

Henna Koskela

**MIELENTERVEYSHÄIRIÖTÄ SAIRASTAVAN IKÄÄNTYNEEN
HOITOTYÖ KOTIHOIDOSSA**

**Opinnäytetyö
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Lokakuu 2018**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Lokakuu 2018	Tekijä/tekijät Henna Koskela
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi MIELENTERVEYSHÄIRIÖTÄ SAIRASTAVAN IKÄÄNTYNEEN HOITOTYÖ KOTIHOI- DOSSA		
Työn ohjaaja Hoitotyön lehtori Ttm Marjo Tilus-Sandelin		Sivumäärä 27+5
Työelämäohjaaja Palveluesimiehet Carita Marttila & Marita Hakala		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaiseksi hoitajat kokevat mielenterveyshäiriötä sairastavien ikääntyneiden hoitotyön kotona ja kuinka asiakkaiden kotona asumista voitaisiin tukea hoitotyön keinoin. Tavoitteena oli kehittää mielenterveyttä edistävää hoitotyötä kotihoidossa sekä antaa hoitajille valmiuksia, kuinka tukea mielenterveyshäiriötä sairastavia ikääntyneitä kotioloissa. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena. Tutkimuksen aineisto kerättiin temahaastatteluna ja siihen osallistui kolme kotihoidon hoitotyöntekijää. Aineiston analysointiin käytettiin induktiivista sisällönanalyysia.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan ikääntyneitä mielenterveysasiakkaita kuuluu kotihoidon piiriin vaihtelevasti eräässä Soiten kotihoidon alueella. Alueen ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden keskuudessa yleisimpiä mielenterveyssairauksia olivat skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä masennus. Hoitajien mukaan kotikäynnit ikääntyneen mielenterveysasiakkaan luona koostuivat pääsääntöisesti perustai lääkehoidon toteuttamisesta. Kotikäyntien ajan ja sisällön rajallisuus sekä riittämätön koulutus vaikuttivat hoitajien mukaan paljon siihen, mitä asiakkaan luona pystyi tekemään. Tutkimuksen mukaan hoitajien mielestä ikääntyneen mielenterveysasiakkaan hoitotyötä kotihoidossa tulisi kehittää. Ikääntyneen mielenterveysasiakkaan hoitotyö kotihoidossa koettiin hoitajien keskuudessa raskaaksi. Lisäksi hoitajat kokivat perussairauksien hoitamisen haastavaksi. Tutkimustulosten mukaan työturvallisuuden huomioiminen on hoitajien mukaan tärkeää suunniteltaessa ikääntyneen mielenterveysasiakkaan kotikäyntejä.</p> <p>Tulosten mukaan yhteistyö lääkärin, muiden hoitotahojen ja omaisten kanssa oli puutteellista. Tutkimustulosten mukaan hoitajat kokivat, ettei heillä ole riittävää ammatillista osaamista ikääntyneiden mielenterveysongelmista, joten koulutusta tulisi kehittää. Palveluiden organisointiin ja toimivuuteen toivottiin myös tulosten mukaan kehitystä.</p> <p>Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää pohdittaessa, kuinka ikääntyneen mielenterveysasiakkaan hoitotyötä sekä hoitajien koulutusta ja osaamista voitaisiin kotihoidossa kehittää.</p>		
Asiasanat Ammattitaitoinen hoitotyö, ikääntynyt, kotihoito, mielenterveyshäiriö, sisällönanalyysi		

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date October 2018	Author Henna Koskela
Degree programme Degree programme in nursing		
Name of thesis NURSING ELDERLY WITH MENTAL ILLNESS IN HOME CARE		
Instructor Lecturer Marjo Tilus-Sandelin MHS	Pages 27+5	
Supervisor Service supervisors Carita Marttila & Marita Hakala		
<p>The purpose of the thesis was to describe how nurses experience elderly people’s mental health problems in nursing at home and how to support their living at home by nursing. In this thesis the focus was on improving mental health care in home care and giving nurses prepared information on helping mentally ill elderly people at home. The thesis was carried out as qualitative research. The information to the thesis was collected by theme interview. Three nurses were participated to the interview. The data was analyzed by inductive content analysis.</p> <p>The results show that in some area of Soite’s home care, there is a varying number of elderly people who are patients of home care. The common mental illnesses of patients of the area were schizophrenia, bipolar disorder and depression. The nurses said that their home visits consisted mainly of giving basic and medical treatment to elderly mentally ill patients in home care. The nursing for the patients depends on the limited time and ways to do nursing, also insufficient education affects how patients are served. The research shows that nursing for elderly with a mental illness in home care should be improved. The nurses experienced home care nursing to be onerous. Basic illnesses were experienced challenging to treat. The results showed that giving attention to safety is important in planning home visits to patients.</p> <p>The cooperation with doctors, other care providers and next of kin was insufficient. The nurses thought they did not have enough professional knowledge of the mental illnesses of elderly patients in home care, so the education should be improved. The organizing services and functionality were also hoped to develop.</p> <p>This thesis can be exploited when thinking how nursing of elderly with mental illnesses, nursing education and competence in nursing could be improved in home care.</p>		

