

HOITOTYÖN AMMATTIOSAAMINEN JA KEHITTÄMINEN IKÄÄNTYNEIDEN
MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖSSÄ TEHOSTETUSSA PALVELUASUMI-
SESSA

Saija Saharinen &

Viivi Urpilainen

Opinnäytetyö, kevät 2015

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Pieksämäen toimipiste

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Saharinen, Saija & Urpilainen, Viivi. Hoitotyön ammattiosaaminen ja kehittäminen ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdetyössä tehostetussa palveluasumisessa. Pieksämäki, kevät 2015, 73 sivua, 3 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Pieksämäen toimipiste. Terveysalan koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää millainen on hoitotyön ammattilaisten ammattiosaaminen ja lisätiedon tarve ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyöstä. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää hoitotyön ammattilaisten ammattiosaamisen vahvuudet ja laatia ehdotus lisäkoulutuksesta liittyen ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyöhön. Tutkimuksemme toimeksiantajana toimivat Jyväskylän kaupungin vanhus- ja vammaispalvelujen Kyllikinkadun palvelukeskus ja yhteistyötahona Jyväskylän kaupungin varahenkilöyksikkö.

Käytimme tutkimukssamme kahta tutkimusmenetelmää: kvantitatiivista eli määrällistä ja kvalitatiivista eli laadullista. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka sisälsi strukturoituja kysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä. Kyselyyn vastasi 57 hoitotyön ammattilaista.

Tutkimustuloksissa ilmeni, että hoitotyön ammattilaisten ammattiosaamisen vahvuudet oli tunnistaa ikääntyneiden yleisimpiä mielenterveysongelmien oireita, lääke- ja alkoholi-riippuvuuksia sekä kuntouttavan työotteen ja asiakkaan sosiaalisten suhteiden luomisen ja ylläpitämisen menetelmiä. Tutkimustulokset osoittivat, että ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyössä lisäkoulutusta tarvitaan lääkehoidon eettiseen ja lainsäädännölliseen toteuttamiseen, psyykenlääkkeiden haitta- ja sivuvaikutuksiin, väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn sekä mittarit ja kyselyt toimintakyvyn tunnistamisen apuvälineisiin.

Avainsanat: Ikääntynyt, mielenterveysongelma, päihde, ammattiosaaminen

ABSTRACT

Saharinen, Saija & Urpilainen, Viivi. The professional skills and the development of the care work for the elderly mental health and substance abuse patients in an intensified supported housing. Spring 2015, 73 pages, 3 attachments. Diaconia University of Applied Sciences, Pieksämäki. Degree Program in Health Care. Degree: Bachelor of Health Care.

The aim of this thesis was to examine the quality of the professional skills among nursing professionals and the need for further education for the nursing professionals taking care of the elderly mental health and substance abuse patients. The goal of this study was to discover the strengths of the care work by the current health care personnel and prepare a proposal for further education for the nursing professionals of elderly mental health and substance abuse patients. The study was conducted in cooperation with both the units of elderly and disabled services and the deputy unit of the City of Jyväskylä.

In our study, we used two research methods: quantitative and qualitative. The research data was collected by using a questionnaire containing structured questions and open-ended questions. We received responses from 57 nursing professionals.

The survey revealed that the strengths of the current health care personnel were the skills to identify the most common symptoms of the elderly with mental health problems and drug and alcohol addictions as well as to identify the approaches used in rehabilitation as well as in building and maintenance of the social relationships of the elderly patients.

Based on the results, further education and more knowledge is needed on the ethical and legislative execution of medicinal care, the adverse side effects of psychotic drugs, and in the prevention and recognition of violent behavior as well as on the use of measuring devices and questionnaires as tools to recognize and analyze the performance skills of the elderly mental health and substance abuse patients.

Key words: elderly, mental health problems, substance abuse, professional skills

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 IKÄÄNTYNEIDEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAIDEN YLEISIMMÄT MIELENTERVEYSONGELMAT	8
2.1 Depressio	8
2.2 Skitsofrenia.....	10
2.3 Ahdistuneisuushäiriö	11
2.4 Paniikkihäiriö	12
2.5 Kaksisuuntainen mielialahäiriö	12
3 IKÄÄNTYNEIDEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAIDEN PÄIHDEHÄIRIÖT JA RIIPPUVUUDET	13
4 IKÄÄNTYNEIDEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAIDEN LÄÄKEHOITO.....	16
4.1 Ikääntyminen ja lääkehoito	16
4.2 Ikääntyneiden mielenterveysasiakkaiden lääkehoito	17
4.3 Ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden lääkehoidon erityishuomioita	19
5 IKÄÄNTYNEIDEN MIELENTERVEYS -JA PÄIHDEASIAKKAIDEN KOHTAAMINEN.....	20
5.1 Ikääntyneen mielenterveys -ja päihdeasiakkaan kohtaamisen haasteena väkivalta - ja uhkatilanteet	21
5.1.1 Väkivallan ennusmerkit	22
5.1.2 Väkivalta – ja uhkatilanteiden erityishuomiot	23
5.2 Kuntouttava työote ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyössä.....	24
5.3 Sosiaalisten suhteiden luominen ja ylläpitäminen ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyössä	27
6 MITTARIT JA KYSELYT TOIMINTAKYVYN TUNNISTAMISEN APUVÄLINEINÄ.....	27

7 OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA JA YHTEISTYÖTAHOT.....	29
8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	30
9 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTON KERUU	31
9.1 Tutkimusympäristö ja tutkimuksen kohderyhmä	31
9.2 Tutkimusmenetelmä	32
9.3 Aineiston keruu	33
9.4 Aineiston analysointimenetelmät	34
10 TUTKIMUSTULOKSET	35
10.1 Taustatiedot	35
10.2 Yleisimmät mielenterveysongelmat	36
10.3 Riippuvuudet	37
10.4 Lääkehoito	37
10.5 Ikääntyneen mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisen haasteet	39
10.5.1 Väkivalta.....	39
10.5.2 Kuntouttava työote.....	40
10.5.3 Sosiaalisten suhteiden luominen ja ylläpitäminen	42
10.6 Mittarit ja kyselyt toimintakyvyn tunnistamisen apuvälineinä	43
10.7. Lisäkoulutuksen tarve.....	44
11 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	46
12 POHDINTA	48
LÄHTEET.....	55
LIITE 1	61
LIITE 2.....	72
LIITE 3 Aineiston pelkistysten ryhmittely ja luokittelu kuntouttavan työotteen ammattiosaamisesta.....	73

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme oli tutkimuspainotteinen työ, jonka tarkoituksena oli selvittää millainen on hoitotyön ammattilaisten ammattiosaaminen ja lisätiedon tarve ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyöstä. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää hoitotyön ammattilaisten ammattiosaamisten vahvuudet ja laatia ehdotus lisäkoulutuksesta liittyen ikääntyneiden mielenterveys ja päihdeasiakkaiden hoitotyöhön. Tutkimustulosten pohjalta laadimme lisäkoulutusehdotuksen. Tutkimustehtävät olivat: mitkä ovat hoitotyön ammattilaisten ammattiosaamisen vahvuudet ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdetyössä ja missä ammattiosaamisen aihealueissa hoitotyön ammattilaiset haluavat ja tarvitsevat kehitystä.

Tutkimusympäristönä toimi Jyväskylän kaupungin vanhus- ja vammaispalvelujen Kyläliikinkadun palvelukeskus ja yhteistyötahona saman organisaation varahenkilöyksikkö. Tutkimuksen mittarina käytimme kolmeosaista kyselylomaketta, joka koostui taustatiedot-, ammattiosaaminen- ja lisätiedon kartoitus- osuuksista. Käsittelimme opinnäytetyössämme ammattiosaamista aihealueittain: yleisimmät mielenterveysongelmat, päihteet ja riippuvuudet, lääkehoito, asiakkaan kohtaamisen haasteet ja mittarit ja kyselyt toimintakyvyn tunnistamisen apuvälineet.

Ikääntynyt on henkilö, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi, tai korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012.) Mielenterveysongelmat olimme rajanneet lähdekirjallisuuteen ja tutkimuksiin perusteella seuraaviin sairauksiin: masennus, skitsofrenia, ahdistuneisuus ja paniikkihäiriö sekä kaksisuuntainen mielialahäiriö. Tutkimuksessamme päihdeasiakkailta tarkoitettiin alkoholismia ja lääkeriippuvuutta sairastavia asiakkaita. Päihteillä tarkoitettiin alkoholia ja riippuvuutta aiheuttavia lääkkeitä kuten bentsodiatsepiineja ja voimakkaita kipulääkkeitä.

Tutkimus hyödynsi yksiköiden hoitotyön ammattilaisia sekä ikääntyneitä mielenterveys- ja päihdeasiakkaita, koska tutkimustulosten pohjalta oli mahdollista vahvistaa hoito-

työn ammattilaisten ammattiosaamista järjestämällä lisäkoulutusta. Tutkimuksen avulla voidaan kehittää hoitotyön ammattilaisten ammattitietoa ja -taitoa, hoitotyön laatua sekä hoitotyön ammattilaisten työssä jaksamista yksilön ja työyhteisön näkökulmista. Kyselyn avulla pystyimme tuomaan esille työyhteisön ammattiosaamisen vahvuuksia. Tutkimustulokset toimivat mainioina apuvälineinä, esimerkiksi uuden työntekijän perehdyttämisessä. Tutkimustuloksista julkaistiin loppuraportti, jossa käsitelimme hoitotyön ammattilaisten ammattiosaamista, lisätiedon tarvetta sekä mahdollista lisäkoulutusta.

Lisätiedon saaminen tukee työssä jaksamista sekä sairaanhoitajan toimimista vastuullisena tiedon välittäjänä työyhteisön ja eri tahojen välillä. Ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyö kehittyy ja paranee hoitotyön ammattilaisten lisätiedon saamisen yhteydessä. Opinnäytetyö vahvisti meidän, tulevaisuuden sairaanhoitajien, tietämystämme siitä, kuinka voimme tukea tulevaa työyhteisöämme ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyössä.

2 IKÄÄNTYNEIDEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAIDEN YLEISIMMÄT MIELENTERVEYSONGELMAT

Valitsimme opinnäytetyöhön lähdekirjallisuuden pohjalta viisi ikääntyneiden yleisintä mielenterveysongelmaa, jotka ovat depressio eli masennus, skitsofrenia, ahdistuneisuus- ja paniikkihäiriö sekä kaksisuuntainen mielialahäiriö. Monet näistä sairauksista voivat alkaa jo nuoruusiässä ja tulevat heijastumaan myöhemmissä elämänvaiheissa. Mielenterveysongelmat tulevat esiin erilaisina sairauksina, jonka ominaisuuksia ovat mielen toimintaan ja käyttäytymiseen liittyvät oireet sekä toimintakyvyn heikkeneminen (Terveyskirjasto i.a.) Mielenterveys on psyykkisiä toimintoja ylläpitävä voimavara ja hyvinvoinnin tila, joka on oleellinen osa ihmisen terveyttä (Lönnqvist ym. 2011, 22). Mielenterveys vaikuttaa siihen kuinka ajattelemme, tunnemme ja käytäydymme. Se myös määrittää kuinka teemme valintoja, reagoimme toisiin ihmisiin ja käsittelemme stressiä. Mielenterveysongelmiin vaikuttavat esimerkiksi biologiset tekijät: geenit ja aivojen kemia, elämäkokemukset: trauma tai hyväksikäyttö ja perhe historiassa esiintyneet mielenterveysongelmat. Mielenterveysongelmat ovat yleisiä, mutta niihin saa apua ja moni parantuu kokonaan. (U.S. Department of health and human services, i.a.)

2.1 Depressio

Depressio eli masennus on kansanterveyden kannalta keskeisin mielenterveyden häiriö. Suomalaisista noin joka viides sairastuu elämänsä aikana masennukseen. Depressio on toiseksi tärkein syy työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen ja psykiatrisista syistä se on tärkein. (Luhtasaari 2009, 4.) Lääketieteessä ja psykiatriassa masennuksella tarkoitetaan oiretta. Varsinaisessa mielialahäiriössä ja monissa psykiatrisissa sairauksissa tai tiloissa masennus on tavallinen oire. Masennus voi tämän vuoksi olla yhtenä oireena sekä psykiatrisissa että somaattisissa sairauksissa, kuten kilpirauhasen vajaatoiminta tai anemia. Masennusoireita voi ilmetä joidenkin lääkkeiden haittavaikutuksena tai päihteiden väärinkäytön seurauksena. (Huttunen 2013.)

Masennustilat ovat monitekijäisiä sairauksia, jonka syntyyn vaikuttavat biologiset, psykologiset ja sosiaaliset riskitekijät (Suomen Lääkäriseura Duodecim 2014). Keskeisiä

riskitekijöitä masennushäiriöissä ovat altistavat persoonallisuuden piirteet, peritty haavoittuvuus, ajankohtaiset kuormittavat elämänmuutokset ja lapsuuden traumaattiset tapahtumat. Ydinoireet masennustiloissa ovat väsymysoireet, masentunut mieliala ja mielihyvän menetys. (Lönnqvist ym. 2011, 154.) Näistä ei pelkästään ole kyse, sillä varsinaisen masennustilan diagnosointi vaatii myös useita muita samanaikaisia oireita. Tyypillisiä oireita ovat unettomuus tai lisääntynyt unen tarve, merkittävä painon lasku tai nousu, liikkeiden ja mielen hidastuminen tai kiihtyneisyys. Lähes päivittäinen väsymys tai voimattomuus, arvottomuuden tai kohtuuttomat syyllisyyden tunteet, vaikeudet ajatella, keskittyä tai tehdä päätöksiä, kuolemaan liittyvät mielikuvat tai itsemurhaajatukset ovat myös masennukseen liittyviä oireita. Oireisiin liittyy myös usein eriasteista ahdistuneisuutta sekä alkoholin lisääntynyttä käyttöä. (Huttunen 2013.) Pitkittynyt kiputila ja ahdistuneisuuteen liittyvät fyysiset oireet, kuten hikoilu, vapina, sydämen tykyttely ja hengenahdistus ovat yleisiä oireita, jotka saattavat viitata masennukseen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013).

Masennustilat voidaan luokitella lieviksi (neljä oiretta), keskivaikeisiin (kuusi oiretta), vakava-asteisiksi (kahdeksan oiretta) ja psykoottisiksi. Lievässä masennustilassa oireet haittaavat vain hieman ammatillista tai sosiaalista toimintaa tai ihmissuhteita, ja masentunut mieliala voi ilmetä lääkärin luona ehkä itkuisuutena tai totisuutena. (Huttunen 2013 & Luhtasaari 2009, 19.) Vaikeassa masennusmuodossa oireita on runsaasti, ja ne haittaavat suurella määrällä toimintakykyä tai ihmissuhteita (Huttunen 2013). Myös ihmisten käytös on jo silmin nähden poikkeavaa. Ihminen voi olla ulkoisesti jähmeä ja ilmeetön, itku ja huokailu tekevät puhumisesta hankalaa (Luhtasaari 2009, 24). Psykoottisissa masennustiloissa henkilöllä ilmenee harhaluuloja tai syyttäviä kuuloharhoja, joiden sisältö koostuu depressiivisistä aiheista (Huttunen 2013). Masennusta sairastavan potilaan ennusteen ja hoidon suunnittelun kannalta masennustilan vaikeusaste on yksi keskeisimpiä tietoja (Lönnqvist ym. 2011, 156).

Monet somaattiset eli elimelliset sairaudet sisältävät myös masennusoireita. Keskuksimielisten toimintaan vaikuttaa suoraan somaattinen sairaus, joka aiheuttaa elimellisen masennuksen. Seuraavat sairaudet voivat aiheuttaa masennuksen: aivoinfarkti, uremia eli krooninen munuaisten vajaatoiminta, B₁, B₂, B₆ ja B₁₂-vitamiinien puutostilat, foolihapon puutostila, temporaalilepilepsia eli ohimolohkoepilepsia, diabetes, HIV, syöpäsairaudet, sydäninfarktin jälkitila, sepelvaltimotauti, hypotyreoosi eli kilpirauhasen

vajaatoiminta, hypertyreoosi eli kilpirauhasen liikatoiminta, hyperparatyreoosi eli lisäkilpirauhasen liikatoiminta ja Parkinsonin tauti. Myös kroonisesta kipuoireyhtymästä kärsivällä ihmisellä on usein pitkäaikaista masentuneisuutta, ja se voi olla seuraus ja joissakin tapauksissa syynä kipujen ja väsymyksen voimakkuuteen. Masennusta voivat aiheuttaa myös erilaiset lääkeaineet ja päihteet. Näitä lääkeaineita ovat mm. anaboliset steroidit eli hormonivalmisteet ja beetasalpaajat eli verenpainelääkkeet. Päihteistä masennusta voivat aiheuttaa alkoholi, amfetamiini ja kokaiini vieroitusvaiheessa. (Luhtasaari 2009, 48–49.)

2.2 Skitsofrenia

Skitsofrenia on yksi tunnetuimmista ja tärkeimmistä psykooseista. Se vaikuttaa haitallisesti kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen. Sen puhkeamiseen vaikuttavat perimä ja ympäristötekijät. Skitsofrenian oireita ovat harhaluulot, aistiharhat, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus, negatiiviset oireet eli tunneilmaisun latisuminen, puheen köyhtyminen sekä tahdottomuus. Skitsofreniaa sairastavia kuntoutetaan ensisijaisesti avohoidossa. Moniammatillinen tiimityö on hoidossa tärkeää ja se vaatii verkostoitumista terveydenhuollon eri yksiköiden, muiden kunnallisten palveluiden sekä kolmannen sektorin palveluntuottajien kanssa. Skitsofrenian kuntoutusmuotoja ovat oireidenhallintaryhmät, arkielämän ja sosiaalisten taitojen harjoittelu, ammatillinen kuntoutus sekä psykoterapeuttiset hoitomuodot. (Lönnqvist ym. 2011, 70.)

Oireet skitsofreniassa voivat vaihdella suuresti sekä eri potilailla että samalla potilaalla sairauden eri vaiheissa (Huttunen 2013). Aistiharhat eli hallusinaatiot: kuuloharhat ovat selvästi yleisimpiä harhoja ja yleensä potilas kuulee puhetta, joko yksittäisiä sanoja, fraaseja tai kokonaisia lauseita. Puheen sisältö on usein potilasta uhkaavaa, syyttelevää tai loukkaavaa ja ne voivat yleensä häiritä potilaan ajattelua ja käyttäytymistä. Harjoja voi toisinaan esiintyä sekä harvoin myös tunto-, haju- tai makuhallusinaatioita. Usein näiden oireiden takana on jokin muu elimellinen syy esimerkiksi tuntoharhat voivat liittyä alkoholin vieroitusoireisiin. (Lönnqvist ym. 2011, 76.)

Harhaluulot eli deluusiot ovat jäykkiä, itsepäisiä ja perusteettomia uskomuksia, joista potilas pitää tiukasti kiinni. Ne saattavat hallita potilaan koko ajatusmaailmaa ja vaikeuttaa monin tavoin hänen sosiaalista toimintakykyään. Skitsofreniassa yleisiä harhaluu-

loja ovat erilaiset paranoidiset eli vainoharhaiset deluusiot sekä niin kutsutut suhteuttamisharhaluulot. (Huttunen 2013.) Paranoidiset harhaluulot antavat potilaan kokea, että häntä vainotaan tai vakoillaan tai että häntä vastaan on salaliitto. Suhteuttamisharhaluulot taas antavat potilaalle virheellisesti monille ympäristön normaaleille tapahtumille oman henkilökohtaisen merkityksen eli hän voi esimerkiksi luulla, että jollain uutisella viestitetään juuri hänelle jotain tiettyä asiaa. (Lönnqvist ym. 2011, 76.)

Ajatushäiriöt ja hajanainen puhe: ajatushäiriöt voivat tehdä potilaan puheen pahimmillaan ulkopuoliselle käsittämättömäksi. Looginen ajattelu voi hajota ja korvautua potilaallekin oudolla ja primitiivisillä eli kehittymättömillä ajattelutavoilla. Puhe voi olla hajanaista ja epäloogista, joskus myös hyvin seikkaperäistä ja yksityiskohtiin takertuvaa. Puheen köyhtymisellä eli alogialla tarkoitetaan spontaanin puhumisen vähäisyyttä tai puuttumista. Potilaat saattavat vastata kysymyksiin lyhyesti, mutta toisaalta puhe voi sisältää hyvin vähän informaatiota, vaikka käytettyjä sanoja olisi paljon. (Lönnqvist ym. 2011, 77.)

