

**LÄÄKEHOIDON SAAMAT MERKITYKSET AKUUTTIIN  
SKITSOFRENIARYHMÄN PSYKOOSIIN  
SAIRASTUNEILLA**

**JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO  
Psykologian laitos  
PL 35  
40351 Jyväskylä**

**Pro gradu -tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Psykologian laitos  
Kevät 2001  
Päivi Pyykkö**

# TIIVISTELMÄ

Lääkehoidon saamat merkitykset akuuttiin skitsofreniaryhmän psykoosiin sairastuneilla

Tekijä: Päivi Pyykkö

Ohjaaja: Prof. Jukka Aaltonen

Psykologian pro gradu -tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2001

33 sivua, 3 liitettä

Tämä tutkimus on osa API-projektia eli akuutin psykoosin integroitua hoitoa. Tutkimuksen viitekehystenä on tarpeenmukaisen hoidon päämäärät. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin lääkeshoidon saamia merkityksiä akuuttiin skitsofreniaryhmän psykoosiin sairastuneilla. Lääkehoidon saamia merkityksiä tutkittiin haastattelemalla. Tutkittavina oli kolme henkilöä, joista yksi oli nainen ja kaksi miestä. Yksi tutkittavista oli aikaisemmin saanut neuroleptihoitoa, mutta ei enää tutkimushetkellä käyttänyt sitä. Toinen tutkittava käytti edelleen tutkimushetkellä neuroleptejä ja kolmas ei ollut tarvinnut neuroleptihoitoa. Tutkimus oli otteeltaan laadullinen ja sen analyysi perustui grounded theory -menetelmään. Grounded theory -analyysin tuloksena aineistosta nousi esille kuusi kategoriaa: 1) Lääkehoidon psykologinen merkitys, 2) Lääkehoidon biologinen merkitys, 3) Perhe ja ihmissuhteet, 4) Käsite itsestä ja suhde sairauteen, 5) Terapian merkitys sekä 6) Suhtautuminen elämään. Ydinkategoriaksi muodostui Käsite itsestä ja suhde sairauteen. Lääkehoidon saamiin merkityksiin siis vaikuttivat biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Lääkehoidon saamat merkitykset kertoivat tutkittavien pyrkimyksistä hallita lääkehoitoa. Tutkittavat hallitsivat lääkehoitoa fyysisen tekemisen, tietoisien toiminnan ja ajattelun kautta. Lääkehoito sai erillisen, irrallisen tai kokonaisvaltaisen merkityksen suhteessa tutkittavan elämään. Tutkittava, joka näki lääkeshoidon erillisenä osana elämäänsä, ja jonka suhtautuminen lääkehoitoon oli aktiivista ja tietoista pystyi parhaiten jättämään lääkeshoidon. Tutkittavalla, joka antoi lääkehoidolle irrallisen merkityksen, sairaus eikä lääkehoito ollut vaikuttanut elämää häiritsevästi. Tutkittavalla, jolla lääkehoito sai kokonaisvaltaisen otteen elämästä oli vaikeinta selviytyä lääkehoidon kanssa. Kuitenkin myös hänellä oli pyrkimystä lääkehoidon säätelyyn ja hallintaan. Sillä miten lääkehoito jäsentyy potilaan kokemuksissa, on vaikutusta siihen, miten potilas pystyy toimimaan ja olemaan aktiivinen suhteessa lääkehoitoonsa ja sairauteensa.

Avainsanat: grounded theory, skitsofrenia, tarpeenmukainen hoito, lääkehoito, merkitykset

# SISÄLTÖ

<b>1. JOHDANTO .....</b>	<b>1</b>
1.1. SKITSOFRENIAN ETIOLOGISTA TAUSTAA .....	1
1.2. API -PROJEKTI .....	4
1.3. TARPEENMUKAINEN HOITO .....	5
1.4. LÄHESTYMISTAPOJEN INTEGRAATIO .....	7
1.5. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA KYSYMYKSENASETTELU .....	9
<b>2. TUTKIMUSMENETELMÄT .....</b>	<b>11</b>
2.1. TUTKIMUSHENKILÖT JA HEIDÄN VALINTANSA .....	12
2.2. TUTKIMUSAINEISTO JA SEN KERÄÄMINEN .....	14
2.3. AINEISTON ANALYYSI GROUNDED THEORYN MUKAISESTI.....	15
<b>3.TULOKSET .....</b>	<b>17</b>
3.1. AINEISTON TIIVISTÄMINEN.....	17
3.2. KATEGORIOIDEN MUODOSTAMINEN .....	18
3.3. YDINKATEGORIAN MUODOSTAMINEN .....	21
<b>4. POHDINTA .....</b>	<b>26</b>
<b>LÄHTEET.....</b>	<b>31</b>
<b>LIITTEET</b>	

# 1. JOHDANTO

## 1.1. Skitsofrenian etiologista taustaa

Skitsofreniaa voidaan tarkastella monista eri näkökulmista kuten, geneettisestä, neuropatologisesta, aivojen toiminnallisuuteen liittyvästä, immunologisesta, neuropsykologisesta, farmakologisesta, psykososiaalisesta ja psykodynaamisesta (Syvälahti, 1994).

Ihmisen kehitykseen vaikuttavat sekä perinnölliset että ympäristötekijät ja aikuisella näiden eri vaikutuksia on vaikea erottaa toisistaan (Räsänen, Läksy, Moring & Isohanni, 1997). Perimän osuutta on tutkittu monin eri menetelmin. Molekyyli­genetiikan avulla etsitään psyykkisten häiriöiden taustalla oletettuina olevia geenivirheitä. Skitsofrenian periytymistä, ja sen geenin sijaintia on tutkittu pitkään. Geenin sijainniksi on esitetty kromosomia 2, 5 ja 18, mutta mikään näistä ei ole osoittautunut oikeaksi. Voi olla, että kromosomeissa ilmenneet yhteydet ovat johtuneet näiden kromosomien mutaatioiden aiheuttamasta epätasapainosta koko geneettiseen järjestelmään ja tämä on aiheuttanut herkkyyden psyykkisille häiriöille (Portin & Alanen, 1997b). Skitsofrenian osalta ei toistaiseksi ole julkaistu toistettuja molekyyligeneettisiä havaintoja, eikä mitään yksittäistä geeniä tai geneejä ole löydetty (Isohanni ym., 1995). Kuitenkin, skitsofreniataipumuksen periytymisestä on suhteellisen vahvaa näyttöä.

Segregaatioanalyysin avulla on voitu sulkea pois yhden geenin periytymisen mahdollisuus, mutta sitä ei tiedetä kuinka monella geenillä on osuutta skitsofrenian synnyssä (Kaprio & Lönnqvist, 1997). Vaikka taudin etiologiassa on selvä geneettinen perusta, se ei ole riittävä, jotta skitsofrenian voitaisiin todeta olevan ainoastaan geneettisesti periytyvä sairaus (Portin & Alanen, 1997a).

Kaksostutkimusten tulosten perusteella voidaan olettaa, että keskushermoston kehityksen häiriöt ovat tärkeässä asemassa ainakin joidenkin skitsofreniamuotojen synnyssä (Huttunen, 1997). Tiedetään, että nimenomaan raskauden toisen kolmanneksen aikaiset tapahtumat lisäävät riskiä sairastua aikuisiällä. Tämä aika on

hermoyhteyksien muotoutumisen kannalta kriittinen, sillä tällöin hermosolujen aksonit kulkeutuvat kohti geneettisesti määräytynyttä paikkaa. Kuolleilta potilailta on löydetty hippokampuksesta ja kortikaalisilta alueilta muutoksia hermosolujen määrässä ja sijoittumisessa. Syynä tähän voivat olla geneettiset muutokset tai ympäristötekijät.

Myös postnataaliset eli syntymänjälkeiset tapahtumat voivat vaikuttaa, sillä keskushermosto kehittyy vielä vuosia syntymän jälkeen (Huttunen, 1997). Näitä tapahtumia kutsutaan yhteisnimellä obstetriset komplikaatiot. Isohanni ym. (1995, 1746) määrittelevät ne seuraavasti ”obstetrisillä komplikaatioilla tarkoitetaan suurta ja osin hyvin heterogeenistä ryhmää äidin, sikiön ja vastasyntyneen somaattisia häiriöitä raskauden, synnytyksen tai varhaisen neonataalikauden aikana.” Skitsofreniaa sairastavilla on todettu olleen useammin obstetrisia komplikaatioita kuin heidän sisaruksillaan (Isohanni ym., 1995). Obstetristen komplikaatioiden suhteesta skitsofrenian syntyyn on kuitenkin vastakkaisia tutkimustuloksia, joten niiden yhteys on edelleen epävarma.

Neurokognitiivinen tapa tarkastella skitsofreniaa painottaa aistimusten, muistin, havainnoinnin, huomionsuuntaamisen ja ajattelun häiriöitä (Lauerma, 1997). Neurokognitiiviset mallit selittävät skitsofreniaa vain osaltaan, eivätkä nämä ole välttämättä ristiriidassa psykodynaamisten mallien kanssa.

Skitsofreniaan liittyvistä kognitiivisista häiriöistä useimmat ovat pysyviä, eivätkä ne etene sairauden mukana (Lauerma, 1997). Skitsofreniaa sairastavilla on havaittu enemmän neurologisia löydöksiä kuin verrokeilla, ja nämä löydökset ovat koskeneet myös potilaita, jotka eivät ole käyttäneet neuroleptejä (Isohanni ym., 1995). Eräs selvimmistä skitsofreniaan liittyvistä biologisista poikkeavuuksista on otsalohkojen vajaatoiminta (Lauerma, 1997). Aivojen rakennetutkimusten avulla ollaan saatu yhdensuuntaisia tuloksia skitsofreniaan liittyvistä aivoalueiden spesifisistä muutoksista (Isohanni ym., 1995).

Tietokonetomografian avulla tutkittavilla on osoitettu aivojen sivukammion ja kolmannen aivokammion laajeneminen, ja näiden on ajateltu heijastavan viereisen aivokudoksen toiminnan häiriöitä (Isohanni ym., 1995). Näitä koskevat tutkimukset ovat yhdenmukaisia, mutta ne eivät ole skitsofrenialle spesifisiä, vaan aivokammioiden laajeneminen liittyy myös normaaliin ikääntymiseen ja joihinkin orgaanisiin aivosairauksiin (Hietala, 1997).

Magneettitutkimuksilla saadut löydökset ovat keskittyneet ohimolohkossa tiettyihin rakenteisiin, kuten hippokampukseen, gyrus parahippocampaliseen ja amygdalaan tai talamusseutuun (Isohanni ym., 1995). Skitsofreniapotilaiden aivojen toiminnalliset poikkeavuudet on voitu yhdistää otsa- ja ohimolohkoihin, ja näitä on tutkittu sekä positroniemissiotomografialla (PET) että yksifotoniemissiotomografialla (SPECT). Kuitenkin aivojen kuorikerroksen ja subkortikaalisten alueiden patologiasta saadut tulokset ovat ristiriitaisia (Hietala, 1997).

Toiminnallisilla kuvantamistutkimuksilla saadut tulokset heijastavat sen hetkistä tiedonsiirtoa aivoissa (Hietala, 1997). Aivoalueiden aktiivisuutta mittaavien tutkimusten ristiriitaiset tulokset voivat tämän vuoksi heijastaa skitsofrenia potilaan sen hetkistä käyttäytymistä ja elämysmaailmaa paremminkin kuin itse biologista perushäiriötä (Isohanni ym., 1995). Hietala (1997) huomauttaa, että valtaosa aivojen rakenteen tutkimuksista on tehty kroonisilla potilailla, jotka ovat saaneet lääkettä. Nämä tekijät ovat voineet vaikuttaa saatuihin tuloksiin. Tämän takia tutkimusta tulisi tehdä myös akuuttien potilaiden ja lääkettä saamattomien osalta.

