykset (Kylmä & Juvakka 2007, 16). Laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä millä tavalla ihmiset näkevät ja kokevat reaali maailman (Kananen 2014, 19). Laadullisella tutkimuksella halutaan kuvata todellista elämää ja tuoda esille tutkimukseen osallistuvien näkökulmia ja päästää heidän äänensä esille (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157-160). Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkittavaa ilmiötä ja tehdä siitä ymmärrettävä ja kokonaisvaltainen sanallinen kuvaus (Kananen 2014, 16-17).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, millaisia kokemuksia skitsofreniaa sairastavilla mielenterveyskuntoutujilla on diabeteksen omahoidosta. Opinnäytetyössä ollaan kiinnostuneita tutkimukseen osallistuvien ainutlaatuisista kokemuksista ja niitä halutaan tuoda siinä esille. Opinnäytetyön avulla halutaan ymmärtää huonosti tunnettua ilmiötä ja tehdä siitä ymmärrettävä kuvaus. Tavoitteena on, että tämä kuvaus toimisi apuvälineenä Sopimuskodin ohjaajille kuntoutujien diabeteksen omahoidon tukemisessa.

6.2 Aineistonkeruu ja kohderyhmä

Tyypillisiä tiedonkeruumenetelmiä laadullisessa tutkimuksessa ovat menetelmät, joissa ollaan vuorovaikutussuhteessa tutkimuskohteen kanssa. Tällaisia ovat esimerkiksi havainnointi, haastattelu, kyselyt ja dokumentointi. (Kananen 2014, 18, 27.) Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata mielenterveyskuntoutujien kokemuksia diabeteksen omahoidosta. Tähän tarkoitukseen koettiin parhaiten soveltuvaksi aineistonkeruumenetelmäksi haastattelu. Menetelmäkirjallisuuden ja tutkimustietoon tutkittavaan ilmiöön liittyen perehtymisen perusteella päätettiin toteuttaa aineistonkeruu teemahaastatteluin. Haastattelun avulla saadaan selville tutkittavien ajatuksia, tunteita, kokemuksia ja uskomuksia. Haastattelija pystyy tarvittaessa motivoimaan haastateltavia ja saamaan lisäkysymyksillä kuvaavia esimerkkejä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 36-37, 180.)

Teemahaastattelu on muodollisuudeltaan lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välillä. Tutkija suunnittelee ennalta teoriaan pohjautuen tiettyjä teemoja haastatteluun. Haastatteli käy keskustelun omaisesti läpi samoja teemoja kaikkien haastateltavien kanssa ilman tiukkaa etenemisjärjestystä. Teemoista pyritään puhumaan laajasti ja vapaasti antaen tilaa haastateltavien puheelle. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 55-56.) Keskustelu aloitetaan yleiseltä tasolta, josta edetään kohti yksityiskohtaisempia kysymyksiä. Keskustelu etenee aina haastateltavien ehdoilla. (Kananen 2014, 77.) Teemahaastattelu vaatii tutkijoilta haastateltavien tilanteen tuntemista ja perehtyneisyyttä aihepiiriin. Teemahaastattelulla pyritään saamaan tietoa huonosti tunnetusta ilmiöstä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 55-56.) Keskustelun myötä tutkija oppii ymmärtämään ilmiötä paremmin (Kananen 2014, 77).

Opinnäytetyön teemahaastattelurunko on rakennettu opinnäytetyön tietoperustassa esiin tulleista diabeteksen omahoidon keskeisistä asioista, eli elintavoista ja niihin liittyvistä kokemuksista (Kuvio 1). Tämän lisäksi teemahaastattelun alussa oli osio, jossa kysyttiin kuntoutujan taustatietoja, kuten: milloin hänellä on diagnosoitu diabetes ja milloin todettu skitsofrenia. Näiden esikysymysten tarkoituksena oli vielä varmistaa, että haastateltava henkilö täytti haastateltavien ehdot ja johdatti haastateltavaa tulevaan haastatteluun. Teemahaastattelussa oli teemoittain apukysymyksiä, ja niihin tehtiin haastattelun aikana ja sen jälkeen muistiinpanoja ja huomioita.

Haastattelurungossa käytettiin teemoina diabetekseen vaikuttavia elintapoja: ruokatottumukset, liikunta ja tupakointi, sillä diabeteksen omahoito on pääasiassa omien elintapojen tiedostamista ja muuttamista suotuisimmiksi. Ruokatottumukset ja riittävä liikunta ovat merkittävä osa omahoittoa koska niiden avulla voidaan pudottaa painoa, alentaa verensokeria ja verenpainetta sekä edistää insuliinin tuotantoa (Alahuhta & Seppänen 2007, 25-26). On erityisen tärkeää selvittää kuntoutujien kokemuksia omista ruokatottumuksista, sillä Hentisen ja Kyngäksen (2008, 42, 148-149.) mukaan elintavoista erityisesti ruokavaliohoidon toteuttaminen on puutteellista. Hentisen ja Kyngäksen mukaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa tiedon puute ruokavaliohoidosta, hoidon kokonaisuuden ymmärtämisen puutteellisuus, sekä avuttomuus ja turhautuneisuus hoitoon.

Myös tupakoimattomuus tai tupakoinnin lopettaminen on olennainen osa diabeteksen omahoittoa (Alahuhta & Seppänen 2007, 25-26). Tupakointi vaikuttaa verensokeriarvoihin sekä insuliinin lääkehoidon tarpeeseen heikentämällä insuliinin imeytymistä. Diabeteksestä ja tupakoinnista johtuvan suurentuneen valtimotautiriskin vuoksi tupakoinnin lopettaminen on erityisen tärkeää. (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus: Käypä hoito -suositus, 2012.)

Skitsofreniapotilaan hoitoon kuuluu tuki painonhallintaan, monipuoliseen ruokavalioon, liikuntaan ja tupakoinnin lopettamiseen. (Salokangas & Tuominen 2016.) Tämän vuoksi yhdeksi teemoista nousi omahoitoon saatu tuki. Teemoihin liittyvät kysymykset on muotoiltu koskemaan mielenterveyskuntoutujan omia kokemuksia, sillä on olemassa näyttöä siitä, että omahoidon tukemisen onnistumisessa kokemuksilla on iso rooli. (Salokangas 2009, 505.) Kedon ym. (2015) mukaan skitsofreniaa sairastavilla kognitiivinen tila saattaa heikentää tavallisen neuvonnan tehoa, minkä vuoksi teemahaastattelussa halutaan selvittää, minkälainen tuki on koettu toimivaksi. Kuntoutujan kokemusten selvittäminen omin sanoin vähentää myös väärin ymmärretyksi tulemisen riskiä, ja parantaa siten kommunikaation onnistumista kuntoutujan ja häntä muutoksessa tukevan välillä. (Ahola 2013, 18-19.)

Teemahaastattelua suunniteltaessa otettiin huomioon myös Sopimuskodin kuntoutujien erityispiirteet. Sopimuskotiin tehtiin ammattitaitoa edistävän harjoittelu, ja tätä kautta päästiin tutustumaan Sopimuskodin kuntoutujiin sekä heille tarjottuun tukeen ja ohjaukseen. Havaittiin, että useilla kuntoutujilla on haasteita terveellisten elintapojen toteuttamisessa. Useat kuntoutujat söivät yhteisten ruokailujen ulkopuolella suuria määriä itse ostamia herkkuja. Monilla oli säännöllisiä liikuntaharrastuksia, mutta niitä ei ollut kaikilla ja yhteisten liikuntaryhmien ulkopuolella arkiliikkuminen oli vähäistä. Tupakointi oli melko yleistä. Tukea terveellisiin elintapoihin kuntoutujat saivat Sopimuskodin ohjaajilta sekä vaihtelevasti muilta kuntoutujilta ja läheisiltä. Tuetusta elinympäristöstä huolimatta terveelliset elintavat eivät toteudu kuntoutujilla, minkä takia lähdettiin selvittämään kuntoutujien omia kokemuksia omahoidon toteutumisesta ja siihen saadusta tuesta.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimukseen osallistujiksi valitaan henkilöitä, joilla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 26). Haastateltavat valittiin harkinnanvaraisesti yhteistyössä työelämän edustajan kanssa. Opinnäytetyötä varten haastateltiin neljää mielenterveyskuntoutujaa. Kaikki osallistujat ovat Sopimuskodin asiakkaita, sairastavat skitsofreniaa ja heillä on tyypin 2 diabetes. Haastatteluihin myönnettiin tutkimuslupa 5.4.17 Sopimuskodin hallituksen toimesta.

Tutkimuksen suunnittelussa on olennaista ottaa huomioon haastateltavien kielellinen valmius ja kommunikaatiotyyli (Hirsjärvi & Hurme 2008, 53). Haastatellut henkilöt sairastavat skitsofreniaa. Yksi tyypillisistä skitsofrenian oireista on puheen hajanaisuus (Skitsofrenia: Käypä hoito-suositus, 2015). Hajanaisuus ilmenee puheessa esimerkiksi siten, että vastaus liittyy vain etäisesti esitettyyn kysymykseen. Muita hajanaisuuden ilmentymiä ovat päämäärän kadottaminen, osin käsittämätön puhe ja se, että peräkkäin kerrotut asiat eivät liity toisiinsa. Skitsofreniaa sairastavien kielen ymmärrys on yleensä kirjaimellista ja konkreettista, jonka vuoksi esimerkiksi metaforien ja ironian ymmärtämisessä on vaikeuksia. Potilastyötä tekevän

tulee kuulla, kuunnella ja ilmaista itseään selkeästi, jotta skitsofreniaa sairastava tulisi mahdollisimman hyvin ymmärretyksi. (Hella 2016, 1551-1553, 1557.)

Haastateltavat valittiin opinnäytetyöhön sitä varten järjestetyn infotilaisuuden kautta. Yhteistyössä Sopimuskodin kanssa sovittiin tapaamisaika, jolloin opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteista kerrottiin mahdollisille haastateltaville. Infon aikana ja sen jälkeen sai esittää kysymyksiä. Tapaamisen yhteydessä käytiin yhdessä läpi saatekirje lukemalla se ääneen, ja halukkaat haastateltavat täyttivät lopuksi saatekirjeen perässä olevan suostumuslapun. Saatekirje on liitteenä (Liite 1). Samalla tapaamisella sovittiin tulevat haastatteluajat. Kaikki infon osallistuneet kuntoutujat olivat halukkaita osallistumaan haastatteluun.

Neljästä haastattelusta kolme oli samana päivänä, ja yksi oli kaksi päivää ennen muita haastatteluja. Näin oli mahdollista ensimmäisen haastattelun jälkeen vielä pohtia tapaa esittää haastattelukysymyksiä, ja pyrkiä valikoimaan parhaiten soveltuvia kysymyksiä. Ensimmäisen haastattelun aikana myös haastattelutilan toimivuus tuli tarkistettua. Tila toimi viihtyvyyden osalta hyvin. Huone oli kodinomainen, ja siinä oli suuret ikkunat rauhalliselle sisäpihalle päin, sekä mahdollisuus avata pieni ikkuna haastattelujen välillä. Tilassa oleva pöytä oli sopivan levyinen ääninauhurin käyttöön. Sekä haastateltavan että haastattelevan äänet kuuluvat nauhoilta selkeästi. Kuntoutujan puhuessa kovin hiljaa, nauhuria pystyi siirtämään lähemmäs tätä. Haastattelurauha kuitenkin häiriintyi välillä siihen, kun rakennukseen tuli muita kuntoutujia pesemään pyykkiä. Haastattelujen välillä, kun oli tarkoitus valmistautua seuraavaan haastatteluun, tilassa myös vieraili muita tuttuja kuntoutujia tervehtimässä.

Haastattelut kestivät keskimäärin hieman alle tunnin ja ne sujuivat pääosin rauhallisissa merkeissä. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 44 sivua fontilla Calibri, koolla 11 ja rivivälillä 1,15. Ennen haastattelua keskustelua viriteltiin aina lyhyellä jutustelulla. Alun perin suunnitelmassa oli tehdä puolentoista tunnin haastattelut, mutta haastatteluja ei haluttu venyttää siinä vaiheessa, kun se ei enää tuntunut luonnolliselta. Keskustelu lopetettiin siinä vaiheessa, kun haastateltavalta oli kysytty kaikki suunnitellut kysymykset ja haastateltava koki, ettei hänellä ole enää muuta sanottavaa. Haastatteluissa tuli myös esille skitsofreniaan tyypillisten oireiston tuomat haasteet itseilmaisulle, kielikuvien käytölle ja keskittymiselle. Tämä toi osaltaan haasteta haastattelun keskustelumaisuudelle ja vaikutti kysymysten ymmärtämiseen ja muistamiseen. Haastatteluissa toistui sama piirre, että loppua kohden keskittyminen herpaantui. Jälkikäteen tuli mieleen, että kun haastateltavilta kysyttiin haluavatko he pitää taukoa, ja he kieltäytyivät, olisi kysymisen sijaan pitänyt kertoa, että tässä välissä on tauko. Tämä olisi voinut auttaa keskustelun pidentämistä. Yksi syy haastattelujen lyhyemmälle kestolle oli se, että neljästä haastateltavasta vain yksi oli tupakoiva, joten muiden kanssa ei käyty tupakointi osuutta läpi.