2.3 Ahdistuneisuushäiriö

Ahdistuneisuuden tunteella tarkoitetaan levottomuuden, sisäisen jännityksen, paniikin tai kauhun tunnetta. Ahdistuneisuus on pelkoa ilman todellista vaaraa. Ahdistuneisuushäiriöt kuuluvat yleisimpiin mielenterveysongelmiin. Tunnistaminen on joskus vaikeaa, koska masennus tai paniikkikohtaukset hallitsevat oirekuva. Ahdistuneisuushäiriötä ovat:

- paniikkihäiriö ilman agorafobiaa eli julkisten paikkojen pelkoa: toistuvia, myös spontaaneja paniikkikohtauksia
- paniikkihäiriö ja agorafobia: toistuvia, myös spontaaneja paniikkikohtauksia
- sosiaalinen fobia: ahdistuneisuus sosiaalisissa tilanteissa
- määräkohteinen pelko: ahdistuneisuus tietyille kohteille
- yleistynyt ahdistuneisuushäiriö: krooninen ahdistuneisuus ja kyvyttömyys hallita huolestuneisuutta
- pakko-oireinen häiriö: pakkoajatuksia ja toimintoja
- traumaperäinen stressi: traumaattisten mielikuvien toistuminen, kohonnut viireystila, turtuminen. (Luhtasaari 2009, 50–52.)

2.4 Paniikkihäiriö

Elinaikanaan 2–5 % aikuisista kärsii paniikkihäiriöstä, naiset useammin kuin miehet. Paniikkihäiriön tärkeimpiä hoitomuotoja ovat SSRI -ryhmän masennuslääkkeet ja kognitiivinen psykoterapia. (Lönnqvist ym. 2011, 218.) Paniikkihäiriölle tunnusomaista ovat toistuvat, yllättävät ja voimakkaat ahdistuneisuuskohtaukset. Näihin liittyy myös paljon ruumiillisia oireita, itsensä hallinnan menettämisen tuntemuksia ja jopa kuolemanpelkoa. Paniikkihäiriöstä tulee usein pitkäaikainen ja kroonistunut. Paniikkihäiriön oireita ovat hikoilu, tärinä ja vapina, sydäntuntemukset, suun kuivuminen, tukehtumisen tunne, rintakipu, hengenahdistus, huimaus, vatsaoireet, epätodellinen olo, kuumat ja kylmät aallot, puutumisen ja hulluksi tulon tai kontrollin menettämisen pelko. (Luhtasaari 2009, 52–53.)

2.5 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Bipolaarinen mielialahäiriö on pitkäaikainen mielenterveyden häiriö. Asianmukaisen hoidon vuoksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistaminen ja huolellinen erotusdiagnostiikka ovat tärkeää. Aikuisikäisten hoitolinjoja voidaan soveltaa yli 75-vuotiaille, koska tähän ikäluokkaan kuuluvista ei tietoa hoidosta ole. (Käypä Hoito 2013.) Kaksisuuntainen mielialahäiriö alkaa yleensä nuoruudessa tai nuorena aikuisena. Se koostuu vaihtelevin välein mania-, masennus- tai sekamuotojaksoina. Sairaus jaetaan kahteen päätyyppiin, tyyppiin I ja II kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Tyypissä I esiintyy maanisia, masennus- ja sekamuotoisia jaksoja, kun taas tyypissä II esiintyy masennus- ja hypomaanisia jaksoja, mutta ei koskaan maanisia jaksoja. (Lönnqvist ym. 2011, 194.)

Masennusjaksot kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä eivät eroa oireiltaan tavallisista masennustiloista. Kuitenkin jaksot saattavat olla kestoaltaan lyhyempiä ja niissä esiintyy muita masennustiloja yleisemmin psykoottisia oireita, liikauneliaisuutta, ruokahalun kasvua, ajatusten ja liikkeiden hidastumista ja lihomista. (Huttunen 2013.) Hypomanian ajanjaksolla henkilö käyttäytyy itselleen poikkeavalla tavalla. Hypomanian ydinoireissa diagnostiikan kriteerien mukaan henkilön itsetunto kohoaa, mutta aktiivisuus, vuolaspuheisuus ja unentarve vähenevät. Hypomania voi tuottaa mielihyvää ja siihen voi liittyä myös sairaalloisia haltioitumisen ja onnen tunteita, aistielämykset tunnetaan kiihkeinä ja voimakkaina. Toisaaltaan mieliala voi olla ärtyisä ja tunnevire kiihtyneen kireä.

Monet henkilöt käyttävät runsaasti alkoholia hypomanian aikana ja se vaikeuttaa oireiden tunnistamista. (Lönnqvist ym. 2011, 200.)

Normaalit psyykkiset toiminnot muuttuvat valtavasti ja räikeästi maanisissa jaksoissa. Sairausjaksot kestävät yleensä viikkojen ajan. Ihmisen tilaa luonnehtii tällöin loputon, pikaisesti vaihtuva mielenkiinto eri päämääriin. (Lönnqvist ym. 2011, 200.) Manian oireita ja ilmenemismuotoja:

- toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus
- ajatuksenriento tai tunne siitä, että ajatustoiminta on kiihtynyt
- puheliaisuuden lisääntyminen/puhetulva
- tavanomaisten sosiaalisten käytöstopojen häviäminen siten, että esiintyy olosuhteisiin nähden epäasiallista käyttäytymistä
- unentarpeen väheneminen
- itsetunnon kohoaminen tai kuvitelmat omista kyvyistä tai suuruudesta
- keskittymiskyvyttömyys tai jatkuvat muutokset toiminnassa tai suunnitelmissa
- uhkarohkea tai vastuuton käyttäytyminen, jonka riskejä potilas ei tunnista esimerkiksi hurjat seikkailut, tuhlaileva ilonpito tai vastuuton ajotapa
- lisääntynyt seksuaalinen halukkuus tai seksuaalinen holtittomuus. (Käypä Hoito 2013.)

3 IKÄÄNTYNEIDEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAIDEN PÄIHDEHÄIRIÖT JA RIIPPUVUUDET

Päihde on keskushermostoon vaikuttava aine, joka aiheuttaa haitallista riippuvuutta. Päihteitä ovat alkoholi ja lääkkeet. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Päihteet ovat aineita tai valmisteita, jotka väliaikaisesti aiheuttavat muutoksia ihmisen havainnoinnissa, tietoisuudessa, mielialassa tai käytöksessä. Sosiaaliset ongelmat, riippuvuudet ja sairaudet voivat aiheutua päihteiden käytöstä. (A-klinikkasäätiö 2014.) Moniin mielenterveysongelmiin haetaan usein apua päihteistä, koska yleisesti ottaen mielenterveys ja päihteet kulkevat käsi kädessä (A-klinikkasäätiö 2014).

Päihdehäiriöt ovat lisääntyvä kansanterveysongelma. Tutkimuksessamme käsittelemme päihteinä alkoholia ja riippuvuutta aiheuttavia lääkkeitä eli opioideja ja bentsodiatsepiineja. Väärinkäytetyt lääkkeet ovat yleisimmin ahdistus- ja nukahtamislääkkeet sekä kivun hoidossa käytetyt opiaatit ja muut lääkkeet. Lääkkeiden väärinkäyttöön liittyy usein joko psykologinen tai fysiologinen riippuvuus. (Huttunen 2013.) Suomessa yleisin ja keskeisin päihde on alkoholi. (Lönnqvist ym. 2011, 405.) Alkoholi voi aiheuttaa fyysisistä ja psyykkistä riippuvuutta. Fyysinen riippuvuus ilmenee vieroitusoireina kuten pahoinvointina, hikoiluna ja päänsärkinä. Psyykinen riippuvuus kehittyy usein nopeammin kuin fyysinen riippuvuus. Se ilmenee pakonomaisena tarpeena saada päihteitä. Sosiaalinen riippuvuus ilmenee kiintymyksellä sellaiseen verkostoon, jossa päihteiden käytöllä on tärkeä asema. Se myös liittyy ihmisten välisiin suhteisiin. (Levo 2008, 30.)

Elimistö muuttuu ikääntymisen myötä, solujen vesipitoisuus laskee ja rasvapitoisuus kasvaa, aistien toiminta heikkenee ja aineenvaihdunta hidastuu. Elimistön kuivuminen johtaa siihen, että sama määrä alkoholia saa aikaan korkeamman veren alkoholipitoisuuden kuin nuorempana ja näin humaltuminen tapahtuu herkemmin. Alkoholin käyttö voi muuttua haitalliseksi, vaikka käyttömäärä ei kasvaisi. Vieroitusoireet muuttuvat vaikeammiksi ja kestävät pidempään. Vaikeimmat psykofyysiset oireet alkavat näkyä vanhuusiällä niillä, jotka ovat juoneet koko ikänsä. Näitä oireita ovat muun muassa kävelyn muuttuminen epävarmaksi, motoriikan heikkeneminen, pidätyskyvyn pettäminen ja muistioireiden ilmeneminen. (Levo 2008, 25–26.)

Päihteiden käytön yhteydessä ikääntyneiltä unohtuvat monesti lääkkeiden otto ja oman hygienian hoito. Monesti syy päihteiden käyttöön on vanha tapa, esimerkiksi juhlapyyhät. Syy voi olla myös yksinäisyys tai tyhjyyden tunne, jotka halutaan tukahduttaa alkoholilla. Se voi liittyä niin iloon kuin suruunkin. Ikääntyvien päihteiden käyttö voi johtua myös elämän traumaattisista kokemuksista kuten puolison kuolemasta tai vakavasta sairaudesta. Psyykkiset oireet esimerkiksi masennus tai muistioireet, ovat usein syynä päihteiden käyttöön. Syitä on monia ja monesti useat syyt voivat yhdessä vaikuttaa päihteiden käyttöön.

Alkoholista aiheutuvia fyysisiä haittoja ikääntyvillä ovat verenpaineen kohoaminen, lihominen, yleisen hygienian ja suun hygienian laiminlyönti, hampaiden kuluminen ja reikiintyminen, muiden sairauksien esimerkiksi diabeteksen mahdollinen vaikeutumi-

nen, maksasairaudet, vastustuskyvyn heikkeneminen, fyysinen riippuvuus ja vieroitusoireet. Psykkisiä haittoja ovat mielialan lasku ja ailahtelut, univaikeudet, muistihäiriöt, ahdistuneisuus, paniikkihäiriöt, masennus, itsemurha-alttius, psykoosi, aistiharhat, psyykinen riippuvuus ja juomahimo. Sosiaalisia haittoja ovat ihmissuhdeongelmat ja riski joutua väkivaltaisiin tilanteisiin. Ongelmat raha-asioissa ja velkaantuminen ovat taloudellisia haittoja. (Nykky ym. 2010, 11.)

Riippuvuus oireilee päihteiden käytön pakonomaisuutena ja himona käyttää riippuvuutta aiheuttavaa päihdettä. Riippuvuus ilmenee usein hankaluutena hallita päihteiden käytön aloitusta, määrää ja lopetusta. Haitoista huolimatta riippuvuutta aiheuttavaa päihteiden käyttöä jatketaan ja ne voivat syrjäyttää itsestä huolehtimisen, ihmissuhteet ja työn. Riippuvuudessa sietokyky kasvaa käytettyyn päihteeseen, ja vieroitusoireita ilmenee käytön loppuessa. Yleiset ilmiöt päihderiippuvuudessa ovat kykenemättömyys tunnistaa tai myöntää riippuvuudesta aiheutuvia haittoja ja oireita. Riippuvuuden kehittyminen edellyttää päihteiden käyttöä, joka johtaa pidemmällä aikavälillä aivo- ja psykososiaaliin muutoksiin. Joihinkin mielenterveysongelmiin liittyy suurentunut riski päihderiippuvuuteen. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014.) Alkoholiriippuvuuden oireita ovat pakonomainen tarve tai voimakas halu juoda, juomisen hallinnan kyky on alentunut, vieroitusoireiryhmät ja sietokyvyn kasvu, alkoholin käyttöön keskitytään ja vaikka haittoja ilmenee, silti alkoholin käyttö jatkuu. (Seppä ym. 2009, 40–41.)

Alkoholin aiheuttamat haitat voivat olla terveydellisiä ja ne koskettavat yksilöä, hänen lähiympäristöään tai yhteiskuntaa laajemmin. Alkoholi vaikuttaa keskushermostoon ja verenkierron välityksellä se siirtyy aivoihin. Alkoholilla on osuutta yli 60 erilaiseen terveysongelmaan. Kolme tärkeintä terveyttä uhkaavaa riskitekijää ovat alkoholi, tupakka ja korkea verenpaine. Tavallisia alkoholin ongelmakäytössä ilmeneviä terveysongelmia ovat mm. masennus, ahdistus, tapaturmat, unettomuus, hermostoon liittyvät häiriöt, kohonnut verenpaine ja vatsan sairaudet. Vakavat sairaudet varjostavat pitkäaikaisista alkoholinkäytöstä, joita ovat mm. maksakirroosi ja aivosurkastuma. (Seppä ym. 2009, 12–13.) Alkoholin toistuvan käytön seurauksena elimistö sopeutuu alkoholiin ja tätä kutsutaan toleranssiksi, eli keskushermosto tottuu alkoholiin (Seppä ym. 2009, 22). Alkoholin toistuvan käytön seurauksena humalluttava vaikutus vähenee, ja saman vaikutuksen aikaansaamiseksi tulee nauttia suurempia annoksia. Kun alkoholin käyttö loppuu

tai huomattavasti vähenee, niin toleranssi häviää myös vähitellen, koska se ei ole pysyvä tila. (Levo 2008, 25.)

4 IKÄÄNTYNEIDEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKaidEN LÄÄKEHOITO

Asiakkaan jokapäiväisestä lääkehoidosta ja lääkehoidon toteutuksesta ovat vastuussa kaikki hoitotyön ammattilaiset. Ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden lääkehoito painottuu yleisimmin käytössä oleviin psykenlääkkeisiin eli antipsykoottisiin, masennus-, mielialaa tasaaviin sekä ahdistus- ja unilääkkeisiin. Psykenlääkkeiden ja lääkehoidon lisäksi tulee huomioida asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja asiakkaan lääkehoitoon sitoutumista, lääkehoidon haitta- ja sivuvaikutuksia sekä hoitovasteen huomioimista.

Lääkehoito on yksi mielenterveysongelmien hoitomuodoista. Lääkehoito saattaa mahdollistaa mielekkään elämän hyvinkin vaikeista mielenterveysongelmista kärsiville. Esimerkiksi psykenlääkityksen avulla voidaan lievittää, estää tai hoitaa erilaisia oireita, sietämättömistä tunnetiloista aistiharhoihin. Lääkkeen valintaan vaikuttavat muun muassa mielenterveysongelma, oireiden laatu ja yksilölliset tekijät. Vuosittain yli 700 000 suomalaista käyttää vähintään ajoittain jotain mielenterveysongelmaan tarkoitettua lääkettä. Sopivan lääkkeen ja oikean annostuksen löytäminen voi viedä aikaa. (Suomen mielenterveysseura i.a.)

4.1 Ikääntyminen ja lääkehoito

Ikääntyminen vaikuttaa ihmisen farmakokinetiikkaan ja farmakodynamiikkaan. Farmakokinetiikalla tarkoitetaan lääkeaineiden imeytymistä, jakautumista, metaboliaa eli aineenvaihduntaa ja erittymistä. Useimpien lääkeaineiden imeytyminen ei muutu ikääntymisen myötä, mutta poikkeuksena ovat esimerkiksi raudan ja kalsiumin imeytymisen heikkeneminen. Maha-suolikanavan motiliteetin eli toimintakyvyn hidastuminen voi vaikuttaa lääkeaineen vasteen myöhäisenä ilmenemisenä. Lääkeaineiden jakautumiseen

vaikuttavat ikääntymisen myötä tapahtuneet muutokset kehon rasva -ja vesipitoisuuksissa, eli rasvan määrä kasvaa ja veden määrä vähenee. Sekä rasvaliukoisten että vesiliukoisten lääkeaineiden jakautumistilavuus suurenee. Maksan verenkierto, solujen määrä ja metabolia heikkenevät ikääntyessä, jolloin monien lääkkeiden puoliintumisaika pitenee. Ikääntyessä munuaisten ja munuaiskehrästen koko pienenee, munuaisten verenkierto sekä glomerulaarinen suodatus heikkenevät, eli lääkeaineiden eritysvirtsaan hidastuu. Edellä mainituista syistä monien lääkkeiden annoksia tulee pienentää verrattuna keski-ikäisten lääkeannoksiin. (Kivelä & Rähä 2007, 6.)

Farmakodynaamisia eli lääkkeen vaikutuksen muutoksia voivat aiheuttaa reseptoreiden määrä, herkkyden tai sitoutumismekanismien muutokset. Näiden lisäksi ikääntyessä voivat vaikuttaa fysiologiset ja homeostaattiset muutokset lääkeaineiden hoitovasteessa ja haittavaikutusten kompensoinnissa. Esimerkiksi ikääntyneet ovat herkkiä bentsodiatsepiinien vaikutukselle, ja ne voivat aiheuttaa haittavaikutuksia jo pienillä annoksilla. (Kivelä & Rähä 2007, 6-7.)

Ikääntymisen myötä veden määrä kehossa vähenee ja rasvan määrä lisääntyy sekä verenkierto heikkenee. Edellä mainittujen seikkojen myötä ikäihmisen keho ei siedä yhtä paljon lääkkeitä kuin nuorempana. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2008.)

4.2 Ikääntyneiden mielenterveysasiakkaiden lääkehoito

Bentsodiatsepiinit lievittävät tehokkaasti äkillisiä ahdistus-, jännitys- ja pelkotiloja. Bentsodiatsepiinien etuna on niiden nopea vaikutus, ja tästä syystä ne soveltuvat hyvin ahdistus-, jännitys- ja pelkotilojen hoitoon. Ikäihmisillä pitkäaikaisen ja säännöllisen käytön haittavaikutuksina ovat muistin aleneminen ja kaatumisriskin lisääntyminen sekä mahdollisen lääkeriippuvuuden kehittyminen. (Huttunen 2008, 170–171, 286–287.)

Masennuslääkkeet ovat nykyään yleisiä ikäihmisillä. Masennuksen syynä ovat muun muassa yksinäisyys, kipeät muistot, kuolemanpelko ja mahdollisesti muut ikäihmisen somaattiset sairaudet. Ikäihmisellä saavutetaan masennuslääkkeen hoitovaste tavallisesti hitaammin verrattuna nuorempiin, eli 6-12 viikon kuluessa. SSRI -lääkkeet eli selektiivisten serotoniinin takaisinoton estäjät ovat hyvän siedettävyyden vuoksi ensisijainen

valinta ikäihmisen masennuksen lääkehoidossa. SSRI -lääkkeen aloitusannos on ikäihmisellä tavallista pienempi, esimerkiksi sitalopraamin aloitusannos on 10 mg vuorokaudessa. (Huttunen 2008, 283–284.)

Psykoosien lääkehoidon päämääränä on lyhentää skitsofreniaa sairastavan akuuttien psykoosien kestoja ja vähentää akuuttien psykoosijaksojen uusiutumista (Huttunen 2008, 66–67). Psykoosien lääkehoidossa käytettyjä lääkkeitä kutsutaan antipsykooteiksi ja niiden avulla edesautetaan asiakkaan harhaisuutta, levottomuutta ja ahdistuneisuutta. Antipsykooteilla ennaltaehkäistään uusien psykoosijaksojen syntyminen. (Toivio & Nordling 2007, 246.)

Ikäihmisillä esiintyvä unettomuus on yleistä. Ensisijaisena “lääkehoitona” ikäihmisen unettomuuden hoidossa suositellaan käytettäväksi ensin melatoniinia (1-2 mg iltaisin) tai valerianuutetta (300 mg iltaisin). Melatoniin ja valerianuutteen etuna on, etteivät ne aiheuta ikäihmisille lääkeriippuvuutta. Mikäli unettomuuden hoitovastetta ei melatoniin tai valerianuutteen kokeilulla saada, voi kokeilla pientä annosta sedatiivista masennuslääkettä, esimerkiksi mirtatsapiinia 7,5 mg, ennen bentsodiatsepiinia tai nukkahtamislääkkeitä. (Huttunen 2008, 285–286.)

Mielenterveysongelman hoidossa hyvä lääkehoito ja hyvä psykoterapia tukevat toisiaan (Huttunen 2008, 12). Esimerkiksi ikääntyneiden lievän ja keskivaikean depression hoidossa voidaan hyödyntää psykoterapiaa. Tutkimuksia yli 75 -vuotiaiden depression hoidosta on varsin vähän, mutta nuoremmille tehtyjä suosituksia voidaan hyödyntää ikääntyneiden depression hoidossa. Eritoten vaikea-asteisen depression hoidossa korostuu masennuslääkkeiden ja terapian yhdistelmähoito. (Suomen Lääkäriseura Duodecim 2014.) Toisena esimerkkinä ovat ikääntyneiden ahdistuneisuushäiriöt, joiden keskeisinä hoitomuotoina ovat psykoterapia ja masennuslääkkeet (Kontkanen & Purhonen 2011).