Välittäjäaineteorioista ns. dopamiinihypoteesi on yksi vanhimmista ja tutkituimmista (Isohanni ym., 1995). Lähtökohtana tälle hypoteesille on ollut psykoosilääkkeiden voimakas sitoutuminen D2-dopamiinireseptoreihin. PET-tutkimuksilla on saatu tukea tälle, sillä niissä on havaittu, että psykoosilääkkeet salpaavat 70–90 %:ia D2-reseptoreista skitsofreniapotilaiden aivoissa. Tukea on myös saatu havainnoista, joiden mukaan dopaminergistä aktiivisuutta lisäävät aineet ovat aiheuttaneet sivuvaikutuksina psykooseja. Toisaalta on saatu ristiriitaisia tuloksia, kun on tutkittu D2-reseptorien määrää skitsofreniapotilailla. Eri tutkimustulosten pohjalta on esitetty oletus, jonka mukaan skitsofreniapotilaiden aivoissa esiintyisi dopaminergisten toimintojen heikkenemistä prefrontaaliosalla aivokuoren alueella ja yhtäaikaista ylitoimintaa subkortikaalisilla tai limbisillä alueilla. Tämä auttaisi selittämään positiivisten ja negatiivisten oireiden vaihtelevaa ilmenemistä. Hietala (1997) kuitenkin esittää, että dopamiinergiset muutokset tulisi mieltää osana laajempaa neuroniverkkojen toimintahäiriötä.

Skitsofreniaa on pyritty ymmärtämään myös psykologisista lähtökohdista. Alasen (1993) mukaan psykoanalyttisen tarkastelun pohjalla on käsitys siitä, että skitsofreeninen häiriö ja lapsen varhainen kehitysvaihe ovat luonteeltaan samankaltaiset. Näitä kehitysprosesseja kuvaa rajojen puutteellisuus itsen ja muiden

välillä. Skitsofreniassa tämä ilmenee realiteettitestauksen menetyksenä sekä itseä ja muita koskevien mielikuvien eriytymättömyytenä. Kiistaa on herättänyt kysymys siitä, onko skitsofreniaan altistava kehitys persoonallisuuden vaillinaista kehitystä vai persoonallisuuden sisäisiä ristiriitoja. Alasen (1993) mukaan psykologisia tekijöitä voidaan jaotella sen perusteella, koskevatko ne yksilön itseä eli selfiä, vuorovaikutustapahtumia lapsen ja primäärin hoitohenkilön välillä, vai koko potilaan perhettä ja siinä olevia ja tapahtuvia asioita.

## **1.2. API -projekti**

Suomessa järjestettiin vuosina 1981–87 skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämisohjelma, josta saatiin suosituksia hoidon ja kuntoutuksen järjestämiseen erityisesti uusien skitsofreniapotilaiden hoitoon (Alanen ym., 1990; National Board of Health, 1988). Tämän pohjalta lähdettiin kehittämään API-projektia. API-projekti eli akuutin psykoosin integroitu hoito on jatkoa sekä Valtakunnalliselle skitsofrenia projektille että ns. Turku projektille (Lehtinen 1993; Lehtinen ym., 1996).

Tutkimus toteutettiin Turussa, Jyväskylässä, Torniossa, Espoossa ja Lohjalla (Lehtinen ym., 1996). Turussa mukana oli sekä Kupittaa sairaala että Turun psykiatrian klinikka. Torniossa, Espoossa ja Kupittaa sairaalassa hoito pyrittiin toteuttamaan myös ilman neuroleptilääkitystä, muualla lääkehoitoa käytettiin tavanomaisesti ts. valtaosalla.

Tutkimushenkilöt valittiin seuraavien kriteerien perusteella (Lehtinen ym., 1996). Potilaiden diagnoosi oli DSM-III-R -luokituksen mukaan skitsofrenia, skitsofreniforminen psykoosi, skitso-affektiivinen psykoosi, harhaluuloisuushäiriö, lyhykestoinen psykoosireaktio tai epätyypillinen tai tarkemmin määrittelemätön psykoosi. Potilaan tuli asua myös hoitoyksikön vastuualueella ja iän piti olla välillä 15-44 vuotta.

Sen sijaan potilas ei voinut osallistua tutkimukseen, jos seuraavat kriteerit täyttyivät: aikaisempi neuroleptilääkitys, intensiivinen psykoterapia, vakava somaattinen sairaus, todettu raskaus, vakava itsemurhavaara tai vakava väkivallanuhka (Lehtinen ym., 1996).

Potilaat kerättiin 1. huhtikuuta 1992-31. joulukuuta 1993 välisenä aikana (Lehtinen ym., 1996). Seurantatutkimukset järjestettiin 6 kuukauden, 1 vuoden, 2 vuoden ja 5 vuoden kuluttua hoitoon tulosta. Kaiken kaikkiaan tutkimukseen kertyi 136 potilasta. API-projektissa oli sekä kaikille yhteiseksi sovittuja menetelmiä että vapaaehtoisia ja paikalliseen harkintaa perustuvia menetelmiä. Yhteisinä menetelminä oli puolistrukturoitu haastattelu skitsofreniapotilaan arvioimiseksi, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), perheen toimintaprofiili sekä perheen vuorovaikutuskokonaisuuden tutkimiseen kehitettiin kehämalli. API-projektissa oli perusasenteena hoitosuunnitelmaa tehtäessä psykoterapeuttinen lähestymistapa, perheen mukanaolo ja ryhmätyö.

### 1.3. Tarpeenmukainen hoito

Skitsofrenian ja muiden psykoosien hoitamiseksi on kehitelty hoitomallia viime vuosikymmenien aikana Turussa psykiatrian klinikalla (Alanen, 1990). Hoitomallia kutsutaan nimellä tarpeenmukainen hoito. Tarpeenmukaisuudella tarkoitetaan (Alanen, 1990; Alanen ym., 1990) psykoterapeuttista lähestymistä psykooseihin niin, että:

- 1.) Hoito suunnitellaan ja toteutetaan joka potilaan kohdalla yksilöllisesti. Hoidossa otetaan huomioon potilaan yksilölliset ja muuttuvat tarpeet, sekä vuorovaikutusverkosto.
- 2.) Hoidossa otetaan huomioon sekä potilaan että hänen lähiverkostonsa ihmisten psykoterapeuttiset tarpeet.
- 3.) Hoito suunnitellaan eri hoitomuotoja yhdistellen eli integroidusti.
- 4.) Hoidon prosessiluontoisuus ymmärretään ja säilytetään.

Tarpeenmukaisen hoitomallin mukaisessa hoidossa on myös tärkeää pohtia eri psykoterapioiden keskinäisiä suhteita potilaan hoidon kannalta (Alanen ym., 1991). Potilaan saapuessa hoitoon on aluksi tärkeää kartoittaa potilaan, ja hänen lähiverkoston ihmisten tilanne ja psykoterapeuttiset tarpeet. Alanen ja ym. (1991) esittelevät suuntaa



antavan kaavion terapiamuotojen yhteensovittamisesta (kts. Liite 1). Yleensä aloitetaan ympäristö- ja perhekeskeisestä kriisi-interventiosta, jonka tarkoituksena on selventää tilannetta. Potilaan halukkuus ja valmius yksilöterapiaan arvioidaan sekä hänen kuntouttamistarpeensa. Yleensä, kun tarvitaan useampia hoitomuotoja, siirretään terapiassa painopistettä yleisemmästä perhe- ja ympäristökeskeisestä terapiasta erityisempään yksilöterapiaan. Kuviossa nuolet kuvaavat siirtymistä terapiasta toiseen ja katkenneet nuolet kuvaavat keskeytynyttä terapiaa. Terapian keskeyttäminen on mahdollista missä hoidon vaiheessa tahansa. Vain pieni osa potilaista on aluksi soveliaita yksilöterapiaan. Hoitomallia ei tulisi kuitenkaan noudattaa kaavamaisesti vaan joskus potilas voi tarvita yksilöterapiaan siirtymisen jälkeenkin perhe- tai ympäristökeskeistä terapiaa. Tärkeintä on ymmärtää potilaan yksilölliset tarpeet ja muuttuvat elämäntilanteet (Alanen, 1993; Alanen ym., 1990).

Tarpeenmukaisen hoidon yhteydessä voidaan käyttää myös lääkehoitoa ja tällöin se tulee liittää osaksi terapeutista hoitoa (Alanen ym., 1991). Suhtautuminen lääkehoitoon on kriittisempää verrattuna perinteiseen tapaan, jossa skitsofreniaa hoidetaan pääsääntöisesti lääkkein. Lääkehoidon määräämisen yhteydessä tulee siihen vaikuttaneet syyt tulla selväksi sekä terapeutille että potilaalle ja hänen lähiomaisilleen. Terapeutin tai potilasta hoitavan lääkärin tulee muuttaa lääkettä ja sen annostusta potilaan tarpeiden mukaisesti. Tavoitteena on löytää pienin mahdollinen annosmäärä, jonka avulla potilas pystyy kontaktiin ja kommunikointiin tilanteen vaatimalla tavalla. Yleensä annosmäärät ovat huomattavasti pienemmät ja lääkitysajat lyhyemmät kuin perinteisessä lääkehoidossa.

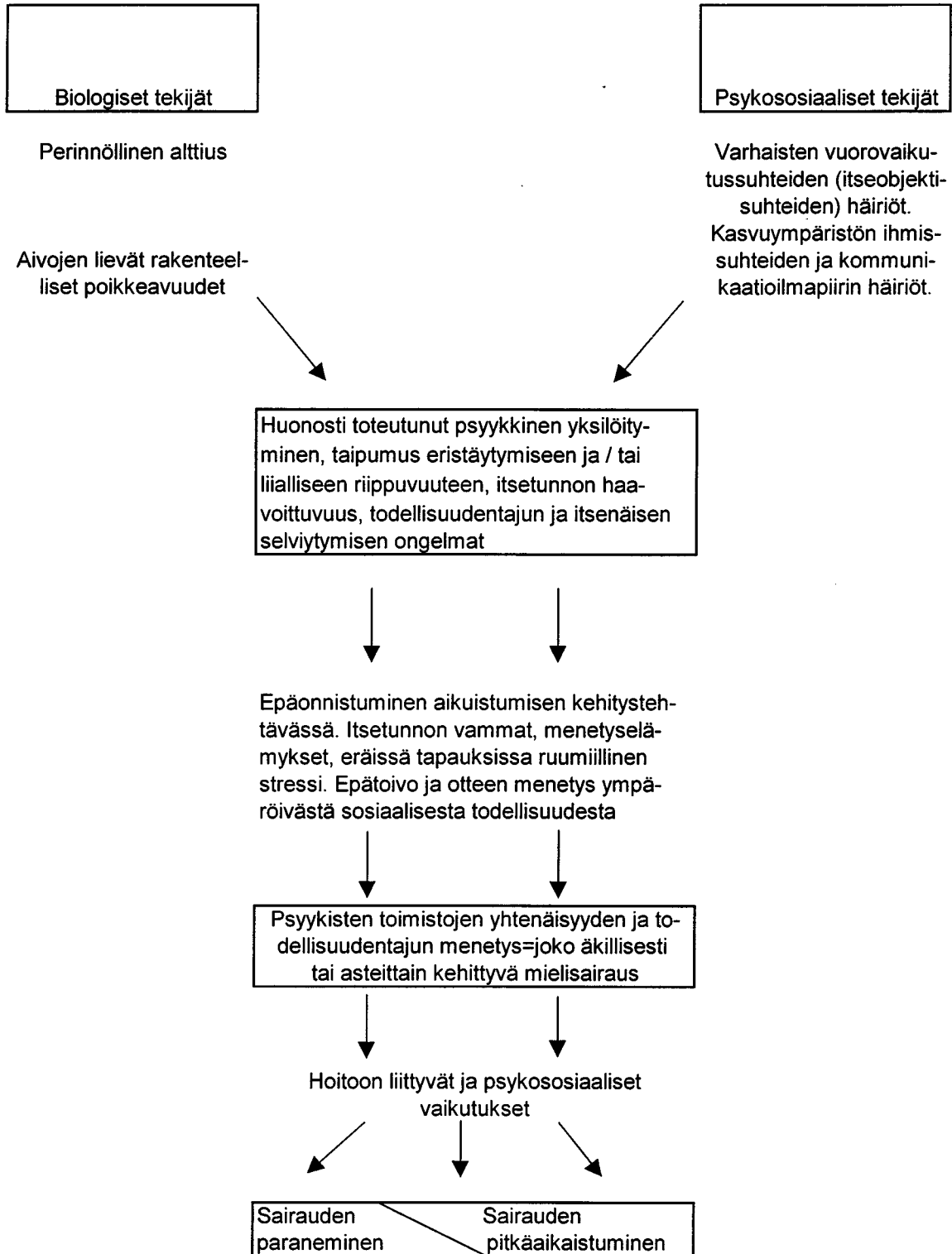
## 1.4. Lähestymistapojen integraatio

Cullberg (1993) toteaa, että skitsofrenian syntyyn ja kehitykseen vaikuttavat sekä perinnölliset, biologiset että psykososiaaliset tekijät. Kuitenkaan skitsofrenian tarkkoja synty- ja kehitysvaiheita ei kunnolla tunneta vielääkään. Skitsofrenian useita ilmenemismuotoja on ollut vaikea selittää yhden etiologisen teorian perusteella.