<p>Key words Content analysis, elderly, home care, mental illness, professional nursing</p>
--

**TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS**

1 JOHDANTO	1
2 IKÄÄNTYNEIDEN MIELENTERVEYS	3
2.1 Ikääntyneiden mielenterveyden edistäminen	3
2.2 Ikääntyneiden yleisimmät mielenterveyden häiriöt, niiden tunnistaminen ja hoitokeinot kotihoidossa	4
2.3 Ikääntyneiden mielenterveysasiakkaiden kotihoito ja tukipalvelut.....	8
2.4 Hoitajana kotihoidossa	10
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	12
4 KVALITATIIVINEN TUTKIMUS, AINEISTON KERUU JA ANALYYSI	13
4.1 Kohderyhmä	13
4.2 Aineistonkeruu	13
4.3 Analyysi.....	14
5 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA	15
6 TUTKIMUSTULOKSET	17
6.1 Hoitajien kokemuksia ikääntyneen mielenterveysasiakkaan hoitotyöstä kotihoidossa	17
6.2 Hoitotyön keinot ikääntyneen mielenterveysasiakkaan kotona asumisen tueksi	18
6.3 Hoitotyön kehittäminen kotihoidossa.....	19
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	21
7.1 Johtopäätökset.....	21
7.2 Opinnäytetyön prosessi ja jatkotutkimusaiheet	23
LÄHTEET	26
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomen väestöstä ikääntyneiden osuus kasvaa tulevina vuosikymmeninä nopeasti. Joka neljäs on täyttänyt 65 vuotta vuoteen 2050 mennessä ja 80-vuotiaiden osuus on kaksinkertaistunut nykytilaan verrattuna. Toimintarajoitteisia henkilöitä tulee olemaan entistä enemmän väestönrakenteen muutoksen vuoksi. Yhteen tärkeimpään yhteiskunnalliseen tehtävään tulee kuulumaan iäkkään väestön toimintakyvyn ylläpitäminen ja kohentaminen. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Vanheneminen kuuluu ihmisen normaaliin elämänkaareen ja se aiheuttaa elimistöön monia erilaisia muutoksia (Kan & Pohjola 2012, 12).

Ikääntyneiden elämään auttaa hyvä mielenterveys, joka ylläpitää aktiivista, laadukasta ja tervettä elämää. Fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky vahvistuu mielenterveyden ollessa hyvässä kunnossa. Fyysinen toimintakyky merkitsee sitä, että elimistö kykenee selviytymään toiminnallisesti sille asetetuista fyysisistä tavoitteista ja tehtävistä. Psyykkinen toimintakyky tarkoittaa kykyä vastaanottaa ja käsitellä tietoa sekä kykyä tuntea ja kokea. Lisäksi psyykkinen toimintakyky voidaan määritellä kyvyksi suoriutua haastavista tehtävistä älyllisesti ja henkisesti. Sosiaalinen toimintakyky pitää sisällään yksilön omat vuorovaikutussuhteet sekä toiminnan erilaisissa yhteisöissä ja yhteiskunnassa. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 28–31.) Ikääntyneillä mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä, yli 65-vuotiaista 10–20 % kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä. Yleisin mielenterveyden häiriö ikääntyneillä on masennus. (Santala & Juva 2011, 321.) Mielenterveysasiakkaiden avohoito on lisääntynyt ja heitä voidaan hoitaa kotihoidon avulla entistä enemmän kotona (Ikonen 2015, 46).

Kunnan on lain mukaan järjestettävä ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista laadukasta sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Palveluiden tulee olla riittäviä käyttäjiin nähden, oikea-aikaisia ja niiden tulee täyttää ikääntyneiden tarpeita. Pitkäaikaista hoitoa ja huolenpitoa tulee ensisijaisesti toteuttaa iäkkään kotona. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista 28.12.2012/980.) Pääasiassa huonokuntoiset ja monisairaant ikääntyneet muodostavat kotihoidon asiakaskunnan, jotka ovat iältään 75–84-vuotiaita. Ikääntyneen hoidossa on kartoitettava tarkasti asiakkaan kokonaistilanne. (Ikonen 2015, 42–43.)