4.3 Ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden lääkehoidon erityishuomioita

Ikääntyneellä asiakkaalla on oikeus hoitoon, joka on turvallista, vaikuttavaa ja laadukasta. Lääkkeisiin ja lääkehoitoihin liittyvä turvallisuus on oleellista potilasturvallisuuden kannalta. Lääkehoidon turvallisuus voidaan jakaa kahteen osaan eli lääketurvallisuuteen ja lääkitysturvallisuuteen. Lääketurvallisuus sisällyttää lääkkeen farmakologiset ominaisuudet ja niiden tuntemisen. Lääkitysturvallisuus käsittää lääkkeen käyttöön ja hoitoprosessin toteutukseen liittyvät käsitteet. (Nurminen 2011, 116.)

Lainsäädännön mukaan asiakkaalla on itsemääräämisoikeus, joka ei lakkaa tai heikkene. Itsemääräämisoikeus pätee, vaikka asiakas on monella tapaa heikossa asemassa tai hänellä on huonot käytännön mahdollisuudet pitää kiinni omista oikeuksistaan, heikon asiantuntemuksensa ja sairauden aiheuttaman heikkouden vuoksi. (Siikajärvi 2012, 25–27.) Itsemääräämisoikeus kuuluu jokaisen perusoikeuksiin, mutta itsemääräämisoikeuden voi kyseenalaistaa silloin, jos asiakas ei ole pätevä päättämään omista asioistaan. Kyseenalaistaminen ja arviointi ovat aina yksilöllisiä. Hoito -ja asumisyksiköiden säännöistä, normeista ja käytännöistä voi tulla perusteettomia vallankäyttövälineitä. Eettisenä ongelmana nähdään juuri hoitajan mahdollisuus vallankäyttöön asiakasta koskevissa asioissa. (Vuorilehto ym. 2014, 56, 59–60.) Itsemääräämisoikeus koskee myös lääkkeiden piilottamisessa asiakkaan tietämättä. Tabletin, kapselin tai jauhetun lääkkeen piilottaminen ikäihmisen ruokaan ja sen antaminen tai syöttäminen on epäeettistä toimintaa. Huomioitavaa on myös se, että esimerkiksi jauhettu lääke ruoan seassa muuttaa ruoan makua, ja se saattaa johtaa iäkkäiden ravitsemushäiriöiden syntyyn. Ikäihmisten ruoan tulisi olla maukasta ja ravitsevaa, mutta jauhetun lääkkeen aiheuttama epämiellyttävä maku voi heikentää ikäihmisen halua syödä. (Kivelä 2005, 25.)

Yksikön lääkehoitosuunnitelmassa määritellään lääkehoidon tarkoituksenmukaisuutta ja vaikuttavuuden arviointia. Vaikuttavuuden arviointi sisältää lääkehoidon positiivisten vaikutusten, mahdollisten haitta- ja sivuvaikutusten sekä lääkkeiden yhteisvaikutusten arvioinnin ja seurannan. Ohjeen mukaan lääkärin määrätessä, esimerkiksi psykenlääkettä, hän varmistaa, että lääkkeen antaja on tietoinen vaikutuksista, joita tulee seurata antamisen yhteydessä ja sen jälkeen. Tämän lisäksi kiinnitetään huomiota lääkkeen vaikutusten kirjaamiseen ja raportointiin. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2006.)

Psykykenlääkkeet jaetaan mielenterveysongelmia hoitaviin antipsykoottisiin lääkkeisiin, masennuslääkkeisiin, mielialantasaajalääkkeisiin, ahdistuslääkkeisiin ja uni -ja nukah- tamislääkkeisiin. Psykykenlääkkeiden esiasteiset haitta -ja sivuvaikutukset ikäihmisillä ovat psykykenlääkkeestä ja annoskoosta riippuvaisia. Antipsykoottisten lääkkeiden taval- lisimpia haittavaikutuksia ovat erilaiset sivuvaikutukset, kuten motorinen levottomuus, lievät pakkoliikkeet, painon nousu, sokeritaudin kehittyminen, seksuaaliset toimintahäi- riöt ja kuukautishäiriöt. Masennuslääkkeiden yleisimpiä sivuvaikutuksia ovat väsymys, lievät vatsavaivat, suun kuivuminen, ummetus ja seksuaaliset toimintahäiriöt. Masen- nuslääkehoidon alussa voi esiintyä levottomuutta ja pahoinvointia erityisesti ikäihmisel- lä. (Huttunen 16.9.2014.)

Mielialantasaajalääkkeiden sivuvaikutuksia ovat vapina ja lisääntynyt virtsaamisen tar- ve (litium), väsymys (karbamatsepiini ja valproaatti) sekä harvinaiset, mutta hengenvaa- ralliset ihoreaktiot (lamotrigiini). Ahdistus -ja unilääkkeet voivat aiheuttaa uneliaisuutta, päiväsaikaan ilmenevää väsymystä, muistin alenemista ja heikentynyttä tietojen muis- tiin varastoitumista. (Huttunen 16.9.2014.)

5 IKÄÄNTYNEIDEN MIELENTERVEYS -JA PÄIHDEASIAKKAIDEN KOHTAA- MINEN

Hoitotyön ammattilaisten valmiudet asiakkaan kohtaamiseen edellyttää hyvää ammat- tiosaamista. Ikääntyneen asiakkaan kohtaamisessa saattaa tulla vastaan erilaisia haastei- ta, kuten väkivalta – ja uhkatilanteita, asiakkaan aloitekyvyttömyyttä ja syrjäytymistä. Hoitotyön ammattilaisten ammattiosaaminen väkivalta- ja uhkatilanteisiin viitaten ovat muun muassa seuraavia: tunnistaa mielenterveysasiakkaan väkivaltaisuuden ennus- merkkejä, väkivallan eri ilmenemismuotoja, väkivalta- ja uhkatilanteiden käsittelyä. Ikääntyneen mielenterveys – ja päihdeasiakkaan aloitekyvyttömyyden ja syrjäytymisen ennaltaehkäisyssä korostuvat kuntouttavan työtteen ja asiakkaan sosiaalisten suhteiden luomisen ja ylläpitämisen ammattiosaamisen menetelmiä.

5.1 Ikääntyneen mielenterveys -ja päihdeasiakkaan kohtaamisen haasteena väkivalta -ja uhkatilanteet

Asiakasväkivalta tarkoittaa työnantajan ja työsuhteen ulkopuolisen tahon, esimerkiksi asiakkaan tai potilaan kohdistamaa tekoa työntekijän tai työnantajan edustajaa kohtaan, teon liittyessä työhön tai ammattiasemaan. Asiakasväkivalta voi olla fyysistä, psyykkistä, sanallista ja/tai seksuaalista. Eri väkivallan muodoille yhteistä on se, että ne synnyttävät pelkoa ja epävarmuutta. Väkivallan synnyttämä pelko ja epävarmuus vaikuttavat itse uhriin sekä työyhteisön muihin jäseniin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 7.) Väkivalta on dynaamisen reaktion toiminto tietyn yksilön ja tilanteen välillä. Asiakkaat, jotka tuntevat olevansa fyysisesti tai psyykkisesti sairastuneita, omaavat kohonneen riskin käyttää väkivaltaa erityisesti silloin, jos heidän tarpeitaan ei huomioida. (Simon 2011.)

Katja Vihervä ja Marjo Äijänen (2013) käsittelivät opinnäytetyössään mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamista kotihoidossa sairaanhoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten sairaanhoitajat kohtaavat mielenterveys- ja päihdeasiakkaan sekä mitä vahvuuksia ja mahdollisia kehittämisen kohteita heillä on kohtauksilanteeseen liittyen. Kyselyn tulosten mukaan sairaanhoitajat kokivat mielenterveys- että päihdeasiakkaan kohtaamisen haastavammaksi verrattuna joko mielenterveys- tai päihdeasiakkaan kohtaukseen. Sairanhoitajat myös kokivat oman osaamisensa vähäiseksi, lisä- ja täydennyskoulutuksen saannin riittämättömäksi, mutta työyhteisön antaman tuen riittäväksi. (Vihervä & Äijänen 2013.) Työyhteisön näkökulmasta on hyvä huomioida tuen, ymmärryksen ja väkivalta -ja uhkatilanteiden käsittelyä työssä jakamisen kannalta.

Virpi Fagerströmin ja Tuula Leinon (2014) toteuttaman Väkivalta ja sen uhka kotihoidossa -hankkeen avulla selvitettiin työpaikkojen toimintatapoja ja keinoja kotihoidotyön väkivallan ennaltaehkäisyyn. Hankkeen toimenpide-ehdotukset kotihoidotyön väkivalta -ja uhkatilanteiden ennaltaehkäisyyn pystyttiin jakamaan yhteiskunnallisiin, työyhteisöllisiin ja yksilöllisiin. Yhteiskunnallisissa toimenpide-ehdotuksissa painotettiin lakien ja asetusten tarkastelua, kampanjoiden ja tietoisuuksien järjestämistä niin, että eri toimijat pystyvät varautumaan sosiaali -ja terveyspalveluiden muutokseen työturvallisuuden näkökulmasta sekä yhtenäistämään valtakunnalliset ohjeistukset ja pelisäännöt. Työyhteisö-

teisöllisissä toimenpide-ehdotuksissa tavoitteena oli lähiesimiesten ja keskijohdon toimesta kehittää toimiva työturvallisuuskulttuuri, yksinkertaiset ja toimivat toimintaohjeet sekä lisätä työntekijöiden tietoutta avoimella keskustelulla ja koulutuksilla. Yksilölliset toimenpide-ehdotukset keskittyivät työntekijöihin ja heidän velvollisuuteensa lisätä tietouttaan väkivalta -ja uhkatilanteiden ennaltaehkäisystä, työturvallisuudesta sekä sitoutumisesta ilmoitusvelvollisuuteen, niin että toimenpiteisiin osataan ja pystytään ryhtymään. (Fagerström & Leino 14.3.2014.)

5.1.1 Väkivallan ennusmerkit

Eri mielenterveysongelmia sairastavien henkilöiden mahdollinen väkivaltaisuus tai väkivaltaisuuden ennusmerkit, kuten skitsofreniaa, masennusta ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat asiakkaat, eivät välttämättä ilmene suoranaisella nyrkkien heilutuksella tai päälle käymisellä. Mielenterveysongelmaa sairastavien aggressiivisuus esiintyy useammin verbaalisena eli sanallisena uhkauksena kuin väkivaltaisina tekoina (Weismann-Henelius 1997, 23). Mielenterveysongelmia sairastavien väkivaltaista käyttäytymistä ennustaa parhaiten se, mikäli heillä on aikaisempaa väkivaltausta, ajatushäiriötä, vihamielisyyttä, sanallisia uhkauksia, aggressiivisuutta, kiihtyneisyyttä ja jännitteisyyttä sekä epäluuloisuutta (Weismann-Henelius 1997, 30–31).

Skitsofreniaa sairastavan asiakkaan kohdalla tulee huomioida se, ettei hänen emotionaaliset reaktionsa ja käyttäytymisensä kulje käsikädessä. Tästä syystä väkivaltainen reaktio saattaa tulla yllätyksenä eikä reaktioon välttämättä liity ymmärrettävää syytä. Skitsofreniaa sairastavan väkivaltaisuuden ennusmerkkeinä voidaan pitää jännittyneisyyttä ja kiihtyneisyyttä. Tällainen reaktio saattaa syntyä esimerkiksi, jos asiakasta yritetään pistää erilaisiin toimintoihin. (Weismann-Henelius 1997, 24–25.)

Masennusta sairastava käyttäytyy harvoin väkivaltaisesti. Mikäli asiakas on väkivaltainen, hän kohdistaa aggressiivisuutensa itseensä. Masennusta sairastavan aggressiivisuus itseään kohtaan ilmenee yleensä itsemurhana tai sen yrityksenä. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat osoittavat väkivaltaisuuden uhkaavana, pelkoa herättävällä käyttäytymisellä (Weismann-Henelius 1997, 29–30).

Väkivallalle ja sen ilmenemismuodoille on useita määritelmiä. Sosiaali- ja terveysministeriön Väkivallan uhka työelämässä- raportissa (2014) käytetään WHO:n määritelmää fyysiselle väkivallalle seuraavasti: Fyysistä väkivaltaa ovat muun muassa lyöminen, potkiminen, läimäyttäminen, iskeminen, ampuminen, työntäminen, pureminen ja nipistely. Tämän lisäksi mainitaan, että fyysinen väkivalta on voimankäyttöä ihmistä tai ryhmää kohtaan. Samassa raportissa mainitaan myös WHO:n määritelmä psyykkiselle eli henkiselle väkivallalle. Psyykkisellä väkivallalla tarkoitetaan muuta kuin fyysistä väkivaltaa eli muun muassa sanallista loukkaamista, uhkailua, kiusaamista, solvaamista ja häirintää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 8.)

5.1.2 Väkivalta – ja uhkatilanteiden erityishuomiot

Hoitajien turvallisuutta väkivaltaa vastaan on säädetty useassa laissa. Suomen perustuslaissa 2.luvun 7 momentissa (11.6.1999/731) on määritelty, että jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen (Suomen perustuslaki 1999). Rikoslain mukaan (441/2011) hoitajalla on oikeus nostaa syyte henkilöä kohtaan lievistä pahoinpitelystä, jos hoitaja on työtehtävissä tapahtumahetkellä ja tekijä ei kuulu hoitohenkilökuntaan (Finlex 13.5.2011). Työturvallisuuslain (23.8.2002/738) useissa momenteissa otetaan kantaa tekijöihin, joiden avulla voidaan vaikuttaa väkivallan esiintymiseen työpaikalla eli:

- työnantajan yleinen huolehtimisvelvoite (8§),
- työn vaarojen selvittäminen ja arviointi (10§),
- erityistä vaaraa aiheuttava työ (11§),
- työympäristön suunnittelu (12§),
- työn suunnittelu (13§),
- työntekijän yleiset velvollisuudet (18§),
- väkivallan uhka (27§),
- yksintyöskentely (29§) (Finlex 17.3.2015).

Väkivalta -ja uhkatilanteiden käsittely tapahtuneen jälkeen: väkivaltaisen teon tai uhkailun jälkeen on tärkeää huomioida se, ettei uhria jätetä yksin, koska kokemus on saattanut olla hänelle hyvin traumatisoiva. Traumaattisen kokemuksen käsittely on pitkä prosessi ja se jättää jäljen ihmiseen. Tilanteen kokeminen on yksilöllistä ja siihen vaikuttavat muun muassa ihmisen ikä, kokemus, henkilökohtaiset ominaisuudet ja tilanteen va-

kavuus. Työnantaja on velvollinen tarjoamaan työntekijöilleen apua, jotta palautumisprosessi traumaattisesta kokemuksesta pääsee alkamaan. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi psykologista ensiapua ja ryhmämuotoista tukitoimintaa. Yleensä työntekijä tarvitsee muutakin apua näiden lisäksi kuten keskustelua ystävien, työkavereiden ja esimiehen kanssa. Tämä on tärkeää, ellei jopa tärkeämpää palautumisprosessin toteutumisessa kuin ammattilaisten vetämät tilaisuudet. (Sundell 2014, 134–137.)

Väkivalta -ja uhkatilanteista tulee aina ilmoittaa esimiehelle ja tehdä väkivalta -ja uhkatilanneilmoitus, vaikka fyysistä kontaktia ei olisi syntynyt. Vakavista väkivaltatilanteista tulee aina ilmoittaa poliisille. Hoitohenkilökunnalle toimiva väkivalta -ja uhkatilanneilmoitusten järjestelmä voi parantaa konkreettisesti työolosuhteita, mutta tämä vaatii organisaation johdon reagointia ja mahdollisuuksien mukaista kehitystyötä työntekijöiden turvallisuuden takaamiseksi. Ehdoton edellytys järjestelmän toimivuudelle on, että henkilökunta on tietoinen järjestelmästä, henkilökunnan ilmoituskynnys on matala, järjestelmän toiminta on jatkuvaa ja ilmoitukset johtavat konkreettisiin toimintoihin. (Sundell 2014, 138–139.)

5.2 Kuntouttava työote ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyössä

Joidenkin mielenterveys- ja päihdeongelmien myötä asiakkaalla saattaa ilmetä esimerkiksi aloittekyvyttömyyttä huolehtia henkilökohtaisesta hygieniastaan tai toimintakyvystään. Tällaisissa tilanteissa korostuu hoitotyön ammattilaisen ammattiosaaminen käyttää kuntouttavan työotteen menetelmiä.

Kuntouttava työote tarkoittaa Holmin (2012) tekemän Kuntoutustyö -pro gradu-tutkimuksen mukaan ikäihmisen oman aktiivisuuden tukemista sekä kuntoutumista edistävää ja kunnioittavaa toimintaa. Kuntouttava työote jaetaan kahdeksaan kategoriaan: voimavaralähtöiseen arkeen, osallistuvaan kuntoutumiseen, valtaistumisen tukeen, avuksi päivittäisiin toimiin, omatoimisuuden kannustamiseen, arvostukseen, kiireettömään etenemiseen ja ikäihmisen kuulemiseen. (Holmi 2012, 25–26.)

Kuntouttavalla työotteella voidaan vaikuttaa asiakkaan toimintakykyyn eri osa-alueilla. Toimintakyky on kokonaisuus fyysisen, sosiaalisen, kognitiivisen ja psyykkisen ulottuvuuksista. Fyysinen toimintakyky käsittää muun muassa kyvyn suoriutua päivittäisistä

toiminnoista (esimerkiksi syöminen, juominen, pukeutuminen), arjen askareiden hoitamisesta ja vapaa-ajan vietosta. Sosiaalinen toimintakyky on kykyä olla toimijana ja vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Kognitiivinen eli älyllinen toimintakyky sisältää muun muassa muistin, oppimisen, keskittymisen, hahmottamisen ja tiedon käsittelyn ominaisuudet. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 16.9.2014.) Psykykinen toimintakyky tarkoittaa muun muassa kykyä tuntea, kokea ja muodostaa käsityksiä itsestään ja ympäröivästä maailmasta (Vuorilehto 2014, 123).

Holmin (2012) Pro Gradu- tutkimuksen mukaan kuntouttava työote on asiakkaan oman aktiivisen toimijuuden tukemista, kuntoutumista edistävää ja kunnioittavaa toimintaa (Holmi 2012, 2). Kuntouttava työote jaetaan Holmin tekemän tutkimuksen mukaan seuraavasti: kuntoutujan oman aktiivisen toimijuuden tuki (voimavaralähtöinen arki, osallistuva kuntoutuminen, valtaistumisen tuki), kuntoutumista edistävä toiminta (apu päivittäisiin toimintoihin, kannustava omatoimisuus) ja kuntoutujaa kunnioittava toiminta (arvostus, kiireetön eteneminen, kuuleminen) (Holmi 2012, 25–26). Erityisesti pitkäaikaisten mielenterveysongelmien hoidossa tulee muistaa kuntouttava työote eli asiakasta kannustetaan eikä hänen arkisia ongelmia tai tuen tarvetta vähätellä (Vuorilehto 2014, 135–136).

Kuntoutujan oman aktiivisen toimijuuden tuki koostuu voimavaralähtöisestä arjesta, osallistuvasta kuntoutumisesta ja valtaistumisen eli voimaantumisen tuesta. Voimavaralähtöisessä arjessa korostuu asiakkaan ja hoitajan välinen osallisuus voimavarojen tunnistamisesta asiakaslähtöisesti. Voimavaralähtöinen arki koostuu kuntoutujan voimavarojen ja yksilöllisten tarpeiden tunnistamisesta, yksilöllisten voimavarojen arvioinnista ja hyödyntämisestä, arkipäivän pienistä asioista koostuvista toiminnoista sekä liikkumisen ja toimintakyvyn tukemisesta voimavaralähtöisesti. (Holmi 2012, 27.)

Osallistuva kuntoutuminen on kuntoutujan aktiivista osallistumista kuntoutukseen, asiakkaan osallistumista mahdollistavia toimintoja, kuntoutujien aktiivista osallistumista toimintoihin sekä hoitajien ja asiakkaiden kannustava ja osallisuutta tukeva ote. Nämä käsitteet pitävät sisällään kuntoutujan osallisuuden kuntoutumisen suunnittelussa ja tavoitteiden laatimisessa, asiakkaan oma oppimisen ja kyvyn huomioida osallistumisen merkitys sosiaalisuuden ja virkistymisen kannalta sekä hoitajan taito tunnistaa voimavaroja rajoittavia tekijöitä (esimerkiksi apuväline- ja lääkeasiat). (Holmi 2012, 29–30.)