Myös Ciompi (1988; 1994) on pyrkinyt rakentamaan integroivaa näkemystä skitsofreniasta. Hänen teoriansa perustuu ajatukselle, että emootiot ja kognitiot ovat aina erottamattomasti yhteydessä toisiinsa. Hänen mukaansa mikään yksittäinen tekijä ei voi selittää skitsofrenian erilaisia oireita ja ennusteita. Skitsofreniaa voi ymmärtää ainoastaan biologisten ja sosiaalisten tekijöiden epälineaarina vuorovaikutuksina. Ciompi selittää skitsofrenian puhkeamisen johtuvan keskushermoston toiminnallisesta ylikuormituksesta ja tasapainon häiriytymisestä, joka syntyy vähentyneestä sopeutumiskyvystä sekä psykososiaalisten ja biologisten tekijöiden toinen toistaan lisäävästä vuorovaikutuksesta. Tämän johdosta järjestelmä menettää tasapainonsa kriittisellä hetkellä ja lopputuloksena on rakenteellisesti hajautunut toimintamalli eli psykoosi.

Alanen (1993) on muokannut seuraavan kaavion skitsofrenian synnystä ja kehityksestä Ciompin käsitysten pohjalta. Kaavio kertoo, että biologisia, sosiaalisia ja psykologisia tekijöitä ei voi erottaa toisistaan tarkasteltaessa skitsofrenian syntyä ja kehitystä. Lääkehoitoa tulee tarkastella suhteessa tähän erottamattomuuteen. Tämän tutkimuksen tavoitteet lääkehoidon saamista henkilökohtaisista merkityksistä kohdentuvat tähän näkökulmaan.

## Skitsofrenian synty ja kehitys Ciompin kaavion pohjalta, (Alanen, 1993)



## 1.5. Tutkimuksen tavoitteet ja kysymyksenasettelu

Tässä tutkimuksessa tutkimusote on laadullinen ja sen aineiston analyysi perustuu grounded theory -menetelmään. Tarkoituksena on ollut tutkia lääkehoitoa osana akuutin skitsofreniaryhmän psykoosien hoitoa. Tutkimus liittyy API-projektiin, jonka yhtenä tavoitteena on ollut tutkia neuroleptihoitoa (Lehtinen ym., 1996). Tutkimuksessa tarkastelen lääkehoidon saamia merkityksiä skitsofreniaan sairastuneilla tarpeenmukaisen hoidon näkökulmasta. Tarpeenmukaisen hoidon taustalla on käsitys skitsofrenian heterogeenisyydestä, ja siitä johtuen sairastuneille pitäisi tarjota heidän muuttuviin tarpeisiinsa sopivinta hoitoa (Alanen, 1993). Tutkimuksessa näkökulma lääkehoitoon ei ole ainoastaan biologinen vaan tarkoituksena on tutkia niitä yksilöllisiä merkityksiä, mitä lääkehoito saa skitsofreniaan sairastuneella.

Lääkehoito on yksi osa skitsofrenian hoitoa. Ja voidaan sanoa, että skitsofreniaa on perinteisesti hoidettu lääkkeillä ja jopa ainoastaan niillä (Honkonen, 1997). Nykyään lääkkeiden kehittämissä kiinnitetään erityisesti huomiota negatiivisten oireiden helpottamiseen, potilaan elämänlaadun parantamiseen ja hänen kognitiivisten kykyjen säilyttämiseen (Fleischhacker & Hummer, 1997). Skitsofrenian lääkehoidolla pyritään lievittämään positiivisia ja negatiivisia oireita, masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja mahdollista päihteiden käyttöä (Koponen, 1997).

Seuraaviin näkökulmiin tulisi kiinnittää huomiota, jos neuroleptihoitoa tarkastellaan kriittisemmin (Vuorio ym., 1993): Neuroleptit lievittävät tehokkaasti positiivisia oireita, mutta eivät ole kovin tehokkaita negatiivisia oireita hoidettaessa. Joissakin tapauksissa neuroleptien on todettu pahentavan negatiivisia oireita. Neurolepteillä saavutettu etu voi olla myös lyhytaikaista, jolloin samanlaisia tuloksia ei saada enää pitkäaikaisessa hoidossa. Neuroleptien vaikutus on keskushermostossa lähinnä yleisluontoinen ja ne tehoavat oireenmukaisesti. Niitä toimintoja ja toiminta-alueita, joihin lääkkeet vaikuttavat, ei ole pystytty todistamaan skitsofrenia etiologiaksi ja tämän johdosta lääkkeitä ei pidetä skitsofrenian etiologisina farmakologisina hoitomenetelminä. Neuroleptit aiheuttavat myös sivuoireita, jotka voivat olla lyhytaikaisia, pitkäaikaisia tai jopa pysyviä, vaikka lääkehoito lopetettaisiin.

Skitsofrenian hoitamista ilman neuroleptejä on tutkittu ja ollaan saatu hyviä tuloksia sen hoitamisesta ilman neuroleptejä. Lehtinen, Aaltonen, Koffert, Rökköläinen ja

Syvälähti (2000) tutkivat akuuttiin skitsofreniaryhmän psykoosiin sairastuneiden hoitamista ilman neuroleptihoitoa ja neuroleptihoidolla. He saivat hyviä tuloksia psykoosien hoitamisesta ilman neurolepteja, jos neuroleptittomaan hoitoon yhdistettiin tarpeenmukainen hoitotapa.

Raportin, Hopkinin, Hallin, Bellezan ja Silvermanin (1978) tutkimuksessa, jossa tutkittiin psykoosin hoitamista ilman neuroleptilääkitystä, löydettiin potilasryhmä, jolla prognoosi oli parempi kuin millään muulla ryhmällä. Tämän oletettiin viittaavan siihen, että on olemassa ryhmä ihmisiä, jotka eivät tarvitse neuroleptihoitoa ja se voi olla heille jopa haitallista. Psykoosien hoito ilman neuroleptejä vaatii kuitenkin psykososiaalista hoitoa rinnalle.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on ollut tutkia niitä henkilökohtaisia merkityksiä, mitä skitsofreniaan sairastuneet tai sitä sairastaneet antavat lääkehoidolle. Tutkimusongelmana on ollut, millaisia merkityksiä antavat lääkehoidolle sellaiset henkilöt, jotka

- 1) ovat saaneet neuroleptejä,
- 2) eivät ole saaneet neuroleptejä ja
- 3) saavat / käyttävät edelleen neuroleptejä.

## 2. TUTKIMUSMENETELMÄT

Laadullista tutkimusta voidaan määritellä seuraavien tunnusmerkkien avulla (Eskola & Suoranta, 1998): aineistonkeruumenetelmä, tutkittavien näkökulma, harkinnanvarainen tai teoreettinen otanta, aineiston laadullis-induktiivinen analyysi, hypoteesittomuus, tutkimuksen tyylilaji ja tulosten esitystapa, tutkijan asema sekä narratiivisuus. Hypoteesittomuus tarkoittaa, että tutkijalla ei ole ehdottomia ennakko-oletuksia tutkimuskohteesta tai tutkimuksen tuloksista. Tutkimuksen tavoitteena ei ole niinkään hypoteesien todistaminen vaan hypoteesien keksiminen.

Laadullisessa tutkimuksessa ei tavoitella tilastollisia yleistyksiä vaan pyritään kuvaamaan tiettyä tapahtumaa, ymmärtämään jotain toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jostakin ilmiöstä (Eskola & Suoranta, 1998). Laadullisessa tutkimuksessa aineiston rajaus tapahtuu teoreettista kattavuutta ajatellen. Kysymys on tapauskohtaisesta analyysistä ja kriteerinä toimii tietyn aineiston teoreettinen kiinnostavuus valitun tutkimusongelman ratkaisussa. Tutkittu tapaus nähdään esimerkkinä yleisemmästä. Usein tapaustutkimus kohdistuu yhteen tapaukseen, mutta myös usean tapauksen tutkimukset ovat mahdollisia. Tutkimuksen kohde voidaan valita esimerkiksi sen perusteella, että se on tyypillinen ja edustava tai se voi olla rajatapaus, ainutkertainen tapaus tai poikkeuksellinen tapaus.

Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan oikeastaan kaikki laadulliset tutkimukset ovat tapaustutkimuksia. Laadullisen tutkimuksen pohjalta ei ole tarkoitus tehdä samalla tavalla empiirisesti yleistettäviä päätelmiä kuin tilastollisessa tutkimuksessa. Tämän takia on tärkeää, että aineisto muodostaa kokonaisuuden, tapauksen.

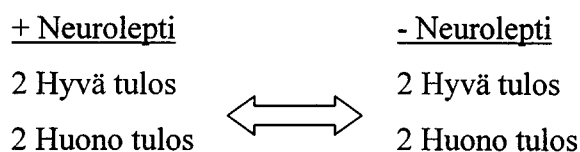
Laadullisia menetelmiä käytettäessä tutkimuskohde näyttäytyy lähes aina kielessä (Eskola & Suoranta, 1998). Kieli on osa tutkimuskohdettaan, sosiaalista todellisuutta. Kieli ja toiminta ovat erottamattomasti yhteydessä toisiinsa ja ilman kielen käyttöä inhimillinen ymmärrys olisi lähes mahdotonta. Kielen avulla ihminen tulkitsee toimintaansa ja antaa sille merkityksiä.

Ihmiset hahmottavat maailmaa merkitysten ja merkityksellistämisen prosessin kautta (Eskola & Suoranta, 1998). Merkitykset viittaavat ihmiselle ominaiseen olemassaolon tapaan. Ihmiset antavat samoille ilmiöille, merkeille tai kulttuurituotteille erilaisia

merkityksiä. Merkitystäyteisyyttä eli sitä, että ihmisen todellisuus on alusta asti merkitysten läpäisemää on pyritty selittämään symbolifunktiolla. Symbolifunktio mahdollistaa todellisuuden haltuunoton, siihen sovittautumisen ja sen hallinnan käsitteellistämisen ja merkityksellistämisen avulla. Tässä tutkimuksessa tutkitaan lääkehoitoa sen saamien merkitysten avulla ja pyritään kuvaamaan niitä ulottuvuuksia, mitä lääkehoito saa.

## 2.1. Tutkimushenkilöt ja heidän valintansa

Tutkimuksessa potilaat valittiin ekstreemiperustein eli tapaus tai tutkimushenkilö edusti ainutlaatuista tai äärimmäistä muotoa (Yin, 1994). Yinin (1994) mukaan tämä on yleistä kliinisissä psykologisissa tutkimuksissa. Tässä tutkimuksessa tarkoituksena oli valita kaksi neuroleptejä saanutta henkilöä, joilla lääkkeet olivat vaikuttaneet hyvin, sekä kaksi sellaista neuroleptejä saanutta, joilla ne eivät ole vaikuttaneet hyvin. Sen jälkeen oli tarkoitus valita kaksi neuroleptittä hoidettua, joilla hoito on onnistunut sekä kaksi sellaista, joilla se ei ole onnistunut hyvin. Tarkoituksena oli siis valita lääkehoidon tulosten suhteen äärimuotoja. Kaavio havainnollistaa asiaa.