Opinnäytetyön aiheena on mielenterveyshäiriötä sairastavan ikääntyneen hoitotyö kotihoidossa. Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tarkoituksena oli selvittää, kuinka lähi- ja sairaanhoitajat kokevat mielenterveyshäiriötä sairastavien ikääntyneiden hoitotyön kotona sekä kuinka

asiakkaiden kotona asumista voitaisiin tukea hoitotyön keinoin. Tavoitteena oli kehittää mielenterveyttä edistävää hoitotyötä kotihoidossa sekä antaa hoitajille valmiuksia, kuinka tukea hoitotyön keinoin mielenterveyshäiriötä sairastavia ikääntyneitä kotioloissa. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä eräässä Soiten alueen kotihoidon hoitohenkilökunnan kanssa. Työelämän yhteyshenkilönä toimi kotihoidon palveluesimies. Tämä opinnäytetyön aihe valikoitui Centria-ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden aihepankista, johon aihe oli tullut työelämän edustajalta.

2 IKÄÄNTYNEIDEN MIELENTERVEYS

Mielenterveys on yksi tärkeä osa terveyttä, ja se koostuu monista asioista. Ihmisen mielenterveydellä ei ole pysyvää tilaa, vaan se voi muuttua eri elämäntilanteissa ja kokemuksissa. Mielenterveyden häiriö saattaa johtua psyykkisistä sairauksista, uniongelmistä tai muistisairauksista. Mielenterveyshäiriöitä saattaa olla ihmisellä useampi kuin yksi samaan aikaan. Mielenterveyshäiriöillä on usein pohjansa ikääntyneen varhaisemmassa elämässä. Laukaisevat tekijät saattavat ilmaannuttaa pitkiäkin aikoja pois olleet mielenterveysongelmat uudelleen esiin. Mielenterveyshoitotyössä tärkeää on asiakkaan luvalla läheisten huomioiminen, koska sairastuneen terveyden ja toimintakyvyn lasku vaikuttavat myös läheisten hyvinvointiin. Hoitajan tehtäviin kuuluu antaa tietoa sairaudesta ja sen hoidosta myös sairastuneen läheisille. Yhteistyön edistämisen kannalta läheisten osallistuminen hoidon suunnitteluun ja hoitopäätöksiin olisi tärkeää. (Suomen Mielenterveysseura, 2017; Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 190–194; Saarenheimo 2016, 375; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2014.)

2.1 Ikääntyneiden mielenterveyden edistäminen

Yksi tärkeistä osa-alueista ikääntyneiden mielenterveyden edistämisessä ja vahvistamisessa on ikääntyneen väestön hyvinvoinnin ylläpitäminen ja tukeminen. Vanhenemiseen liittyy omia erityispiirteitä, koska ikääntyneillä on jo paljon elettyä elämää takanaan. Hoitotyöntekijä ei tiedä, millaiselta ikääntyminen tuntuu, ja se tuo yhden haasteen ikääntyneen hoitotyöhön. Ikääntymisen myötä eivät ihmisen perustarpeet muutu. Pitkälle elämälle ja tyytyväisyydelle perustan luovat riittävät fyysiset ja sosiaaliset olosuhteet sekä yksilöllinen kiinnostus elämää kohtaan. Ikääntymisen tuomat muutokset, kuten terveyden ja toimintakyvyn heikkeneminen, menetykset sekä ihmissuhteiden muutokset, vaikuttavat uhkaavasti mielen hyvinvointiin. (Kelo ym. 2015, 106–109.)

Hyvä mielenterveys auttaa selviytymään elämään liittyvissä muutoksissa, jolloin ikääntyneiden kohdalla mielenterveyden ylläpitäminen ja edistäminen on tärkeää. Suurelle osalle ikäihmisistä tärkeimpiä mielenterveyttä ja hyvinvointia tukevia tekijöitä ovat hyvät perhesuhteet, mahdollisimman itsenäinen, turvallinen ja kodinomainen asuminen. Mielenterveyttä edistäviä tekijöitä ovat positiivisen asenteen ylläpitäminen, elämän arvostaminen, muutosten hyväksyminen ja suvaitseminen, halukkuus oppia sekä luova toiminta. Tärkeäksi katsotaan myös toisten ihmisten kanssa tapahtuva vuorovaikutus, joka ylläpitää hyvää mielenterveyttä. Ikääntyneille on tärkeää toteuttaa omia seksuaalisia tarpeita. Yhteisön tai

hengelliseen toimintaan osallistuminen on myös ikääntyneiden mielenterveyteen vaikuttava asia. (Holmberg 2016, 175; Kelo ym. 2015, 109–110.)