Kuntouttavalla työotteella on mahdollista vaikuttaa asiakkaan asenteisiin ja muutoksiin hänen ajattelutavassaan ja toiminnassaan. Tätä osa-aluetta kutsutaan valtaistumisen tukemiseksi, joka koostuu asiakkaan valtaistamista muuttamaan toimintaansa ja käytöstään itsensä parhaaksi, asiakkaan elämän kokemusten ja historian hyödyntämistä nykyhetkessä sekä asiakkaan itseparjäämisen tunteen vahvistaminen. Tässä korostuu hoitajan arvostus asiakasta kohtaan hänen oman elämänsä asiantuntijana, elämänhistorian ja -kokemusten hyödyntäminen motivaatiokeinoina sekä asiakkaan tuntemus ja luottamus omasta pärjäämisestä. (Holmi 2012, 32.)

Kuntouttava työote koetaan olevan vahvasti yhteydessä päivittäisten toimintojen toteuttamiseen. Apu päivittäisissä toiminnoissa voidaan erotella arjen aktiivisuutta edistäviin toimintoihin sekä hoitajan nopeaan reagointiin toiminta- ja liikkumiskyvyssä. Nämä käsitykset pitävät sisällään päivittäisissä toiminnoissa auttamisen avustetusti tai siinä ohjaus sekä nopea reagointi asiakkaan toimintakyvyn muutoksissa. (Holmi 2012, 33–34.)

Kannustava omatoimisuus on yksi osa kuntouttavaa työtettä, joka mielletään asiakkaan kannustamisena toimimaan itse. Kannustava omatoimisuus sisältää asiakkaan kannustamista tekemään itse, välttämällä puolesta tekemisen, omatoimisuutta edesauttavina tekijöitä ja omatoimisuuteen kannustamisena. Tarkoituksena on motivoida asiakasta tekemään mahdollisimman paljon itse ja kehittymisen myötä arvioida asiakkaan avuntarvetta. (Holmi 2012, 35.)

Kuntoutujaa kunnioittava toiminta on osa kuntouttavaa työtettä, joka pohjautuu arvoihin, asenteisiin, ihmiskäsityksiin ja eettisiin perusteisiin. Lähtökohtana ovat asiakkaan hyvä kohtelu ja turvallinen toimintaympäristö, johon vaikuttavat pitkäjänteisyys, kiireettömyys, dialogisuus ja vuorovaikutus. (Holmi 2012, 36–37.)

5.3 Sosiaalisten suhteiden luominen ja ylläpitäminen ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyössä

Ikääntyneet mielenterveys- ja päihdeasiakkaat saattavat sairautensa vuoksi erakoitua tai kärsiä yksinäisyydestä, jolloin hoitajan rooli asiakkaan sosiaalisten suhteiden luomisessa ja ylläpitämisessä korostuu.

Yksi mielenterveyttä suojaava tekijä on hyvät ihmissuhteet. Sosiaalista toimintakykyä tarvitaan hyvien ihmissuhteiden muodostamiseen ja ylläpitämiseen. (Vuorilehto 2014, 15, 123.) Ikäihmisen mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa sosiaaliset suhteet, sillä lämpimät suhteet perheenjäseniin, ystäviin ja tuttaviiin ovat positiivisia asioita ikääntyneen mielenterveydelle. Sosiaalisten suhteiden vahvistaminen ja luominen sekä mielekäs toiminta ennaltaehkäisevät todennäköisimmin sosiaalista eristäytynisyyttä ja yksinäisyyttä. Lisäksi yhteisöllinen osallistuminen esimerkiksi viriketoimintaan tai uskonyhteisöjen tilaisuuksiin ovat mielenterveyttä edistävää toimintaa. Ikääntyneen mielenterveyttä voi edesauttaa motivoimalla häntä osallistumaan sosiaaliseen toimintaan. (Tamminen & Solin 2013, 35–36, 49.)

6 MITTARIT JA KYSELYT TOIMINTAKYVYN TUNNISTAMISEN APUVÄLINEINÄ

Hoitotyön ammattilaiset voivat käyttää mittareita ja kyselyitä ikääntyneen asiakkaan toimintakyvyn tunnistamisen apuvälineinä. Mittarit ja kyselyt, joita erityisesti voidaan käyttää ikääntyneen mielenterveys – ja päihdeasiakasta arvioidessa ovat muun muassa AUDIT, Mini Mental State –, Beck - ja GDS-15 -asteikot. Mittareiden ja kyselyjen avulla ei tehdä diagnoosia, mutta tulosten avulla voidaan konsultoida asiakasta hoitavaa lääkärää.

Toimintakyky on fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen ulottuvuuksien kokonaisuus. Fyysinen ulottuvuus käsittää fyysisiä edellytyksiä selviytymisestä arjen askareissa, kuten kykyä liikkua ja liikuttaa itseään. Psyykkinen ulottuvuus koostuu voima-

varoista, joiden avulla ihminen kykenee selviytymään negatiivisista vastoinkäymisistä ja kriisitilanteista. Psykkinen ulottuvuus käsittää myös kyvyn tiedon vastaanottamiseen ja käsittelemiseen sekä kyvyn tuntea ja kokea. Kognitiivinen ulottuvuus koostuu muun muassa muistista, oppimiskyvystä, tiedon käsittelystä ja orientoitumisesta. Sosiaalinen ulottuvuus käsittää kaksi pienempää ulottuvuutta, eli ihminen vuorovaikutussuhteissa ja aktiivisena toimijana yhteisössä ja yhteiskunnassa. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 30.11.2014.)

AUDIT eli Alcohol Use Disorders Identification test on WHO:n eli Maailman terveysjärjestön kehittämä kyselytesti. AUDIT- kyselytestin avulla voidaan seuloa liiallisen alkoholin käyttöä. AUDIT-kyselytesti sisältää 10 kysymystä, jotka käsittelevät juomisen tiheyttä, määrää, humalahakuisuutta, riippuvuusoireita ja alkoholin aiheuttamia tyypillisiä haittoja. Vastaukset pisteytetään ja samalla kiinnitetään huomiota vastausten sisältöön. (Aalto ym. 2009, 16.)

MMSE eli Mini Mental State- asteikko soveltuu parhaiten ikääntyneen kognitiivisen toimintakyvyn eli lyhytmuistin ja tiedon käsittelyn arviointiin ja seulontaan jatkotutkimuksia varten. Tuloksen arviointiin vaikuttavat vastaajan koulutus. Testaustilanteessa tulee huomioida, että vastaajalla on käytössään kaikki tarvittavat apuvälineet, esimerkiksi silmälasit tai kuulokoje. (TOIMIA -tietokanta 10.1.2014.)

Beckin depressioasteikko eli BDI soveltuu suuntaa antavaksi ja seulontakyselyksi asiakkaille, joilla arvioidaan masennusoireiden vaikeusastetta ja hoitovastetta. BDI-asteikon on todettu kartoittavan depression kolmea ulottuvuutta eli kielteisiä ajatusmalleja, vähentyneitä voimavaroja sekä depression aiheuttamia somaattisia oireita. Tulosten pohjalta ei tehdä depressiodiagnoosia. (TOIMIA -tietokanta 7.4.2014.)

GDS-15 eli myöhäisiän depressioseula on erityisesti ikääntyneiden masennusoireiden tunnistamiseen kehitetty mittari. Asteikossa on 15 kysymystä, joihin vastataan kyllä tai ei. Masennukseen viittaavat vastaukset tuottavat yhden pisteen. Esimerkiksi 10 pistettä tai yli viittaavat vaikeaan tai keskivaikeaan masennukseen. (TOIMIA -tietokanta 15.1.2013.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos mainitsee tutkitusta ja arvioidusta, erityisesti ikääntyneiden masennusoireiden tunnistamiseen sopivasta GDS-15 eli myöhäisiän depressioseula- mittarista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 24.9.2013.)

7 OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA JA YHTEISTYÖTAHOT

Opinnäytetyön aiheen ideointi lähti mielenkiinnostamme mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyötä kohtaan. Rajasimme opinnäytetyön aiheen ikääntyneisiin, koska suurten ikäluokkien ikääntyessä mielenterveys- ja päihdeongelmat tulevat yleistymään vanhustyön yksiköissä. Leinosen ja Aholan “Psykiatrissa hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin mihin on varauduttu”- artikkelissa (2011) todetaan, että mielenterveysongelmista kärsivien vanhusten määrä tulee tulevaisuudessa lisääntymään, vaikka psykiatristen häiriöiden määrä vanhuksilla ei ole muusta väestöstä poikkeavaa (Leinonen & Alanen 2011). Vuonna 2013 Suomessa yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä oli 19,4 % ja vuoteen 2030 mennessä osuuden arvioidaan nousevan 25,6 % (Tilastokeskus 2015). Tarkasteltaessa Jyväskylän kaupungin väestötilastoja, arvioidaan muun muassa ikäluokissa 65–74 , 75–84 ja yli 85-vuotiaiden määrän kasvua. Vuonna 2001 65–74-vuotiaita henkilöitä oli 8 201 ja arviolta vuonna 2025 heitä on 14 870. (Jyväskylän kaupunki 2013.) Suurien ikäluokkien ikääntymisen huomioimisen lisäksi Mieli 2009 -työryhmän raportissa mainitaan, että hoitohenkilökunnan osaamista koskien ikääntyvien mielenterveys -ja päihdeongelmia tulee vahvistaa perus- tai lisäkoulutuksella (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Opinnäytetyön aiheen kohdentuessa ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyöhön, tiedustelimme tarvetta tutkimukselle Jyväskylän kaupungin vanhus- ja vammaispalvelujen yksiköistä ja yhteistyötahoksi ehdotimme saman organisaation varahenkilöyksikköä. Toinen opinnäytetyön tekijöistä työskentelee Jyväskylän kaupungin varahenkilöyksikön kautta vanhusten asumisen yksiköissä. Tämä edesauttoi mahdollisen toimeksiantajan löytämisessä. Saimme toimeksiannon Kyllikinkadun palvelukeskukselta tutkia hoitotyön ammattilaisten ammattiosaamista ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyössä, ja samalla kartoittaa millaista lisäkoulutusta he haluaisivat ja tarvitsisivat. Yhteistyötahoksi saimme Jyväskylän kaupungin vanhus- ja vammaispalvelun varahenkilöyksikön vanhusten asumisen varahenkilöryhmän.

Kyselylomake oli kolmeosainen ja käsitelimme siinä asiakasryhmien hoitotyötä aihealueina, joista hoitotyö kokonaisuutena koostuu. Aihealueet laadimme lähdekirjallisuuden, tutkimusten ja hoitotyön näkökulmista. Ammattiosaamisen osuudessa selvitimme

hoitotyön ammattilaisten jo olemassa olevaa tietoa käsittelemällä ikääntyneiden mielen-terveys- ja päihdeasiakkaan hoitotyötä monivalintakysymysten ja avointen kysymysten avulla. Lisätiedon tarvetta kartoittavassa osuudessa selvitimme hoitotyön ammattilaisten kokemuksia omista vahvuuksistaan ja mahdollisesta lisätiedon tarpeesta. Kyselylomakkeen tutkimustulosten perusteella teimme päätelmän lisäkoulutuksesta.

8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää millainen on hoitotyön ammattilaisten ammattiosaaminen ja lisätiedon tarve ikääntyneiden mielenterveys -ja päihdeasiakkaiden hoitotyöstä. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää hoitotyön ammattilaisten ammattiosaamisen vahvuudet ja laatia ehdotus lisäkoulutuksesta liittyen ikääntyneiden mielenterveys ja päihdeasiakkaiden hoitotyöhön.

Tutkittavaan ilmiöön liittyy aina ongelma, joka halutaan ratkaista. Yksi tärkeimmistä tieteen tehtävistä on kehittää yhteiskuntaa ja ongelmanratkaisun myötä viedä sitä eteenpäin. (Kananen 2010, 18.)

Tutkimustehtävät olivat:

1. Mitkä ovat hoitotyön ammattilaisten ammattiosaamisen vahvuudet ikääntyneiden mielenterveys -ja päihdetyössä?
- 2 Missä ammattiosaamisen aihealueissa hoitotyön ammattilaiset haluavat ja tarvitsevat kehitystä?

Tutkimuksen lyhyemmän aikavälin tavoitteena oli saada luotettavia tutkimustuloksia, joiden avulla laadittiin lisäkoulutusehdotus. Pidemmän aikavälin tavoitteena on kehittää tutkimusympäristön hoitotyön ammattilaisten ammattiosaamista.

9 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTON KERUU

9.1 Tutkimusympäristö ja tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimusympäristö oli Jyväskylän kaupungin vanhus -ja vammaispalveluiden Kyllikinkadun palvelukeskus ja yhteistyötahona varahenkilöyksikkö, että saisimme hyvän vastausprosentin ja sen myötä luotettavampia tutkimustuloksia. Kyllikinkadun palvelukeskus on profiloitunut psykogeriatrinen asukkaiden hoitoon ja arjen tukemiseen. Kyllikinkadun palvelukeskuksen tavoitteena on tukea asukkaiden elämänlaatua, omatoimisuutta, terveyttä ja toimintakykyä asiakaslähtöisesti ja laadukkaasti kodinomaisessa ympäristössä. Palvelulupaus asukkaalle on saada yksilöllisesti tehdyn hoito- ja palvelusopimuksen mukaisesti tukea, hoitoa ja tukipalveluita vuorokauden ympäri. Asukkaalla on oikeus osallistua oman elämänsä suunnitteluun ja päätöksentekoon.

Kyllikinkadun palvelukeskus on tehostetun palveluasumisen yksikkö, joka on profiloitunut psykogeriatriseksi eli vanhuspsykiatriseksi yksiköksi. Palvelukeskus tarjoaa ikääntyneille ympärivuorokautista, tehostettua palveluasumista kahdessa talossa. Jyväskylän kaupungin varahenkilöyksikön vanhusten asumisen ryhmän varahenkilöt työskentelevät yhdeksässä (9) Jyväskylän alueen tehostetun palveluasumisen yksikössä. Tehostettu palveluasuminen tarkoittaa yksikköä, jossa järjestetään paljon apua, hoivaa ja valvontaa sitä tarvitseville. Asukkailla on oma huone tai asunto ja lisäksi yhteisiä tiloja. Hoitohenkilökunta on paikalla vuorokauden ympäri. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2011.) Tehostetun palveluasumisen hoidon kulmakivenä on asukkaiden toimintakyvyn ylläpitäminen ja hyvän elämänlaadun turvaaminen. Hoitohenkilökunta huolehtii asukkaiden laadukkaasta ja turvallisesta hoidosta. (Jyväskylän Kaupunki 2014.)

Kyllikinkadun palvelukeskuksen A-talossa asukkailla on käytössään oma vuokra-asunto ja B-talossa on yksi yhdeksän ja kaksi 10:n asukkaan ryhmäkotia. Yhteensä asukkaita on Kyllikinkadun palvelukeskuksessa 62. Asukkaat ovat suurimmaksi osaksi fyysisesti hyväkuntoisia, mutta heillä esiintyy muistisairauksia, alkoholismia, eriasteisia kehitysvammoja sekä neurologisia- tai mielenterveys-sairauksia. Alkoholien nollatoleranssi koskee B-talon ryhmäkoteja, mutta A-talossa asukkaat saavat säilyttää asunnoissaan alko-

holia. Alkoholia voi nauttia niin kutsutun “iltamyssyn” verran ja alkoholin nauttimisesta ei saa aiheutua häiriötä muille asukkaille ja hoitohenkilökunnalle.

Vanhus- ja vammaispalveluiden varahenkilöyksikön hoitotyön ammattilaiset työskentelee Jyväskylän kaupungin kotihoidon, palveluasumisen, pitkäaikaishoidon ja vammaispalvelun yksiköissä. Varahenkilöitä käyttäviä yksiköitä on Jyväskylän alueella noin 70, joista tehostetun palveluasumisen yksiköitä on yhdeksän.

Kohderyhmä on Kyllikinkadun palvelukeskuksen hoitotyön ammattilaiset, eli kolme sairaanhoitajaa ja 30 lähihoitajaa. Hoitohenkilökunnan pätevyysvaatimuksena on sairaanhoitajan tai lähihoitajan perustutkinto, mutta suuntautuminen ja työkokemus mielenterveys- ja päihdepuolelle katsotaan eduksi. Aiemmin Kyllikinkadun palvelukeskus on toiminut vanhustyön yksikkönä, mutta nykyään se profiloituu psykogeriatrian yksiköksi. Yksikön profiilin muuttuessa on syytä tarkastella hoitohenkilökunnan ammattiosaamista ja lisätiedon tarvetta.

Jyväskylän kaupungin varahenkilöyksikön hoitotyön ammattilaiset koostuu neljästä sairaanhoitajasta ja 64 lähihoitajasta. Kohderyhmäksi varahenkilöyksiköstä tarkentui vanhusten asumisen varahenkilöryhmä, johon kuuluu 30 lähihoitajaa.

9.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä käytimme kvantitatiivista sekä kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä tarkoittaa määrällistä tutkimusta, joka edellyttää ilmiön ja teoriapohjan tuntemista. Tutkimuksessa käsitellään lukuja ja niiden välisiä suhteita. Tutkimusprosessi alkaa tutkimusongelmasta, joka muutetaan tutkimuskysymyksiksi ja niiden avulla aineistoa kerätään ongelman ratkaisemiseksi. (Kananen 2010, 74–77.) Kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää käytetään tutkittavan ilmiön hahmottamiseen ja määrittämiseen sekä syvällisemmän näkemyksen saamiseen. Syvälinen näkemys voidaan ymmärtää ilmiön sanalliseksi kuvaukseksi (Kananen 2010, 34, 42).

9.3 Aineiston keruu

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kolmeosaista kyselylomaketta, joka muodostui taustatiedot-, ammattiosaaminen- sekä vahvuudet ja lisätiedon kartoitus -osuuksista. Kyselylomake on suunniteltu vastaajien kannalta niin, että vastaaminen tapahtuu anonyymisti ja luottamuksellisesti. Tutkimusetiikan perusteisiin kuuluu, että kohderyhmälle tulee taata mahdollisuus anonyymiin osallisuuteen tutkimuksessa eli tutkijan tulee tehdä kaikkensa, että tutkittavien henkilöllisyys säilyisi suojattuna. Luottamuksellisuus on yhteydessä yksityisyyden käsitteeseen ja eräs oleellinen metodi tutkijalle. (Mäkinen 2006, 115–116.)

Kyselylomakkeen rakenne koostuu loogisesta järjestyksestä, joka sisältää taustatiedot ja kysymykset. Kysymysten järjestys etenee yleisistä yksityiskohtaisimpiin ja hieman vaikeampiin kysymyksiin. Näin vastaajan on helpompi edetä loogisesti aihealueittain. Kyselylomakkeen ulkoasu tulisi olla helppolukuinen ja helposti vastattava. Kysymykset ryhmitellään aihealueittain omiksi kokonaisuuksiksi. Kysymysten rakenne on oltava selkeää, yksinkertaista ja helposti ymmärrettävää suomenkieltä, koska muutoin vastaaja menettää keskittymisensä ja kaikki energia menee kysymysten ymmärtämiseen. Kysymykset ovat tutkimuksen raaka-ainetta ja niistä riippuu tulosten luotettavuus ja laatu. (Kananen 2010, 92–94.)

Taustatietoja käsittelevässä osuudessa tiedustelimme vastaajilta yksikköä, ikää, koulutusta ja sosiaali- ja terveysalan opintojen suuntautumista, terveysalan työkokemusta sekä onko vastaaja saanut lisäkoulutusta liittyen mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyöhön.

Ammattiosaamista käsittelevässä osuudessa selvitimme vastaajien jo olemassa olevaa tietoa ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyöstä. Ammattiosaamisen osuuden kysymykset olivat aihealueittain ja ne sisälsivät monivalintakysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä. Vastausten perusteella saimme kartoitettua hoitotyön ammatillaisten ammattiosaamista ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyöstä.

Vahvuudet ja lisätiedon tarve- osuudessa kysyimme vastaajien heidän kokemuksiinsa omista vahvuuksista ja lisätiedon tarpeesta. Tällä tavoin saimme kolme eri näkökulmaa, joiden avulla voimme laatia hyvän perustelun lisäkoulutusehdotusta varten.

Kyselylomakkeen suunnitteluun osallistuivat meidän lisäksi Kyllikinkadun palvelukeskuksen palvelupäällikkö ja yhteyshenkilönä toimiva sairaanhoitaja sekä yksityisen organisaation mielenterveys- ja päihdetyöhön erikoistunut sairaanhoitaja. Kyselylomakkeen kysymykset on laadittu lähdekirjallisuuden ja tutkimusten pohjalta käytännönläheisiksi sekä oikeiden tutkimustulosten kannalta ymmärrettäviksi. Kyselylomake toteutettiin Webropol- kyselytyökalulla, jonka ansiosta vastaaminen oli sujuvaa ja vaivatonta. Webropol on monipuolinen työkalu tutkimustiedon keräämiseen ja analysointiin. Huomioimme kyselylomakkeen kysymysten määrän sellaiseksi, ettei kyselyyn käytetty työaika ylitä 15 minuuttia ja että vastaajien mielenkiinto kyselyyn säilyisi. Laadimme ja huomioimme kyselylomakkeen suunnittelussa ja toteutuksessa useat eri tekijät lisätäksemme tutkimuksemme validiutta eli pätevyyttä (Hirsjärvi ym. 2013, 231).