Alkuperäisen suunnitelma mukaan haastattelulupaa pyydettiin kahdeksalta henkilöltä, jotka valittiin toisen vuoden seurannan perusteella Turun Kupittaa sairaalan API-projektin aineistosta. Henkilöt valittiin BPRS-pisteiden avulla. BPRS-pisteet saadaan BPRS-kaavaketta käytettäessä (Overall & Gorham, 1962). Sen mukaisesti pisteet annetaan heti haastattelun jälkeen. Kaavake on suunniteltu lähinnä psykopatologiaan perehtyneille ammattihenkilöille. Kaavakkeen kysymysaiheita ovat esimerkiksi ahdistuneisuus, ajatusten hajanaisuus, depressiivisyys ja affektien sammuminen. Kohtia on yhteensä 19 ja jokaiseen kohtaan annetaan vain yksi vastaus.

Haastattelulupaa potilailta pyysi Turun Kupittaaan sairaalan psykoosityöryhmän jäsen. Hän soitti potilaille henkilökohtaisesti ja kertoi heille yleisesti tutkimuksesta. Heille kerrottiin, että psykologian opiskelija haastattelisi heitä ja haastattelun aihepiirinä olisi lääkehoito. Henkilöille, joita ei tavoitettu puhelimitse, lähetettiin kirje. Vasta henkilön suostuttua haastatteluun sain kyseisen henkilön yhteystiedot, ja otin häneen yhteyttä.

Viisi henkilöä kieltäytyi tutkimuksesta. Kolme heistä oli sellaista, jotka eivät olleet saaneet neuroleptihoitoa ja kaksi sellaista, jotka olivat saaneet neuroleptejä. Syyt kieltäytymiseen olivat moninaisia: esimerkiksi muutto paikkakunnalta, luottamuksen puute eli ei haluttu olla tekemisissä muiden kuin Kupittaaan psykiatrian poliklinikan henkilökunnan kanssa, tai asia eli sairastuminen haluttiin jättää jo taakse ja menneisyyteen. Kolme henkilöä suostui haastatteluun. Haastattelu tapahtui Turun Kupittaaan sairaalan psykiatrian poliklinikalla, joka oli kaikille haastateltaville tuttu paikka. Haastattelujen ajankohta oli huhtikuun lopussa ja toukokuun alussa vuonna 1999. Jokainen haastattelu nauhoitettiin omalle c-kasetilleen.

Tutkittavista yksi oli nainen ja kaksi miestä. Yhtä oli hoidettu neuroleptillä ja kahta oli hoidettu neurolepteillä ja toinen heistä käytti niitä edelleen tutkimushetkellä. Tutkittavat edustivat siis erilaisia lääkehoidon muotoja, joten päätin tehdä tutkimukseni näihin kolmeen tutkimushenkilöön perustuen.

Ensimmäinen tutkittava oli mies. Hänen BPRS pisteensä olivat toisen vuoden seurannassa 54. Hän oli käyttänyt neuroleptejä vuodesta 1992 ja käytti niitä edelleen haastattelun ajankohtana.

Toinen tutkittava oli nainen, jonka BPRS pisteet olivat toisen vuoden seurannassa 22. Hän oli käyttänyt neuroleptejä vuodesta 1992 vuoden 1995 kevääseen asti. Hän ei enää haastattelun aikana käyttänyt neuroleptejä.

Viimeisenä tutkittavana oli mies. Hänen BPRS pisteensä olivat toisen vuoden seurannan mukaan 32. Häntä ei oltu hoidettu neurolepteillä.



## 2.2. Tutkimusaineisto ja sen kerääminen

Yksi haastattelu kesti noin tunnin ja litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 40 sivua. Muokkasin haastattelurunkoa pilottihaastattelun avulla: ensimmäisen raakaversioon esitin pro gradu -tutkimuksen ohjaajalle eli haastattelin häntä muun pro gradu-ryhmän kuunnellessa, ja sen jälkeen ryhmän avulla muokkasin kysymyksiä. Tämän pohjalta muodostin haastattelurungon (liite 2). Lääkehoitoa eli neuroleptihoitoa saamattomalle muokkasin edellisen perusteella oman haastattelun (liite 3). Vaikka haastatteluissa oli teemarunko, yritin luoda haastatteluista vapaita ja keskustelunomaisia tilanteita. Vasta haastattelun lopulla otin haastattelurungon ja tarkistin, että olin muistanut kysyä kaiken etukäteen ajateltuna oleellisen. Tutkittavilla oli siis mahdollisuus johdattaa haastattelua niihin teemoihin, jotka he kokivat tärkeiksi.

Ensimmäisen haastattelun jälkeen kirjasin jo haastattelupaikalla tutkittavan poistumisen jälkeen tuntemuksiani ja ajatuksiani haastattelusta. Sen jälkeen kuuntelin nauhan läpi. Ensimmäisen haastattelun osalta kuuntelin nauhan useita kertoja. Nauhaa kuunnellessa yritin keskittyä parantamaan haastattelua, muokkaamaan kysymyksiä ja miettimään esille nousseita teemoja seuraavaa haastattelua varten. Pyrkimyksenä oli myös teoreettinen saturaatio eli sen havaitseminen milloin aineisto olisi riittävän kattava ja aineisto voitaisiin sulkea (Strauss & Corbin, 1990). Muut haastattelunauhut kuuntelin kertaalleen läpi ennen litterointia.

Pidin tutkimuspäiväkirjaa tutkimuksen ajan, erityisesti analyysivaiheessa. Kirjasin siihen tuntemuksiani ja ajatuksiani, sekä analyysin eri vaiheita. Muistioitten eli memojen ja kaavioiden tekeminen on olennainen osa grounded theoryä (Strauss & Corbin, 1990). Niiden avulla tavoittaa analyysin etenemisen ja voi kehittää ajatuksiaan eteenpäin tai toisaalta tarkistaa niiden paikkaansa pitävyyttä.

### 2.3. Aineiston analyysi grounded theoryn mukaisesti

Tämän tutkimuksen analyysi perustuu siis grounded theory -menetelmään ja nojaa pitkälle Anselm Straussin ja Juliet Corbinin käsityksiin. Grounded theory on yleinen metodologia, jonka tarkoituksena on luoda teoriaa kerättyyn ja analysoituun aineistoon voimakkaasti nojaten eli teoria kehittyy tutkimuksen aikana aineiston analyysin ja keräämisen kautta (Strauss & Corbin, 1994). Se on metodologiana yleinen eikä mikään erityinen metodi tai tekniikka (Strauss, 1994). Grounded theoryä voisi kuvata tyyliksi tehdä laadullista analyysiä, johon kuuluu teoreettinen otanta ja tietyt metodologiset säännöt, kuten jatkuva vertailujen tekeminen ja koodauksen käyttö.

Grounded theoryssä aineistona voivat olla haastattelut, havainnoinnit tai valmiit dokumentit eli aineistoltaan se ei eroa muista laadullisen tutkimuksen analysointitavoista (Strauss & Corbin, 1994). Grounded theoryä käytettäessä voidaan yhdistää sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia analysointitapoja. Suurin ero muuhun laadulliseen tutkimukseen on se, että siinä pyritään teorian kehittämiseen. Grounded theoryssä tutkija voi itse päättää sen teorian tason, jolle pyrkii.

Grounded theoryn metodologian alkuperäiset kehittäjät olivat kaksi sosiologia, Barney Glaser ja Anselm Strauss (Strauss & Corbin, 1990). He tekivät yhteistyötä kehittämiseen laadullisen tutkimusmenetelmän, joka vastaisi sekä Columbian että Chigagon tutkimusperinteitä. Vaikka grounded theory on kehitetty sosiologian piirissä, voidaan sitä soveltaa muillekin tieteen aloille, kuten psykologiaan.

Grounded theoryn kolme peruselementtiä ovat käsitteistöt, kategoriat ja väittämät eli propositiot (Pandit, 1996). Käsitteistöt ovat analyysin perusyksiköitä, sillä teorian kehittäminen perustuu aineistoon, joka on käsitteellisessä muodossa eikä ”käsittelemättömään” aineistoon. Kategoriat ovat abstrakteja ja korkeampitasoisia kuin käsitteistöt, joista ne muodostuvat. Kategoriat muodostavat kehittyvän teorian ”kivijalan”. Viimeisenä elementtinä ovat propositiot. Aikaisemmin niitä kutsuttiin hypoteeseiksi, mutta hypoteesit viittasivat liikaa mitattuihin suhteisiin, kun taas propositiot viittaavat käsitteellisiin suhteisiin. Propositiot viittaavat grounded theoryssä yleistettäviin suhteisiin käsitteistöjen ja kategorioiden välillä sekä kategorioiden välisiin suhteisiin. Rennie ym. (1988) puhuvat käsitteistöjen sijaan merkitysyksiköistä. Tutkimuksen analyysivaiheessa käytän myös itse käsitettä merkitysyksikkö.

Pandit (1996) erottaa grounded theoryn rakentamisessa viisi analyyttistä vaihetta, jotka eivät kuitenkaan ole tiukasti järjestystä noudattavia. Nämä vaiheet ovat tutkimusasetelman rakentaminen, aineiston keräys, aineiston järjestely, aineiston analyysi ja kirjallisuusvertailu. Nämä viisi vaihetta sisältävät yhdeksän askelta, jotka eri vaiheissa ovat seuraavat:

1. TUKIMUSASETELMAN RAKENTAMINEN:

1.) Ammattikirjallisuuteen perehtyminen, 2.) Tapauksen valinta.

2. AINEISTON KERÄYS:

3.) Kehittää tiukka aineiston keräysperuste, 4.) Kentälle ”astuminen”.

3. AINEISTON JÄRJESTELYVAIHE:

5.) Aineiston järjestely.

4. AINEISTON ANALYYSI:

6.) Ensimmäisen tapauksen analysointi, 7.) Teoreettinen otanta, 8.) Aineiston sulkeminen.

5. KIRJALLISUUSVERTAILU:

9.) Muodostetun teorian vertailu kirjallisuuteen.

Kaikkien grounded theoryn vaiheiden ja toimenpiteiden tarkoituksena on identifioida, kehittää ja yhdistellä käsitteitä (Strauss & Corbin, 1990). Grounded theoryn tarkoituksena on teorian löytäminen, paremminkin kuin jo olemassa olevien teorioiden vahvistaminen.

## 3.TULOKSET

### 3.1. Aineiston tiivistäminen

Analyysin alkuvaiheissa luin litterointeja useita kertoja läpi. Analyysi ei tuntunut etenevän mihinkään. En tiennyt miten olisin päässyt käsiksi aineistoon ja alkanut analysoida sitä. Luin aineistoa läpi kerta toisensa jälkeen saamatta siihen otetta. Tämä on aika yleistä laadullista analyysiä tekevillä (Eskola & Suoranta, 1998). Lopulta aloin edetä Rennien, Phillipsin ja Quartaron (1988) artikkelissaan esittämän mallin mukaisesti. Aloin käydä aineistoa läpi lause lauseelta etsien merkityksiä. Tiivistin aineiston kahdessa osassa. Ensin muotoilin merkitysyksiköt yleistajuiseen muotoon ja sen jälkeen tiivistin vielä jokaisen merkityksen noin yhden lauseen pituisiksi. Esimerkiksi seuraavasta litteroidusta tekstistä muotoilin merkitysyksikön yleistajuiseen muotoon: *Yleensä mulla on niinkuin sillain, että mä ajattelen, että lääkkeet sillain niinku et ei ne, täytyis tulla toimeen ilman niitä, niinkuin semmonen ajatus, mieluummin kuin, mutta kyllä ne helpotti oloa silloin, mutta semmonen ajatus mulla oli koko ajan, että pikkuhiljaa poies niistä, että jos se vain on mahdollista.* Muotoilin merkitysyksikön yleistajuiseen muotoon seuraavasti: *Ajattelee tablettien ottamisesta, että täytyisi tulla toimeen ilman niitä. Lääkkeet kuitenkin helpottivat oloa, mutta silti koko ajan ajatus, että pikkuhiljaa pois niistä jos vain mahdollista.* Viimeisenä vaiheena tiivistin merkitysyksikön noin lauseen pituisiksi seuraavasti: *Lääkkeet väliaikaisia ja toivat helpotusta.*

Tiivistettynä merkitysyksikköjä tuli 297. Pidin analyysissä kuitenkin rinnalla koko ajan alkuperäistä haastatteluaineistoa, josta pystyin tarkastamaan merkityksiä. Koska en heti ollut antanut jokaiselle merkitysyksikölle omaa koodia, jouduin tekemään sen jälkikäteen. Koodasin merkitysyksiköt numerolla ja tutkittavaa symboloivalla kirjaimella, esimerkiksi 1.A...112.A ja 1.B...88.B ja 1.C...97.C.