Tunnetaitojen vahvistaminen ja voimavarojen tunnistaminen on yksi keino mielenterveyden edistämiseksi. Hoitajalta vaaditaan ikääntyneiden hoitotyössä järjestelmällisyyttä ja tukea vaativissakin tilanteissa. Hoitajan täytyy tukea ikääntynyttä asetettuihin tavoitteisiin, olla realistinen ja ammattitaitoinen. Hoitotyön sekä muiden ammattiryhmien avulla on tärkeää tukea ikääntynyttä arjen hallinnassa ja toimintakyvyn muutoksissa esimerkiksi varmistaen tarvittavien mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuus tai niiden ohjaaminen ikääntyneen kotiin. Ikääntyneet kokevat, että mielenterveys- ja päihdehäiriöihin puuttuminen olisi ammattitaitoista, käytännöllistä ja kunnioittavaa ikääntymisen tuomia muutoksia kohtaan. Ikääntyneiden omia päätöksentekokykyjä tulisi huomioida, koska se kasvattaa vastuuta tarvittaviin elämänmuutoksiin ja hoitoon. (Holmberg 2016, 187–190.)

2.2 Ikääntyneiden yleisimmät mielenterveyden häiriöt, niiden tunnistaminen ja hoitokeinot kotihoidossa

Tässä luvussa käsitellään ikääntyneiden yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä, niiden tunnistamista ja hoitokeinoja kotihoidossa. Ikääntyneiden yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ovat masennus, ahdistuneisuushäiriöt, harhaluuloisuushäiriöt, persoonallisuushäiriöt ja skitsofrenia. Lisäksi mielenterveysongelmiin liitetään usein myös alkoholin ongelmakäyttö ja siitä aiheutuvat oireet. (Holmberg 2016, 176–177; Kan & Pohjola 2012, 229.) Mielenterveys- ja päihdehäiriöt liittyvät yleensä myös ikääntyneiden muistisairauksiin (Holmberg 2016, 177). Olen kuitenkin rajannut muistisairaudet opinnäytetyön aihealueesta pois.

Masennus on yksi ikäihmisten yleisimmistä mielenterveyshäiriöistä. Masennus jaetaan oireiden vakavuuden mukaan lieviin, keskivaikeisiin ja vaikeisiin tiloihin. Oireet vaihtelevat masennustilan vaikeusasteen mukaan. Ikääntynyt voi olla lievässä masennuksessa aiempaa totisempi, vetämättömämpi, epäsiistimpi, itkuisempi, syyllistyneempi, huolestuneempi tai katkerampi. Ikääntyneen oireita vaikeassa masennuksen tilassa voivat olla ilmeettömyys, jähmeys, ahdistuneisuus, kiihtymys, pelokkuus, takertuminen, unettomuus tai ruokahaluttomuus. Arkisiin asioihin masentuneet ikääntyneet voivat reagoida voimakkaana itkuisuutena, vihaisuutena tai ärtyisyytenä. Masennuksessa mielihyvän, elämänilon ja mielenkiinnon tunteet heikkenevät sekä toimintakyky laskee. Myös yleiskunto laskee ja yleinen toimintakyky heikkenee ruokahaluttomuuden ja unihäiriöiden vuoksi. Iäkkäillä masennuksen riskiä lisäävät pitkäaikaissairaudet ja kivut, fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, perintö- ja ympäristötekijät, stressi

sekä erilaiset traumat ja menetykset. (Holmberg 2016, 175–176; Käypä hoito -suositus 2016; Santala & Juva 2011, 321.)

Huomattavalla osalla ikääntyneistä masennusoireet ovat voineet alkaa jo nuoruudessa tai työikäisenä, jolloin reagointi oireisiin voi olla helpompaa. Mikäli ensimmäiset masennusoireet kehittyvät vasta vanhuusiässä, tulisi ikääntyneen somaattinen vointi arvioida tarkasti. Masennus tulee usein ilmi vasta sitten, kun siitä on toimintakyvylle huomattavaa haittaa ja tila on vakava. Masennus ei kuulu normaaliin vanhenemiseen. Kotihoidon hoitotyöntekijöiden tulee pyrkiä havaitsemaan asiakkailla masennuksen oireet ja ohjata heitä tarvittaessa hakemaan hoitoa. Masennuksen seulonnassa voidaan käyttää ikääntyneille tarkoitettua depressioseuloja (GDS-15 tai GDS-30 – Geriatric Depression Scale). Lisäksi voidaan arvioida Rava®-mittarin avulla ikääntyneiden selviämistä päivittäisistä perustoiminnoista. Koska ikääntyneiden masennukseen liittyy kohonnut itsemurhariski, on heiltä myös kysyttävä ikävistä asioista, kuten yksinäisyydestä, itsetuhoisuudesta ja kuolemasta. (Holmberg 2016, 175–176, 186; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009, 29–34.)