Testasimme kyselylomakkeen toimivuutta testiryhmällä, jonka avulla selvitimme kyselyyn vastaamiseen käytettyä aikaa, kysymysten ymmärrettävyyttä ja yleisesti kyselylomakkeen rakennetta. Testaus osoitti, että kyselylomake on toimiva ja siihen käytetty aika oli noin 15 minuuttia.

9.4 Aineiston analysointimenetelmät

Opinnäytetyössä käytettiin analysointimenetelmänä suoraa jakaumaa ja ristiintaulukointia sekä sisällönanalyysiä. Suora jakauma ja ristiintaulukointi korostuivat strukturoidussa kysymyksissä ja sisällönanalyysi avoimissa kysymyksissä. Ristiintaulukoinnin avulla pyrimme nostamaan tutkimustuloksista konkreettisesti näkyviin vaikuttavia ilmiöitä. Ristiintaulukoinnin yleisenä ohjeena on kiinnittää huomiota suuriin ja pieniin arvoihin sekä mahdollisiin riippuvuuksiin. Riippuvuudella tarkoitetaan jonkin muuttujan arvojen kasvamista tai pienenemistä toisen muuttujan käyttäytyessä päinvastoin. (Kananen 2008, 87.) Ristiintaulukoinnin avulla tuodaan esille ne aihealueet, jotka nousevat selkeästi tutkimustuloksista joko vahvuuksiksi tai heikkouksiksi.

Sisällönanalyysin tarkoituksena on saada tiivistetty ja yleinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Aineistoa voidaan eritellä, jolloin tiedot kerätään sanallisessa muodossa, sanallisi-

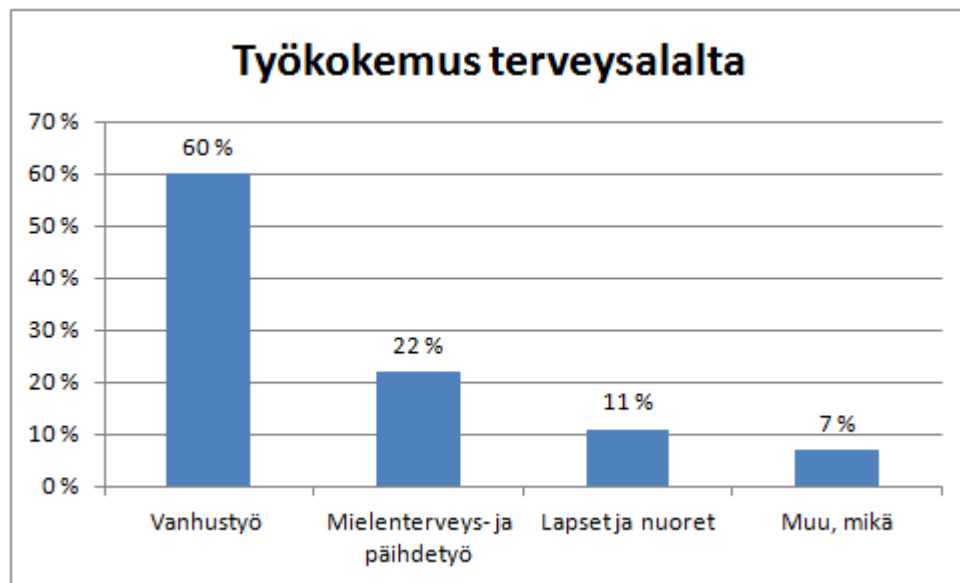
na ilmaisuina tai määrällisenä muotona, luokitteluna tai tilastoituna. Sisällönanalyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti. Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä, ja sisällönanalyysin tarkoituksena on luoda selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä eli aineisto pyritään järjestämään tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston analyysi luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehykseen, kuten teoriaan tai käsitejärjestelmään. Sisällönanalyysillä voidaan kvantifioida aineistoa eli lasketaan kuinka monta kertaa sama asia toistuu tai ilmaisee saman asian aineistossa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105, 116–117.) Sisällönanalyysiä käytettiin avoimien kysymysten vastauksia tulkittaessa, muun muassa tutkittavan ilmiön selittämiseen, käsitteiden toistettavuuden, teorialiedon ja vastausten vertailussa.

10 TUTKIMUSTULOKSET

10.1 Taustatiedot

Kyselylomake lähetettiin 70 hoitotyön ammattilaiselle ja vastauksia saimme 57. Vastaajista lähi- ja perushoitajia on 51, sairaanhoitajia kolme sekä yksi kuntohoitaja, kodinhoitaja ja sosiaalihoitaja. Vastaajista 42 % oli suuntautunut sosiaali – ja terveysalan opinnoissa sairaanhoitoon ja huolenpitoon ja vanhustyöhön 21 %. Mielenterveys- ja päihdetyöhön suuntautuneita oli viisi eli 9 %. Muita suuntautumisia koulutuksessa olivat lapset ja nuoret 4 %, ensihoito 2 %, kuntoutus 14 %, terveydenhoito 2 %, vammaistyö 4 %, perushoitaja 2 %. Yksi vastaajista ei ollut suuntautunut opinnoissaan mihinkään, koska hän on valmistunut vuonna 1987 eikä silloin ollut mahdollista erikoistua.

Vastaajilla on monenlaista kokemusta terveysalalta, ja he pystyivät valitsemaan yhden tai useamman vaihtoehdon koskien työkokemusta. Kuviosta 1 käy ilmi vastaajien työkokemus terveysalalta. Vastaajista 60 % oli työskennellyt vanhustyössä. Työkokemus vaihteli neljästä kuukaudesta 30 vuoteen ja keskiarvo työvuosina oli seitsemän vuotta. Vastaajista 22 % oli kertynyt työkokemusta myös mielenterveys- ja päihdetyöstä keskimäärin kuusi vuotta.



KUVIO 1 Vastaajien työkokemus terveisalalta

Vastaajista 75 % ei ole saanut lisä - tai täydennyskoulutusta mielenterveys -ja päihdetyöhön. Lisäkoulutuksen saaneista 25 % oli suuntautunut koulutuksessaan seuraavasti: sairaanhoitoon ja huolenpitoon 50 %, vanhustyöhön 22 %, kuntoutukseen 7 %, lapsiin ja nuoriin 7 % ja muihin aihealueisiin 14 %. Koulutuksen aiheita ovat olleet mielenterveyden ensiapukurssi, mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen ja uhkatilanteet, psykiatrisen hoidon erikoisammattitutkinto ja oppisopimuskoulutus mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta.

10.2 Yleisimmät mielenterveysongelmat

Kysymykset yleisimmistä mielenterveysongelmista käsittelivät masennusta, skitsofreniaa, paniikkihäiriötä ja maniaa. Masennukseen liittyen selvitimme, kuinka he tunnistavat vakavan masennustilan oireita ja niiden määrää. Oireita tulee olla yli kahdeksan ja niiden tulee esiintyä samanaikaisesti yli kahden viikon ajan. Unettomuus, väsymys ja voimattomuus, arvottomuuden ja syyllisyyden tunteet sekä vaikeus tehdä päätöksiä ja keskittymisen vaikeus olivat vastaajien mielestä vakavan masennustilan oireita vaihtoehtoisista. Merkittävä painon nousu tai lasku oli vastaajien mielestä myös oireena vakavassa masennustilassa. Hikoilu ja kehon puutuminen liittyvät lähdekirjallisuuden mukaan enemmän ahdistuneisuuden fyysisiin oireisiin, jotka saattavat viitata masennukseen. Näitä oireita ei varsinaisesti lasketa masennuksen oireisiin.

Skitsofreniaan liittyen kysyimme millaisia oireita skitsofreniassa ilmenee. Vastaajien mielestä skitsofreniassa ilmenee aistiharhoja eli hallusinaatioita, harhaluuloja eli delusioita, ajatushäiriöitä ja hajanaista puhetta. Vastaukset jakautuivat hyvin tasaisesti, kuitenkin eniten valintoja saivat aistiharhat 29 % ja harhaluulot 29 %.

Halusimme myös selvittää, tunnistavatko vastaajat paniikkikohtauksen ja manian oireita. Vastaajien mielestä paniikkikohtauksessa asiakkaalla esiintyy eniten sydäntuntemuksia, mutta myös tukehtumisen tunnetta, hikoilua ja huimausta. Vastaajat tiesivät myös, että maniassa puheliaisuus lisääntyy ja unen tarve vähenee. Yhtenä vastausvaihtoehtona oli, että maniassa ihminen kokee mielihyvin ja aistielämykset voimakkaina. Lähdekirjallisuuden mukaan tämä kuuluu hypomanian oireisiin, joka on lievempi muoto manias-
ta.

10.3 Riippuvuudet

Vastaajista 27 % on sitä mieltä, että pitkäaikainen ja runsas alkoholin käyttö voi aiheuttaa pysyviä muutoksia muistissa, muuten muutokset näkyvät vastaajien mukaan päätte-
lykyvyssä 22 %, liikkumisessa 25 % ja sosiaalisessa kanssakäymisessä 23 %. 3 %:n mielestä alkoholi voi aiheuttaa sisäelimissä mm. maksassa vaurioita sekä aisti- ja harhaluuloja.

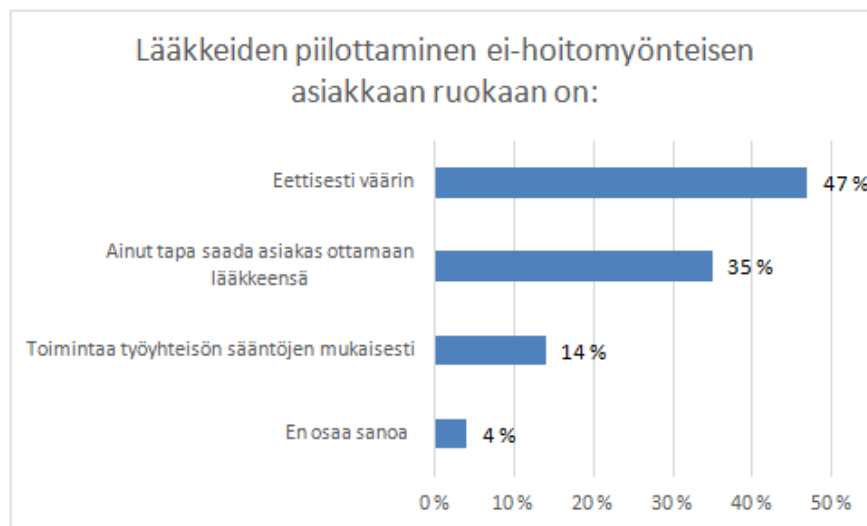
He tunnistavat myös, kuinka alkoholiriippuvuus ilmenee päihteiden käytön vähentämisen 33 % ja kanssakäymisen 26 % yhteydessä, erilaisia mittareita käytettäessä 24 % ja laboratorionkokeissa 18 %. Kaksi vastaajista nostaa esille myös fyysisen, henkisen ja sosiaalisen puolen sekä toimintakyvyn alenemisen. Lääkeriippuvuutta voivat aiheuttaa vastaajien mielestä opioidit 35 %, bentsodiatsepiinit 32 % ja voimakkaat kipulääkkeet 32 %. Yksi vastaajista mainitsi myös unilääkkeet lääkeriippuvuuden aiheuttajana.

10.4 Lääkehoito

Tutkimuksessa ilmenee, että vastaajat hallitsevat ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden lääkehoidon perusperiaatteet. Vastaajista 30 % vastasi, että masennus-
lääkkeiden hoitovaste saavutetaan 1-2 viikon ja 44 % vastasi 3-5 viikon kuluessa, mutta

todellisuudessa masennuslääkkeiden hoitovaste ikääntyneillä saavutetaan vasta 6-12 viikon aikana. Vastaajien ammattiosaamisessa ikääntyneiden unettomuuden hoidossa oli selviä puutteita, sillä vastaajista puolet (51 %) kokevat unettomuuden ensisijaisena hoitona nukahtamis-, unilääkkeet tai bentsodiatsepiinit. Lääkehoidon tukena voidaan käyttää terapiaa mielenterveysongelman hoidossa. Vastaajat ovat tietoisia siitä, että lääkehoidon ja terapian yhdistelmähoidolla saavutetaan suurin vaste ikääntyneen mielenterveysasiakkaan hoidossa.

Vastaajilla ilmenee hyvä eettinen omatunto, sillä 48 % mielestä lääkkeiden piilottaminen esimerkiksi asiakkaan ruoan sekaan on eettisesti väärää toimintaa. Kuviossa 2 ilmenee konkreettisesti se, että vaikka vastaajat kokevat toiminnan eettisesti vääränä, heistä kokee sen joko ainoana tapana saada asiakas ottamaan lääkkeensä tai työyhteisön sääntöjen mukaisena toimintana.



KUVIO 2 Eettisyys lääkeshoidossa

Lähes kaikki vastaajat eli 96 % kokee, että uuden psykykenlääkkeen aloituksen yhteydessä tulee seurata ja kirjata asiakkaan potilastietoihin mahdolliset haitta -ja sivuvaikutukset. Tietoisuus psykykenlääkkeiden haitta -ja sivuvaikutuksista vaikuttaa vastausten perusteella suppealta, sillä tietämys on keskimäärin 3,2 haitta -tai sivuvaikutusta vastaajaa kohden. Vastaajista 14 % ei tiedä millaisia ovat psykykenlääkkeiden yleisimmät haitta -ja sivuvaikutukset.

10.5 Ikääntyneen mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisen haasteet

10.5.1 Väkivalta- ja uhkatilanteet

Vastaajilla on tietämystä eri mielenterveysongelmien väkivaltaisuuden ennusmerkeistä, väkivaltaisuuden kohdentumisesta ja osoittamisesta. Tuloksista näkee, että vastaajista 61 % tunnistaa skitsofreniaa sairastavan asiakkaan väkivaltaisuuden ennusmerkeiksi jännittyneisyyden ja kiihtyneisyyden, 67 % tunnistaa masennusta sairastavan kohdentavan väkivaltaisuuden itseensä sekä 36 % tunnistaa kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan väkivaltaisuuden ilmenevän uhkaavana, pelkoa herättävänä käyttäytymisellä. Vastaajien ammattiosaaminen väkivallan ennusmerkeistä kertoo, että he osaavat mahdollisesti ennakoida väkivalta- ja uhkatilanteita, mutta ovat tästä huolimatta joutuneet fyysisen ja psyykkisen väkivallan kohteiksi (Kuvio 3.)



KUVIO 3 Väkivallan aihealueeseen liittyvät kysymykset

Suurin osa eli 86 % vastaajista on joutunut kohtaamaan fyysistä väkivaltaa ja/tai uhkailua. Vastaajien kokema fyysinen väkivalta on ollut nyrkeillä huitomista (14 %), lyömistä (23 %), potkimista (19 %), puremista (10 %), raapimista (14 %) ja uhkaavaa käytöstä (13 %). Pieni osa eli 9 % vastaajista kertoo fyysisen väkivallan kohtaamisen tapahtuneen muistisairaana asiakkaan hoitotyön yhteydessä. Suoria poimintoja vastaajien kuvaamista fyysisen väkivallan kokemuksista:

“Puremista, potkimista, lyömistä, nipistämistä, tavaroilla heittäilyä.”

“Huitomista ja raapimista.”

“Lyömistä, potkimista, puremista ja päälle sylkemistä sekä nipistelyä.”

Vastaajilla on selkeästi tiedossa, että psyykkinen eli henkinen väkivalta ilmenee muun muassa solvaamisena (47 %) ja sanallisena uhkailuna (49 %). Vastaajat kertovat kokevansa psyykkistä väkivaltaa viikoittain (31 %), kuukausittain (26 %), harvemmin kuin kerran kuukaudessa (33 %) ja pieni osa ei ole kokenut lainkaan psyykkistä väkivaltaa (9 %). Vastaajien kokema psyykkinen väkivalta on ollut haukkumista (31 %), uhkailua (37 %) ja arvostelua (32 %). Suoria poimintoja vastaajien kuvaamista psyykkisen väkivallan kokemuksista:

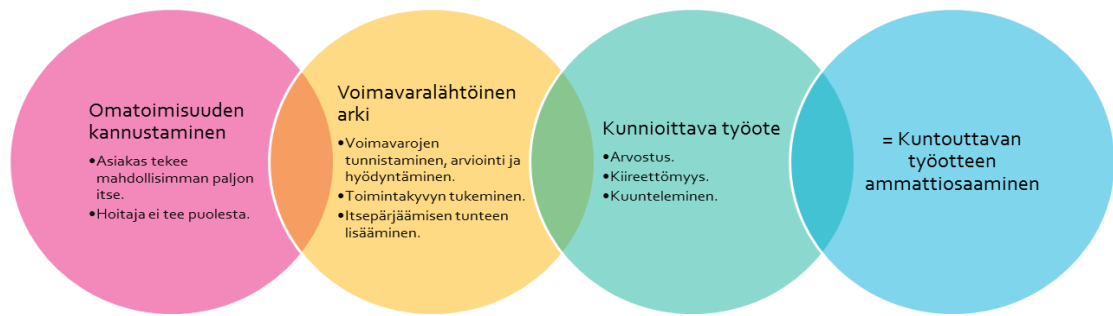
“Uhkaavaa käyttäytymistä, liian lähelle “omalle reviirille” tulemista, sanallista uhkaamista.”

“Huutamista, haukkumista, nimittelyä, uhkailua.”

“Huoritellaan, akotellaan, ämmitellään, käsketään painua milloin mihinkin.”

10.5.2 Kuntouttava työote

Vastaajien ammattiosaaminen kuntouttavasta työotteesta koostuu pääsääntöisesti kolmesta kokonaisuudesta: asiakkaan oman aktiivisuuden tukemisesta, kuntoutumista edistävästä toiminnasta ja kuntoutujaa kunnioittavasta toiminnasta (Kuvio 4). Vastaajien työssä kuntouttavan työotteen näkyminen painottuu asiakkaan oman aktiivisuuden tukemisena sekä kuntoutumista edistävänä toimintana. Kuntoutujaa kunnioittava toiminta, kuten kiireettömyys, esiintyy vastaajien vastauksissa harvemmin.



KUVIO 4 Vastaajien kuntouttavan työotteen ammattiosaaminen osa-alueet

Asiakkaan oman aktiivisen toimijuuden tukeminen osoittautuu vastaajien vastauksissa voimavara- ja lähtöisenä toimintana ja valtaistumisen tukemisena. Kuntoutumista edistävä toiminta painottuu eritoten omatoimisuuteen kannustamisena sekä siihen, ettei hoitaja tee asiakkaan puolesta. Tutkimuksessa ilmenee vastaajien kokevan, ettei kuntouttavan työotteen toteutumiselle ole aikaa, mutta myös se, että pienikin asia voi olla kuntouttavaa.

Yhteenvetona voimme todeta, että vastaajilla on kuntouttavan työotteen käyttäminen ja merkitys hallussa. Suoria poimintoja vastaajien monipuolisista vastauksista kuinka kuntouttava työote näkyy heidän työssään:

“Omatoimisuuden tukeminen, kannustaminen ja palautteen antaminen.”

“Läsnäolona arjessa, kannustamisena toimintojen ylläpitämisessä, palautteen antajana myönteisyys lisää toimintaa ja kannustaa itsenäisyyteen toiminnoissa, pienikin asia on suuri..”

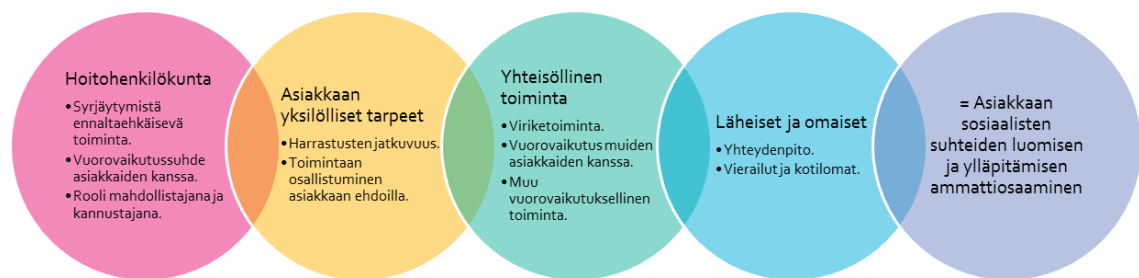
“Ei tehdä asiakkaan puolesta, kannustetaan, tuetaan, ohjataan, jo pienikin asiakkaan itse tekemä on kuntouttavaa.”

Kuntouttavaa työtettä käytetään vaihtelevasti hoitotyössä. Vastaajista yli puolet kertoo kannustavansa ikääntyneitä mielenterveys- ja päihdeasiakkaita kuntouttavalla työotteen-

la päivittäin. Vastaajista osa puolestaan kertoo käyttävänsä kuntouttavaa työtettä joko viikoittain, kuukausittain tai harvemmin.