### 3.2. Kategorioiden muodostaminen

Tämän jälkeen aloin käydä lauseen pituisia merkitysyksikköjä läpi jaotellen niitä esille nousseisiin kategorioihin. Tätä toimenpidettä kutsutaan avoimeksi koodaukseksi (Rennie ym., 1988). Kun kategoriat olivat paremmin selvillä, kävin vielä läpi merkitysyksiköitä ja tarkensin niiden jaottelua kategorioihin. Grounded theorylle onkin tyypillistä, että aikaisempaan analyysivaiheeseen voidaan analyysin edetessä aina palata (Staruss & Corbin, 1990). Sama merkitysyksikkö voidaan sijoittaa useampaan kategoriaan eli jokainen merkitysyksikkö sijoitetaan niin moneen kategoriaan kuin on mahdollista ja tarpeellista (Rennie ym., 1988). Tämä menetelmä erottaa grounded theoryn sisällönanalyysistä, jossa merkitysyksikkö sijoitetaan vain yhteen kategoriaan.

Seuraavat merkitysyksiköt ovat esimerkkejä kategoriasta, joka sai nimekseen Perhe ja ihmissuhteet:

- 33.A Sairastumisen jälkeen ystävät katosivat,*
- 34.A Sairastumisen jälkeen tekemisissä pääsääntöisesti vain sukulaisten kanssa,*
- 62.A Lasten huoli lääkkeistä sai mielen muuttumaan,*
- 49.B Mies huolehti lääkkeiden otosta,*
- 50.B Mies puhui jyvistä ja se herätti ajatuksia, että joutuuko koko elämänsä jotain jyviä syömään,*
- 82.B Ajatteli lääkityksen väliaikaiseksi perheen takia,*
- 84.B Lasten takia täytyi selvittää ja mennä eteenpäin,*
- 16.C Nykyään elämäntilanne on muuttunut, on vaimo ja lapsi ja*
- 17.C Elämän vakiintuminen auttanut.*

Kategoria Lääkehoidon psykologinen merkitys muodostui esimerkiksi seuraavista merkitysyksiköistä:

- 30.A Lääkkeitten ottaminen arkipäivää, kuten syöminen tai kaupassakäynti,*
- 32.A Sairaus ja lääkkeet vaikuttaneet niin, että ei ole mukana työelämässä,*
- 81.A Ennen lääkkeen ottaminen pakonomaista nyt tavanomaista,*
- 82.A Huoli apteekissa käymisestä,*
- 85.A Lääkkeiden ostamien voi olla kiusallista,*
- 97.A Lääkkeet turva ja välttämättömyys,*

*112.A Nykyään myönteinen suhtautuminen lääkehoitoon, vaikka aikaisemmin kielteinen,*

*4.B Lääkkeet väliaikaisia ja toivat helpotusta,*

*9.B Lääkehoidon avulla jaksanut tehdä töitä,*

*13.B Lääkehoito tukena,*

*26.B Lääke varmuuden vuoksi mukana useita viikkoja,*

*31.B Vaikeinta on ollut hyväksyä, että käyttää lääkkeitä,*

*24.C Sairaus ei haitannut silloista elämää, joten ei tarvinnut neuroleptejä sekä*

*93.C Ei ole tarvinnut lääkkeitä, koska ei ole halunnut käyttää niitä.*

Kategoria Lääkehoidon biologinen merkitys muodostui muun muassa seuraavista merkitysyksiköistä:

*15.A Lääkityksen alkuvaiheessa muistikatkoksia,*

*27.A Lääkkeet auttavat erityisesti ääniin,*

*67.A Kokeiltiin useita eri lääkkeitä,*

*68.A Oikea lääke löydettiin –96,*

*69.A Kävi aluksi päivittäin sairaalassa lääkkeitten vuoksi,*

*90.A Annostuksen vähentäminen on vähentänyt sivuvaikutuksia ja on saanut nukuttua paremmin,*

*11.B Kokeiluvaiheessa oli ikäviä sivuoireita,*

*32.B Fyysisiä oireita suun kuivuminen ja jano,*

*37.B Erilaisia lääkkeitä on kokeiltu ja*

*67.B Lääkkeistä fyysistä haittaa.*

Kategoria Käsitys itsestä ja suhde sairauteen muodostui esimerkiksi seuraavista merkitysyksiköistä:

*3.A Lääkitys aloitettu mielenterveysongelmien vuoksi, psykoosin,*

*37.A Pelkää, että muut huomaavat sairauden,*

*38.A Toivoo, että kohdellaan kuten normaalia,*

*58.A Kieltäytyi lääkkeitä sanoen olevansa täysin terve,*

*65.A Äiti huolehti, kun hän sairastui pois,*

*87.A Ottaa lääkkeitä ääniin, jännitykseen ja hermostuneisuuteen,*

*91.A Tärkeintä, että on saanut nukuttua,*

*109.A Puhumisen avulla päässyt itsensä kanssa ymmärrykseen,*

- 112.A Nykyään myönteinen suhtautuminen lääkehoitoon, vaikka aikaisemmin kielteinen,
- 22.B Lääkkeitten poisjäänti lisäsi pärjäämisen tunnetta,
- 23.B Ajatteli alusta asti, että yrittää pikkuhiljaa lopettaa lääkkeiden käytön,
- 44.B Ei halua olla riippuvainen lääkkeistä,
- 64.B Lääkkeiden jättäminen oli päämäärä,
- 82.B Ajatteli lääkityksen väliaikaiseksi perheen takia,
- 1.C Tekee jotakin helkkaristi, yleensä ruumiillista, kun on paha olo,
- 8.C Tekeminen voi olla vaikka moottoripyörän purkamista, talkoot tai tekee kuution pari puita,
- 10.C Lähes aina purkanut itseään tekemällä,
- 13.C Ennen pahimmat olot yli dokaamalla,
- 32.C Toteutti itseään niin, että muut pitivät itsetuhoisena,
- 33.C Hänellä oli vain sellainen fiilis, ei hän ollut mielestään itsetuhoinen,
- 50.C Saa kosketuksen itseensä treenaamalla, tuntemalla kehonsa,
- 56.C Ei ole tapana mietiskellä tai pohdiskella,
- 64.C Ei ole pitänyt päästä minkään läpi eikä yli, ehkä ohi ja
- 66.C Oli omasta halusta kiinni, että ei tarvinnut neuroleptejä.

Kategoria Terapian merkitys muodostui muun muassa seuraavista merkitysyksiköistä:

- 20.A Ollut tärkeää, että on saanut puhua ja purkaa itseään terapiassa,
- 21.A Terapia auttanut ääniin,
- 26.A Sekä lääkehoitoa, että terapiaa tarvitaan,
- 109.A Puhumisen avulla päässyt itsensä kanssa ymmärrykseen,
- 12.B Keskustelu tärkeää, koska saa käydä läpi asioita,
- 69.B Terapia oli tärkeää, sai käydä puhumassa asioista, joista ei voinut kaikkien kanssa puhua,
- 70.B Terapia kasvatti itseluottamusta,
- 58.C Käynyt keskustelemassa psykiatrian poliklinikalla, onneksi ei mitään syvällistä,
- 61.C Terapia ei häirinnyt eikä rasittanut, se oli ihan sama ja
- 88.C Muut kokivat terapiassa käynnin hyödylliseksi.

Kategoria Suhtautuminen elämään muodostui esimerkiksi seuraavista merkitysyksiköistä:

*21.C Ei ole ollut hyviä ja huonoja aikoja, vaan kaikki on ollut hauskaa,*

*23.C Eli silloin (sairastaessaan) erilaista elämää,*

*24.C Sairaus ei haitannut silloista elämää, joten ei tarvinnut neuroleptejä,*

*26.C Muiden silmin oli pohjalla,*

*27.C Itse ei kokenut olevansa pohjalla silloin, eikä ajattele siitä niin nytkään,*

*30.A Lääkkeitten ottaminen arkipäivää, kuten syöminen tai kaupassakäynti ja*

*31.B Vaikeinta on ollut hyväksyä, että käyttää lääkkeitä.*

Merkitysyksiköt liittyivät kategorioihin seuraavalla tavalla: Perhe- ja ihmissuhde -kategoriaan kuului 21 merkitysyksikköä, Lääkehoidon psykologiseen merkitykseen kuului 92 merkitysyksikköä, Lääkehoidon biologiseen merkitykseen kuului 65 merkitysyksikköä, Käsitukseen itsestä ja suhteesta sairauteen kuului 157 merkitysyksikköä, Terapian merkitykseen kuului 28 merkitysyksikköä ja Suhtautuminen elämään -kategoriaan 37 merkitysyksikköä.

### **3.3. Ydinkategorian muodostaminen**

Kategorioiden nimet ovat analyysin edetessä tarkentuneet. Nimet olivat aluksi kuvaavia ja aineistoa lähellä olevia, mutta olen yrittänyt analyysin edetessä muodostaa niistä teoreettisempia ja laajempia. Rennie ym. (1988) toteavat, että tutkijan tulee tulkita aineistoaan ja rakentaa kategorioita, ei vain luoda kuvaavia kategorioita. Rakenteelliset kategoriat auttavat selittämään kuvailevia kategorioita, ja niiden välisiä suhteita. Jotkut kategoriat ovat tarkentuneet, kuten esimerkiksi kategoriasta nimeltä Suhde lääkkeeseen on analyysin edetessä muodostunut kaksi kategoriaa, jotka nimesin Lääkehoidon psykologinen merkitys ja Lääkehoidon biologinen merkitys.

Lopulta aineistosta nousi esille analyysin perusteella kuusi kategoriaa. Nämä kategoriat olivat siis 1) Lääkehoidon psykologinen merkitys, 2) Lääkehoidon biologinen merkitys, 3) Perhe ja ihmissuhteet, 4) Käsitys itsestä ja suhde sairauteen, 5) Terapian merkitys ja 6) Suhtautuminen elämään. Tarkastelen seuraavaksi näitä kategorioita ja niiden välisiä suhteita, sekä ydinkategorian muodostumista.



Vertailtaessa merkitysyksiköiden jakautumista eri kategorioihin, voidaan kategoria *Suhtautuminen elämään* yhdistää kategoriaan *Käsitys itsestä ja suhde sairauteen*. Kategoria *Suhtautuminen elämään* muodostui pääosin vain yhden ihmisen merkityksistä. Hän ei ollut tarvinnut neuroleptihoitoa, joten muiden puhuessa enemmän lääkeshoidosta, hän puhui sen sijaan siitä, miksi ei ollut tarvinnut lääkeshoitoa ja tämä kiteytyi hänen tapaansa suhtautua elämään. Itse asiassa hän puhui itsestään ja suhteestaan sairauteen, mikä oli hyvin erilainen kuin muilla tutkimushenkilöillä. Näistä muodostui siis kategoria *Käsitys itsestä ja suhde sairauteen*.