Yhden haastattelun aikana oli tilanne, jossa haastateltava kieltäytyi keskustelemasta yhdestä teemoista. Aihe aiheutti haastateltavassa tunnereaktion, jonka aikana tämä korotti ääntään, nousi seisomaan ja halusi poistua tilasta. Reaktio laukesi lopulta siihen, kun haastateltavaa kuunneltiin ja annettiin esimerkkikysymyksiä, joita teemaan liittyen oli valmisteltu. Kun kävi ilmi, että aiheesta oli tarkoitus keskustella eri tavalla kun kuntoutuja oli ajatellut, hän vastasi mielellään kysymyksiin. Tunnereaktio ja sen jälkeen saadut vastaukset teemaan toivat ilmi tärkeää kokemusta kuntoutujan aikaisemmin saamasta elämäntapaohjauksesta ja vahvistivat haastattelijan käsitystä opinnäytetyön tärkeydestä.

Teemahaastattelurunko

Taustatiedot:

ikä, diagnoosi ajankohdat

Kokemukset diabeteksen omahoidon toteuttamisesta (liikunta, tupakointi, ruokavalio):

Onnistumiset: Mikä omahoidon toteuttamisessa tuntuu helpolta?

Mitkä asiat edesauttavat liikunnan harrastamista? -terveellisesti syömistä? - vähentävät tupakan käyttöä?

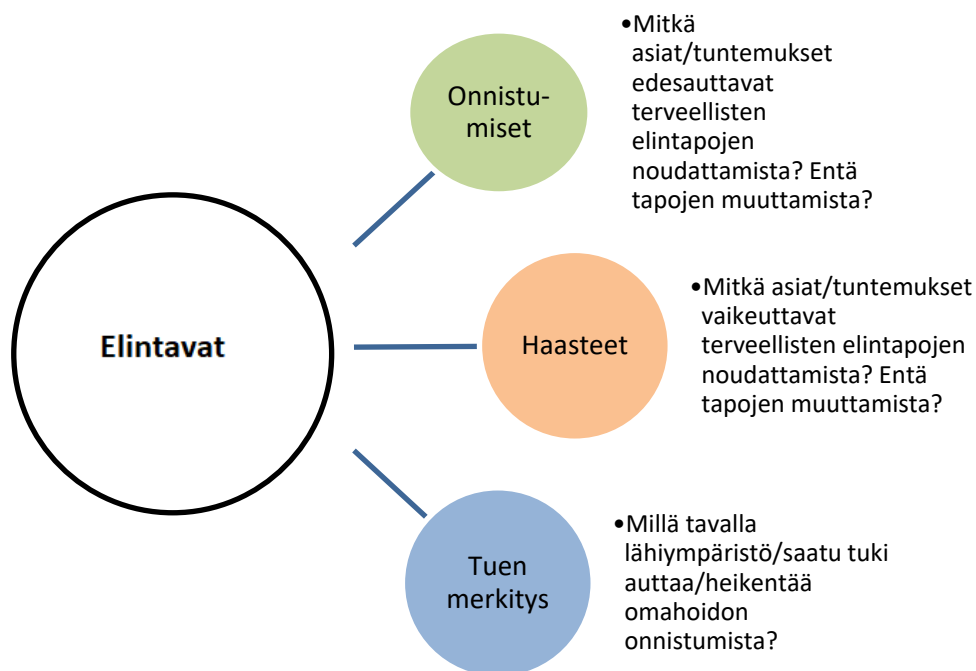
Haasteet: Mikä omahoidon toteuttamisessa tuntuu vaikealta? Onko asioita jotka tekevät omahoidon vaikeaksi?

Omahoidon tuen ja ohjauksen merkitys:

Tuki: Millaista ohjausta/tukea saat/Olet saanut? Keneltä?

Millaista tukea toivot diabeteksen omahoidon toteuttamiseen?

Millaista ohjausta toivoisit? Keneltä toivoisit ohjausta?



Kuvio 1 Teemahaastattelurunko

6.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysiprosessi on hoitotieteellisen tutkimuksen perusmenetelmä aineistolähtöisissä laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysin avulla aineistosta voidaan tehdä havaintoja ja analysoida niitä systemaattisesti. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21- 23.) Sisällönanalyysin avulla tutkittava ilmiö pyritään kuvaamaan tiiviissä ja selkeässä muodossa (Tuomi & Sarajärvi 2009,108). Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä päättely etenee yksittäistapauksista yleiseen (Tuomi & Sarajärvi 2009,95).

Analyysiyksikkö valitaan aineiston ja tutkimuskysymyksen mukaisesti (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25). Alun perin analyysiyksiköksi suunniteltiin ajatuskokonaisuutta. Aineistoon perehtyessä päädyttiin kuitenkin laajentamaan analyysiyksiköksi kaikki tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaukset sanayhdistelmistä ajatuskokonaisuuksiin.

Analyysissa on neljä vaihetta: kokonaiskuvan hahmottaminen, pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi (Kylmä & Juvakka 2007, 116). Pelkistämisessä, jota voidaan kutsua myös tiivistämiseksi, aineistolta kysytään kysymyksiä tutkimustehtävän mukaisesti. Aineiston merkitykselliset ilmaisut tiivistetään siten, että niiden olennainen sisältö säilyy, nämä tiivistyksen ovat

ikään kuin vastauksia aineistolle esitettyihin kysymyksiin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26-29.)

Aluksi äänitetyt haastattelut kuunneltiin ja litteroitiin sanasta sanaan. Puhtaaksi kirjoitettuja haastatteluja luettiin useaan kertaan läpi kokonaiskuvan saamiseksi. Aineistolle esitettiin tutkimustehtävien mukaisia kysymyksiä ja vastaukset yliviivattiin erivärisillä korostuskynillä. Lähestyimme aineistoa teema-alueittain ja kokosimme omille listoilleen kustakin teemasta esiintulleet vastaukset ensin alkuperäisilmauksina, jonka jälkeen pelkistimme vastaukset säilyttämällä olennaisen sisällön (Taulukko 1).

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
"Mutta se tunti on aika pitkä kun on tunnin vuoro. Se on pikkasen liian pitkä mulle. Sanoaanko, että 40 minuuttia tai puol tuntia olisi sopivampi...On muuten joo kivoja"	Tunnin jumppa liian raskas, lyhyempi olisi kiva.
"Ehkä jossakin kohtaa, mut ei nyt vielä. Mä kumminkin oon tuolla rakennustyömaalla niin se aika paljon rajottaa mun liikuntaa. Siis mä niinku opiskelen rakennustyömaalla. Ja saan mun mielestä ihan tarpeeks liikuntaa siinä päivittäin."	Ei näe liikuntaa ajankohtaisena. Saa mielestään tarpeeksi liikuntaa fyysisessä työssä.
" Kyllä se mulla aika paljon vaikuttaa siihen, et kun painoo haluis tiputtaa niin.. Et silleen kumminkin et sitä kun välipaloja liikaa ostelee niin painokin rupee nousee. - jos syö liikaa niin sit tietää et se paino tulee nousee."	Omien välipalojen syömisestä tulee huono mieli, koska haluaisi pudottaa painoa ja kokee että välipalat lihottavat.
" Muuttaa jos syö terveellisesti ja tietää, että syö terveellisesti niin sitten tulee mukava mieli."	Terveellisesti syömisestä tulee hyvä mieli.

Taulukko 1 Esimerkki pelkistämisestä

Ryhmittelyssä pelkistetyt ilmaukset kootaan omalle listalle. Tämän jälkeen ilmauksista etsitään eroavaisuuksia ja samankaltaisuuksia. Samankaltaiset pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään omiksi luokiksi, joille annetaan ilmauksia kuvaava nimi. Samankaltaiset pelkistetyt vastaukset asetettiin taulukossa vierekkäin ja niille annettiin luokan sisältöä kuvaavat nimet (Taulukko 2).

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<p>Kokee että on tarpeeksi tietoa ruoka-asi- oista.</p> <p>Yläasteen kotitaloustunneilla ja lukion biolo- giantunneilla on kerrottu mitä tulisi syödä.</p> <p>Kokee, että on tarpeeksi tietoa.</p> <p>Kokee osaavansa löytää tietoa luotettavasta lähteestä</p> <p>Ravitsemusterapeutin tapaamisesta kulunut aikaa, muistaa silti ohjeistukset.</p> <p>Saanut perehdytyksen, että miten diabeeti- kon tulee syödä.</p> <p>Kokee saavansa ohjaajilta kannustusta.</p> <p>Saanut ohjaajilta tukea terveellisesti syömi- seen.</p> <p>Kokee saavansa apua ohjaajilta ruuanlait- toon.</p> <p>Söisi vähemmän tuetussa ympäristössä har- vemmin ja vähän huonommin.</p>	<p>Ravitsemukseen liittyvän ohjauksen ja tuen oikea-aikaisuus ja helppo saatavuus</p>

Taulukko 2 Esimerkki alaluokan muodostamisesta

Abstrahoinnissa luodaan yläluokkia yhdistämällä luokkia, joilla on samankaltainen sisältö (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26-29). Saman sisältöiset alaluokat yhdistettiin yläluokiksi ja nimettiin mahdollisimman kuvaavasti (Taulukko 3).

Alakuokat	Yläluokka
<p>Ravitsemukseen liittyvän ohjauksen ja tuen oikea-aikaisuus ja helppo saatavuus</p> <p>Tyytyväisyyden tunne yhteisruokailusta ja ruuanlaittovuorojen järjestämisestä sekä näihin liittyvästä ohjauksesta</p>	<p>Ravitsemuksen ohjaukseen liittyvät positiivi- set kokemukset</p>

Taulukko 3 Esimerkki yläluokan muodostumisesta

Muodostuneet yläluokat tutkimuskysymyksittäin (Taulukko 4).

Mitkä asiat edistävät omahoidon toteutumista?	Mitkä asiat vaikeuttavat omahoidon toteutumista?	Millaisia odotuksia ja toiveita kuntoutujilla on omahoidon tukemiseen?
Ravitsemukseen liittyvät onnistumisen kokemukset Painonhallintaa tukevat kokemukset Ravitsemuksen ohjaukseen liittyvät positiiviset kokemukset Liikunnan ohjaukseen liittyvät positiiviset kokemukset Kokemukset ja ajatukset jotka tukevat liikunnan harrastamista Liikunnan ohjaukseen liittyvät negatiiviset kokemukset Kokemukset ja ajatukset jotka vaikeuttavat liikunnan harrastamista Positiivisia kokemuksia saadusta tuesta	Painonhallintaa vaikeuttavat kokemukset Ravitsemuksen ohjaukseen liittyvät negatiiviset tunteet ja ajatukset Haluttomuus kohdata omahoidon haasteita ja vastaanottaa tukea	Tukeen liittyvät odotukset Ohjaukseen liittyvät toiveet

Taulukko 4 Yläluokat tutkimuskysymyksittäin

7 Opinnäytetyön tulokset

7.1 Omahoitoa edistävät tekijät

Omahoitoa edistävät tekijät jakoutuivat seitsemään alaluokkaan (Kuvio 2).



Kuvio 2 Omahoitoa edistävät tekijät

7.1.1 Ravitsemukseen liittyvät onnistumisen kokemukset

Tyytyväisyyden tunne omiin terveellisiin ruokatottumuksiin edisti omahoitoon sitoutumista. Ne kuntoutujat, jotka söivät arjessa terveellisesti, tunnistivat terveellisen ruokavalion osaksi diabeteksen omahoitoa, ja kokivat mielihyvää onnistumisesta. Kuntoutujat olivat tehneet positiivisia havaintoja hyvän ravitsemuksen vaikutuksesta mielialaan. Terveellisesti syödessään kuntoutujat kokivat vähemmän mielialanheittoja ja negatiivisia tunteita. Hyvästä ravitsemuksesta ja kylläisyyden tunteesta koettiin tulevan hyvä mieli. Osa koki syövänsä terveellisesti ja huolehtivansa hyvin säännöllisistä terveellisistä välipaloista. Yksi kuntoutujista koki, että terveellisesti syöminen ei ollut vaikeaa ja siinä onnistumisesta tuli hyvä mieli. Yksi kuntoutujista toi haastattelussa esille myös aikaisempia onnistumisen kokemuksia painon pudotuksesta. Kuntoutuja oli pystynyt pudottamaan painoa hallitusti sitoutumalla ravitsemussuosituksen mukaiseen ruokavalioon.

"Muuttaa jos syö terveellisesti ja tietää, että syö terveellisesti niin sitten tulee mukava mieli."