10.5.3 Sosiaalisten suhteiden luominen ja ylläpitäminen

Tutkimuksessa ilmenee vastaajien monipuolinen osaaminen asiakkaan sosiaalisten suhteiden luomisessa ja ylläpitämisessä. Vastauksissa selkeästi osoittautuu se, kuinka moni tekijä on osana asiakkaan sosiaalisissa suhteissa. Vastaajien mukaan pääpaino on asiakkaan suhteista omaisiin ja lähimmäisiin, yhteisölliseen toimintaan, asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioimiseen ja hoitohenkilökuntaan (Kuvio 5).



KUVIO 5 Vastaajien ammattiosaaminen asiakkaan sosiaalisten suhteiden luomisen ja ylläpitämisen osa-alueet

Omaisten ja lähimmäisten roolit ikääntyneen asiakkaan sosiaalisessa verkostossa korostuu eniten vastaajien vastauksissa. Vastaajat painottavat sosiaalisten suhteiden tärkeimmäksi tekijäksi asiakkaan ja omaisten välisen yhteydenpidon, joka tapahtuu puhelimitse, tapaamisilla tai kotilomilla. Vastaajien vastauksissa ilmenee, että yhteistyö omaisten ja lähimmäisten kanssa edesauttaa asiakkaan hyvinvointia. Suoria poimintoja vastaajien näkemyksistä:

“Omaiset ja ystävät ovat tukemassa asiakasta hyvinvoinnissa.”

“Saisi pitää mahdollisimman paljon yhteyttä ja nähdä lähimmäisiään ja asiakkaalle tärkeitä ihmisiä.”

“..omaiset aina tervetulleita vierailulle ja osallistumaan arkeen yhdessä asiakkaan kanssa, asiakas virkistyy.”

Vastaajat kokevat yhteisöllisen toiminnan olevan yksi oleellinen tekijä asiakkaan sosiaalisten suhteiden luomisessa ja ylläpitämisessä. Esimerkiksi viriketoiminta nähdään mahdollisuutena tavata muita asiakkaita ja olla vuorovaikutussuhteessa ja luoda uusia ystävyys-suhteita. Vastaajat kokevat, että yksikön muut asiakkaat ovat hyvä mahdollisuus vuorovaikutussuhteisiin ja ajan viettämiseen. Myös muu toiminta kuten vertaistuki, vapaaehtoistyö ja ulkopuoliset tapahtumat ovat osana asiakkaan sosiaalisten suhteiden luomisessa.

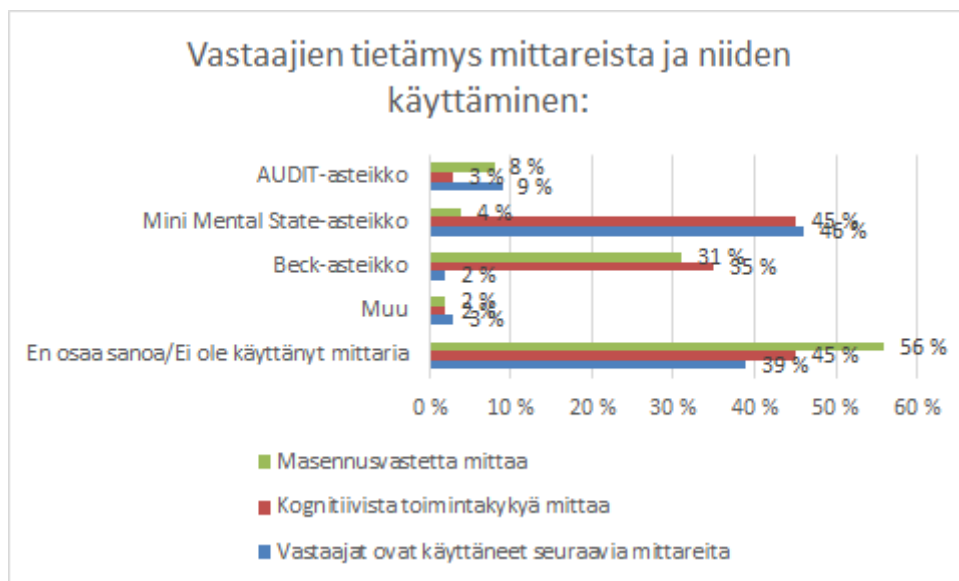
Hoitohenkilökunnan rooli asiakkaan sosiaalisten suhteiden luomisessa ja ylläpitämisessä korostuu vastaajien vastauksissa, koska hoitohenkilökunta voi kannustaa ja mahdollistaa asiakasta sosiaalisissa suhteissa. Hoitohenkilökunta on vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa muun muassa hoitotyön ohella. Vastauksissa ilmenee, että hoitohenkilökunta arvioi ja huomioi asiakkaan yksilöllisiä sosiaalisia tarpeita, esimerkiksi asiakkaan fyysisen toimintakyvyn ja apuvälineet, kuten pyörätuoli tai kuulolaite. Asiakasta ei myöskään pakoteta osallistumaan mihinkään vasten tahtoaan, ja asiakkaalle mahdollistetaan jo olemassa olevien harrastusten jatkuvuus, esimerkiksi kirkossa käynti. Yksinäisyyden ja syrjäytymisen ennaltaehkäisevä toiminta korostuu asiakkaan sosiaalisten suhteiden luomisessa. Tämä toiminta ilmenee vastaajien mielestä muun muassa niin, ettei asiakasta jätetä yksin omaan huoneeseensa. Vastaajien vastauksista ilmenee, että he kannustavat ikääntyneitä mielenterveys- ja/tai päihdeasiakasta sosiaalisten suhteiden luomiseen ja ylläpitämiseen päivittäin (36 %), viikoittain (28 %) ja harvemmin tai ei lainkaan (36 %).

10.6 Mittarit ja kyselyt toimintakyvyn tunnistamisen apuvälineinä

Vastaajista kolmasosa tietää Beck -asteikon (ja DRS -asteikon) mittaavan masennuksen vastetta, pieni osa eli 12 % vastaa AUDIT -ja Mini Mental State -asteikon, mutta suurin osa eli yli puolet ei osannut kertoa mikä mittaa masennusvastetta.

Kognitiivisen toimintakyvyn mittarista vastaajilla on selvästi enemmän tietoa. Vastajista noin puolet eli 45 % tietää Mini Mental State -asteikon mittaavan asiakkaan kognitiivista toimintakykyä, mutta vastaajat ilmaisevat myös epätietoisuutta, sillä en osaa sanoa -vastaukseen vastaa saman verran eli 45 %.

Vastaajat ovat käyttäneet seuraavasti mittareita ja kyselyjä hoitotyössä: 9 % AUDIT, 46 % Mini Mental State, 2 % Beck sekä jotain muuta eli RAI -mittaria oli käyttänyt vastajista 3 %. Yhteenvedo mittareiden ja kyselyjen ammattiosaamisesta ja käyttämisestä ilmenee kuviossa 6.

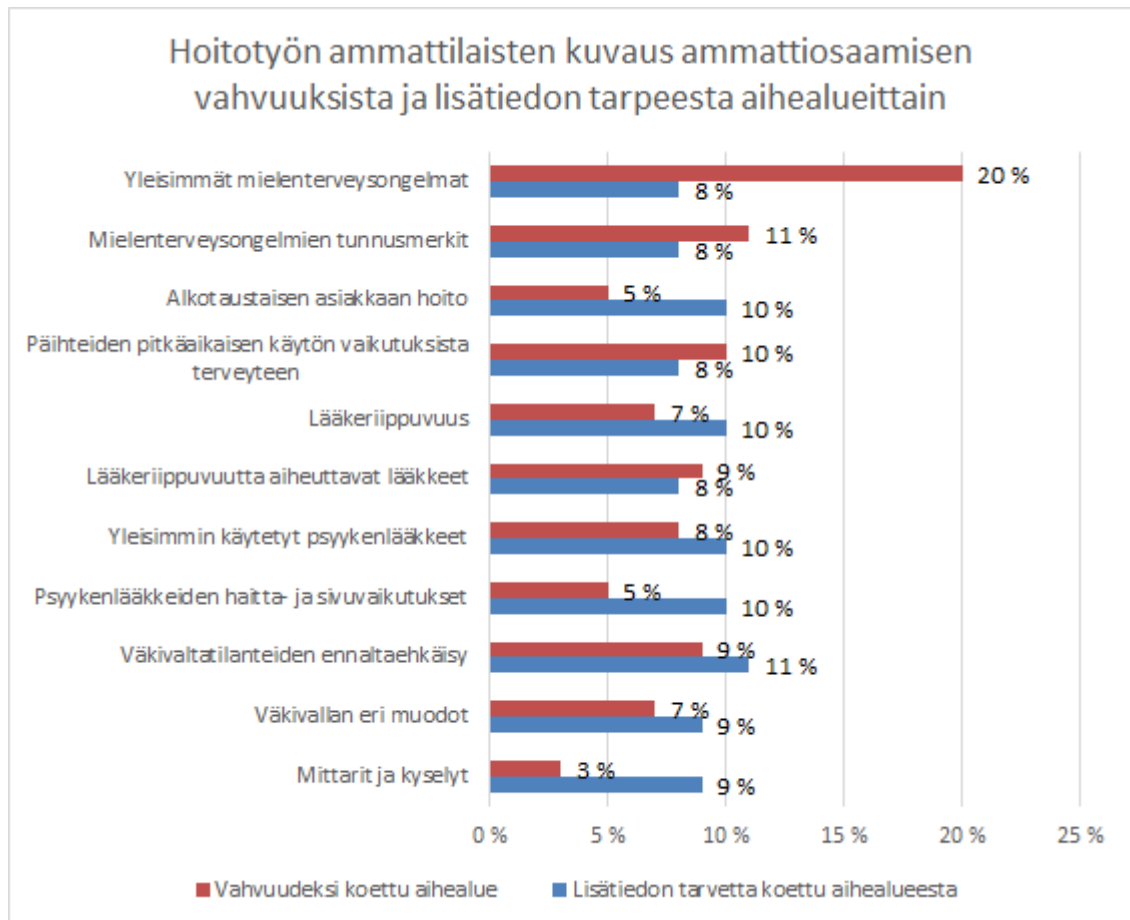


KUVIO 6 Vastaajien tietämys mittareista ja niiden käytöstä

10.7. Lisäkoulutuksen tarve

Lisäkoulutusehdotus perustuu vastaajien omiin vahvuuksiin sekä kehittämisen tarpeisiin sekä tutkimuksissa ilmenneisiin kehitettäviin ammattiosaamisen aihealueisiin, jotka ovat tarkempina yhteenvedoina myöhemmin tässä tekstiosiossa. Kuviossa 7 ilmenee, mitkä aihealueet ovat vastaajien vahvuudet ja lisätiedon tarpeeksi koettuja. Vastaajat kokevat heidän ammattiosaamisen vahvuuksien olevan yleisimmät mielenterveysongelmat ja niiden tunnusmerkit sekä päihteiden pitkäaikaisen käytön vaikutukset terveyteen. Lääkeriippuvuutta aiheuttavat lääkkeet ja väkivallan ennaltaehkäisy kuuluvat myös vastaajien vahvuuksiin. Alkoholitaukaisen asiakkaan hoito, psykenlääkkeiden

haitta -ja sivuvaikutukset sekä mittarit ja kyselyt ovat selkeästi vähiten vahvuudeksi koettuja aihealueita.



KUVIO 7 Hoitotyön ammattilaisten kuvaus ammattiosaamisen vahvuuksista ja lisätiedon tarpeesta aihealueittain

Vastausten mukaan hoitotyön ammattilaiset ovat hyvin selvillä masennukseen ja skitsofreniaan liittyvistä oireista ja osaavat tunnistaa niitä. Vastausten perusteella hoitotyön ammattilaisilla on ammattiosaamista tunnistaa yleisimpien mielenterveysongelmien oireita. Ammattiosaaminen lääke -ja alkoholiriippuvuuksista tulee hyvin esille vastauksista ja he ymmärtävät niiden eri ilmenemismuodot.

Yhteenvetona voidaan todeta, että vastaajien lääkehoidon ammattiosaaminen koostuu lääkehoidon perustiedoista ja lääkehoidon toteutuksen osa-alueista. Ammattiosaamista kehittävänä aihealueina ilmenevät lääkehoidon eettinen ja lainsäädännöllinen toteuttaminen sekä tietämyksen lisääminen psyykenlääkkeiden haitta -ja sivuvaikutuksista.

Vastaajien väkivaltatilanteisiin liittyvän ammattiosaamisen vahvuuksina korostuvat tietämys väkivallan eri muodoista (fyysinen ja psyykkinen) sekä tapahtuneiden väkivalta- ja uhkatilanteiden käsittelemisestä. Kehitettävänä asiana tutkimuksessa ilmenee se, kuinka ennaltaehkäistä väkivaltatilanteita, vaikka vastaajat selvästi osaavat niitä ennakoita.

Kuntouttavan työotteen ammattiosaaminen on selkeästi vastaajien yksi vahvimmista osa-alueista. Vastausten perusteella pystytään kuvailemaan, mistä vastaajien kuntouttavan työotteen ammattiosaaminen koostuu. Kehitettävänä asiana ilmeni se, että vastaajat voisivat käyttää kuntouttavaa työotetta päivittäin, koska pienikin toiminta voi olla kuntouttavaa.

Tutkimustuloksissa ilmenee selkeästi, että vastaajien ammattiosaaminen asiakkaan sosiaalisten suhteiden luomisesta ja ylläpitämisestä on vahvaa. Kehitettävää ei tämän aihealueen ammattiosaamisessa ilmennyt, lukuun ottamatta ymmärrystä siitä, että kuntouttavan työotteen käyttäminen on päivittäistä toimintaa.

Vastaajien ammattiosaaminen mittareista ja kyselyistä vaikutti tulosten perusteella vähäiseltä. Tässä osiossa ilmenee mielenkiintoisena ilmiönä se, että vastaajista 46 % oli käyttänyt Mini Mental State -asteikkoa, mutta ei tiennyt sen mittaavan kognitiivista toimintakykyä. Tällä ammattiosaamisen aihealueella on selvästi kehitettävää niin tulosten kuin vastaajien lisätiedon tarpeenkin kannalta.

11 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksen prosessissa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsjärvi ym. 2009, 23). Tutkimustoiminnan eettisinä tavoitteina ovat ihmisten kunnioittaminen, tasa-arvoinen vuorovaikutus ja oikeudenmukaisuuden korostaminen. Eettinen näkökulma näkyy myös kriittisenä käytäntöjä ja tietoja kohtaan. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 11.) Tutkimuksen luotettavuutta ja tulosten tois-

tettavuutta kuvaa termi reaalibelius (Hirsjärvi ym. 2013, 231). Tutkimuksemme reliaabelius on kyseenalainen, koska vastaavaa tutkimusta ei ole aiemmin tehty.

Eettiset kysymykset alkavat jo valitessa aihetta. Opinnäytetyön tekijöiden tulee sitoutua, että aineistoa käytetään vain siihen tarkoitukseen mihin on sovittu. Yleensä tutkimus toteutetaan sellaisessa yhteisössä, joka edellyttää erillistä lupaa. Tekijän tulee selvittää luvan anomiskäytäntö ja anoa lupa. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 12.) Selvitimme Jyväskylän kaupungin käytössä olevan tutkimuslupaprosessin, jota noudatimme tutkimuslupia haettaessa sekä tutkimuksen käytännön toteutuksessa.

Luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä olivat tutkimuksemme saatekirje ja alkuinformaatiotilaisuudet, jotka pidimme yksiköiden henkilöstöpalavereissa. Lähetimme saatekirjeen Jyväskylän kaupungin Kyllikinkadun palvelukeskuksen ja varahenkilöyksikön vanhusten asumisen ryhmän hoitotyön ammattilaisille. Saatekirjeessä ja alkuinformaatiotilaisuuksissa ilmoitimme selkeästi tutkimuksen aiheen, osallistumisen vapaaehtoisuuden, tutkimustulosten anonyymin analyysin, salassapitovelvollisuuden sitoutumisemme ja sen, että poistamme tulosaineiston opinnäytetyön hyväksymisen yhteydessä.

Alkuinformaatiotilaisuuksissa kerroimme vielä tarkemmin tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteet sekä kannustimme hoitotyön ammattilaisia vastaamaan kyselyymme. Kyselylomake oli laadittu lähdekirjallisuuteen perustuen eli kysely ei sisältänyt kysymyksiä, jotka pystyisi kohdentamaan tiettyyn asiakkaaseen tai työntekijään.

Yhteydenpito meidän, toimeksiantajan ja yhteistyötahon välillä oli alusta alkaen tiiviistä. Huomioimme ja kuuntelimme toimeksiantajaa ja yhteistyötahoa muun muassa kyselyn ja aikataulun laatimisessa. Pidimme Kyllikinkadun palvelukeskuksen kuukausipalaverissa sovittuna ajankohtana niin kutsutun ”pika-analyysin” tutkimustuloksista. Pika-analyysissä kerroimme tutkimuksessa ilmenneitä asioita, joita ehdotamme lisäkoulutukseen. Toimeksiantajan toiveesta olimme yhteydessä mahdollisen lisäkoulutuksen järjestäjiin ja sovimme, että lähetämme heille tutkimustulokset.

12 POHDINTA

Tutkimustulosten mukaan vastaajien ammattiosaamisen vahvuuksia olivat seuraavat aihealueet: yleisimmät mielenterveysongelmat, lääke- ja alkoholiriippuvuudet, lääkeshoidon perusasiat, kuntouttava työote ja sen merkitys sekä sosiaalisten suhteiden luominen ja ylläpitäminen. Täten voidaan todeta, ettei lisäkoulutuksen tarve kohdistu pääpainossa näihin aihealueisiin. Vastaajat toivoivat lisätietoa kaikista aihealueesta lähes yhtä paljon. Lisäkoulutusehdotelmassa painotimme pääpainossa niitä aihealueita, jotka selkeästi osoittautuivat lisätiedon tarvetta vaativiksi, mutta huomioiden tutkimuksessa vastaajien ilmennee ammattiosaamisen.

Lääkehoidon eettinen ja lainsäädännöllinen toteuttaminen sekä haitta- ja sivuvaikutukset olivat pääpainossa kehitettäviä aiheita. Vastaajilla ilmeni tutkimustulosten perusteella hyvä eettinen omatunto. Tulosten perusteella heräsi kuitenkin kysymys: miksi vastaajat antavat lääkkeitä ruoan seassa joko ainoana tapana saada asiakas ottamaan lääkkeitä tai yksikön käytännön mukaisena toimintana, vaikka kokevat toiminnan eettisesti vääränä? Lisäkoulutuksessa voisi tuoda esille sen, missä menevät eettisen toiminnan ja lainsäädännön (esimerkiksi itsemääräämisoikeuden) rajat lääkeshoidon toteutuksessa. Tutkimustuloksissa ilmeni, että keskimäärin yksi vastaaja mainitsi 3,2 psyykenlääkkeiden haitta- ja sivuvaikutusta. Kun pohditaan tätä tiedon määrää suhteessa uuden psyykenlääkkeen seurantaan, niin saattaisiko jokin oire jäädä huomaamatta tai hoitamatta? Yhteenvetona voidaan päätellä, että vastaajien tietämystä mahdollisista haitta- ja sivuvaikutuksista tulisi lisätä: mitä oireita seurataan ja mitkä ovat toimintaohjeet, mikäli haitta- ja sivuvaikutuksia ilmenee.

Vastaajien ammattiosaamisen vahvuutena oli väkivalta- ja uhkatilanteiden ennakointi, mutta tästä huolimatta he ovat kokeneet fyysistä ja psyykkistä väkivaltaa. Lisätieto väkivallan ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisystä olisi tarpeellista, vaikkakin noin puolet vastaajista tunnisti keskimäärin mielenterveysasiakkaan väkivaltaisuuden ennusmerkkejä. Lisätieto myös hoitajan oikeuksista väkivallan uhriksi joutuessa olisi syytä tarkastella, esimerkiksi kuinka toimia, jos asiakas lyö. Vastaajat ilmaisivat väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyn lisätiedon tarpeen yhtenä aihealueena. He tunnistavat hyvin

fyysisen ja psyykkisen väkivallan eri muotoja sekä osaavat käsitellä väkivalta- ja uhkatilanteita työpaikallaan.

Vastaajien tietämys tunnistamisen apuvälineistä eli mittareista ja kyselyistä oli selvästi puutteellista, sillä vastaajista suurin osa ei tiennyt, mitkä mittarit tai kyselyt mittaavat masennusvastetta tai kognitiivista toimintakykyä. Kun tarkastellaan vastaajien vastauksissa ilmenneitä vahvuuden ja lisätiedon tarpeen välisiä suhteita, niin mittarit ja kyselyt nousivat niissä eritoten esille. Vain pieni osa vastaajista koki tunnistamisen apuvälineet vahvuudeksi ja siksi lisätiedon tarvetta oli paljon. Lisäkoulutuksessa olisi hyvä tuoda esille, millaiset mittarit ja kyselyt soveltuvat ikääntyneiden asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamiseen sekä terveyden ja hoidon edistämiseen.