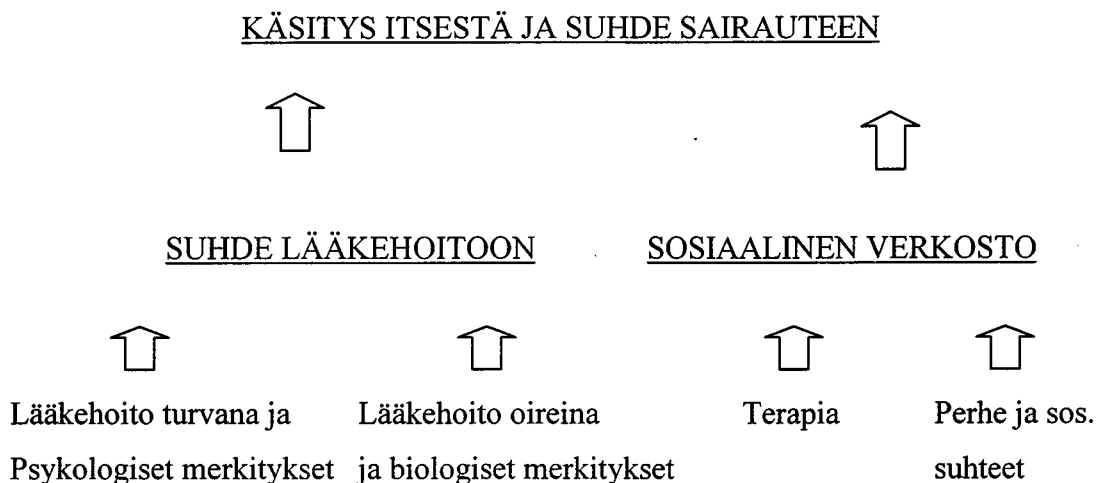
Kategoriat *Lääkehoito psykologisina ja biologisina merkityksinä*, voidaan myös ymmärtää tavalla, jossa lääkehoito nähdään joko turvaa tuottavana asiana eli psykologisena tai oireisiin keskittyvänä näkemyksenä eli biologisena. Kategoriat voidaan yhdistää ja palata analyysissä taaksepäin ja puhua *Suhteesta lääkkeeseen* tai lääkehoitoon. Kategorioista *Lääkehoidon psykologinen merkitys* ja *Lääkehoidon biologinen merkitys* voidaan muodostaa yksi kategoria *Suhde lääkehoitoon*.

Kategoriat *Perhe ja ihmissuhteet* ja *Terapian merkitys* kuvaavat sairastumisen ja lääkehoidon sosiaalista ulottuvuutta. Nämä kategoriat voidaan yhdistää kategoriaksi *Sosiaalinen verkosto*.

Analyysin tässä vaiheessa lääkehoidon saamia merkityksiä voidaan kuvata kahden ulottuvuuden tai jatkumon avulla. Yksilöllinen ulottuvuus ----- sosiaalinen ulottuvuus. Yksilöllinen ulottuvuus pitää sisällään itsensä, sairauden ja lääkehoidon hallinnan ja sosiaalinen ulottuvuus kuvaa perheen, terapian ja ystävien merkitystä suhteessa sairauteen ja lääkehoitoon.

Laajin kaikista kategorioista on merkitysyksiköillä laskettaessa *Käsitys itsestä ja suhde sairauteen*. Kategoria tuntuu myös kattavan asiasisällöllisesti suurimman osan muista kategorioista. Ja se pitää sisällään sekä yksilöllisen että sosiaalisen ulottuvuuden.

Muodostuneet kategoriat voidaan kuvata seuraavasti:



Ydinkategoriaksi muodostui Käsitys itsestä ja suhde sairauteen. Tutkimuksen tutkimusongelmanahan oli, millaisia merkityksiä lääkehoidolle antavat: a) neuroleptejä saaneet, b) niitä edelleen käyttävät ja c) henkilöt, jotka eivät ole käyttäneet neuroleptejä. Pohdittaessa analyysin tuottamia tuloksia näihin tutkimuskysymyksiin, merkityksistä kuvastuu sekä yksilöllinen ja sosiaalinen näkökulma että se miten käsitys itsestä ja suhde sairauteen vaikuttavat annettuihin merkityksiin.

Kuvaavia merkitysyksiköitä edelleen neuroleptejä tutkimushetkellä käyttäneellä tutkittavalla olivat esimerkiksi seuraavat:

*3.A Lääkitys aloitettu mielenterveysongelmien vuoksi, psykoosin.*

*65.A Äiti huolehti, kun hän sairastui pois.*

*41.A Alkuun kieltäytyi lääkkeistä.*

*112.A Nykyään myönteinen suhtautuminen lääkehoitoon, vaikka aikaisemmin kielteinen.*

*30.A Lääkkeitten ottaminen arkipäivää, kuten syöminen tai kaupassakäynti.*

*32.A Sairaus ja lääkkeet vaikuttaneet niin, että ei ole mukana työelämässä.*

*36.A Tuntee itsensä sairaaksi.*

*57.A Lääkehoidossa vaikeinta on ollut sopeutua niihin, sillä aluksi tuntui, että mistään ei ole apua.*

*77.A Lääkehoidon hyöty on ollut se, että on voimut olla kotona.*

*97.A Lääkkeet turva ja välttämättömyys.*

Neuroleptejä aikaisemmin käyttäneellä kuvaavia merkitysyksiköitä olivat seuraavat:

*88.B Lääkkeet helpottivat oloa, oliko se sitten masennusta, ahdistusta tai jotain.*

*79.B Tilanne oli vaikea.*

*83.B Siinä tilanteessa hän oli jotenkin loppu.*

*4.B Lääkkeet väliaikaisia ja toivat helpotusta.*

*22.B Lääkkeiden poisjäänti lisäsi pärjäämisen tunnetta.*

*23.B Ajatteli alusta asti, että yrittää pikkuhiljaa lopettaa lääkkeiden käytön.*

*31.B Vaikeinta on ollut hyväksyä, että käyttää lääkkeitä*

*44.B Ei halua olla riippuvainen lääkkeistä.*

*53.B Lääkehoidon aloitus myönteinen kokemus.*

*84.B Lasten takia täytyi selvitä ja mennä eteenpäin.*

Neuroleptittä hoidetulla kuvaavia merkitysyksiköitä olivat seuraavat:

*24.C Sairaus ei haitannut silloista elämää, joten ei tarvinnut neuroleptejä.*

*23.C Eli silloin vain erilaista elämää.*

*28.C Elämä ei ole harmaata mössöä.*

*39.C Aina tapahtuu jotakin, asiat vaikuttavat toisiinsa.*

*40.C Uskoo energian häviämättömyyteen.*

*41.C Elää tätä päivää.*

*42.C Ei suunnittele pitkälle.*

*3.C Välillä vain lojuu ja lukee, kun on selkeä ja tyyni tilanne.*

*4.C Vastapainona tekee hirveästi.*

*93.C Ei ole tarvinnut lääkkeitä, koska ei ole halunnut käyttää niitä.*

Kaikki edellä esimerkkinä olleet merkitysyksiköt ovat kategoriasta Käsitys itsestä ja suhde sairauteen. Lääkehoidon saamat merkitykset siis limittyvät niiden merkitysten kanssa, joita tutkittavat antoivat omalle sairautelleen ja käsityksilleen elämästä ja sen hallittavuudesta.

Lääkehoitoa tutkimushetkellä edelleen käytävällä tutkittavalla lääkehoito saa kokonaisvaltaisen ja elämää hallitsevan merkityksen. Korostaen voisi sanoa, että sairaus hallitsee koko hänen elämänsä. Hänen lääkehoidolle antamansa merkitykset ovat ego-syntoonisia. Ego-syntooninen on olennainen osa itseä (Tähkä, 1972). Ego-syntooninen kuvaa arvoja, tunteita ja ajatuksia, jotka ovat yhtenäisiä minän kanssa, ja ne ovat todellisia ja tietoisesti hyväksyttäviä. Lääkkeet ovat kyseiselle tutkittavalle turva ja

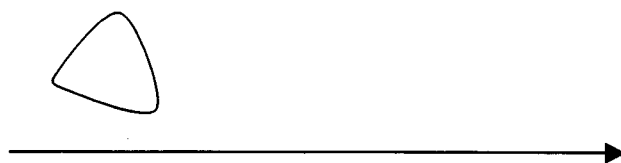
välttämättömyys. Sairaus ja sairastuminen ovat hänelle psykoosi ja mielenterveysongelma. Omien sanojensa mukaan hän sairastui pois. Seuraava kaavio havainnollistaa asiaa. Kaaviossa nuoli kuvastaa elämää ja ovaali kuvasta sairautta ja lääkehoitoa.



Tutkittavalla, joka ei enää tutkimushetkellä käyttänyt lääkehoitoa, lääkehoito ja sairaus saavat erillisen, episodimaisen merkityksen. Tutkittava on toimija, ja hän on toimijana suhteessa lääkehoitoon ja sairauteen. Lääkehoito on jotain, minkä hän on kyennyt jättämään taakseen. Lääkkeet olivat väliaikaisia ja toivat helpotusta. Sairaus oli hänelle ahdistusta, pahaa oloa ja vaikea tilanne. Kaavio kuvastaa tilannetta. Lääkehoito on sairauteen liittyvä ja menneisyyteen kuuluva, mutta se on ollut osa hänen elämänsä.



Tutkittavalla, joka ei ollut koskaan käyttänyt lääkehoitoa eli neuroleptejä, lääkehoidon saamat merkitykset tai lääkehoidon tarvitsemattomuuden merkitykset kuvastavat tunteisiin, näkemyksiin ja elämäntapoihin liittyviä merkityksiä. Ne eivät kuvasta tietoista toimintaa tai tapahtumia. Elämä on hänelle tunteita ja asioita tapahtuu. Sairastuessaan hän eli erilaista elämää ja elämässä tapahtuu hänen mukaansa monenlaista. Hänen elämässään asiat vaikuttavat toisiinsa. Neuroleptejä hän ei tarvinnut, koska ei halunnut käyttää niitä. Pahaa oloaan hän purki tekemällä, mutta tekeminen ei ollut tietoista. Kaaviosta nähdään, että sairaus on jotain irrallista ja määrittelemätöntä, ei tarkkarajaista ja selkeästi tavoitettavaa.



## 4. POHDINTA

Tutkimuksessa tutkimusongelmana oli, millaisia merkityksiä antavat lääkehoidolle sellaiset henkilöt, jotka 1) ovat saaneet neuroleptejä, 2) eivät ole saaneet neuroleptejä ja 3) saavat / käyttävät edelleen neuroleptejä. Tuloksena voidaan todeta, että käsitys itsestä ja suhde sairauteen vaikuttavat annettuihin merkityksiin eli lääkehoidon saamat merkitykset mukailevat niitä merkityksiä, joita tutkittavat antoivat sairaudelle, käsityksille elämästä ja sen hallittavuudesta. Lääkehoidon saamiin merkityksiin vaikuttivat tunteet, tulkinnat ja toiminta. Ja kuten Strauss (1988) asian ilmaisee, skitsofreniaa sairastavan tunteet, tulkinnat ja toiminta vaikuttavat sairauden eri vaiheisiin ja edistymiseen.

Skitsofreniaa voidaan pitää minä olen -sairautena eli sairaus voi muuttaa ja vallata koko henkilön identiteetin (Estroff, 1989). Tutkimustuloksia voidaan tarkastella myös ajan jatkumolla. Kuten Estroff (1989) huomauttaa, tulisi skitsofrenian osalta pohtia kysymyksiä: kuka ja mitä oli ennen sairautta sekä, kuka ja mikä kestää läpi sairauden ja, mitä jää jäljelle. Ja lisäksi voi pohtia, onko aikaa skitsofrenian jälkeen. Vastaukset näihin kysymyksiin vaikuttivat tässä tutkimuksessa myös lääkehoidon saamiin merkityksiin, ja ne olivat näkökulmina käsitykseen itsestä ja suhteesta sairauteen. Neuroleptihoitoa edelleen tutkimushetkellä käytävällä tutkittavalla sairaus oli vallannut koko henkilön identiteetin. Henkilöllä, joka ei ollut tarvinnut neuroleptihoitoa elämä oli vaihtelevaa, ja skitsofrenian yli tai läpi ei ollut tarvinnut mennä. Tutkittavalle, joka oli pystynyt jättämään neuroleptit sairaus oli menneisyyteen kuuluva, ja hän oli selvinnyt läpi sairauden. Hänelle oli olemassa myös aika skitsofrenian jälkeen.

Carr (1988) teki 200:lle avohoitopotilaalle kyselytutkimuksen, jossa hänen tarkoituksenaan oli tutkia, kuinka skitsofreniaan sairastuneet tulivat toimeen erilaisten sairaudesta johtuvien oireiden kanssa. Tutkimuksessa löydettiin viisi ryhmää kognitiivisia tekniikoita tai menetelmiä.