Ikääntyneiden masennuksen hoidon tulee olla yksilöllistä ja tarjota psykososiaalista tukea. Masennuksen oireista, hoidosta ja ennusteesta tulee antaa tietoa ikääntyneelle ja hänen läheisilleen, mikäli asiakas on tähän luvan antanut. Kotihoidon hoitotyöntekijän tulisi motivoida ikääntynyttä hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin, vahvistaa hänen itsetuntoaan ja auttaa arkisten ongelmien ratkaisussa. Asiakasta voidaan lievässä masennuksen tilassa motivoida ja kannustaa liikkumaan mielekkäällä tavalla, syömään ravitsevaa ruokaa ja pitämään kiinni vuorokausirytmistä. Ikääntyneillä masennuslääkkeiden käyttö tulee kartoittaa tarkasti, koska ikääntymisen tuomien muutosten takia haitta- ja yhteisvaikutukset korostuvat. (Holmberg 2016, 176; Kelo ym. 2015, 127–130.)

Ahdistuneisuushäiriöstä mielenterveysongelmana voidaan puhua silloin, kun ahdistuneisuus on pitkäkestoista, voimakasta ja rajoittaa psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Ahdistuneisuusoireet voivat liittyä masennukseen tai alkavaan muistisairauteen. Erilaiset fyysiset oireet, kuten sydämentykytys, vatsavaivat tai erilaiset säryt, ovat ahdistuneisuuden yleisimpiä oireita. Ahdistusta voi lisätä taloudellinen ahdinko, liikuntakyvyn muutokset, läheisen menettäminen ja eri sairaudet kuten, sydän- ja verisuonisairaudet tai anemia, sekä jotkin lääkkeineet. Ahdistuneisuushäiriöön liittyvien oireiden tunnistaminen ikääntyneillä voi olla haastavaa, koska usein ne ilmenevät ruumiillisina oireina, kuten rintakipuna tai epämiellyttävinä tuntemuksina rintakehän alueella. Ahdistuneisuushäiriöstä kärsivä ikääntynyt saattaa hakeutua tavallista useammin perusterveydenhuollon vastaanotolle somaattisen syyn tai epämääräisen

kivun vuoksi. Yleensä somaattiselle oireilulle ei löydy selittäviä tekijöitä. (Hämäläinen ym. 2017, 247–252; Hietaharju & Nuutila 2016, 182.)

Kotihoidon työntekijä voi haastatella asiakasta hänen tuntemistaan oireistaan ja luoda tilanteeseen toiveikkautta. Asiakasta voidaan rohkaista kertomaan kotikäynnillä tunteistaan ja ajatuksistaan. Apuna oireiden arvioinnissa voidaan käyttää ahdistuneisuuskyselyä. Samalla tulee kartoittaa asiakkaan elämäntilannetta ja lähiverkostoa. Kotihoidon työntekijä voi auttaa ahdistunutta ikääntynyttä erilaisten harjoitusten avulla ja tekemällä asiakkaan kanssa esimerkiksi rentoutusharjoituksia. Ikääntynyt voidaan ohjata tarvittaessa kognitiiviseen psykoterapiaan, jonka tarkoituksena on auttaa tunnistamaan omaa ahdistustaan ja lisäämään ymmärrystä sitä kohtaan. Tarvittaessa ahdistusta hoidetaan tarkkaan harkitun lääkehoidon keinoin. (Hämäläinen ym. 2017, 250–252; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2009, 35–41.)

Harhaluuloisuushäiriön puhkeamista edeltää yleensä epäedulliset sosiaaliset suhteet, eristäytynyt persoonallisuus tai epäluuloisuus. Harhaluulohäiriöinen ikääntynyt on usein tarkkaavainen ja korostuneen valpas, ja hän tulkitsee ympäristöstä saamia viestejä epärealistisesti. Vanhuuden psykooseista yleisin on harhaluuloisuushäiriö. Mustasukkaisuus-, myrkyttämisen- ja varastamisparanoiat ovat tyypillisimpiä piirteitä harhaluuloisuushäiriöille. Muistisairauksien edetessä sekä aivovammojen jälkitiloina voi esiintyä psykoottisia oireita ja erilaisia harhoja. Ne eroavat kuitenkin psyykkisistä sairauksista. (Hietaharju & Nuutila 2016, 184–186; Huttunen 2015a.)

Laajat perustutkimukset, joissa kartoitetaan huolellisesti fyysiset sairaudet ja muisti, on tehtävä henkilölle ennen harhaluuloisuushäiriön toteamista. Kotihoidossa ikääntyneen asiakkaan muistin toimintaa voidaan kartoittaa MMSE-testin avulla. Yhtenä hoitomuotona harhaluuloisuushäiriössä voidaan käyttää kuntouttavaa päivätoimintaa, joka edistää ikääntyneen kotona asumista, osallisuutta ja kokonaisvaltaista hyvinvointia. Kuntouttava päivätoiminta tukee sosiaalisia kanssakäymisiä ja mahdollistaa viriketoimintaan osallistumisen. (Holmberg 2016, 186; Hietaharju & Nuutila 2016, 184–185; Anttila 2016, 30–39.)