"No mä hoidan diabetesta että ei nälkää niin, hoidan diabetesta"

7.1.2 Painonhallintaa tukevat kokemukset

Epäterveellisten ruokien välttäminen ja mielitekojen hillintä nousivat esiin tärkeimpinä painonhallintakeinoina. Herkuttelun pois jättäminen koettiin tärkeäksi osaksi painonhallintaa. Koettiin myös, että kohtuudella herkkujen syömisestä ei ole merkittäviä haittoja. Omahoitoa

edistivät myös painonhallinnan merkityksen tunnistaminen ja henkilökohtaisten tavoitteiden asettaminen. Kuntoutujilla oli realistinen käsitys omasta painostaan ja heillä oli sen mukaisia tavoitteita.

"Vaalean leivän, sitä haluaisi enemmän. Grahamleivän kun paahtaa niin siitä tulee hyvää. - Ne tuo painoa. - En halua lihoa."

7.1.3 Positiivisia kokemuksia saadusta tuesta

Kuntoutujat kertoivat saaneensa monipuolista ja informatiivista tukea ammattilaisilta ja läheisiltään. Tukea, esimerkiksi tietoa, oltiin saatu erilaisilta ammattilaisilta, kuten asumisyksikön ja toimintakeskuksen ohjaajilta, sekä lääkäriltä, ravitsemusterapeutilta ja diabeteshoitajalta. Diabeteshoitajalla käytiin säännöllisesti. Ammattilaisten lisäksi tukea oltiin saatu läheisiltä ja muilta kuntoutujilta. Läheisiltä saatu tuki oli esimerkiksi säännöllistä yhteydenpitoa puhelimitse.

"Minua on niin monelta kannalta tuettu."

"Kyllähän sieltä ihan hyvää informaatiota saapi."

7.1.4 Ravitsemuksen ohjaukseen liittyvät positiiviset kokemukset

Ravitsemukseen liittyvän ohjauksen ja tuen oikea-aikaisuus ja helppo saatavuus edistivät omahoidon toteutumista. Kuntoutujat kokivat, että ravitsemukseen liittyen tukea oli saatavilla. Tuki oli luonteeltaan kannustavaa ja tietoa antavaa. Tukea oltiin saatu usealta eri ammattilaiselta. Tueksi tunnistettiin ohjaus tuetussa asumisympäristössä, siihen sisältyi ohjatut ruuanlaittovuorot sekä yhteisruokailut. Ruuanlaittovuoroihin koettiin saavan riittävästi apua ja yhteisruokailujen koettiin tukevan säännöllisesti syömistä.

"Mä oon vähän huono ruuanlaitossa, että ne auttaa siinä, ettei tarvitse yksin miettiä sitä että mitä ruokaa tekee."

Positiivisiin kokemuksiin lukeutuivat tyytyväisyyden tunne yhteisruokailusta ja ruuanlaittovuorojen järjestämisestä sekä näihin liittyvästä ohjauksesta. Osa kuntoutujista koki ruuanlaittovuorot miellyttävinä, ja olivat tyytyväisiä siihen, että laitettavan ruuan sai itse valita, jos haluaa. Osa haastateltavista koki aiheesta keskustelemisen mukavaksi ja helpoksi. Kuntoutujilla oli selkeä käsitys siitä, että heillä on riittävästi ravitsemuksesta tietoa ja sitä osataan hakea tarvittaessa.

"Joo, minä saan valita (iloisesti). Se joka tekee ruokaa saa valita."

7.1.5 Liikunnan ohjaukseen liittyvät positiiviset kokemukset

Kuntoutujat olivat tyytyväisiä liikuntaan liittyvään ohjaukseen, sen helppoon saatavuuteen sekä oikea-aikaisuuteen. Kuntoujilla oli positiivisia kokemuksia ohjauksesta ja he kokivat että tarvittaessa ohjausta oli saatavilla. Kuntoutujat toivat ilmi, että ohjaajat auttoivat uusien lajien opettelussa, sekä ehdottivat liikuntaharrastuksia kuntoutujille. Ohjauksesta oli jäänyt pääosin hyvä mieli. Ohjattuun ryhmäliikuntaan osallistuttiin ja se koettiin mielekkääksi. Päivätoiminnan liikuntaan ja liikuntateemapäiviin osallistuttiin mielellään. Osa tunnisti mahdollisuuden myös muiden osallistujien osaamisen hyödyntämiseen ryhmässä liikkussa.

"Jotkut ohjaajat ovat vähän liian tarkkoja, että meneekö teknisesti oikein, mutta pääsääntöisesti hyvä."

Kuntoutujat kokivat, että luotettavaa tietoa on helposti saatavilla eri lähteistä. Ohjaajilta saadun tiedon lisäksi tietoa oltiin saatu muilta ammattilaisilta kuten diabeteshoitajalta. Toimintakeskukselta, jossa kuntoutujat kävivät kuntoutussuunnitelmiansa mukaan, oli myös saatavilla ohjelmaesite liikuntamahdollisuuksista. Tietoa osattiin myös hakea itsenäisesti esimerkiksi internetistä.

"On esimerkiksi diabeteshoitaja, että ei tee liian rankkaa ja ottaa sit välipalaa mukaan."

7.1.6 Kokemukset ja ajatukset jotka tukevat liikunnan harrastamista

Tärkeimpiä liikunnan harrastamista tukevia kokemuksia olivat liikunnasta nauttiminen ja liikunnan terveyshyötyjen tunnistaminen. Kuntoutujat toivat esille oman halun liikkua. Kuntoutujat tunnistivat liikunnasta saatavan hyvän olon ja kohonneen mielialan. Liikunnan jälkeistä oloa kuvailtiin pirteäksi ja hyväksi. Liikunnan jälkeinen hyvä olo saattoi jatkua seuraavaan aamuun asti. Liikkumiseen liitettiin positiivisena asiana myös liikunnan jälkeinen itsensä palkitseminen saunomisella. Osa kuntoutujista arvosti hyvää fyysistä kuntoa. Kuntoa haluttiin pitää yllä ja sen koettiin auttavan töissä jaksamista.

"Ihan mukava olo, että taas meni jumppa."

”Tota, se että minä haluan liikkua, kävely on se mulle kaikista mukavin liikuntamuoto.”

”Joo, kun pysyy kunto hyvänä niin jaksaa töitäkin tehdä.”

Itsenäinen liikkuminen koettiin tärkeäksi osaksi arkea. Kuntoutujat harrastivat omatoimisesti liikuntaa, joista yleisin liikuntamuoto oli kävely. Osa kuntoutujista ajatteli, että kävisi kävelyillä, vaikka ei asuisi tuetussa asumisympäristössä. Yksin liikkuminen koettiin mieluisaksi. Kuntoutujat arvioivat saavansa runsaasti arkiliikuntaa. Arkiliikunnaksi tunnistettiin fyysisesti rasittava työ ja siirtyminen paikasta toiseen kävelen.

”Mä tykkään liikkua yksin. Tietysti joskus Satakielen porukalla, mutta tykkään kyllä yksin.”

”Arkiliikuntaa on sekin, että menee terveyskeskukseen, sinne on pitkä kävelymatka. Junalta pitää kävellä terveyskeskukseen ja se on aika pitkä matka. Asiain ja maksan laskuja taas Helsingin päässä.”

Tyytyväisyys nykyisiin liikuntatottumuksiin, jossa riittävää liikuntaa saadaan mieleistä lajia harrastamalla tuki liikkumista osalla kuntoutujista. Osa oli löytänyt itselleen sopivan liikuntamuodon ja koki harrastavansa riittävästi liikuntaa. Osa koki harrastavansa tarpeeksi liikuntaa. Yksi kuntoutujista koki, että liikuntaa pitäisi harrastaa enemmän, mutta oli kuitenkin tyytyväinen nykyiseen liikunnan määrään.

”Joo pitäisi pikkuisen enemmän, mutta edes tämän verran.”

7.1.7 Tupakoimattomuutta edistävät tekijät

Haastateltavista kuntoutujista yksi tupakoi. Tupakoinnin lopettamista edistäväksi tekijäksi kuntoutuja nimesi aikaisemman halun lopettaa tupakoinnin. Halu tupakoinnin lopettamiseen oli lähtenyt kuntoutujasta itsestään, ja johtanut yritykseen lopettaa tupakointi kokonaan. Yrittäessään lopettaa polttamista kuntoutuja oli pystynyt olemaan yhtäjaksoisesti 3 viikkoa tupakoimatta. Kuntoutuja ei kokenut, että fyysisellä tilanteella, kuten esimerkiksi odottamisella, olisi merkitystä päivittäiseen tupakointiin.

”Ai mikäkö? Ehkä se herääminen. Niinku silleen se herääminen siihen tilanteeseen, et nyt mä haluun lopettaa ja toleen, mut sit se vähän katkes.”

Kuntoutuja koki, että hänellä on tietoa tupakoinnin haittavaikutuksista ja tupakointiin liittyvistä riskeistä. Tupakoimattomuutta edistävänä tekijänä ilmeni kuntoutujan kokemus siitä, että tupakointi ei ole itseä hyödyttävä asia. Kuntoutuja koki oman tupakankäytön huonona asiana.

"Mä tiedän itekin riskit ja tommoset."

"Ihan täyttä paskaa. -- Ai mikskö? Se on ihan typerää. Ei siit mitään hyötyykään oo."

7.2 Omahoitoa vaikeuttavat tekijät

Omahoitoa vaikeuttavat tekijät muodostivat kuusi yläluokkaa (Kuvio 3).



Kuvio 3 Omahoitoa vaikeuttavat tekijät

7.2.1 Painonhallintaa vaikeuttavat kokemukset

Terveellisten ruokatottumusten omaksuminen koettiin vaikeaksi. Kuntoutujien mukaan epä-terveellisestä ruokailusta on tullut tapa. Terveellisten ruokatottumusten omaksuminen koettiin vaikeaksi, sillä oltiin totuttu vanhoihin tapoihin eikä niiden muuttaminen tuntunut mahdolliselta tässä elämäntilanteessa. Kuntoutuja kokivat myös, että ravitsemukseen liittyen on vielä paljon omaksuttavaa. Osa koki, ettei ole tässä hetkessä kykenevä elämäntapamuutokseen.

" No ehkä just siks et se on tullut tavaksi"

"No vielähän se on vähän lastensukissa. Mut kyl se siit.- Että vähän ei voisi olla handyssä vielä."

Herkuttelu aiheutti kuntoutujille ristiriitaisia tuntemuksia. Osa kuntoutujista koki, että herkuilla saa aikaan mielihyvää, mutta toisaalta koettiin, että herkuttelusta tulee huono olo, sillä sen tiedettiin vaikeuttavan painonhallintaa. Herkkujen syömistä oli vaikeaa hillitä, sillä herkuttelulla haettiin lohtua pahaan oloon. Painonhallintaa vaikeutti myös ruokaostopäätökset, jotka perustuivat mielitekoihin.

"Sellasia pringles-perunalastuja. Ne on mulla aina mielessä, että niistä en oo nyt luopunut sitten."

"Kyllä se mulla aika paljon vaikuttaa siihen, et kun painoo haluis tiputtaa niin. Et silleen kumminkin et sitä kun välipaloja liikaa ostelee niin painokin rupee nousee. Jos syö liikaa niin sit tietää et se paino tulee nousee."

"Tulee enemmän syötyä jotain, ihan mitä vaan. Tiiätsä vähän niinkun jos suuruun yrittää syödä."

7.2.2 Haluttomuus kohdata omahoidon haasteita ja vastaanottaa tukea

Saata tukea ja sen tarvetta ei haluttu joutua pohtimaan. Saadun tuen määrittelyminen koettiin vaikeaksi ja esimerkkien antaminen saadusta tuesta oli haastavaa. Yhden kuntoutujan kohdalla tuen tarpeen pohtiminen vältettiin sivuuttamalla kysymys sillä perusteella, että kertominen veisi liikaa aikaa. Osa kuntoutujista koki omahoitoon liittyvistä teemoista keskustelun raskaaksi. Kuntoutujien vastauksista voidaan päätellä, että omaa tuen tarvetta hävetään.

"En mä jaksa. Kestää vuos kun jaarittelee."

"En mä nyt tiiä et minkäläistä mä oon saanut, et se vähän vaihtelee."

"Muut osaa ja itse en osaa."

Kuntoutujilla oli haluttomuutta tuen tarpeen myöntämiseen ja vastaanottamiseen. Osa kuntoutujista oli sitä mieltä, että heillä ei ole lainkaan tarvetta tuen saamiselle. Tätä mieltä oli siitä huolimatta, vaikka muissa haastattelun osuuksissa oli tullut ilmi puutteita omahoidossa. Tämän lisäksi yksi kuntoutujista kyseenalaisti ohjaajilta saadun ohjauksen.

"En mä tartte. Kaikki menee ihan mallikkaasti."

”No voihan sen kuunnella, mutta voi muualtakin ottaa sen asian selvää.”