Halusimme opinnäytetyömme aiheen olevan mielenkiintoinen, sopivasti haastava ja samalla hyödyllinen meille tulevaisuuden sairaanhoitajille. Olimme kiinnostuneita mielenterveys- ja päihdetyöstä. Aiheen rajaaminen ja aineiston löytäminen oli aluksi haasteellista, sillä sopivaa tutkimustietoa ikääntyneistä mielenterveys- ja päihdeasiakkaista oli suhteellisen vähän saatavilla. Tavoitteenamme oli saada mahdollisimman uutta ja luotettavaa tietoa, joka tarjoaisi oppimistilanteita opinnäytetyön myötä. Saimme hyödyllistä lisätietoa meille vieraasta, mutta tulevaisuudessa ajankohtaisesta aiheesta. Alusta alkaen meillä oli selkeä hahmotelma opinnäytetyöstämme eli millaisen siitä halusimme ja miten toivoimme sen vaikuttavan hoitotyön ammattilaisten ammattiosaamiseen. Yhteistyö toimeksiantajan ja yhteistyötahon kanssa sujui hyvin, koska he kokivat tarvitsevänsä tällaista tutkimusta ja sen myötä ammattiosaamisen kehittämistä. Toimeksiantaja ja yhteistyötaho olivat jatkuvasti tietoisia aikataulun kulusta ja kyselyn ja opinnäytetyön edistymisestä.

Emme kokeneet tarpeellisiksi ristiintaulukoida yksiköiden välisiä eroja, emmekä eri ikäryhmien ammattiosaamisen tai lisätiedon tarpeen yhtäläisyyksiä tai eroja, koska halusimme osoittaa tutkimustuloksista aihealueet, jotka hyödyttävät koko kohderyhmää. Kyselymme vastasi kolme sairaanhoitajaa, ja totesimme, ettei heidän osaamisensa ristiintaulukointi olisi järkevää. Vastaajista noin 25 % oli saanut lisä- tai täydennyskoulutusta ja heidän ammattiosaamisensa oli tutkimustuloksissa muun kohderyhmän mukaista.

Teimme työnjaon edesauttaaksemme ajoittaista yksilötyöskentelyä. Keskustelimme mielenterveyteen ja päihteisiin liittyvistä aiheista ja teimme yhdessä päätöksiä siitä, millaisia aihealueita opinnäytetyöhömmme valitaan. Mietimme, kuinka saisimme rajattua aihealueet oleellisimmat asiat sisältäviksi. Kysymysten laatiminen oli haasteellista, sillä tavoitteenamme oli saada mahdollisimman paljon tietoa hoitotyön ammattilaisten ammattiosaamisesta ja samalla säilyttää kyselylomakkeen rakenne sellaisena, että vastaajien mielenkiinto säilyisi. Kysymykset selkiytyivät, kun perehdyimme lähdekirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Koimme tärkeäksi käsitellä myös asioita, joita olemme mahdollisesti kohdanneet käytännön hoitotyössä. Kysymysten muotoilu oli ajoittain haasteellista, koska kysymykset saattoivat muotoutua liian tenttimäisiksi. Tavoitteenamme oli luoda kysymyksiä, jotka ovat helposti ymmärrettäviä ja vastattavia sekä vastaajan reflektivoivaa ajattelutapaa herätteleviä.

Kyselyn toteutuksessa käytimme Webropol -kyselytyökalua, jonka kanssa oli aluksi hieman haasteita, koska emme olleet sitä aiemmin käyttäneet. Muokatessa kyselyä meiltä jäi muutama ennalta suunniteltu kysymys pois kyselylomakkeesta. Tämän virheen huomasimme vasta tuloksia analysoidessamme. Kyselylomakkeen mittareita ja kyselyitä koskevissa kysymyksissä ilmeni epäselvyys, jonka vuoksi kognitiivisen toimintakyvyn vastausvaihtoehto Mini Mental State-asteikko aiheutti mahdollisesti hämmennystä vastaajissa. Oletamme hämmennyksen johtuvan siitä, että kyseisestä mittarista keskustellaan työelämässä nimikkeellä “MMSE”, eikä tästä syystä vastaajat välttämättä tunnistanut mittaria sen virallisesta nimestä. Vastausvaihtoehdon olisi voinut merkitä epäselvyyttä välttäen näin: “Mini Mental State -asteikko (MMSE)”. Jätimme tuloksissa huomioimatta “GSD15-asteikko”- vastaukset, koska vastausvaihtoehto oli virheellisesti kirjoitettu. Oikea vastausvaihtoehto olisi ollut GDS15-asteikko.

Ennen kyselyn toteuttamista testasimme kyselyn toimivuutta useasti ja se kannatti, koska kyselylomake toimi hyvin. Saimme todella hyvän vastausprosentin. Pidimme toimeksiantajan ja yhteistyötahon tilanteen tasalla siitä, kuinka paljon olimme saaneet vastauksia. He muistuttivat säännöllisesti vastaajia vastaamaan kyselyyn.

Saamamme palaute opinnäytetyöstä on ollut positiivista, ja toimeksiantaja sekä yhteistyötaho ovat ilmaisseet tutkimuksen tarpeellisuuden. Aihe oli ajankohtainen ja ammattiosaamista tukevaa. Pidimme Kyllikinkadun palvelukeskuksessa niin kutsutun “pika-

analyysin” tutkimustuloksista ja kerroimme myös, mitkä aihealueet ilmenivät selkeästi tulosten perusteella ja yksikön hoitotyön ammattilaiset olivat samaa mieltä tutkimustuloksista. He olivat positiivisesti yllättyneitä siitä, kuinka paljon heillä on jo olemassa olevaa tietoa ja taitoa hoitaa ikääntyneitä mielenterveys- ja päihdeasiakkaita.

Ammattiosaaminen on asiantuntijuutta hoitotyössä, erityisesti sairaanhoitajilla. Hoitotyön ammattilaisten tulisi kehittää ja toteuttaa hoitotyötä, joka samanaikaisesti on terveysttä edistävää ja ylläpitävää. Se on myös sairauksia parantavaa, ehkäisevää ja kuntouttavaa. Ammattiosaamista on asiakkaan tai potilaan kokonaisvaltainen hoitotyö, johon kuuluu myös moniammatillinen työyhteisö. Hoitotyön ammattilaisten toteuttamaa hoitotyötä ohjaavat arvot, eettiset periaatteet, säädökset, ohjeet, lait ja linjaukset. Hoitotyön ammattilaisten tulisi käyttää ammatillista asiantuntemustaan, asiakkaan tai potilaan tarpeisiin ja kokemuksiin perustuvaa tietoa sekä tutkimustietoa ja hoitosuosituksia. Hoitotyö perustuu hoitotieteeseen ja hoitotyön ammattilaisilla on vastuu ammattitaidon ja ammattinsa kehittämistä. (Opetusministeriö 2006, 64.) Sairaanhoitajan työssä korostuvat ihmissuhde- ja vuorovaikutustaidot sekä kyky kohdata erilaisia ihmisiä eri elämäntilanteissa. Hoitosuhde perustuu luottamukseen ja vuorovaikutukseen sairaanhoitajan ja asiakkaan tai potilaan välillä. Sairaanhoitaja vastaa itsenäisesti ja henkilökohtaisesti tekemästään hoitotyöstä. (Tehy 2009, 17–18.) Tutkimuksemme kohderyhmä koostuu hoitotyön ammattilaisista, jotka osallistuvat asiakkaiden päivittäiseen ja kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön.

Moniammatillisuus tarkoittaa tiivistä yhteistyötä ja jaettua asiantuntijuutta eri ammattiryhmien välillä. Moniammatillisuuden tavoitteena on saavuttaa asiakkaan hyväksi jotain, joka vaatii useamman ammatin osaamista. Moniammatillisuuden hyötyinä ovat uuden oppiminen, näkökulmien laajentaminen ja auttamisvastuun jakaminen. Moniammatillisessa yhteistyössä korostuvat asiakaslähtöisyys, yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot, avoimuus ja luottamus sekä tiedon ja näkökulmien yhteen kokoaminen. (Vuorilehto ym. 2014, 83–84.)

Minna Porras (2008) käsitteli “Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen aikuispsykiatrian vuodeosastoilla Kanta-Hämeen keskussairaalassa” pro gradu -työssään hoitohenkilöstön ammatillista osaamista aikuispsykiatrian vuodeosastolla. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata, millaista ammatillista osaamista hoitohenkilöstöllä oli ja miten heidän

mielestään psykiatrasta hoitotyötä tulisi kehittää. Tutkimuksen tuloksena syntyi kuvaus hoitohenkilöstön osaamisesta sekä psykiatrisen hoitotyön osaamisen kehittämisalueista. Osaamisalueet jaettiin kahdeksaan alueeseen: eettisten periaatteiden kunnioittamiseen, hoitosuhteen ja omahoitajuuden osaamiseen, hoitotyön taitoihin psykiatrisella vuodeosastolla, hoitotyöhön liittyvään teoreettiseen osaamiseen, hoitajan henkilökohtaisten ominaisuuksien hyödyntämisen taitoihin, hoitajan omaan toimintaan ja ammatilliseen kehittymiseen liittyvään osaamiseen, työryhmätoimintaan liittyvään osaamiseen sekä yhteistyötaitoihin erilaisten verkostojen välillä. Kehittämistä vaativat osaamisalueet liittyivät tutkimustulosten mukaan eettisten periaatteiden osaamiseen, hoitajan omaan jaksamiseen ja kehittymiseen liittyvään osaamiseen, työryhmätoimintaan liittyviin taitoihin sekä yhteistyötaitoihin eri verkostojen kanssa. Tulokset antoivat suuntaa käytössä olevan osaamismittarin edelleen kehittämiseen psykiatrisella vuodeosastohoidon osalta, sekä tuloksia oli mahdollista hyödyntää yhteistyössä paikallisten oppilaitosten kanssa psykiatrisen hoitotyön opintosisältöjen suunnittelussa niin sairaanhoitaja- kuin lähihoitajakoulutuksissa. (Porras 2008.)

Marisa Rantasalo, Jenna Jokilehto ja Aino Mäkinen (2013) olivat keränneet tietoa tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdetyön osaamisesta työelämän yhteistyötahoilta. Heidän tavoitteenaan oli kehittää Lahden ammattikorkeakoulun hoitotyön opetussuunnitelmaa mielenterveys- ja päihdehoitotyön osalta. Tutkimuksen myötä he saivat selville, että tulevaisuudessa sairaanhoitajilta perusosaamiseen kuuluvat yhteistyöosaaminen, työkokemus, kyky nähdä mielenterveys- ja päihdehoitotyö osana suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää, henkilökohtaiset valmiudet sekä mielenterveyshoitotyön perusteiden hallinta. Erityisosaamiseksi sairaanhoitajille luettiin oma ammattitaito, eri ikäryhmien erityispiirteiden tunteminen sekä kyky nähdä mielenterveys- ja päihdehoitotyö kokonaisuutena. Tulevaisuudessa ennustettiin nousevan esiin yksilöllinen hoito, moniammatillisuus, sähköinen osaaminen ja kehitysosaaminen, kun taas haasteina nähtiin tulevaisuudessa suuret ikäluokat, potilasmäärien kasvu ja diagnostiikan lisääntyminen. He käsittelivät opinnäytetyössään yhtenä osana ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeongelmia. Samalla he nostivat esille iäkkäille tarkoitettua mielenterveys- ja päihdepalvelut, joita ei ole erikseen tarjolla. Opinnäytetyössä käsiteltiin osaamista laajasti ja kaikkien sosiaali- ja terveysalalla asiakaskontakteissa työskentelevien henkilöiden tulisi hallita mielenterveyshoitotyön perusosaaminen. Alalla työskentelevien tulisi kyetä tunnista-

maan mielenterveys- ja päihdeongelmien oireet, hallita puheeksi ottaminen ja osata ohjata asiakasta oikeanlaisen palvelun ääreen. (Rantasalo, Jokilehto & Mäkinen 2013.)

Ammatti-identiteettiä ei välttämättä voida pitää pysyvänä ja vakaana käsitteenä, koska työelämän muutosten ja vaatimusten myötä se muuttuu ja kehittyy jatkuvasti. Ammatillisuuteen kuuluu uusien tietojen ja taitojen oppiminen läpi työelämän. (Vuorilehto ym. 2014, 95.) Ammatillisessa kehittämisessä tärkeitä kannustimia tai rajoittavia tekijöitä voivat olla työn luonne ja työn järjestelyt, organisaation ilmapiiri, työpaikan ihmissuhteet, esimies-alainen-suhteet sekä johtamistavat ja johtamiskäytännöt. Tärkeää on myös kuinka ihminen kokee työympäristönsä. Ammatillisen kasvun tavoitteena on parantaa osaamista ja suoritusta. On tärkeää myös uskoa ammatillisen kasvun hyödyllisyydestä ja kehittämistoiminnan tehokkuudesta vaikuttaa siihen, kuinka halukkaasti ihminen osallistuu oman ammattiosaamisen kehittämiseen, ylläpitämiseen ja parantamiseen. (Hildén 2002, 33.)

Omien vahvuuksien tunnistaminen on tärkeää oman ammattiosaamisen kehittämisessä. Ihmisellä on taitoja siihen tehtävään, joka hänelle on annettu. Tällöin itseluottamus yhteensopii tehtävän kanssa, koska hän tietää omat rajansa sekä sen, mitä osaa ja mitä ei. Ihminen voi olla pätevyydestään tietoinen tai tiedostamaton. Tämä tarkoittaa sitä, että ihminen tuntee taitonsa ja suoriutuu tehtävästään hyvin tai ihminen harjoittaa taitojaan, kykyjään tai tietojaan vaistomaisesti, miettimättä asioita. Ammattiosaaminen koostuu ydinpätevyydestä eli tietyt tiedot ja taidot ovat välttämättömiä, jotta pystyy suunnittelemaan, toteuttamaan ja arvioimaan yksilöllistä hoitotyötä. Erikoispätevyys sisältää ne tiedot ja taidot, joita vaaditaan, jotta hän pystyy toteuttamaan tarkoituksenmukaista hoitotyötä määrätyle potilasjoukolle. (Hildén 2002, 33–36.) Ammattitaidon kehittämisen näkökulmasta on tärkeää tunnistaa omat vahvuudet ja kehittämisen kohteet.

Kyselylomakkeessa kysyimme vastaajilta ”risuja ja ruusuja”- palautetta. Saimme pääasiassa positiivista palautetta, ja vastaajat kokivat, että tällaiselle tutkimukselle oli tarvetta. He kokivat myös, että tutkimus on aiheellinen ja se testasi sopivassa määrin heidän ammattiosaamistaan. Pieni osa piti kyselyä hieman tenttimäisenä.

Jatkotutkimusehdotuksena pohdimme sitä, millainen tietämys ja lisäkoulutuksen tarve on akuutin mielenterveys- ja päihdetyön tai kotihoidon hoitotyön ammattilaisilla sekä

millainen vaikutus ennaltaehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön supistamisella saataisi olla tulevaisuudessa.

Opimme paljon tutkimuksen teosta opinnäytetyöprosessin aikana. Opimme olemaan lähdekriittisiä ja selvittämään eri tietokantoja. Opimme olemaan joustavia ja kuuntelemaan toistemme ajatuksia. Tulevaisuudessa tulee olla tarkempi kyselylomakkeen teossa niin, että kaikki kysymykset päätyvät kyselyyn, käytetään lyhenteitä ja oikeaa nimeä esimerkiksi mittareissa ja kirjoitusvirheitä tulee välttää. Lisäksi opimme pitkäjänteisyyttä tutkimuksen teossa. Meille, tulevaisuuden sairaanhoitajille, opinnäytetyömme antoi mielikuvia siitä, millaisissa asioissa voisimme tukea tulevaa työyhteisöämme näiden asiakasryhmien hoitotyön osalta.

Yhteenvetona voimme todeta, että opinnäytetyön tekeminen oli iso askel kohti sairaanhoitajan ammattia. Opinnäytetyömme oli tarpeellinen ja saimme sen avulla konkreettisesti uutta aikaan, sillä voimme iloksemme todeta, että tuleva lisäkoulutus järjestetään vuoden 2015 syksyllä!

LÄHTEET

- Aalto, Mauri; Bäckmand, Heli; Haravuori, Henna; Lönnqvist, Jouko; Marttunen, Mauri; Melartin, Tarja; Partanen, Airi; Partonen, Timo; Seppä, Kaija; Suomalainen, Lauri; Suokas, Jaana; Suvisaari, Jaana; Viertiö, Satu & Vuorilehto, Maria 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen - opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 27.2.2015.
<http://www.thl.fi/documents/10531/104889/Opas%202009%205.pdf>
- A-klinikkasäätiö 8.1.2014. Päähteet. Viitattu 10.11.2014. <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/materiaalipankki/paihteet>
- A-klinikkasäätiö. Mielenterveys ja päähteet. Viitattu 13.1.2014. <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/materiaalipankki/mielenterveys-ja-paihteet>
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. C Katsauksia ja aineistoja 17. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavana verkkoversiona
<http://www.diak.fi/opiskelu/opinnaytetyo/Sivut/default.aspx>.
- Fagerström, Virpi & Leino, Tuula 14.3.2013. Väkipalta ja sen uhka kotihoidossa - työpaikkojen hyvät käytännöt ennaltaehkäisyssä. Työterveyslaitos. Viitattu 5.5.2014.
[http://www.ttl.fi/partner/thf/hankkeet/asiakasvakivalta/Documents/V%C3%A4kivalta%20ja%20kodinhoitoty%C3%B6_vaihe1%20LOPPURAPORTTI%20\(2\).pdf](http://www.ttl.fi/partner/thf/hankkeet/asiakasvakivalta/Documents/V%C3%A4kivalta%20ja%20kodinhoitoty%C3%B6_vaihe1%20LOPPURAPORTTI%20(2).pdf)
- Hildén, Raija 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Helsinki: Tammi
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos, Helsinki: Kirjayhtymä
- Holmi, Markku 2012. Kuntoutustyö - Palvelutalon ja hoivakodin työntekijöiden käsityksiä kuntoutustyöstä. Viitattu 21.2.2015.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37736/URN%3aNB%3afi%3ajyu-201204301589.pdf?sequence=1>

- Huttunen, Matti 14.8.2013. Lääkeriippuvuus ja lääkkeiden väärinkäyttö. Terveyskirjasto. Viitattu 13.8.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00388
- Huttunen, Matti 16.9.2014. Psykenlääkkeet. Terveyskirjasto, Duodecim. Viitattu 18.2.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00412
- Huttunen, Matti 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Duodecim. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim
- Huttunen, Matti 28.6.2013. Masennus. Terveyskirjasto. Viitattu 6.5.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=masennus&p_artikkeli=dlk00389
- Huttunen, Matti 28.6.2013. Päihde- ja huumeriippuvuus. Terveyskirjasto. Viitattu 4.8.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414
- Jyväskylän Kaupunki 2013. Viitattu 15.3.2015.
http://jyvaskyla.fi/info/tietoja_jyvaskylasta/vaestotilastoja
- Jyväskylän kaupunki 2014. Kyllikinkadun palvelukeskus. Viitattu 13.11.2014.
<http://www.jyvaskyla.fi/ikaantyneet/asuminen/palveluasuminen/kyllikinkatu>
- Kananen, Jorma 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, liiketoiminta ja palvelut-yksikkö
- Kivelä, Sirkka-Liisa & Räihä, Ismo 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Viitattu 21.3.2015.
http://www.fimea.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/fimea/embeds/fimeawwwstructure/17702_julkaisut_Kapseli35.pdf
- Kivelä, Sirkka-Liisa 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Porvoo; Helsinki: WSOY
- Kontkanen, Jouni & Purhonen, Maija 2011. Ahdistunut vanhus. Viitattu 21.3.2015.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99374
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980. Viitattu 10.5.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L1P3>