Ensimmäisenä tekniikkana oli käyttäytymisen kontrolli, joka kattoi suurimman osan selviytymistekniikoista (Carr, 1998). Käyttäytymisen kontrolli määriteltiin muutokseksi ei-sosiaalisessa käyttäytymisessä, joka ei ollut suuntautunut lääkinnälliseen hoitoon ja ei ilmaantunut itsestään. Käyttäytymisen kontrolli jakautui ajatusten muualle suuntaavaan

asiaan, fyysikaaliseen muutokseen, tarpeiden/halujen tyydyttämiseen, tehtävien tekemiseen ja ei-spesifisiin tekemisiin. Toisena tekniikkana oli sosialisatio, joka määriteltiin muutokseksi käyttäytymisessä, jonka välitön tarkoitus oli lisätä interpersoonallista kommunikaatioita. Kolmas tekniikka oli kognitiivinen kontrolli, joka määriteltiin valikoivaksi muutokseksi huomiossa tiettyihin ajatuksiin ja havaintoihin. Kognitiivinen kontrolli jakautui tukahduttamiseen, huomion suuntaamiseen ja ongelman ratkaisuun. Neljäntenä tekniikkana oli lääkinnällinen hoitaminen. Viidentenä tekniikkana oli oireiden mukainen käyttäytyminen.

Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että skitsofreniaa sairastava ei ole sairautensa passiivinen uhri, vaan hänellä on aktiivinen rooli suhteessa sairauteensa ja sen hallintaan ja hoitoon (Carr, 1998). Tässä tutkimuksessa tulokset olivat samankaltaisia. Tutkittavilla oli eriasteista pyrkimystä hallita ja hoitaa sairauttaan, ja tämä välittyi lääkehoidon saamiin merkityksiin. Tutkittava, joka parhaiten pystyi olemaan toimijana suhteessa sairauteensa, saattoi jättää lääkkeet ja toimia lääkehoidon suhteen aktiivisena toimijana. Tutkittavat kertoivat samanlaisista tavoista selviytyä lääkehoidon kanssa, kuin Carrin (1988) tutkimuksessa, kuten perheeltä saatu tuki, ajatusten muualle suuntaaminen, fyysinen tekeminen ja oireiden tukahduttaminen. Myös päihteitä oli joskus käytetty oireiden tukahduttamiseen.

McNally & Goldberg (1997) tutkivat, kuinka skitsofreniaan sairastuneet selviytyvät psykoottisista kokemuksista eli, millaisia selviytymisstrategioita he kehittävät psykooseja hillitäkseen tai hoitaakseen. He analysoivat tulokset grounded theoryn mukaisesti. Koko tutkimuksessa kategorioita löytyi 66, joista 19 liittyi selviytymisstrategioihin ja yhdeksän liittyi siihen, kuinka tutkittavat selviytyivät äänten kanssa. Tässä tutkimuksessa yksi tutkittava kertoi äänistä ja siitä, kuinka kauheaa on, jos niiden kanssa alkaa keskustella. Hänen tapansa suhtautua ääniin oli erilainen kuin McNallyn ja Goldbergin tutkimuksessa, jossa tutkittavat esimerkiksi järkeilivät, olivat objektiivisia, korvasivat, vaihtoivat asennetta ja käyttivät huumoria tai tahdonvoimaa suhteessa ääniin. Tämän tutkimuksen tutkittava odotti kärsivällisesti aamuun, jotta voisi ottaa lääkkeet ja äänet häviäisivät. Hän turvautui voimakkaammin lääkkeisiin, kuin itseensä. Hänellä oli kielteinen suhtautuminen ääniin, toisin kuin useimmilla McNallyn ja Goldbergin tutkimuksessa olleilla.

Strauss (1989) tarkastelee skitsofreniaan sairastunutta aktiivisena ja sairautensa vaikuttavana ei passiivisena sairauden uhrina. Henkilö ja sairaus eivät ole sama asia,

vaan niitä tulee hänen mukaansa tarkastella erillisinä. Tämä tarjoaa näkökulmaa tarkastella sairautta, ja sen kehitystä eri tavalla kuin perinteisessä psykiatriassa. Skitsofreniaan sairastunut on määrätietoinen/tavoitteellinen suhteessa sairauteensa, hänen tunteensa sairautta kohtaan ja sairauden kulku vaikuttavat sairauden kehittymiseen. Sairastunut myös vaikuttaa sairauteensa säätelymekanismeihin eli henkilö ja sairaus ovat vuorovaikutuksessa toisiinsa.

Tarkasteltaessa tällä tavalla tämän tutkimuksen tuloksia, jokaisella tutkittavalla nousee esille jonkinlaista pyrkimystä hallita ja vaikuttaa sairauteensa sekä lääkehoitoon. Tutkimushetkellä neuroleptejä käyttävällä tutkittavalla hallinta ja tavoitteellisuus keskittyivät lääkehoidon ja sairauden sisällä tapahtuvaan säätelyyn. Hän pyrki venyttämään lääkkeenottoaikoja, vaikka välillä se oli vaikeaa oireiden vuoksi. Tutkittava, joka ei enää tutkimushetkellä käyttänyt neuroleptejä oli pystynyt jättämään neuroleptit, koska hänellä oli aktiivista ja tietoista halua lopettaa neuroleptien käyttö. Hänelle oli alusta asti ollut selvää, että lääkehoito olisi väliaikaista. Neuroleptilla hoidetulla oli pyrkimystä toiminnan ja tekemisen avulla helpottaa pahaa oloaan. Hän purki pahan olonsa tekemällä töitä, korjaamalla moottoripyörää tai treenaamalla. Hänen mukaansa tekeminen ei kuitenkaan ollut tietoista, vaan alitajuisia.

Tutkimuksessa aineistona oli kolme haastattelua suunnitellun kahdeksan sijaan, koska viisi tutkimushenkilöä kieltäytyi tutkimuksesta. Tutkimuksen edetessä on joutunut pohtimaan, onko aineisto riittävä tutkimusta ja grounded theory -analyysia varten. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei kuitenkaan ole yleistäminen tilastollisessa mielessä, vaan kuvaaminen, ymmärtäminen ja tulkitseminen. Ja koska tutkittavat edustivat erilaisia neuroleptihoidon muotoja, ajattelin, saavani riittävän kattavan kuvan lääkehoidosta.

Grounded theoryä ajatellen aineiston koko oli hallittavissa ja käsiteltävissä kokemattomallekin. Laadullinen analyysi vaatii paljon tutkijaltaan. Kokemus ja teoreettinen tieto helpottavat analyysia ja auttavat erottamaan olennaiset asiat, vaikka analyysin tulee perustua nimenomaan tutkittavaan aineistoon. Tässä tutkimuksessa tarkoituksena on ollut tuoda esille yksi näkökulma ja yksi tapa tarkastella lääkehoitoa. Toinen tutkija olisi voinut tuoda esille erilaisen näkökulman. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiviteetti, ja tutkija on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline (Eskola & Suoranta, 1998). Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella sillä, kuinka vakuuttavasti tutkija pystyy tuomaan esille analyysin eri

vaiheet ja tulosten pohjautumisen aineistoon eli siihen kuinka luotettava tutkimusprosessi on.

Suomessa yksi yleisemmistä tavoista kerätä laadullista aineistoa on haastattelu (Eskola & Suoranta, 1998). Haastattelu voidaan määritellä keskusteluksi, joka tapahtuu tutkijan aloitteesta, on hänen johdattelemaansa ja vuorovaikutuksellista; tarkoituksena selvittää mitä tutkittavalla on mielessä. Tutkimuksen kaikki kolme haastattelutilannetta olivat hyvin erilaisia. Eräs tutkittava puhui hyvin avoimesti kokemuksistaan sekä tunteistaan. Toisen kanssa luottamuksen saaminen tuotti vaikeuksia niin, että tutkittava olisi voinut kertoa hyvin henkilökohtaisista tunteistaan. Keskustelu keskittyi enemmän toimintaan ja tapahtumiin. Kolmannen tutkittavan kanssa oli vaikeutta löytää yhteistä kieltä ja tapaa ilmaista asioita, eli yhteistä ymmärrystä.

Haastatteluissa kuitenkin ilmeni, että joihinkin kysymyksiin ei osattu antaa vastauksia, koska tutkittavat eivät enää muistaneet niihin liittyviä asioita. Vaikeuksia tuottivat esimerkiksi seuraavat kysymykset: Miltä ensimmäisen tabletin ottaminen tuntui, mitä sinä silloin ajattelit ja, kun mietit näitä tunteita ja ajatuksia, mikä kokemus on tuntunut samalta.

Voi myös pohtia, olisivatko tutkittavien merkitykset muuttuneet, jos tutkimusajankohta olisi ollut eri. Lisäksi, olisiko tutkittava, joka ei enää tutkimushetkellä käyttänyt neuroleptejä tuottanut erilaisia merkityksiä, jos hän olisi tutkimushetkellä käyttänyt neuroleptejä. Toisaalta, jos tutkimushetkellä neuroleptejä käyttänyt ei olisi käyttänyt niitä enää tutkimushetkellä, olisivat hänenkin merkityksensä voineet muuttua. Eri ajankohtana olisi voinut tulla eri merkityksiä, mutta tässä ajassa ja hetkessä tulivat esiin nämä merkitykset Niiden luotettavuutta lisää se, että ne ovat useassa suhteessa johdonmukaisia muiden tutkimusten kanssa.

Merkitykset ovat osaksi kontekstisidonnaisia ja osaltaan ne syntyvät vuorovaikutustilanteissa (Lehtonen, 1996). Merkitykset ovat luonteeltaan myös prosessuaalisia. Merkitysten muodostumista voi etsiä tekstien, kontekstien ja lukijoiden suhteista. Näistä esimerkkejä ovat ajankohdan trendit, kirjoittajan sitoumukset, käytettävissä oleva kieli ja tekstin tarkoitettu yleisö. Merkitykset ovat siis historiallisia eli aikaan ja paikkaan sidottuja ja niissä muuttuvia. Merkitykset ovat myös sosiaalisia, eli ihmisten välisiä. Nämä tekijät vaikuttivat tässäkin tutkimuksessa saatuihin merkityksiin.



Tutkimuksen tarkoituksena ei ole ollut välittää sellaista kuvaa, että henkilöt, jotka vain haluavat tarpeeksi, voivat jättää lääkkeet ja parantua. Skitsofreniaan sairautena vaikuttavat hyvin monet tekijät. Tarkasteltaessa ihmistä biologisena, psykologisena ja sosiaalisena olentona nämä kaikki tekijät vaikuttavat toinen toisiinsa. Tutkimuksen tarkoituksena on ollut tuoda esille biologisen lääkehoidon myös psykologinen ja sosiaalinen puoli, sekä tuoda esille näkemystä skitsofreniaan sairastuneen omasta aktiivisesta osuudesta sairauteensa ja lääkehoitoon. Leete (1989) toteaa sairastaneensa skitsofreniaa 25 vuotta ja, että olennaista hänen parantumiselleen on ollut se, että hän on ottanut vastuun elämästään ja kehittänyt selviytymiskeinoja.

Akuuttia skitsofreniaa hoidettaessa lääkehoito aloitetaan usein rutiininomaisesti heti hoidon varhaisvaiheessa. Tämä tutkimus on kuitenkin antanut viitteitä siitä, että silloinkin, kun lääkehoito on aloitettava, niin potilaan kokemuksissa tämä ilmiö jäsentymisen tapa vaikuttaa siihen, miten potilas pystyy toimimaan ja olemaan aktiivinen suhteessa sairauteensa.