7.2.3 Ravitsemuksen ohjaukseen liittyvät negatiiviset tunteet ja ajatukset

Kuntoutujilla oli kielteisiä ennakkoluuloja ohjausta kohtaan, sekä tiedonpuutetta ja passiivisuutta tiedonhaussa. Muutamista kuntoutujien vastauksista ilmeni haluttomuutta ottaa ohjausta vastaan. Ruokailuihin liittyvät kehotukset koettiin moitteina ja niitä pyrittiin välttämään. Kuntoutujien omat toiveet eivät aina vastanneet ravitsemusohjeita, vaan esimerkiksi rasvaa oltaisiin haluttu käyttää ruuassa enemmän.

”No esimerkiksi saavat päähänsä, että jokin tietty ruoka on erityisen epäterveellistä ja siitä sitten paasataan.”

”Heillä on välillä jotain muotiruokapäähänpistoja.”

Osalla kuntoutujista oli kielteisiä ennakkoluuloja ravitsemusterapeutilta saatavaa ohjausta kohtaan. Osa yritti pärjätä ilman apua, vaikka tiedosti ettei ole riittävästi tietoa. Syyt ohjailta saadun ohjauksen takana koettiin epäselviksi. Diabeteshoitajalla käynnit aiheuttivat ahdistusta, kun kuntoutuja koki niistä suoriutumiseen liittyvää painetta. Osa kuntoutujista koki myös ruuanlaittotilanteet epämiellyttäväiksi.

”No mitäs tohon nyt sanois, aika vaativaa mutta kyllä sitä sitten lopulta kuitenkin sinne menee.”

”Se, että saa ihan nappiin sen, ettei tarvii kokoajan sitä mieltä”

7.2.4 Liikunnan ohjaukseen liittyvät negatiiviset kokemukset

Kuntoutujat kokivat, että riittävää ohjausta liikkumiseen ei ole saatavilla, ja saatu ohjaus oli luonteeltaan käskyttävää. Osa kuntoutujista toi ilmi, ettei liikuntaa oltu juurikaan otettu puheeksi. Osa taas koki, että liikunta otettiin puheeksi turhan usein ja että ohjaus oli luonteeltaan ohjaajalähtöistä. Käskeväksi koettu ohjaus vaikutti negatiivisesti liikkumismotivaatioon.

”No, mitäs tuohon nyt sanois. Ne käskee meitä, että meidän täytyy sitten vaan lähteä liikkumaan.”

”No kyllä, negatiivisesti vaikuttaa. Minä kyllä huolehdin, että pitää ainakin kävellä, joka päivä kävellä.”

Ohjattu liikunta koettiin liian raskaana. Kuntoutujille järjestettiin oman aikataulun mukaisia tunnin mittaisia ryhmäliikuntahetkiä, jotka osa kuntoutujista kokivat liian raskaaksi. Kuntoutajat toivoivat lyhyempiä jumbppia. Liian raskaan liikunnan koettiin vaikuttavan negatiivisesti mielialaan.

”Mutta se tunti on aika pitkä, kun on tunnin vuoro. Se on pikkasen liian pitkä mulle. Sanotaanko, että 40 minuuttia tai puol tuntia olisi sopivampi. On muuten joo kivoja”

7.2.5 Kokemukset ja ajatukset jotka vaikeuttavat liikunnan harrastamista

Liikunnan lisäämistä ei koettu mielekkääksi ja ajankohtaiseksi. Haastatteluhetkellä yhdelläkään kuntoutujista ei ollut liikunnan lisäämiseen liittyviä tavoitteita. Osa kuntoutujista koki liikuntaan liittyvät toiveet ja tavoitteet osaksi menneisyyttä. Yksi kuntoutujista koki, ettei ole tällä hetkellä sellaisessa elämäntilanteessa, jossa kykenisi harrastamaan muuta kuin arkiliikuntaa. Kuntoutujalla oli kuitenkin mielikuva siitä, että pystyisi liikuntaan liittyvään tavoitteellisuuden tulevaisuudessa.

”On tota, hiihtoa oon miettinyt. Että kun juoksin sen maratonin niin mietin myös Finlandia-hiihtoa, mutta sitä en tehnyt kuitenkaan. Seuraava ylöspäin olis ollut Finlandia-hiihto.”

”Ehkä jossakin kohtaa, mut ei nyt vielä. Mä kumminkin oon tuolla rakennustyömaalla niin se aika paljon rajoittaa mun liikuntaa. Siis mä niinku opiskelen rakennustyömaalla. Ja saan mun mielestä ihan tarpeeks liikuntaa siinä päivittäin.”

Osa kuntoutujista koki pystymättömyyden tunnetta ja muita negatiivisia tunteita, mitkä estivät liikkumista. Yksi kuntoutujista koki, ettei kykene liikunnan harrastamiseen, ettei voimavarat riitä siihen eikä ole tarpeeksi kiinnostusta liikkumiseen. Yksi kuntoutujista kertoi, että liikkumaan voi lähteä vain tasapainoisella mielellä. Osa koki, ettei harrasta liikuntaa ja osalla oli vaikeuksia määritellä omia liikuntatottumuksiaan. Ylipaino koettiin esteenä mieluisille harrastuksille. Yksi kuntoutujista oli sitä mieltä, ettei pysty harrastamaan liikuntaa ylipainon vuoksi, sillä se kuormittaa jalkojen niveliä. Kuntoutuja ei myöskään ollut halukas kokeilemaan sellaisia lajeja, jotka eivät rasita jalkoja.

”No ei oikein kun ei pysty eikä jaksa eikä huvita.”

”Ei mitään vihaista oloa tai murheita, että täytyy olla mahdollisimman tasapainossa itsensä kanssa että lenkkeilystä tulee sitten sellainen mukava asia.”

”Ei, nilkka meni niin tuhoittoman kipeeks. Se johtuu tästä painosta, kun se - painaa näitä jalkoja. Sillon kun mä viel luistelin ja hiihdin, niin olin varmaan jotain alle satakilonen, ja nyt mä oon 122kilonen. - Ei mee hyvin.”

Olosuhteiden, kuten työpäivän kuormittavuuden, kiireen, huonon sään ja rahatilanteen koettiin olevan liikunnan esteenä. Raskaan työpäivän jälkeen ei jakseta lähteä liikkumaan. Yllättävät menot sotkevat välillä suunnitelmia. Myös sää olosuhteet vaikuttavat haluun lähteä ulkoilemaan. Rahatilanne estää mielenkiintoisten lajien harrastamisen.

”Sadesää ja pakkanen, jäätävä lumi. Jos sairastuu tai on joku este. Ei kerkiä.”

”Joo, työ. Ja siitä sitten kun ne opiskelut on hoidettu niin, kun pääsee töihin hankkii palkan niin ei mitään.”

7.2.6 Tupakoimattomuutta vaikeuttavat tekijät

Kuntoutujalla oli aikaisempia negatiivisia kokemuksia ohjauksesta. Haastateltavan kuntoutujan ensireaktio tupakoinnista keskustelemiseen oli, ettei hän halunnut puhua aiheesta. Kuntoutujalla ei ollut yhtään positiivista kokemusta tupakointiin liittyvästä ohjauksesta. Saatu ohjaus oltiin koettu syyllistävänä ja nalkuttavana. Kuntoutuja oli turhautunut saamastaan ohjauksesta.

”Kun mä oon kuullu jo monta tuhatta kertaa et minkälaista se on. Mä tiedän itekin riskit ja tommoset. Mä tiedän kyl miten se menee, et siihen mä en haluu vastata.”

Kuntoutuja käytti tupakointia keinona tunteidenkäsittelyyn. Negatiiviset ajatukset aiheuttivat tupakoinnin aloituksen sairaalassaoloaikana. Yrittäessään myöhemmin lopettaa tupakoinnin, hermot eivät kestäneet tupakoimattomuutta. Kuntoutujan kuvauksen mukaan polttamatta oleminen oli tuskallista.

”Voi niitä on monia. -- No esimerkiksi sellaisia et jos rupee vituttaa joku asia niin se on sillä selvä, et mentävä tupakalle. Selvällä suomenkielellä.”

Kuntoutuja piti tupakoinnin lopettamista vaikeana. Kuntoutuja koki, että riippuvuus tupakointiin syntyy nopeasti, jonka vuoksi lopettaminen on vaikeaa. Hän perusteli kokemustaan kertomalla tiedostaan tupakoinnin riippuvuutta aiheuttavasta ominaisuudesta. Kuntoutuja koki, ettei omat voimavarat riitä lopettamiseen. Hän kuvaili lopettamisen onnistumisen vaativan vuosien työtä, voimavaroja sekä halua lopettaa. Kuntoutujalla oli taustallaan yksi epäonnistunut yritys lopettaa tupakointi, jolloin hän yritti lopettaa ilman muilta saatavaa tukea tai lopettamisen apuvälineitä.

”Joo se on yhden viikonkin jälkeen kun on polttanu niin vaikeeta. Se on ihan todettu juttu.”

”Niin ei kyl. Se on semmonen vuosien työ jos haluais lopettaa. Mut ei mulla hitto taida pm:mät riittää siihen.”

7.3 Odotuksia ja toiveita omahoidon tukemiseen

Omahoidon tukemiseen liittyvät toiveet ja odotukset muodostivat kaksi yläluokkaa (Kuvio 4).



Kuvio 4 Odotuksia ja toiveita omahoidon tukemiseen

7.3.1 Tukeen liittyvät odotukset

Emotionaalista- sekä vertaistukea pidettiin tärkeänä. Kuntoutujilla oli vahva kokemus siitä, että toista kuntoutujaa autetaan tarpeen tullen. Vertaistukea kuvailtiin neuvomiseksi, kannustukseksi, henkiseksi tueksi, yhteiseloksi ja -ymmärtämiseksi. Kuntoutujien mukaan tuki oli positiivisen palautteen antamista ja toisen tunteiden huomioon ottamista. Tuki tunnistettiin paremmin sitä kautta, kun kuntoutujat kuvailivat itse antamaansa tukea.

”Ehkä joskus. Jos sillä on huono päivä niin, yrittää mennä vähän piristää. Sil-lain tukee ja kertoo mitä ite on tehny. Tai sitten ylipäätänsäkin et jos jolla-kulla menee huonosti niin yrittää lohduttaa tai tollasta.”

”Täällä asumisyksikössä esimerkiksi. Joku asiakas voi kääntyä minun puoleen ja olen sitten tukenut. Sellaista yhteiseloä, toisen ymmärtämistä. Onko se sitten asiakastukea?”

Ohjaajilta ja muilta ammattilaisilta saatavalta ohjaukselta odotettiin dialogisuutta ja tiedonantoa ja ohjausta osattiin pyytää. Tueksi tunnistettiin päivittäisissä toiminnoissa ohjaaminen. Ohjaajan odotettiin kuuntelevan ja vastaavan kuntoutujan esittämiin kysymyksiin sekä antavan muutenkin tietoa. Kuntoutujien kokeman mukaan tukea osattiin pyytää omahoidon eri osa-alueisiin. Osa kuntoutujista kertoi pyytäneensä tukea sekä ohjaajilta että läheisiltään. Yksi kuntoutuja kertoi pyytäneensä tukea vanhemmiltaan.

”Esimerkiksi kuuntelu ja se että vastaa kysymyksiin.”

Tupakointiin vastannut kuntoutuja oli haastattelun alkuun sitä mieltä, ettei halua vastata tupakointiin liittyviin kysymyksiin. Hän muutti mielensä, kun selvisi että tiedon antamisen sijaan hän saa kertoa omista kokemuksistaan. Tupakoimattomien ihmisten ei koettu ymmärtävän tupakoivan tilannetta. Haastattelusta tuli ilmi kokemus, että tupakoimattomuuteen liittyvä ohjaus ei ole realistista. Haastateltava koki, että tupakointi otetaan liian usein puheeksi. Kuntoutujan aikaisemmin saama ohjaus ei vastannut kuntoutujan henkilökohtaisiin tuen tarpeisiin.

”- ehkä se on se lopettamisen hokeminen, et koko ajan lopeta, lopeta, lopeta, niin alkaa ottaa pannuun. Se ei oo niin helppoo. Ku ite jos ei oo polttanu ikinä, niin mitä hitto ne mulle tulee sanoo et lopeta.”

7.3.2 Ohjaukseen liittyvät toiveet

Haastatteluissa tuli ilmi kuntoutujien halu ja tarve muuttaa yhteisruokailunormeja, joihin ei kuitenkaan pystytty vaikuttamaan. Yksi kuntoutujista kertoi, ettei halua syödä yhteisruokailuihin sisältyvää välipalaa, sillä se ei sovi diabeetikon ruokavalioon. Välipalan kerrottiin olevan usein leivonnainen tai muuta makeaa syötävää. Osa kuntoutujista hyväksyi yhteisruokailuissa tarjotun ruuan terveellisenä. Osa kuntoutujista söi yhteisruokailujen ulkopuolella nälkään. Kuntoutujat ilmaisivat halua muuttaa päivällisaikaa aikaisemmaksi. Ruokalajeihin kaivattiin vaihtelua.

” (Yhteis-)Välipala on jotain makeaa, sitä en syö.”