- Leinonen, Esa & Alanen, Hanna-Mari 2011. Psykiatrasta hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin mihin on varauduttu. Duodecim. Viitattu 10.4.2015.
[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99372&p_haku=h](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99372&p_haku=hoitotyö)
 oitotyö
- Levo, Tarja (toim.) 2008. Ikääntyvän ääntä kuunnellen. Liika on aina liikaa – Ikääntyminen ja alkoholi-projekti. Helsinki: Sininauhaliitto
- Luhtasaari, Sinikka 2009. Depis – masennuksen eri muodot. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lönnqvist, Jouko; Henriksson, Markus; Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) 2011. Psykiatria. 9., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim
- Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi
- Nurminen, Marja-Leena 2011. Lääkehoito. 10. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro
- Nyky, Tiina; Heino, Taina; Myllymäki, Eija & Rinne, Tuija 2010. Ikääntyminen ja päihdeet. 1. painos. Helsinki: Kirjapaja
- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:2. Viitattu 3.10.2014.
[http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24](http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf)
 .pdf
- Porras, Minna 2008. Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen aikuispsykiatrian vuodeosastoilla Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Viitattu 25.9.2014.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78805/gradu02379.pdf?sequence=1>
- Rantasalo, Marisa; Jokilehto, Jenna & Mäkinen, Aino 2013. Sairaanhoidajan tulevaisuuden osaaminen mielenterveys- ja päihdehoitotyössä: mielenterveys- ja päihdehoitotyötä tekevien sairaanhoitajien näkemyksiä, Lahden ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma.
- Rikoslaki 441/2011. Finlex. Viitattu 23.3.2015.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110441>
- Siikajärvi, Joni & Mikkonen; Martti 2012, Lakiasiantoimisto Suomen Potilasvahinkoapu Oy, Helsinki
- Simon, Robert I. 3.3.2011. Psychiatric times. Patient violence against health care professionals. Viitattu 13.11.2014.
<http://www.psychiatrictimes.com/psychiatric-emergencies/patient-violence-against-health-care-professionals>

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma - Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Viitattu 10.4.2015.
http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/paattyneet-hankkeet/mielenterveyshankkeet/komu/RAPORTTI_Mieli_2009.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Väkivallan uhka työelämässä - Työturvallisuussäännöksiä valmistelevalle neuvottelukunta, Väkivallan uhka- jaoston raportti. Viitattu 21.2.2015.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882185&name=DLFE-29810.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Väkivallan uhka työelämässä. Viitattu 10.8.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882185&name=DLFE-29810.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö 29.12.2011. Asumispalvelut ja muutostyöt. Viitattu 11.8.2014.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/asumispalvelut
- Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2006. Turvallinen lääkehoito - Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveyshuollossa. Viitattu 19.2.2015.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf
- Sundell, Lauri 2014. Työkaverina pelko - Väkivaltariskien ennakointi ja hallinta. Jyväskylä: PS-Kustannut
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. 29.9.2014. Depressio- Käypä Hoito –suositus. Viitattu 23.2.2015
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50023>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. 19.6.2013. Kaksisuuntainen mielialahäiriö- Käypä Hoito-suositus. Viitattu 23.2.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50076>

- Suomen mielenterveysseura i.a. Lääkkeet mielenterveyden häiriöiden hoidossa. Viitattu 12.8.2014. <http://www.e-mielenterveys.fi/mielenterveyden-hairiot/laakkeet-mielenterveyden-hairioiden-hoidossa/>
- Suomen Mielenterveysseura i.a. Mielenterveyden häiriöt. Viitattu 6.5.2014. <http://www.e-mielenterveys.fi/mielenterveyden-hairiot/>
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. Finlex. Viitattu 21.3.2015. http://www.fimea.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/fimea/embeds/fimeawwwstructure/17702_julkaisut_Kapseli35.pdf
- Tamminen, Nina & Solin, Pia (toim.) 2013. Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluissa. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 26.2.2015. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110485/THL_OPA2013_027_verkko.pdf?sequence=1
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 13.10.2014. Päihderiippuvuus. Viitattu 2.3.2015. <http://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/paihderiippuvuus>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Keskeisiä käsitteitä. Viitattu 9.6.2014. http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/keskeisia-kasitteita
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 24.9.2013. Mittarit ja testit. Viitattu 31.8.2014. <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/tyokalut/iakkaiden-neuvontapalvelut-ja-hyvinvointia-edistavat-kotikaynnit/tyontekijantyovalineita/mittarit-ja-testit>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 9.7.2013. Masennus. Viitattu 25.2.2013. <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/tyokalut/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys/masennus>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 16.9.2014. Toimintakyvyn arviointi. Viitattu 19.2.2015. <http://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-jarjestamisprosessi/palvelutarpeen-selvittaminen/toimintakyvyn-arviointi>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 30.11.2015. Toimintakyvyn ulottuvuudet. Viitattu 11.5.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakykyon/toimintakyvyn-ulottuvuudet>

Terveyskirjasto i.a. Mielenterveyshäiriö. Viitattu 4.8.2014.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02123

Tilastokeskus 9.1.2015. Väestö. Viitattu 21.2.2015.

http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#vaestoennuste

TOIMIA-tietokanta 10.1.2014. Mini Mental State- asteikko. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 27.2.2015.

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/91/>

TOIMIA-tietokanta 15.1.2013. GDS-15, myöhäsiän depressioseula. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 27.2.2015.

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/87/>

TOIMIA-tietokanta 7.4.2014. Soveltuvuus yksilötason kliiniseen käyttöön masennuksen seulonassa ja seurassa - Beckin depressiokysely 21-osiainen (kliininen käyttö). Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 27.2.2015.

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/111/>

Toivio, Timo & Nordling, Esa 2009. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. Finlex. Viitattu 23.3.2015.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

U.S. Department of health and human services. What Is Mental Health? Viitattu

10.11.2014. <http://www.mentalhealth.gov/basics/what-is-mental-health/>

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Viitattu 18.2.2015.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf

Weismann-Henelius, Ghitta 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä

Vihervä, Katja & Äijänen, Marjo 2013. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaaminen kotihoidossa. Hämeen ammattikorkeakoulu. Viitattu 7.5.2014

http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/53610/Viherva_Katja_ja_Aijanen_Marjo.pdf?sequence=1

Vuorilehto, Maria; Larri, Tuulevi; Kurki, Marjo & Hätönen, Heli 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca

LIITE 1

Kyselylomake ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyöstä tehostetun palveluasumisen näkökulmasta.

Tutkimuksemme kyselylomakkeen avulla selvitetään hoitohenkilökunnan ammattiosaaminen ja lisätiedon tarve ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyötä koskien. Kyselylomakkeessa on käsitelty seuraavat aihealueet eli yleisimmät mielenterveysongelmat, päihteen ja riippuvuudet, lääkehoito, asiakkaan kohtaamisen haasteet ja tunnistamisen apuvälineet. Vastauksien avulla voidaan kuvata hoitohenkilökunnan ammattiosaamista ja laatia päätelmä lisäkoulutuksen tarpeesta. Lisäkoulutuksen avulla on mahdollista kehittää työyhteisön ammattiosaamista mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyössä.

Kyselylomakkeeseen vastaamiseen kuluu noin 10–15 minuuttia.

Taustatiedot

Valitse kustakin kysymyksestä yksi vastausvaihtoehto

1) Yksikkösi:

- Kyllikinkadun palvelukeskus
- Varahenkilöyksikkö

2) Ikäsi:

- Alle 25-vuotias
- 26–35-vuotias
- 36–45-vuotias
- 46–55-vuotias
- Yli 56-vuotias

3) Koulutuksesi:

- Perus- tai lähihoitaja

- Sairaanhoidtaja
- Muu, mikä _____

4) Koulutuksessani suuntauduin:

- Vanhustyöhön
- Mielenterveys- ja päihdetyöhön
- Lapsiin ja nuoriin
- Ensihoitoon
- Kuntoutukseen
- Sairaanhoidto- ja huolenpitoon
- Muu, mikä _____

5) Työkokemusta minulla on terveysalalta:

- Vanhustyöstä, _____ vuotta
- Mielenterveys- ja päihdetyöstä, _____ vuotta
- Lapsista ja nuorista, _____ vuotta
- Ensihoidosta, _____ vuotta
- Muu, mikä _____, _____ vuotta

6) Oletko saanut lisä- tai täydennyskoulutusta mielenterveys- ja päihdetyöhön?:

- En ole saanut lisä- tai täydennyskoulutusta
- Kyllä. Kerro millaista lisä- tai täydennyskoulutusta olet saanut. _____

Ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyön ammattiosaaminen

Valitse vastausvaihtoehdoista yksi tai useampi.

Mielenterveys

7) Vakava-asteisessa masennustilassa ihmisellä on seuraavia oireita samanaikaisesti yli kahden viikon ajan:

- Unettomuutta, väsymystä ja voimattomuutta
- Merkittävää painon nousua tai laskua

- Arvottomuuden ja syyllisyyden tunteita
- Vaikeuksia tehdä päätöksiä ja keskittyminen vaikeutuu
- Hikoilua ja kehon puutumista
- En osaa sanoa

8) Skitsofreniassa ilmenee:

- Aistiharhoja eli hallusinaatioita
- Harhaluuloja eli deluusioita
- Ajatushäiriöitä
- Hajanaista puhetta
- En osaa sanoa

9) Paniikkikohtauksessa voi esiintyä seuraavia oireita:

- Hikoilua
- Sydäntuntemuksia
- Tukehtumisen tunnetta
- Kuumetta
- Huimausta
- En osaa sanoa

10) Maniassa:

- Ihminen kokee mielihyvän ja aistielämykset voimakkaina
- Puheliaisuus lisääntyy
- Unen tarve vähenee
- Itsetunto laskee
- Käytöstavat muuttuvat paremmiksi
- En osaa sanoa

Päihdeasiakas ja päihteet

11) Pitkäaikainen, runsas alkoholin käyttö voi aiheuttaa pysyviä muutoksia:

- Muistissa
- Päättelykyvyssä

- Liikkumisessa
- Sosiaalisessa kanssakäymisessä
- Muu, mikä _____
- En osaa sanoa

12) Lääkeriippuvuutta voivat aiheuttaa:

- Opioidit
- Monivitamiinit
- Bentsodiatsepiinit
- Voimakkaat kipulääkkeet
- Muu, mikä _____
- En osaa sanoa

13) Riippuvuus ilmenee usein:

- Fysiologinen
- Psykologinen
- Sosiaalinen
- Muu, mikä _____
- En osaa sanoa

14) Alkoholiriippuvuus ilmenee:

- Päihteiden käytön vähentämisen yhteydessä
- Keskustelussa
- Erilaisia mittareita käytettäessä
- Laboratoriokokeissa
- Muu, mikä _____
- En osaa sanoa

Ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden lääkehoito

Valitse yksi tai useampi vastausvaihtoehto.

15) Bentsodiatsepiinien (muun muassa oksatsepaamin) vaikutusmekanismi on:

- Ahdistuneisuuden, jännitys- ja pelkotilojen hoitaminen
- Kipujen hoitaminen
- Dopamiinitasapainon hoitaminen
- Depression hoitaminen
- Muu, mikä _____
- En osaa sanoa

16) Masennuslääkkeiden hoitovaste saavutetaan lääkkeen aloituksesta:

- Viiden (5) vuorokauden kuluessa
- 1-2 viikon kuluessa
- 3-5 viikon kuluessa
- 6-12 viikon kuluessa
- Muu, mikä _____
- En osaa sanoa

17) Uuden psykoottisen jakson kehittyminen voidaan estää:

- Särkylääkkeiden avulla
- D-vitamiinin avulla
- Depressiolääkkeiden avulla
- Psykoosilääkkeiden avulla
- En osaa sanoa

18) Ensisijaisesti unettomuuden lääkehoitona käytetään:

- Melatoniinia ja valerianuutetta
- Nukahtamislääkkeitä
- Unilääkkeitä
- Bentsodiatsepiineja
- Muu, mikä _____
- En osaa sanoa

19) Millä näistä saavutetaan parhaiten hoitovastetta mielenterveysongelman hoidossa:

- Kuntouttavalla työotteella
- Lääkehoidolla

- Terapialla
- Yhdistämällä lääkehoito ja terapia
- Muu, mikä _____
- En osaa sanoa

20) Hoitaja voi piilottaa ei-hoitomyönteisen asiakkaan tietämättä lääkkeet ruoan joukkoon, tämä on:

- Eettisesti oikein
- Eettisesti väärin
- Ainut tapa saada asiakas ottamaan lääkkeensä
- Toimintaa työyhteisön sääntöjen mukaisesti
- En osaa sanoa

21) Uuden psykykenlääkkeen aloituksen jälkeen tulee seurata ja kirjata potilastietoihin mahdollisia sivu- ja haittavaikutuksia:

- Vain lääkärin erillisellä määräyksellä
- Seuranta ja kirjaus tulee toteuttaa aina uuden psykykenlääkkeen aloituksen jälkeen
- Seuraamisen voi toteuttaa ilman kirjaamista
- Vain jos asiakkaalla on kaksoisdiagnoosi (mielenterveys- ja päihdeongelma)
- En osaa sanoa

22) Kuvaile yleisimpiä psykykenlääkkeiden aiheuttamia sivu- ja haittavaikutuksia:

Ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisen haasteet

Valitse yksi tai useampi vaihtoehto

23) Skitsofreniaa sairastavan asiakkaan väkivaltaisuuden ennusmerkkejä ovat:

- Tavaroiden hajottaminen
- Käsien viiltely

- Jännittyneisyys ja kiihtyneisyys
- Masentuneisuus
- Muu, mikä _____
- En osaa sanoa

24) Vakavasti masentuneen asiakkaan käyttäytyessä väkivaltaisesti, hän kohdistaa aggressiivisuutensa yleensä:

- Lähiomaiseen
- Ensimmäiseen vastaantulijaan
- Itseensä
- Mahdollisimman suureen joukkoon ihmisiä
- Muu mikä, _____
- En osaa sanoa

25) Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat asiakkaat osoittavat väkivaltaisuuden:

- Väkivaltaisena käyttäytymisenä
- Sulkeutumalla
- Uhkaavana, pelkoa herättävällä käyttäytymisellä
- Yliaktiivisuudella
- Muu, mikä _____
- En osaa sanoa

26) Kuvaile lyhyesti fyysisen väkivallan kokemuksiasi:

27) Psykkinen eli henkinen väkivalta ilmenee muun muassa:

- Solvaamisena
- Sanallisena uhkailuna
- Nipistelynä
- Muu, mikä _____
- En osaa sanoa

28) Olen kokenut psyykkistä väkivaltaa hoitotyössä viimeisen 12 kuukauden aikana:

- Päivittäin
- Viikoittain
- Kuukausittain
- Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- En lainkaan

29) Kuvaile lyhyesti psyykkisen väkivallan kokemuksiasi:

30) Väkivalta- ja uhkatilanteet käsitellään:

- Työyhteisön kesken
- Kollegan kanssa
- Vain henkilökohtaisesti
- Erillinen käsittely ei ole tarpeellinen
- Ainoastaan uhkatilanneilmoituksessa
- Muu, mikä _____
- En osaa sanoa

31) Kuvaile millä tavalla kuntouttava työote näkyy työssäsi.

32) Kannustan mielenterveys- ja/tai päihdeasiakasta kuntouttavalla työotteella:

- Päivittäin
- Viikoittain
- Kuukausittain
- Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- En lainkaan

33) Kerro, mitä mielestäsi tarkoittaa sosiaalisten suhteiden luominen ja ylläpitäminen.

34) Tuen mielenterveys- ja/tai päihdeasiakasta sosiaalisten suhteiden luomiseen ja ylläpitämiseen:

- Päivittäin
- Viikoittain
- Kuukausittain
- Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- En lainkaan

Ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyön tunnistamisen apuvälineet

Valitse yksi tai useampi vaihtoehto

35) Masennusvastetta mittaa tai mittaavat:

- AUDIT-asteikko
- Mini Mental State- asteikko
- Beck-asteikko
- GSD15- asteikko
- Muu, mikä _____
- En osaa sanoa

36) Kognitiivista toimintakykyä mittaa tai mittaavat:

- AUDIT-asteikko
- Mini Mental State- asteikko
- Beck-asteikko
- GSD15- asteikko
- Muu, mikä _____
- En osaa sanoa

37) Olen käyttänyt näistä mittareista/kyselyistä:

- AUDIT-asteikkoa
- Mini Mental State- asteikkoa
- Beck-asteikkoa
- GSD15- asteikkoa
- Olen havainnoinut asiakkaita ilman mittareita/kyselyitä
- Muu, mikä _____
- En ole käyttänyt mitään mittaria/kyselyä.

Ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyön lisätiedon kartoitus

Valitse yksi tai useampi vaihtoehto.

38) Seuraavista aihealueista koen ammattiosaamisen vahvuuksieni olevan:

- Yleisimmät mielenterveysongelmat
- Mielenterveysongelmien tunnusmerkit
- Alkostaustaisen asiakkaan hoito
- Päihteiden pitkäaikaisen käytön vaikutuksista terveyteen
- Lääkeriippuvuus
- Lääkeriippuvuutta aiheuttavat lääkkeet
- Yleisimmin käytetyt psykykenlääkkeet (masennus-, psykoosi-, unilääkkeet jne.)
- Psykykenlääkkeiden haitta- ja sivuvaikutuksista
- Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy yksilö- ja työyhteisön näkökulmista
- Väkivallan eri muodot
- Mittarit ja kyselyt
- Jokin muu, mikä _____

39) Seuraavista aihealueista haluaisin lisätietoa:

- Yleisimmät mielenterveysongelmat
- Mielenterveysongelmien tunnusmerkit
- Alkostaustaisen asiakkaan hoito
- Päihteiden pitkäaikaisen käytön vaikutuksista terveyteen

- Lääkeriippuvuus
- Lääkeriippuvuutta aiheuttavat lääkkeet
- Yleisimmin käytetyt psykykenlääkkeet (masennus-, psykoosi-, unilääkkeet jne.)
- Psykykenlääkkeiden haitta- ja sivuvaikutuksista
- Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy yksilö- ja työyhteisön näkökulmista
- Väkivallan eri muodot
- Mittarit ja kyselyt
- Jokin muu, mikä _____

Kiitoksia vastauksestasi!

LIITE 2

HYVÄ HOITOTYÖN AMMATTILAINEN

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Diakonia-ammattikorkeakoulusta Pieksämäen yksiköstä. Toteutamme tutkimuspainotteisen opinnäytetyön yhteistyössä Jyväskylän kaupungin kanssa. Opinnäytetyömme aihe on: ”Hoitotyön ammattilaisten kuvaus ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyöstä tehostetussa palveluasumisessa”. Tutkimuksen kohderyhminä ovat Jyväskylän kaupungin Kyllikinkadun palvelukeskuksen ja varahenkilöyksikön hoitohenkilökunta.

Pyydämme teitä vastaamaan opinnäytetyömme sähköiseen kyselyyn. Kyselylomake osoitteessa: <https://www.webropolsurveys.com/S/1118C81C9F227337.par>

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja vastaukset käsittelemme anonyymisti. Kyselylomakkeen täyttämiseen aikaa kuluu noin 10–15 minuuttia ja voitte täyttää sen työajalla. Kyselylomakkeeseen voitte vastata 15.1–5.2.2015 välisenä aikana.

Kiitos yhteistyöstä!

Ystävällisin terveisin

Saija Saharinen ja Viivi Urpilainen

LIITE 3 Aineiston pelkistysten ryhmittely ja luokittelu kuntouttavan työotteen ammattiosaamisesta

ALKUPERÄISILMAUKSIA KYSELYSTÄ	ALALUOKAT	PELKISTYKSET RYHMITELTYNÄ	YLÄLUOKAT	PÄÄLUOKKA
<p>"En tee asiakkaan puolesta, kannustan oma-toimisuuteen."</p> <p>"Kannustetaan asiakasta omatoimisuuteen."</p> <p>"Pyrin olemaan asiakkaan tukena, en tee puolesta."</p>	<p>Asiakkaan kannustaminen tekemään mahdollisimman paljon itse.</p>	<p>Hoitaja ei tee asiakkaan puolesta</p> <p>Annetaan asiakkaan tehdä mahdollisimman paljon itse</p> <p>Asiakkaan kannustaminen</p>	<p>Omatoimisuuteen kannustaminen</p>	
<p>"Asukkaan yksilöllisten voimavarojen tukeminen"</p> <p>"..huomioidaan jokaisen asukkaan voimavarat ja hoito suunnitellaan sen mukaan."</p> <p>"..palautteen antajana myönteisyys lisää toimintaa ja kannustaa itsenäisyyteen.."</p>	<p>Asiakkaan omien voimavarojen tukeminen ja huomioiminen.</p>	<p>Asiakkaan omien voimavarojen huomioiminen, arviointi ja hyödyntäminen</p> <p>Omatoimisuuteen tukeminen</p> <p>Palautteen antaminen asiakkaalle</p>	<p>Voimavaralähtöinen arki</p>	<p>Kuntouttavan työotteen ammattiosaaminen</p>
<p>"Asiakasta kunnioittava kohtaaminen.."</p> <p>"..annan asiakkaalle aikaa.."</p> <p>"Olen asukkaan kanssa: juttelen, teen pieniä askareita, kuuntelen, olen lähellä ja saavutettavissa.."</p>	<p>Asiakkaan ja hoitajan välinen kunnioitus.</p>	<p>Asiakkaan arvostaminen yksilönä</p> <p>Kiireettömyys</p> <p>Asiakkaan kuunteleminen</p>	<p>Kunnioittava työote</p>	