Jo nuorena alkanut persoonallisuushäiriö voi hankaloittaa elämää aikuisikään asti, mutta ikääntymisen myötä osa oireenmuodostuksesta voi ikään kuin sammua. On kuitenkin ihmisiä, joiden joustamattomuus ja persoonallisuus voivat korostua iän myötä. Epäluuloisen persoonallisuuden suurempi esiintyvyys voi johtua ikääntymisestä tai kuulon ja näön heikkenemisestä. (Hietaharju & Nuutila 2016, 187.) Omien tai toisten tunteiden ja ajatusten havainnointi sekä tulkinta, tunneilmaisujen heilahtelu ja voimakkuus voivat olla eri persoonallisuushäiriöiden ongelmina. Sen vuoksi persoonallisuushäiriöt vaikuttavat toimintaky-

kyyn alentavasti ja kuormittavat ihmissuhteita. Kotihoidossa hoitotyö toteutetaan persoonallisuushäiriötä sairastavaa ikääntynyttä kohtaan niin, kuin hoito- ja palvelusuunnitelmaan on yhteisesti asiakkaan ja hoitohenkilökunnan kanssa sovittu. Jokaisen hoitajan tulisi pitää kiinni yhteisistä sovitusta hoidon linjoista, mikä edistää asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa. Persoonallisuushäiriön hoitomuotona voidaan käyttää psykoedukaatiota eli niin sanottua koulutuksellista terapiaa, jonka avulla henkilö oppii tunnistamaan ja hallitsemaan omia oireitaan. (Huttunen 2015b; Kan & Pohjola 2012, 232–233.)

Skitsofreniaan sairastuneen persoonallisuus hajoaa vaikeasti. Tauti puhkeaa yleensä nuorena tai nuorella aikuisiällä, mutta joskus se voi puhjeta myös vanhuusiässä. Taudin syynä pidetään ympäristö- ja perintötekijöiden yhteisvaikutusta. Tämän lisäksi sekä toimintakyky että todellisuudentaju heikkenevät ja sosiaaliset suhteet vähenevät. Skitsofrenisissa psykooseissa oireet korostuvat ja alkavat hallita ihmisen elämää täysin. Kun potilas on psykoosissa, hän ei enää erota mielikuvitusta harhoista ja hallusinaatiot muuttuvat aidoiksi aistihavainnoiksi. Kun skitsofrenia puhkeaa ensimmäistä kertaa myöhäisellä iällä, tunne-elämän latistuminen, ajatushäiriöt ja tahdottomuus ovat harvinaisia. Sen sijaan näkö-, haju- ja kosketusharhat ovat tällöin yleisempiä kuin nuoremmilla. Usein ikääntynyt olettaa, että häntä vainotaan. Masennus voi liittyä oirekuvaan, joka voi alkuvaiheessa peittää muun oireilun. Usein ikääntyneelle skitsofreniapotilaalle teettää vaikeuksia kommunikointi, uuden oppiminen ja kielellinen muisti. Looginen ajattelu ja keskittymiskyky ovat myös häiriintyneet. Lisäksi aggressiivista käyttäytymistä saattaa esiintyä. (Kan & Pohjola 2012, 230–231.)

Skitsofrenian tunnistamiseksi on ikääntyneelle tehtävä huolellinen haastattelu, fyysisen terveydentilan kartoitus, muistitutkimus esimerkiksi MMSE-testilomakkeen avulla sekä tarvittaessa aivojen kuvantamistutkimus, koska skitsofrenia aiheuttaa aivoissa rakennemuutoksia. Näillä tutkimusmenetelmillä pois suljetaan muut mahdolliset sairaudet. Skitsofreniaa sairastavan iäkkään kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluvat hyvä fyysisen terveydentilan seuranta, kuntouttava toiminta, psykoedukaatio sekä lääkehoito. Osa potilaista tarvitsee pitkään jatkuvaa psykiatrasta tukea. Kotihoidossa iäkkäiden skitsofrenia asiakkain hoitotyö perustuu hoito- ja palvelusuunnitelman yhteiseen noudattamiseen. Kotihoidon työntekijä voi ohjata ja tukea ikääntynyttä skitsofreniaa sairastavaa asiakasta erilaisissa päivittäistoiminnoissa. Skitsofreniaa sairastavat ikääntyneet voivat olla hyvinkin toimintakykyisiä, mutta oma-aloitteisuus ja keskittymisen ovat huonontuneet. Hyödylliseksi on myös havaittu erilaiset ryhmä- ja päivätoiminnot, joihin hoitaja voi motivoida asiakasta tarvittaessa hakeutumaan. Lisäksi oman turvallisuuden takaamiseksi hoitajat voivat sopia, että he eivät tee yksin kotikäyntejä aggressiivisesti käyttäytyvän asiakkaan kohdalla. (Saarela 2016, 140–148; Kan & Pohjola 2012, 230–231.)