"Keksejä tai marjakeksejä pystyn syömään. Mitä niitä nyt on pannukakkuja ja lettuja, semmosta...Silloin tällöin. Yleensä siinä klo 14 suurin piirtein. Silloin on päiväkahvi tai että teen juon silloin klo 14."

"Päivällistä en söisi siihen aikaan"

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, millaisia kokemuksia skitsofreniaa sairastavilla mielenterveyskuntoutujilla on diabeteksen omahoidosta. Opinnäytetyöllä saatiin vastauksia kysymyksiin siitä, mitkä asiat edistävät tai vaikeuttavat omahoidon toteutusta ja millaisia odotuksia ja toiveita kuntoutujilla on omahoidon tukemiseen. Omahoitoa edistäviksi tekijöiksi nousivat aikaisemmat onnistumisen kokemukset, terveellisten elämäntapojen vaikutuksen huomaaaminen arjessa sekä ohjaukseen ja tukeen liittyvät positiiviset kokemukset. Omahoitoa vaikeuttaviksi tekijöiksi kuntoutujat nimesivät tavaksi tulleiden elintapojen muuttamisen, motivaation puutteen sekä ohjaukseen liittyvät negatiiviset kokemukset. Kuntoutujat odottivat saatavilla olevan tuen olevan pääasiassa emotionaalista tukea ja vertaistukea, ja ohjaajilta saavan tuen olevan pääosin dialogista ja arvostavaa. Erityisesti tupakointiin liittyen ohjauksen ei kuitenkaan odotettu olevan laadukasta. Kuntoutujilla oli toiveena pystyä vaikuttamaan enemmän niihin omahoitoon liittyviin asioihin, jotka tapahtuivat kuntoutusyksikön normien mukaisesti.

Kuntoutujien aikaisemmat onnistumisen kokemukset painonhallinnasta, sekä onnistumisen kokemukset siitä, että syö terveellisesti, vahvistavat kuntoutujan motivaatiota. Routasalon ym. (2009, 2357) mukaan motivaation on todettu olevan merkittävä tekijä omahoidossa. Myös Aholan (2013, 15-16) mukaan motivaatio edistää uusien elintapojen omaksumista, sekä vanhoista luopumista. Hyvä motivaatio edistää halua ymmärtää omaan sairauteen liittyviä asioita ja sitä, että omahoito koetaan tärkeäksi (Rintala ym. 2008, 33-35). Opinnäytetyössä tuli esille kuntoutujien motivaatio siten, että kuntoutujat tiedostivat hyvien elintapojen vaikutukset arjessaan, ja heillä oli henkilökohtaisia tavoitteita painonhallintaan, liikuntaan ja tupakoimattomuuteen. Liikunnan harrastamisesta myös nautittiin. Kuntoutuja, joka vastasi tupakointiin liittyviin kysymyksiin, koki tupakoimattomuudesta keskustelemisen erittäin haastavana. Hänellä oli silti halua lopettaa tai vähentää tupakointia. Onkin todettu, että vaikka tupakointi on yleistä psykiatrisilla potilailla, he ovat silti yhtä halukkaita lopettamaan, kuin muu väestö. (Keto ym. 2015.)

Omahoitoa edistää positiiviset kokemukset tuesta ja ohjauksesta. Ohjauksen kautta tulevat kokemukset tuesta, kunnioituksesta ja huolenpidosta lisäävät motivaatiota. Onnistunut ohjaus lisää kuntoutujalla voimaantumisen tunnetta, mikä lisää kykyä elämänhallinnan saavuttamiseen, tavoitteelliseen toimintaan sekä voimavarojen suuntaamiseen (Routasalo ym. 2009, 2356-2357). Kuntoutajat kokivat, että ohjaajilta, sekä muilta ammattilaisilta ja läheisiltä oli saatavilla tietoa, tukea, kuten emotionaalista tukea, sekä ohjausta omahoidon toteuttamiseen. Aholan (2013, 15-16) mukaan tämä edesauttaa uusien elintapojen omaksumista, niihin sitoutumista ja omahoidon onnistumista. Kuntoutajat ilmaisivat avunannon olevan esimerkiksi neuvoja ruuanlaittoon, mikä noudattaa Routasalon ym. (2009, 2356-2357) ohjeistusta voimaantumisen tukemisesta, jossa ohjaajan tehtävä ei ole tehdä asioita kuntoutujan puolesta, vaan sen sijaan olla läsnä ja tukena. Kuntoutujien tavasta puhua tuli haastattelussa ilmi, että he pääsääntöisesti suhtautuivat positiivisesti ohjaajiin. Hyvän hoitosuhteen on todettu vaikuttavan kuntoutujan terveellisiin elintapoihin. (Ahola 2013, 18-19.)

Ilmeni, että tavaksi tulneiden elintapojen muuttaminen ja uusien tapojen omaksuminen koettiin vaikeaksi. Tämä estää omahoidon onnistumista, sillä diabeteksen omahoito on pääasiassa elintapojen tiedostamista ja muuttamista terveellisemmiksi. (Alahuhta & Seppänen 2007, 25.) Erityisesti herkuttelutapojen muuttaminen koettiin vaikeaksi. Herkutteluun yhdistettävä mielihyvätunteen saamisen on todettu hankaloittavan syömisen säätelyä (Koivuranta 2009, 37.) Kuntoutajat olivat myös sitä mieltä, että nykyisessä elämäntilanteessa muutos on liian vaikea saavuttaa. Routasalo ym. (2009, 2356-2357) mukaan kuntoutujalla mahdollisesti oleva pystymättömydentunne aiheuttaa sen, ettei hän usko kykyihinsä hallita omaa toimintaansa tai vaikuttaa tapahtumiin elämässään. Ilanne-Parikka ym. (2015, 9, 18-20.) toteavat, että masennus tai hankala elämäntilanne voi olla este onnistuneelle omahoidolle. Pystyvyyden tunnetta pystyttäisiin lisäämään tavoitteiden kohtuullistamisella ja huomion kiinnittämällä aikaisempiin onnistumisiin, sekä epäonnistumisten syiden tarkasteluun syyttelemättä. (Absetz & Hankonen 2017)

Omahoitoa vaikeuttavaksi tekijäksi ilmeni negatiiviset kokemukset ohjauksesta. Hentisen ja Kyngäksen (2008, 164, 170-173.) mukaan omahoitoon sitoutuminen vaatii ohjaajilta psykiatrisen potilaan yksilöllisyyden ja kokonaisvaltaisuuden huomiointia. Osa kuntoutujista vältteli elintavoista keskustelemista, eikä tuen tarvetta aina haluttu myöntää. Aholan (2013, 16) mukaan ongelmallisia hallintakeinoja elintapojen muutokseen ovat esimerkiksi etäisyyden otto ja vaikeiden asioiden kieltäminen. Joissain tapauksissa ohjaus koettiin paasaamisena, moitteina ja käskyttämisenä. Aholan (2013, 18) mukaan tämän laiset kokemukset eivät vastaa sellaisen hyvän hoitosuhteen kuvausta, jossa avoimella keskustelutyylillä ja kuuntelemalla pyritään hyvään ohjaavaan vuorovaikutukseen. Ahola (2012, 19) myös korostaa, että ohjaajan on tärkeää puhua tavalla, jota on helppo vastaanottaa ja perustella väitteensä. Kuntoutujan kokemus

siitä, ettei häneen luoteta huonontaa kykyä huolehtia itsestä. (Ahola 2013, 18-19). Potilaan kokemukset ohjauksesta vaikuttavat siihen, kuinka vastaanottavainen hän on tiedolle. (Rintala ym. 2008, 35-37.) Lisäksi opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että yhteisruokailuissa on tarjolla pieniä sokerisia herkkuja, kuten leivoksia, ja on tiedossa, että kuntoutujat käyvät välillä yhdessä hakemassa kaupasta herkkuja itselleen. Diabeetikon altistumista epäterveellisille elintavoille yhteisön kautta voi pitää negatiivisesti vaikuttavana asiana omahoidon toteutumiselle. (Ahola 2013, 18.)

Opinnäytetyössä tuli ilmi, että kuntoutujilla oli motivaatioon alentavasti vaikuttavia negatiivisia kokemuksia, mitkä vaikeuttavat omahoitoa. Elintapamuutosten tekemistä ei pidetty ajankohtaisena tai mielekkäänä asiana ja hoitoon ja ohjaukseen oltiin turhauduttu. Elintapamuutosten pysyvyys, ja siten diabeteksen omahoidon onnistuminen edellyttää päivittäistä sitoutumista ja motivaatiota omahoitoon. Se, ettei kuntoutujalla välttämättä ole käsitystä omista kyvyistään tai uskoa siitä, että voisi vaikuttaa asioiden kulkuun heikentää motivaatiota elintapamuutoksiin sitoutumiseen. Osa kuntoutujista mainitsi myös herkuttelusta tulevan huonon omatunnon, mikä itesyytökseen taipuvaisella ihmisellä aiheuttaa muita vahvemman reaktion epäonnistumisesta, sekä huonontaa hoitoon sitoutumista. (Ahola 2013, 15-17). Hentisen ja Kyngäksen (2008, 42, 148-149) mukaan hoitoon sitoutumiseen on todettu vaikuttavan tiedon puute, hoidon kokonaisuuden ymmärtämisen puutteellisuus, sekä avuttomuus ja turhautuneisuus hoitoon. Koivurannan (2009, 37) mukaan myös skitsofrenian oireet, kuten pelko, ahdistus tai eristyneisyyteen johtanut häpeä, voivat aiheuttaa negatiivisia vaikutuksia liikunnan harrastamiseen. Liikuntaan ja sen ohjaukseen liittyvät negatiiviset kokemukset voivat Rintalan ym. (2008, 33-35) mukaan käsittelemättöminä aiheuttaa jatkuvia ongelmia hoidon onnistumiseen.

Kuntoutujat kokivat saatavilla olevan tuen olevan pääasiassa vertaistukea, ja tuki oli luonteeltaan emotionaalista. Aholan (2013, 18) mukaan lähiympäristöltä saatavalla tuella on iso merkitys hoitoon sitoutumiseen. Kuten Ahola (2013, 18) toteaa artikkelissaan, myös haastattelussa kuntoutujat mainitsivat kannustuksen ja myötäelämisen tärkeäksi osaksi annettavaa tukea. (Ahola 2013, 18.) Vertaistuen, kuten positiivisten kokemusten jakamisen, on todettu myös lisäävän pystyvyyden tunnetta. (Absetz & Hankonen, 2017.)

Kuntoutujat odottivat ohjaajilta saadun tuen olevan pääosin dialogista ja arvostavaa ohjaamista. Kuntoutujat odottivat ohjaajien kuuntelevan ja vastaavan kuntoutujan kysymyksiin, sekä antavan tarvittaessa tietoa. Vänskä, ym. (2011) mukaan tämän kaltainen tuki liittyy dialogiseen vuorovaikutusorientaatioon, johon kytkeytyy hetkittäin asiantuntijalähtöinen vuorovaikutusorientaatio. Dialogisen vuorovaikutusorientaation hyötynä on se, että osapuolille tulee kokemus kuulluksi tulemisesta ja kunnioituksesta. (Vänskä, ym. 2011, 58-62.)

Erityisesti tupakointiin liittyvää ohjausta kohtaan oli negatiivisia odotuksia. Haastateltavan kommentit antoivat viitteitä, että tupakointiin liittyvä ohjaus tapahtui asiantuntijakeskeisesti. Vänskän ym. (2011) mukaan asiantuntijakeskeinen keskustelutyö sopii käytettäväksi pääasiassa silloin, kun ohjattava henkilö tarvitsee lisätietoa aiheesta. Haastattelun perusteella jäi vaikutelma, että kuntoutujalla on tietoa tupakoinnin haitoista, mutta hänellä ei ole keinoja tupakoinnin lopettamiseen. Myös asiakaskeskeisen vuorovaikutusorientaation piirteitä ilmeni, kun ohjattava suuttui tupakoinnin mainitsemisesta ja pyrki vaihtamaan aihetta nopeasti jäämättä kuuntelemaan, millä tavalla tupakoinnista on tarkoitus keskustella. (Vänskä ym. 2011, 52-57)

Kuntoutujilla oli toiveita yleisten käytäntöjen muuttamiseen. Haastattelussa ilmeni, että kuntoutujat kokivat, etteivät he kyenneet vaikuttamaan niihin kuntoutusyksikön normeihin, joita he eivät itse pitäneet sopivina. Aholan (2013, 16-17) mukaan hoitoon sitoutumista haittaa kuntoutujan kokemus siitä, että muut ihmiset vaikuttavat oman elämänkulkuun.