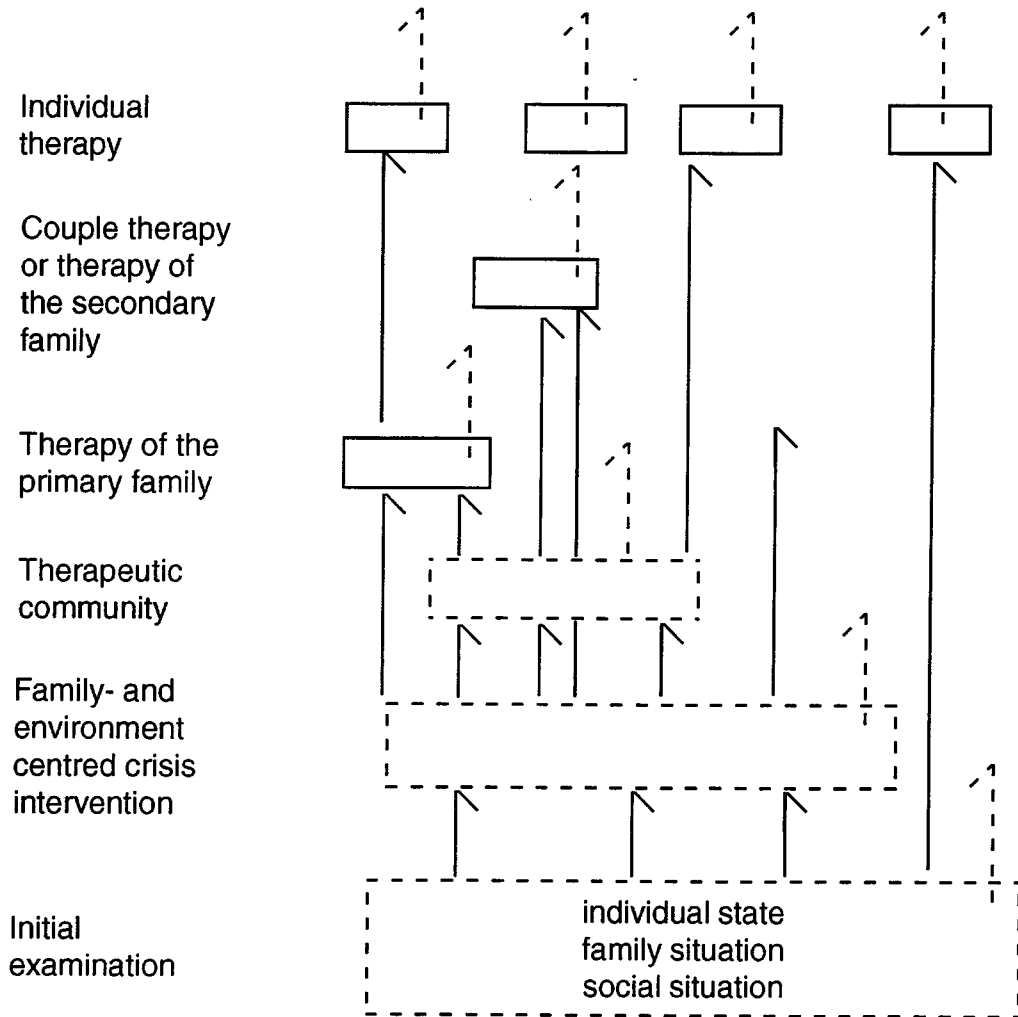
## LÄHTEET

- Alanen, Y. O. (1990). Need-adapted treatment of schizophrenia and other psychoses: notes on the theoretical background and practical accomplishment. *Psychiatria Fennica*, 21, 31 – 43.
- Alanen, Y. O. (1993). *Skitsofrenia: syyt ja tarpeenmukainen hoito*. (1. painos). Juva: WSOY.
- Alanen, Y. O., Anttinen, E. E., Kokkola, A., Lehtinen, K., Ojanen, M., Pylkkänen, K. & Rökköläinen, V. (1990). Treatment and rehabilitation of schizophrenic psychoses. The finnish treatment model. *Nordic Journal of Psychiatry*, 44, (suppl. 22), 7 – 51.
- Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rökköläinen, V., & Aaltonen, J. (1991). Need-adated treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 363 – 372.
- Carr, V. (1988) Patients' techniques for coping with schizophrenia: An exploratory study. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 339 – 352.
- Ciampi, L. (1988) *The psyche and schizophrenia: The bond between Affect and Logic*. (1. painos). Cambridge, Mass; Harvard University Press.
- Ciampi, L. (1994). Affect logic: an integrative model of the psyche and it's relations to schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164, (suppl. 23), 51 – 55.
- Cullberg, J. (1993). A three-dimensional aetiologic view of the schizophrenias. II. Hypothetical clinical consequences. *Nordic Journal of Psychiatry*, 47, 421 – 424.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. (1. painos). Jyväskylä: Gummerus.
- Estroff, S. E. (1989). Self, identity and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 189 – 196.
- Fleischhacker, W. W., & Hummer, M. (1997). Drug treatment of schizophrenia in the 1990's. Achievements and future possibilities in optimising outcomes. *Drugs*, 53, (6), 915 – 929.
- Hietala, J. (1997). Aivojen kuvantamislöydökset skitsofreniassa. *Duodecim*, 113, 2607 – 2615.

- Honkonen, T. (1997). Psykoterapeuttisten menetelmien asema skitsofrenian hoidossa. *Duodecim*, 113, 2625 – 2630.
- Huttunen, M. O. (1997). Skitsofrenia sikiökautisena keskushermoston kehityshäiriönä. *Duodecim*, 113, 2593 – 2594.
- Isohanni, M., Hartikainen A-L., Moring, J., Partanen, U., Rantakallio, P., Sipilä, P., Syvälahti, E., & Tienari, P. (1995). Mitä tiedetään skitsofrenian syistä ja taustasta ?. *Duodecim*, 111, 1745 – 1752.
- Kaprio, J., & Lönnqvist, J. (1997). Onko skitsofrenia perinnöllinen sairaus?. *Duodecim*, 133, 2617 – 2622.
- Koponen, H. (1997). Skitsofrenian lääkehoidon muuttuva käytäntö. *Duodecim*, 113, 2617 – 2622.
- Lauerma, H. (1997). Skitsofrenian neuropsykologiaa. *Duodecim*, 113, 2599 – 2606.
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 197 – 200.
- Lehtinen, K. (1993). Need-adapted treatment of schizophrenia: a five-year follow-up study from the Turku project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 96 – 101.
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Räcköläinen, V., Syvälahti, E., & Vuorio, K. (1996). Integrated treatment model for first-contact patients with a schizophrenia-type psychosis: The Finnish API project. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50, 281 – 287.
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Räcköläinen, V., & Syvälahti, E. (2000). Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15, 312 – 320.
- Lehtonen, M. (1996). Merkitysten maailma: kulttuurisen tekstintutkimuksen lähtökohtia. (1. painos). Tampere: Vastapaino.
- National Board of Health (1988). Skitsofreniaprojekti 1981 – 1987: Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuunnitelman loppuraportti. *Handbooks, National Board of Health in Finland*, 4.
- McNally, S. E., & Goldberg, J. O. (1997). Natural cognitive coping strategies in schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 159 – 167.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962) Brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10, 799 – 812.

- Pandit, N. R. (1996). The creation of theory: A recent application of the grounded theory method. *The Qualitative report*, 2 (4).
- Portin, P., & Alanen, Y. O. (1997a). A critical review of genetic studies of schizophrenia. I. Epidemiological and brain studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 1 – 5.
- Portin, P., & Alanen, Y. O. (1997b). A critical review of genetic studies of schizophrenia. II. Molecular genetic studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 73 – 80.
- Rapaport, M., Hopkin, H. K., Hall, K., Belleza, T., & Silverman, J. (1978). Are the schizophrenics for whom drugs may be unnecessary or contraindicated? *International Pharmacopsychiatry*, 13, 100 – 111.
- Rennie, D. L., Phillips, J. R. & Quartaro, G. K. (1988). Grounded theory: a promising approach to conceptualization in psychology? *Canadian Psychology*, 29, (2), 139 – 150.
- Räsänen, S., Läksy, K., Moring, J., & Isohanni, M. (1997). Missä iässä skitsofrenia alkaa?. *Duodecim*, 113, 2595 – 2597.
- Strauss, A. (1994). *Qualitative analysis for social scientists*. (9. painos). Cambridge: University press.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. (1. painos). Newbury Park: Sage.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology: An Overview. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 273 – 285). (1. painos). Thousand Oaks: Sage.
- Strauss, J. S. (1989). Subjective experiences of schizophrenia: Toward a new dynamic psychiatry- II. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 179 – 187.
- Syvälähti, E. K. G. (1994). Biological Factors in Schizophrenia. Structural and Functional Aspects. *British Journal of Psychiatry*, 164, (suppl. 23), 9 – 14.
- Tähkä, V. (1972). *Psykoterapian perusteet*. (2. painos). Porvoo: WSOY.
- Vuorio, K. A., Rökköläinen, V., Syvälahti, E., Hietala, J., Aaltonen, J., Katajamäki, J., & Lehtinen, V. (1993). Akuutin psykoosin integroitu hoito I: Alustavia havaintoja skitsofreniaryhmän psykoosien hoidosta ilman neuroleptilääkitystä Kupittaa sairaalassa 1989 – 92. *Suomen Lääkärilehti*, 48, (6), 466 – 471.
- Yin, R. K. (1994). *Case study research: desing and methods*. (2. painos). Newbury Park, CA: Sage.

**LIITE 1. Kaavio terapioiden yhteensovittamisesta**



Direction of the arrows refers to a change of the mode of treatment

Broken arrows denote transfer out of treatment

**LIITE 2. Haastattelukysymykset**

# Milloin sinulla on lääkehoito aloitettu ?

# Kuinka pitkään olet käyttänyt lääkkeitä ?

# Minkä takia lääkitys aloitettiin ?

# Miten koit lääkityksen aloittamisen ?

# Mitä sinä ajattelet tablettien ottamisesta ?

# Miltä ensimmäisen tabletin ottaminen tuntui ?

# Mitä sinä silloin ajattelit ?

# Kun mietit näitä tunteita ja ajatuksia, mikä kokemus on tuntunut samalta ? (elämäsi kokemus, missä yhteydessä tuntui samalta)

# Millaisia tunteita sinulla on lääkehoitoa kohtaan ?

# Miten lääkehoito on vaikuttanut elämääsi ja arkipäivään ?

# Miten lääkehoito on vaikuttanut esimerkiksi

- työelämään
- ihmisten väliseen kanssakäymiseen
- perheen välisiin suhteisiin ?

# Millaisia kokemuksia sinulla on lääkehoidosta ?

# Miten koet lääkehoidon ja muun hoidon yhteensopivuuden ?

# Onko lääkehoito tukenut tai haitannut muita hoitoja ?

# Milloin otit viimeksi lääkkeen ?

# Missä sinä silloin olit ? Oliko aamu vai ilta ?

# Kun viimeksi otit lääkkeen miltä se tuntui ? Mitä ajattelit?

# Kun ajattelet näitä tunteita ja ajatuksia, mikä kokemus on tuntunut samalta ? (elämäsi kokemus, missä yhteydessä tuntui samalta)

# Entä viimeksi, kun et ottanut lääkettä mitä ajatteli, miksi et ottanut ?

# Entä nämä ajatukset ja tunteet, mihin aikaisempaan kokemukseen vertaisit niitä ?

# Mikä lääkehoidossa on ollut vaikeinta sinulle ?

# Mitkä ovat mielestäsi olleet lääkehoidon hyödyt ?

# Miltä lääkkeiden ottaminen tuntuu ?

# Mihin syihin otat lääkkeitä ?

# Onko vielä asioita, joita en ole huomannut kysyä ja haluaisit puhua niistä?

Lisäkysymyksiä:

Millainen tilanne oli, kun ensimmäisen kerran sait lääkettä? Millainen tilanne oli missä lääkehoidosta sovittiin? Miten kanssasi on keskusteltu lääkehoidosta ? Oletko voinut vaikuttaa tarpeeksi ? Miten lääkehoito on vaikuttanut sinuun ?

### **LIITE 3. Ilman neuroleptejä hoidettujen haastattelu**

Lähtökohtana on etsiä jokin tilanne tai tapahtuma, joka toimii potilaalle vaikeissa tilanteissa auttajana. Haastattelun alussa etsitään jokin konkreettinen ja tarkkarajainen asia, joka nimetään auttajaksi. Tätä käsitellään kuten lääkettä. Potilaalle tulee selvitä, että kyseessä ei ole puute ja että hänessä on jotain erityistä, koska hän ei ole tarvinnut lääkehoitoa ja tästä ollaan kiinnostuttu. Etsitään siis potilaalla ollut keskeinen ajatus, käytös tai konkreettinen asia, joka on auttanut ahdistusta ja paha oloa. Jos heillä ei ole sitä tiedossa, yritetään se selvittää haastattelun aluksi ja käsitellään sitä sitten.