Ikääntyneen säännöllisellä ja runsaalla alkoholin käytöllä on terveyttä heikentävä vaikutus. Viime vuosien aikana säännöllinen alkoholin käyttö on lisääntynyt ikääntyneiden keskuudessa. Ikääntyneille vähäinkin alkoholin käyttö saattaa olla haitallista, jolloin alkoholin käyttöä tulee tarkastella aina riskikulutuksen näkökulmasta. Suositusten mukaan ikääntyneiden (yli 65-vuotiaat) alkoholin käytön riskirajana pidetään, että he voivat käyttää alkoholia 0–2 annosta kerralla tai 0–7 annosta viikossa. Ikääntymisen ei suojaa alkoholin aiheuttamilta haittavaikutuksilta tai ongelmilta. Ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset ja mahdollinen lääkitys aiheuttavat herkemmin alkoholin haittavaikutuksia ikääntyneille. Ikääntyneet hakevat alkoholista apua erilaisiin oireisiin kuten unettomuuteen, sydänoireisiin ja yksinäisyyteen. (Holmberg 2016, 179–181; Kelo ym. 2015, 134–139; Ikonen 2015, 241–245.)

Päihteiden käyttö tulisi kartoittaa jokaiselta asiakkaalta kotihoidossa hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä. Alkoholista puheeksi ottaminen ei ole kuitenkaan arkinen käytäntö kotihoidossa, vaikka kotihoidon asiakkaiden liiallinen alkoholin käyttö luo usein suuren huolenaiheen omaisille ja hoitohenkilökunnalle. Alkoholien käytön puheeksi ottamiseen, arviointiin, neuvontaan ja palveluohjaukseen on kehitetty ikääntyneille oma Alkoholimittari-työväline, jonka tavoitteena on helpottaa puheeksi ottamista sekä ohjata ja antaa tukea alkoholin käytön vähentämiseksi. Alkoholiongelman tunnistaminen ja tilanteen selvittäminen on kotihoidossa keskeinen asia. Alkoholien käyttöä voidaan selvittää käyttämällä erilaisia haastattelutapoja, joiden tukena voidaan käyttää AUDIT-kyselylomaketta. AUDIT-kyselylomakkeen avulla voidaan seuloa liiallista alkoholin käyttöä. Lyhytneuvonnalla eli Mini-interventiolla tarkoitetaan varhaisvaiheen alkoholin liiallisen käytön tunnistamista, terveysneuvontaa sekä alkoholin käytön vähentämisen motivointia. (Holmberg 2016, 184–185; Ikonen 2015, 241–245; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009, 11–21.)

Asiakkaiden päihdeongelmia hoidetaan kotihoidossa yhteistyössä päihdehuollon palvelujärjestelmän kanssa. Päihteiden riski- ja ongelmakäytön tunnistamista ja puheeksi ottamista tulisi erityisesti kehittää. Asiakkaan osallisuutta vahvistavalla keinolla hoitotyöntekijällä on mahdollisuus ottaa päihteiden käyttö puheeksi. Hoitotyöntekijä voi rohkaista päihdeongelmaista asiakasta keskustelemaan esimerkiksi arkipuhuttelun tai tunnekysymysten avulla, jolloin neuvonta on voimavarakeskeistä. Tarvittaessa asiakas voidaan ohjata hoitoon, jossa hänelle annetaan ohjausta liittyen alkoholin käyttöön ja tuetaan päihteettömyyteen. (Ikonen 2015, 241–245.)

2.3 Ikääntyneiden mielenterveysasiakkaiden kotihoito ja tukipalvelut

Kotihoidon ja kotipalvelujen avulla tuetaan kotona selviytymistä. Ikääntyneet, vammaiset, sairaat tai henkilöt, joiden toimintakyky on joko pysyvästi tai tilapäisesti alentunut voivat saada kotipalveluita. Sitran julkaiseman kotihoidon sääntökirjan mukaan kotihoitoon voidaan ottaa asiakkaita seuraavasti, henkilöt, joilla on huomattu selkeää toimintakyvyn laskua, sairaanhoitoa sairauteensa tai toimintakykynsä tarvitsevat asiakkaat, jotka eivät kykene käyttämään terveyspalveluita kodin ulkopuolella. Lisäksi kotihoidon asiakkaaksi voidaan ottaa omaisten hoidossa olevat ja sairaalahoidosta kotiutuneet potilaat. Kotihoidon tavoitteena on ylläpitää ja parantaa asiakkaiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, tukea kokonaisvaltaista hyvinvointia sekä auttaa selviytymään kotona mahdollisimman itsenäisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017; Sitra 2011.)