8.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Opinnäytetyössä tutkittiin skitsofreniaa sairastavien mielenterveyskuntoutujien ainutlaatuisia kokemuksia diabeteksen omahoidosta, jotka eivät ole suoraan yleistettävissä tai verrattavissa samankaltaisiin tutkimuksiin. On kuitenkin todettu, että kuntoutujien ajatukset ja tunteet vaikuttavat omahoidon onnistumiseen. Opinnäytetyössä ilmenneet kokemukset omahoitoon ja sen ohjaukseen liittyen ovat hyödynnettävissä Sopimus Kodissa, sillä on todettu, että hoitoon sitoutuminen vaatii psykiatrisen potilaan yksilöllisyyden ja kokonaisvaltaisuuden huomiointia hoitoympäristöltä. (Hentinen & Kyngäs 2008, 164, 170-173.) Koska elämäntapasairaudet ovat huomattavan yleisiä skitsofreniaa sairastavilla, myös muu mielenterveyskuntoutuspalveluja tuottava yksikkö voisi mahdollisesti hyödyntää opinnäytetyötä ja soveltaa siinä esitettyjä kehitysehdotuksia kuntoutujien elämäntapaohjauksessa ja hoitoon sitouttamisessa (Niskanen 2009, 30).

Yhtenä opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa diabeteksen omahoitoon liittyvistä ajatuksista ja tunteista. Opinnäytetyössä kerättiin tietoa teemahaastatteluilla kuntoutujia heidän kokemuksistaan diabeteksen omahoitoon liittyvistä elintavoista. Omahoitoa edistäviksi ajatuksiksi ja tunteiksi nousivat opinnäytetyön tuloksissa aikaisemmat onnistumisen kokemukset, terveellisten elämäntapojen vaikutuksen huomaaminen arjessa sekä ohjaukseen ja tukeen liittyvät positiiviset kokemukset. Opinnäytetyössä omahoitoa vaikeuttaviksi ajatuksiksi ja tunteiksi kuntoutujat nimesivät tavaksi tulleiden elintapojen muuttamisen, motivaation puutteen

sekä ohjaukseen liittyvät negatiiviset kokemukset. Kuntoutujilla oli myös toiveita asumisyksikön käytänteiden muuttamiseen, koskien ruoka-aikoja, ruokalajien vaihtuvuutta ja terveellisempiä välipaloja.

Toisena opinnäytetyön tavoitteena oli löytää keinoja terveystottumusten muuttamiseen ja edistää terveellisten elämäntapojen ylläpitoa skitsofreniaa sairastavilla diabeetikoilla. Opinnäytetyön tuloksista ilmeni kokemuksia, mitkä vaikuttavat positiivisesti tai negatiivisesti omahoidon onnistumiseen, lisäksi kuntoutujat toivat ilmi odotuksia ja toiveita omahoidon tukemiseen. Kuntoutujat odottivat saatavilla olevan tuen olevan pääasiassa emotionaalista tukea ja vertaistukea, ja ohjaajilta saavan tuen olevan pääosin dialogista ja arvostavaa. Erityisesti tupakointiin liittyvästä ohjauksesta oli negatiivisia kokemuksia. Näitä kokemuksia voisi mahdollisesti hyödyntää omahoidon tukemisessa kehittämällä yksilöllistä ohjausta kuntoutujan omien kokemusten ja toiveiden mukaisesti. Tutkimukseen osallistuneet kuntoutujat ovat myös haastattelun myötä päässeet pohtimaan omahoidon osa-alueita, mikä itsessään voi toimia edistävänä tekijänä omahoidon kokonaisuuden hahmottamiselle.

Kolmantena opinnäytetyön tavoitteena oli, että Sopimuskodin ohjaajat saisivat lisätietoa diabeteksen omahoidon tukemiseen. Toiveena olisi, että opinnäytetyön tuloksissa ilmenneitä asioita pystyttäisiin hyödyntämään skitsofreniaa sairastavien diabeetikoiden omahoidon ohjauksessa Sopimuskodissa. Sopimuskodin henkilöstö voisi hyödyntää opinnäytetyön tuloksia kehittäessään työtään asiakkaidensa omahoidon tukemiseksi huomioimalla esille tulleita toiveita, sekä kiinnittämällä huomiota negatiivisiin kokemuksiin johtaneisiin syihin, sekä vahvistamalla positiivisia kokemuksia tuottaneita ohjausmallejaan.

Yhdeksi kehittämisehdotukseksi opinnäytetyön tulosten pohjalta nousi tupakoimattomuuteen liittyvä ohjaus. Elämäntilanteessa, missä on syytä tehdä useita elämäntapamuutoksia, on haastavaa valita, mihin muutokseen kohdistaisi voimavaroja. Ei ole realistista ajatella, että kuntoutuja pystyisi tekemään useita elämäntapamuutoksia yhtäaikaisesti. Kedon ym. (2015) mukaan haasteista huolimatta huomattava osa mielenterveyden häiriötä sairastavista onnistuu lopettamaan tupakoinnin pysyvästi. Olemme samaa mieltä Kedon ym. (2015) kanssa siitä, että koska tupakoinnin lopettaminen täysin on haastavaa, voisi ohjaus tupakoinnin asteittaiseen vähentämiseen saavuttaa parempia tuloksia. Asteittaisen tupakoinnin vähentämisen kautta kuntoutujan on mahdollista saada aktiivisen toiminnan kautta kokemus onnistumisesta joka voi lisätä pystyvyyden tunnetta. (Routasalo ym. 2009, 2357-2358).

Toiseksi omahoidon kehittämisen kohteeksi nousi opinnäytetyön tuloksista dialogisen vuorovaikutusorientaation hyödyntäminen enemmän ohjauksessa. Dialogisen vuorovaikutusorientaation tarkoituksena on tutkia tilannetta ja mahdollisuuksia. Dialogista vuorovaikutusorientaa-

tiota voi hyödyntää silloin, kun kuntoutujalla on jo tietoa sairaudesta, mutta tiedosta huolimatta hoidossa on haasteita. Dialogisen vuorovaikutusorientaation tavoitteena on, että molemmat osapuolet tulevat kuulluiksi ja kunnioitetuiksi. Keskustelussa korostuu yhteisymmärryksen tärkeys. (Vänskä ym. 2011, 58-62). Dialogisen vuorovaikutusorientaation avulla voisi vähentää kuntoutujien kokemusta siitä, että heille nalkutetaan omahoitoon liittyvistä asioista. Routasalon ym. (2009, 2357-2358) mukaan sallivalla ja valmentavalla otteella ohjauksessa edesautetaan kuntoutujan rehellisyyttä ja avoimuutta ohjaajaa kohtaan, jolloin mahdollistuu omista arvoista, toiveista, kokemuksista ja mahdollisuuksista kertominen. Routasalo ym. (2009, 2357-2358) mainitsevat, että omahoitoa voidaan vahvistaa voimaantumisen, autonomian, motivaation ja pystyvyyden tunteen tukemisella. Ohjauksen merkitys omaehtoisen motivaation syntymiseen on merkittävä. Omaehtoisen motivaation on todettu helpottavan pitkäkestoisia elämäntapamuutoksia. Siihen voi pyrkiä motivoivan haastattelun kautta, joissa keskitytään ratkaisemaan kuntoutujan ongelmia siten että kuntoutuja kokisi itse muutostarvetta. Menetelmä sopii erityisesti lihavuuteen ja tupakointiin liittyviin tavoitteisiin. (Absetz & Hankonen, 2017.)

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että diabeteksen omahoitoon liittyvää ohjausta voisi kehittää. Yksi tapa kehittää ohjausta olisi valita työyhteisöstä diabetesvastaava. Rintalan ym. (2008, 35-37) mukaan mikäli potilas ei kykene ottamaan itse vastuuta ja ymmärtämään ohjausta, on ohjausta annettava sille, jolle jää vastuu hoidosta. Koska asumispalveluyksiköissä diabeteksen omahoidosta on vastuussa kuntoutujan lisäksi yksikön ohjaajat, olisi Koivurannan (2009, 37) mukaan suositeltavaa, että yksikön työntekijöistä olisi nimetty erikseen diabetesvastaava. Diabetesvastaavan tehtäviin kuuluisi ylläpitää ja päivittää tietoa diabeteksestä ja sen hoidosta organisaatiossa. (Koivuranta 2009, 37). Absetzin ja Hankosen (2017) mukaan ammattilainen voisi pyrkiä siihen, että osaisi antaa yksinkertaista elämäntapaohjausta luontevasti ohjaustilanteissa. Tämä voisi olla asia, jota diabetesvastaava pyrkisi kehittämään työyhteisössä.

Opinnäytetyön pohjalta jatkotutkimusaiheeksi nousi mielenkiintoisena nähty tarve tutkia tai tehdä opinnäytetyö liittyen elintapojen ohjaukseen mielenterveyskuntoutujien asumisyksikössä. Tutkia voisi esimerkiksi sitä, paljonko elämäntapaohjaukseen käytetään keskimäärin kerralla aikaa Sopimuskodissa ja miten se vaikuttaa kuntoutujien kokemuksiin saadusta ohjauksesta. Toinen jatkotutkimusaihe ohjaukseen liittyen olisi tarkastella, millaisia vaikutuksia sillä olisi kuntoutujien elintapoihin tai koettuun ohjaukseen pidemmän aikavälin jälkeen, jos Sopimuskoti nimeää työyhteisöstään diabetesvastaavan.

8.3 Opinnäytetyön tekijöiden ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön aikana olemme päässeet syventämään osaamistamme laadullisen tutkimuksen teosta ammattikorkeakoulun opinnäytetyön vaatimalla tasolla. Oppimisemme ja ymmärtämisemme laadullisen tutkimuksen menetelmistä ja prosessista, erityisesti sisällön analyysista ja teemahaastattelusta, on kasvanut työtä tehdessämme. Koemme saaneemme siitä sellaisen tiedollisen pohjan, jota voisimme hyödyntää esimerkiksi ylemmän ammattikorkeakoulun opinnoissa. Opinnäytetyö on tehty työelämän yhteistyökumppanin kanssa yhteistyössä niin, että olemme päässeet neuvottelemaan opinnäytetyön aiheesta ja tutkimustavasta yhteistyökumppanin kanssa. Olemme saaneet arvokasta tietoa ja kokemusta yksityisen hyvinvointi- ja terveyspalvelun tuottajan kanssa toimimisesta. Käytännössä yhteistyö on näkynyt yksikköön suoritettuina ammatillista osaamista edistävinä harjoitteluina sekä kasvokkain ja sähköpostitse tapahtuvina yhteydenpitona. Opinnäytetyön suunnitelma esitettiin yhdistyksen kokouksessa syksyllä 2016, jolloin sovittiin, että myös opinnäytetyön tulokset tullaan esittämään samalla kokoukselle opinnäytetyön valmistuttua.

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme perehtyneet skitsofreniaan sairautena, sekä siihen miten skitsofrenian oireisto vaikuttaa elämän laatuun ja arjessa pärjäämiseen. Olemme huomanneet, miten elämän laatu saatetaan kokea paremmaksi, kuin voisi sairauden tuomien haasteiden vuoksi ajatella. Olemme saaneet arvokasta tietoa siitä, miten kuntoutuminen toteutuu arjessa, sekä päässeet osaltamme opinnäytetyön kautta pohtimaan kuntoutuksen ja hoitotyön kehittämismahdollisuuksia. Opinnäytetyön teon aikana olemme päässeet syventämään erilaisiin vuorovaikutusorientaatioihin ja niiden tarkoituksenmukaiseen käyttöön. Olemme päässeet opinnäytetyön kautta lähelle kuntoutujien omaa kokemusmaailmaa, mistä uskomme olevan hyötyä jatkossa työssämme sairaanhoitajina. Opinnäytetyössä käytetty näkökulma auttaa syventämään käsitystä siitä, että hoitotyötä tehdään juuri asiakasta ja kuntoutujaa itseään varten.

8.4 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimus ja sen tulokset ovat uskottavia. Laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita tutkimuksen osallistujan näkökulmasta. Osallistujien näkökulman ymmärtämistä helpottaa se, että tutkimuksen tekijä on riittävän pitkän aikaa tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Tällä varmistetaan osaltaan sitä, että tutkimustulokset ovat yhtenevät tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsitysten kanssa ja siten uskottavia. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-128)

Jotta opinnäytetyötä varten saatiin syvällisempää ymmärrystä tutkimukseen osallistujien näkökulmista, suoritettiin ammattitaitoa edistävät työharjoittelut Sopimuskodin yksiköissä ennen opinnäytetyön tekemistä. Opinnäytetyötä varten perehdyttiin menetelmäkirjallisuuteen ja siltä pohjalta valittiin menetelmät, joilla parhaiten tavoitetaan skitsofreniaa sairastavien mielenterveyskuntoutujien kokemuksia diabeteksen omahoidosta. Menetelmiksi pyrittiin valitsemaan sellaiset, joilla parhaiten saatiin tuotua esille osallistujien omat kokemukset aiheesta. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena ja aineisto kerättiin teemahaastatteluilla, sillä teemahaastattelu antaa strukturoitua haastattelua enemmän tilaa haastateltavalle omien kokemusten ilmaisuun.

Haastattelujen kautta saatiin runsaasti kokemusperäistä tietoa, erilaisia henkilökohtaisia ajatuksia ja tunteita liittyen omahoitoon ja sen ohjaukseen. Valitun tutkimusmenetelmän avulla saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin, ja päästiin opinnäytetyön tavoitteisiin. Huomattiin, että haastateltavilla oli osittain toisistaan eriäviä kokemuksia samoista teemoista, mikä voi viestiä kokemusten yksilöllisyydestä, tai omahoitoon liittyvien tilanteiden tai ohjauksen ainutkertaisuudesta. Osalla haastateltavista oli omissa vastauksissa ristiriitaisuuksia. Esimerkiksi koettiin, että omat voimavarat eivät riitä laadukkaan omahoidon toteutukseen, mutta silti koettiin, ettei lisätuelle ole tarvetta. Tämä asia on kuitenkin itsessäänkin tärkeä havainto, sillä se kertoo kuntoutujan kyvystä hahmottaa hoidon kokonaisuutta ja omaa avuntarvetta.

Jos samankaltaista opinnäytetyötä tai tutkimusta suunniteltaisiin jatkossa tehtäväksi, voisi siinä mielestämme huomioida tässä tutkimuksessa esille tulleet haasteet. Jälkikäteen ajateltuna olisi ollut hyvä pitää haastattelun aikana taukoja. Alkuperäinen suunnitelma oli, että haastattelu kestäisi noin 1,5 tuntia, minä aikana pidettäisiin yksi kymmenen minuutin tauko. Haastattelut kuitenkin päättyivät odotettua aikaisemmin, jolloin taukoa ei pidettykään. Asumisyksikössä on tapana, että kuntouttavaa työtä tehdessä pidetään jokaista tuntia kohden yksi kymmenen minuutin tauko. Haastattelujen aikana havaittiin, että osallistujat väsyivät loppua kohden, esimerkiksi levottomuus lisääntyi ja vastaukset lyhenivät. Tämän vuoksi arvellemme, että tauko olisi pitänyt suunnitella pidettäväksi ajateltua aikaisemmin. Haastateltavat kieltäytyivät, kun heille ehdotettiin tauon pitämistä ennen sovittua aikaa. Suunnitelmallisuus oli osallistujille tärkeä asia, ja siksi tauon suunnittelu aikaisempaan vaiheeseen olisi voinut tuottaa pidempiä haastatteluja ja tuoda siten esiin enemmän kokemuksia. Toinen vaihtoehto olisi järjestää haastattelut useammassa osassa, jolloin se voisi osaltaan vähentää mahdollista kuormittavuutta. Havaitusta kuormittavuudesta huolimatta osa kuntoutujista jäi kuitenkin haastattelun jälkeen jutustelemaan, josta syntyi vaikutelma, että haastattelu oli osallistujille miellyttävä kokemus.

Vahvistettavuuden takaamiseksi koko tutkimusprosessi tulee kirjata siten, että toinen tutkija voi seurata sen kulkua pääpiirteittäin. Vahvistettavuuden kriteerissä laadullisessa tutkimuksessa on omat ongelmansa, sillä jopa saman aineiston perusteella toinen tutkija voi päätyä erilaisiin tulkintoihin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129) Opinnäytetyössä on pyritty kuvaamaan teoreettisen viitekehyksen hankinta, tutkimukselliset menetelmät, osallistumiskriteerit, haastatteluolosuhteet sekä tulokset selkeästi niin, että lukijalle tulee mahdollisimman hyvä kuva siitä, miten opinnäytetyö on toteutettu.

Haastattelun etuja ja haittoja tulee pohtia. Haastattelun teko vaatii huolellista suunnittelua ja valmistautumista. Haastatteluun liittyy myös omat virhelähteensä. Haastattelutilanne saattaa kokea pelottavana. Haastateltavilla on myös taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. Jossakin toisessa tilanteessa haastateltavat saattaisivat puhua toisin (Hirsjärvi ym. 2007, 200-202.) Näiden virhelähteiden tiedostaminen ja huomioiminen tutkimusta tehdessä on tärkeää tutkimuksen luotettavuuden kannalta.

Hirsjärvi ja Hurme (2008, 68-69) kuvailevat hyvää haastattelijaa seuraavasti: osaa keskustella aiheesta asiantuntevasti, johtaa keskustelua haastattelun tarkoituksenmukaisesti, on ilmaisultaan selkeä ja helposti ymmärrettävä, velvollisuudentuntoinen ja kiinnostunut tutkimuksen aiheesta sekä ihmisten käyttäytymisestä, psyykkisesti vakaa, empaattinen ja erilaisten ihmisten kanssa helposti toimeentuleva ja ennakkoluuloton, tiedostaa oman käytöksen vaikuttavan haastateltaviin ja osaa tulkita haastateltavien tarvetta esimerkiksi etenemisvauhdin ja sanaston muutoksiin ja luottamusta herättävä. Olemme opiskelleet ja harjoitelleet haastatteluun vaadittavia taitoja sairaanhoitajakoulutuksemme aikana, jonka lisäksi perehdyimme tutkimus-haastattelun tekemiseen.

Ennen haastattelun aloitusta tutustuttiin nauhurin käyttöön, jota käytettiin haastattelujen nauhoittamiseen. Tällä varmistettiin, että haastattelu ei jäänyt nauhoittamatta ja että haastattelua ei jouduttu toistamaan. Haastattelun aikana huolehdimme välineistön kunnosta. Haastattelun toistaminen olisi aiheuttanut muutoksia haastattelun kulkuun ja saataviin vastauksiin. Teemahaastattelua varten tehtiin hyvä runko, mikä lisää aineiston luotettavuutta. Tämän lisäksi harjoiteltiin haastattelukysymysten esittämistä etukäteen, jotta haastattelussa osattiin muotoilla kysymyksiä mahdollisimman ymmärrettävällä tavalla ja lyhyinä lauseina. Tällä varmistettiin haastattelun sujuva eteneminen, ja että haastateltavat ymmärsivät kysytyt asiat.

Haastattelut toteutettiin Sopimuskodin tilassa, joka oli osallistujille entuudestaan tuttu. Haastattelutila oli erillisessä piharakennuksessa oleva huone, joka oli hiljainen ja rauhallinen. Rakennuksen viereistä huonetta käytetään pyykkitupana ja rakennuksessa on yksi käytössä oleva asunto. Haastatteluhuone on ollut käytössä askartelutilana ja muussa vastaavanlaisessa

miellyttävässä viriketoiminnassa. Tilassa pidetään myös kuntoutuskokouksia. Tila oli kodinomainen ja esteettinen. Tilassa oli valmiiksi pöytä ja tuoleja haastattelua varten. Haastatteluja varten tilaan otettiin myös vesikannu ja laseja. Haastattelun aikana oli mahdollista pitää taukoja.

Litteroinnista tehtiin tarkat yhteiset säännöt koskien käytettäviä merkintöjä ja tarkkuutta analyysin helpottamiseksi. Opinnäytetyön analyysi, tulosten tarkastelu ja pohdinta toteutettiin yhdessä pohtien. Luotettavuutta lisäsi se, että aineistoa tulkitsti kaksi opinnäytetyön tekijää, jolloin päästiin jakamaan ajatuksia ja näkökulmia. Tulosten tulkinnassa pyrittiin luotettavuuteen käyttämällä mahdollisimman paljon kuntoutujien omia ilmaisuja. Läpinäkyvyyden lisäämiseksi opinnäytetyön raportissa on myös liitettyä taulukoita, jotka havainnoivat tulosten muodostumista.

Refleksiivisyys vaatii tutkijalta tietoisuutta omista edellytyksistensä tutkijana. Tutkijan on kyettävä arvioimaan omaa vaikutustaan tutkimusprosessiin ja kuvattava omat lähtökohtansa raportissa (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyöntekijöiden tutkimuksellista osaamista tukivat ammattikorkeakoulutusta ohjaavat yleiset kompetenssit ja hoitotyön kompetenssit, jotka määrittävät sairaanhoitajan koulutuksen sisältöä ja oppimistavoitteita. Yleisiin kompetensseihin sisältyy osaamisvaatimuksia koskien itsensä kehittäminen, eettinen osaaminen, viestintä ja vuorovaikutusosaaminen, kehittämistoiminnan osaaminen, organisaatio- ja yhteiskuntaosaaminen sekä kansainvälisyysosaaminen. Hoitotyön kompetensseihin sisältyy hoitotyön asiakkuusosaaminen, terveyden edistämisen osaaminen, kliininen osaaminen, päätöksentekosaaminen sekä ohjaus- ja opetusosaaminen.

Opinnäytetyön teoriapohjassa rakentaessa käytetyt aineistot, kuten tutkimukset ja oppikirjat ovat ilmestyneet viimeisen 10 -vuoden aikana. Tällä rajauksella pyrittiin varmistamaan, että kerätty tieto ei ole vanhentunutta ja on siten luotettavaa. Tästä poikkeuksena osa metodikirjallisuudesta on yli 10 vuotta vanhaa, mutta koemme, että niiltä osin kuin niitä lainaamme ei menetelmät ole muuttuneet. Käytetyillä lähteillä pyrittiin kuvaamaan monipuolisesti tutkittavaa ilmiötä ja tuomaan ilmi useassa eri lähteessä toistuvia väitteitä. Tällä tavalla pyrittiin varmistamaan, että tutkittu ilmiö on kuvattu luotettavasti.

Siirrettävyydellä arvioidaan tulosten siirrettävyyttä vastaavanlaisiin tilanteisiin. Antamalla kuvailevaa tietoa tutkimuksen osallistujista ja ympäristöstä, voi lukija tarkastella tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Raportissa on kuvailtu osallistuneita kuntoutujia ja kuntoutuspalveluyksikköä. Opinnäytetyössä selvitettiin muutaman kuntoutujan yksilöllisiä ja ainutkertaisia kokemuksia, jotka eivät ole suoraan yleistettävissä, mutta niitä voidaan hyödyntää Sopimuskodissa. Voidaan ajatella, että myös muiden sopimuskodin kaltaisten yksiköi-

den kuntoutujilla olisi samantyyliisiä kokemuksia, sillä skitsofrenian oireet vaikuttavat osaltaan diabeteksen omahoitoon, ja koska kakkostyypin diabetes on seurausta tietynlaisista elintavoista. (Hentinen & Kyngäs 2008, 164, 170-173, Ilanne-Parikka ym. 2015, 9, 16, 18-20.)

8.5 Eettisyys

Tutkimusetiikan periaatteita ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamus ja kunnioitus (Kylmä & Juvakka 2007, 147, Orbin ym. 2001, Jokisen ym. 2002, Dobratzin 2003 & Steinken 2004 mukaan). Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on edellytys eettisesti hyväksyttävälle ja luotettavalle tutkimukselle. Hyvän tieteellisen käytännön keskiössä ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus kaikissa tutkimuksen vaiheissa, eettisesti kestävien menetelmien käyttö ja muiden tutkimusten kunnioittaminen asianmukaisella viittaamisella. Hyviin käytäntöihin kuuluu oikeuksista, vastuista, velvollisuuksista, aineiston säilyttämisestä ja käyttöoikeuksista sopiminen ja tutkimusluvan hankkiminen ennen tutkimuksen aloittamista. (TENK 2012, 6, 7.)

Tutkimusetiikan periaatteet ja hyvä tieteellinen käytäntö toimivat lähtökohtana tämän opinnäytetyön tekemisessä. Läpi opinnäytetyöprosessin eettisiin näkökulmiin kiinnitettiin huomiota ja toimittiin hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti. Kaikissa opinnäytetyön vaiheissa suunnittelusta raportointiin toimittiin rehellisesti, luotettavasti ja tarkasti. Opinnäytetyössä käytettiin hoitotieteelliseen tutkimukseen soveltuvia, eettisesti kestäviä menetelmiä tiedonhankintaan, tutkimuksen toteuttamiseen ja analysointiin. Raportissa on viitattu asianmukaisesti lähteisiin ja siten osoitettu kunnioitusta muiden tutkimuksia kohtaan. Yhdessä työelämän kumppanin kanssa sovittiin oikeuksista ja velvollisuuksista. Kaikilla osapuolilla on mahdollisuus lukea opinnäytetyön raporttia, mutta vain opinnäytetyön tekijöillä on ollut oikeus tarkastella haastatteluaineistoa, jolloin opinnäytetyön osallistujien ilmaisut pysyivät anonyymeinä työelämän kumppanille. Sovittuihin velvollisuuksiin työelämän kumppanin kanssa kuului informointi, yhteistyö käytännön asioiden järjestelyssä, sekä tulosten esittely työyhteisölle.

Opinnäytetyötä varten tehtiin kirjallinen sopimus erikseen nimetyn Sopimuskodin työntekijän kanssa, joka toimi työelämän edustajana. Työelämän edustajaan oltiin opinnäytetyön suunnittelun ja etenemisen osalta yhteydessä tarpeen mukaan. Ennen opinnäytetyön tekoa Sopimuskodin hallitus käsitteli opinnäytetyön suunnitelman ja myönsi sille tutkimusluvan 5.4.17. Opinnäytetyön suunnitelmasta tuli ilmi opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet, tutkimuskysymykset, alustava teoreettinen viitekehys, metodiset valinnat, sekä alustava pohdinta opinnäytetyön eettisyydestä ja luotettavuudesta. Opinnäytetyön aiheen valinnan perustana on ollut työelämän edustajan havaitsema tarve tutkia somaattista sairastamista psyykkisesti sairaalla henkilöllä. Aihetta rajattiin yhteistyössä työelämän edustajan sekä opinnäytetyön ohjaajien

kanssa. Aihe on sekä yhteiskunnallisesti merkittävä (Hietala ym. 2014.) että kiinnostava mielenterveysshoitotyötä opiskelevan näkökulmasta.

On pyritty siihen, ettei opinnäytetyön haastatteluun osallistumisesta olisi haittaa osallistujille. Haastattelu järjestettiin Sopimuskodin tiloissa, jolloin osallistujille ei aiheutunut ylimääräistä matkustamista tai kuluja. Kuntoutujat ilmoittautuivat vapaaehtoisesti osallistujiksi viikkokokouksensa yhteydessä, josta oltiin varattu aikaa opinnäytetyön esittelylle ja osallistujaksi ilmoittautumiselle. Tilaisuus järjestettiin niille asumisyksikön kuntoutujille, jotka olivat soveltuvia osallistumaan opinnäytetyöhön. Tilaisuudessa luettiin saatekirje (Liite 1), keskusteltiin vapaasti opinnäytetyön toteutuksesta ja osallistujat allekirjoittivat suostumuslomakkeen. Sopimuskodin ohjaajat ovat päivittäin tekemisissä kuntoutujien kanssa ja tuntevat heidät hyvin, joten opinnäytetyössä otettiin myös huomioon ohjaajien kyky arvioida kuntoutujien soveltuvuutta haastateltaviksi. Kylmä ja Juvakka (2007, 148) toteavat, että tutkimukseen osallistumisesta voi olla myös hyötyä osallistujille. Esimerkiksi mahdollisuus kertoa oma tarina ja sen kautta lisääntynyt tietoisuus itsestä ovat voineet toteutua hyötynä tutkimukseen osallistujille.

Järjestetyllä infotilaisuudella huolehdittiin siitä, että tutkimukseen osallistujat saivat riittävästi informaatiota ja varmistettiin, että osallistujat ymmärsivät saamansa tiedon. Tutkimukseen osallistuville annettu saatekirje oli kirjoitusasultaan yksinkertainen ja helppolukuinen ja sisälsi lyhyitä lauseita ja se käytiin yhdessä läpi infotilaisuudessa. Tällä haluttiin varmistaa että tutkimukseen osallistujat ymmärsivät saatekirjeen sisällön, eli sen, että mitä tutkimus koski ja mihin kerättyjä tietoja käytetään, miten saatuja tietoja käsitellään, ja että tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen.

Korostimme haastateltaville etukäteen, ettei ole olemassa oikeita tai vääriä vastauksia. Näin pyrimme vähentämään mahdollista jännitystä ja ahdistusta. Toimme myös ilmi, että missä vaiheessa tahansa tutkimusta on mahdollista vetäytyä. Haastattelun aikana haastattelija pyrki neutraaliuteen, jotta syntyi avoin ja neutraali ilmapiiri, jossa haastateltava uskalsi vastata myös arkaluontoisiin aiheisiin rehellisesti. (Ruusuvoori & Tiittula 2017,66-74)

Tietosuojasta huolehdimme siten, että ääninauhoissa, puhtaaksi kirjoitetuissa haastatteluissa ja muistiinpanoissa käytimme oikeiden nimien sijaan numeroita. Säilytimme tunnistetietoja omassa tiedostossa erillään litteroidusta materiaalista. Säilytimme puhtaaksikirjoitetun aineiston huolellisesti useamman varmuuskopioinnin kera ja tunnistetiedot erillään aineistosta. Huolehdimme siitä, ettei aineisto päätynyt ulkopuolisten käsiin. (Kylmä & Juvakka, 2007, 111)

Lähteet

- Alahuhta, M. & Seppänen, S. 2007. Diabeetikon omahoidon välineet. Helsinki: Edita.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino
- Hirsjärvi, S, Remes, P. & Sajavaara 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi
- Heiskanen, T. 2015. Metabolinen oireyhtymä skitsofreniaa ja masennusta sairastavilla. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, lääketieteen laitos. Kuopio.
- Hentinen, M., Kyngäs, H. 1. painos, 2009, Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvuori, J. (toim.) 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino
- Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M. & Sane, T. (toim.) 2015. Diabetes. 8. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim
- Juvakka, T. & Kylmä, J. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu. Suomen Yliopistopaino.
- Niskanen, L. 2009. Skitsofreniaan liittyvä glukoosiaineenvaihdunnan häiriö- uusi sekundaari-diabetes? Diabetes ja lääkäri- lehti 3/2009. Suomen Diabetesliitto.
- Oittinen, P., Schubert, C., Seuri, T., Kanerva, A., Kuhanen, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOY
- Rintala, T-M., Kotisaari S., Olli, S. & Simonen, R. 2008. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J., 2011, Onnistuuko ohjaus. Helsinki: Edita

Sähköiset lähteet

- Absetz P. & Hankonen N., 2017, Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja?, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 8.11.2017: <http://duodecimlehti.fi/duo13734>
- ADL, 1/2005. Vanhustyössä käytettäviä mittareita, Toward Active Old Age -projekti, Oulun ammattikorkeakoulu, Viitattu 2.2.2017: <http://www.oamk.fi/~eihautal/aktiivinenvanhuus/mittarit/6ADL.htm>
- Ahola, A. 2013. Diabeetikon omahoidon esteitä, Diabetes ja lääkäri, 9/2013, http://www.diabetes.fi/files/2917/Diabetes_ja_laakari_4.2013.pdf
- Aro, E. & Heinonen, L. 2016. Diabetes. Viitattu 30.1.2017. http://www.tyoterveyskirjasto.fi/tyoterveyskirjasto/tk.koti?p_osio=4&p_artikkeli=db00705&p_teos=db&p_selaus=7996
- Eack, S., Hogarty G & Cho R 2010. Neuroprotective Effects of Cognitive Enhancement Therapy Against Gray Matter Loss in Early Schizophrenia. Results From a 2-Year Randomized Controlled

Trial ArchGenPsychiatry.2010;67(7):674-682, <http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/210837>

Hella, P. 2016. Skitsofreniapotilaan hajanainen puhe- tarjoaako kielitiede apua ymmärtämiseen? Duodecim 17/2016, 1551-1558. Viitattu 24.1.2017. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo13288.pdf>

Hietala, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Lönnqvist, J., & Suvisaari, J. 2014. Psykiatria. Viitattu 30.01.2017. <http://www.oppoportti.fi/op/pkr00501/do>

IADL, 1/2005. Vanhustyössä käytettävät mittareita, Toward Active Old Age -projekti, Oulun ammattikorkeakoulu, Viitattu 2.2.2017: <http://www.oamk.fi/~eihautal/aktiivinenvanhuus/mittarit/7IADL.htm>

Keto, J., Rautio, N., Ylisaukko-oja, T., Linden, K. & Koponen, H. 2015. Mielenterveyden häiriöistä kärsivien tupakasta vieroitus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 03.02.2017. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo12236&p_haku=Psykiatrinen%20sairastavuus%20ja%20tupakointi

Koivuranta, M. 2009. Skitsofrenia ja diabeteksen omahoito: Lisää vastuuta voimien mukaan. Diabetes ja lääkäri 3/2009, pdf-tiedosto. Viitattu 2.2.2017. http://www.diabetes.fi/files/42/Diabetes_ja_laakari_-lehti_3_2009.pdf

Koponen, H & Lappalainen, J 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. Duodecim. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12166.pdf>

Mustajoki, P. Miten vähennän kaloreita ilman dieettiä. Duodecim. Viitattu 29.01.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00864

Mäkinen, J., Miettunen, J., Isohanni, M. & Koponen H. 2007. Skitsofrenian negatiiviset oireet. Duodecim 8/2007, 911-916. Viitattu 31.01.2017. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96428.pdf>

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T., & Pitkälä K 2009 Potilaan omahoidon tukeminen, Duodecim 2009;125:2351-9. Viitattu 30.2.2017

Routasalo, P & Pitkälä, K. 2009, 5, Omahoidon tukeminen. Suomalainen lääkäri Duodecim. Viitattu 30.2.2017

Salokangas, R. & Tuominen, L. 2016. Skitsofrenia. Lääkärin käsikirja, Duodecim, viitattu 31.1.2017 http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00840&p_haku=skitsofrenia

Salokangas, R. 2009. Skitsofreniapotilaan somaattiset sairaudet. Suomalainen lääkäri Duodecim. Viitattu 30.2.2017 <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2009/5/duo97889>

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri Duodecim, 2015, viitattu 31.01.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi35050#K1kortit>

Sopimuskoti ry. Viitattu 30.1.2017 <http://www.sopimuskoti.fi/>

THL Mielenterveyspalvelut 2015. Viitattu 31.1.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>

Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2012, viitattu 11.9.2017: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=hoi40020>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-epäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 20.4.2017. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Viertiö, S. 2011. Functional limitations and quality of life in schizophrenia and other psychotic disorders. THL Helsinki <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26233/function.pdf?sequence>

Kuviot

Kuvio 1 Teemahaastattelurunko.....	29
Kuvio 2 Omahoitoa edistävät tekijät	33
Kuvio 3 Omahoitoa vaikeuttavat tekijät	37
Kuvio 4 Odotuksia ja toiveita omahoidon tukemiseen	42

Taulukot

Taulukko 1	Esimerkki pelkistämisestä	30
Taulukko 2	Esimerkki alaluokan muodostamisesta	31
Taulukko 3	Esimerkki yläluokan muodostumisesta	31
Taulukko 4	Yläluokat tutkimuskysymyksittäin.....	32

Liitteet

Liite 1 Saatekirje 62

11.3.2017

Saatekirje haastattelututkimukseen osallistuvalle

Hyvä vastaanottaja,

tämä saatekirje toimii kutsuna osallistua tutkimukseen, jonka tarkoituksena on löytää keinoja diabeteksen omahoidon tukemiseen. Voit osallistua tutkimukseen, jos sinulla on todettu skitsofrenia sekä kakkostyyppin diabetes. Tutkimus tehdään yhteistyössä _____ Sopimuskoti ry:n kanssa. Kaikki haastateltavat ovat Sopimuskoti ry:n asiakkaita.

Käytännössä osallistuminen tarkoittaa noin 1h 30min kestävästä tapaamisesta sairaanhoitajaopiskelijan kanssa. Haastattelun aikana pidetään taukoja. Tapaamisessa sinua haastatellaan diabeteksen omahoitoon liittyvistä asioista, esimerkiksi siitä, mikä hoidon toteutuksessa on helppoa ja mikä vaikeaa, sekä mihin toivoisit lisää apua. Sinulta kysytään myös muutamia taustakysymyksiä, kuten ikääsi.

Haastattelussa saatavien tietojen avulla pyritään lisäämään ymmärrystä asioihin, jotka vaikuttavat diabeteksen omahoidon onnistumiseen. Tarkoituksena on löytää keinoja, joilla sinun omahoitoasi voidaan tukea paremmin.

Tutkimuksessa kerättyjä tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja anonymisti. Tämä tarkoittaa sitä, että antamiasi henkilötietoja ei luovuteta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille, ja että tutkimustulokset esitetään nimettöminä.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelut tapahtuvat huhtikuun aikana, neuvotteluhuoneessa osoitteessa _____ Haastattelut tapahtuvat päivinä: 10.4-13.4. klo 8:00-18:00 välisenä aikana. Voit varata sinulle sopivan haastattelunajan ilmoittamalla siitä _____ asumispalvelupäällikölle _____ Puhelinnumero: _____

Tutkimuksen suorittavat henkilöt ovat Laurean ammattikorkeakoulun opiskelijoita. He opiskelevat sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa. Tämä tutkimus toimii opiskelijoiden opinnäytetyönä, jota valmistuminen sairaanhoitajaksi edellyttää.

Tutkijat:

Sh opiskelija Tiina Ojala, &
Sh opiskelija Hanna-Kaisa Linna (os. Nieminen)

Työelämän yhteyshenkilönä toimii _____, jolta voi kysyä tietoa tutkimuksesta.



TÄMÄ ON SUOSTUMUS HAASTATELULLE, MIKÄ PALAUTETAAN KENELLE TAHANSA
SOPIMUSKODIN OHJAAJALLE. OHJAAJA LUOVUTTAA SEN _____LLE

Haluan osallistua tutkimukseen: KYLLÄ / Ei (ympyröi vastauksesi)

Nimi: _____

Puhelinnumero: _____

Haastattelupäivä ja kellonaika: _____

Liite 1 Saatekirje