Kuntien tehtävänä on järjestää kotipalveluja niitä tarvitseville. Asiakkaan toimintakyvyn arvioinnilla suunnitellaan yksilöllinen palvelu- ja hoitosuunnitelma, joka perustuu laadukkaaseen kotihoitoon ja kotipalveluun. Kunta ja palvelun käyttäjä laativat suunnitelman yhdessä, jonka toteutumista seurataan määräajoin tai palvelujen tarpeen muuttuessa. Omaisia ja läheisiä kannustetaan myös osallistumaan asiakkaan hoidon ja huolenpidon suunnitteluun ja toteuttamiseen. Ikääntyneen kotihoidossa hoitotyöntekijänä tulisi omaisten merkitys tunnistaa sekä ymmärtää ihmisten, perheiden ja sukujen erilaisuus. Kotihoidossa hoitotyöntekijän hyvään vuorovaikutukseen kuuluu myös omaisten jaksamisesta huolehtiminen sekä asiakassuhteeseen liittyvissä asioissa ohjaaminen ja neuvonta. Kotihoito mahdollistaa avun ja tuen antamisen asiakkaalle päivittäisiin perustoimintoihin, joita ovat perushoito, wc-käynnit, peseytyminen, pukeutuminen, ruokailu, lääkehoidon toteutus, turvallisuuden ja esteettömyyden huomioiminen sekä henkisen ja fyysisen vireyden tukeminen. Kotisairaanhoidon tehtäviin kuuluu terveydentilan seuranta ja erilaiset mittaukset, sairaanhoitoa vaativat tehtävät sekä lääkehoidon toteutus lääkärin määräysten mukaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017; Ikonen 2015, 40–41; Sitra 2011.)

Kotihoidossa kaikilta asiakkailta tulisi hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä kartoittaa mielenterveys- ja päihdehäiriöt, jotta asiakkaan hoitotyössä tunnistettaisiin hyvinvointia ja terveyttä uhkaavat mahdolliset riskit sekä toiminta olisi kaikille asiakkaille tasavertaista ja järjestelmällistä. Ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeongelmat tuovat omalta osalta haasteita kotihoitoon, joka vaikuttaa niin asiakkaan turvallisuuteen kuin hoitotyöntekijän työturvallisuuteen. Hoitoympäristö tulisi varmistaa turvalliseksi, mutta kaikkia terveydelle haitallisia uhkia ei voida kotihoitotyössä kokonaan poistaa. Uhkaava käytös liitetään usein mielenterveys- ja päihdehäiriöön. Uhkaavaan käytökseen voivat vaikuttaa asiakkaan sairaus, päihteiden käyttö, erimielisyydet hoidosta sekä hoitoympäristöön ja organisaatioon liittyvät tekijät. Uhkaavasti käyttäytyvän asiakkaan kohdalla kotikäynnit sovitaan tehtäväksi kahden hoitajan voimin. Ikääntyneet mielenterveys- ja päihdeasiukkaat saattavat tarvita useita kotikäyntejä vuorokaudessa, jotta

asiakkaiden turvallisuuden tunne säilyisi. (Hämäläinen ym. 2017, 241–242; Holmberg 2016, 184; Ikonen 2015, 181–182.)

Psyykkistä sairautta sairastavan ikääntyneen kotihoidossa korostuu se, että asiakasta autetaan vaihtelevissa tilanteissa ja hyväksymään omia tunteitaan. Kotihoidon avulla asiakkaan uskoa itseensä ja elämään tulisi vahvistaa vuorovaikutuksen keinoin. Neuvonnan ja ohjauksen anto mielenterveysasiakkaalle elämäntilanteen tutkimisessa, elämänsuunnitelmien tekemisessä ja selviytymiskeinojen tunnistamisessa on tärkeää. Asiakasta voidaan tarvittaessa tukea hakemaan ja saamaan asiantuntijan apua mielenterveyden ongelmiin. Kotihoidon kasvava asiakasryhmä on ikääntyneet päihdeasiakkaat. Alkoholin liikkäyttö ja siitä aiheutuvat ongelmat tuovat haasteita ikääntyneiden kotihoitoon. Hoitajana tulisi osata toteuttaa kotihoidossa kokonaisvaltaista ja tavoitteellista arjen päihdetyötä, johon kuuluvat tiedon anto päihdehoidosta, puheeksi ottaminen sekä motivointi ja tukeminen alkoholin käytön vähentämiseksi. (Ikonen 2015, 46; Kan & Pohjola 2012, 250–251.)

Kotihoidon antamaa henkilökohtaista huolenpitoa täydennetään yleensä tukipalveluilla, joiden tarkoituksena on tukea asiakasta mahdollisimman itsenäisessä asumisessa kotona. Arjessa selviytymisen tueksi mielenterveysasiakkaat tarvitsevat erilaisia palveluja ja tukitoimia. Tukipalveluita ovat oikeutettuja saamaan myös ne henkilöt, jotka eivät tarvitse muuta kotihoitoa tai -palvelua. Tukipalvelut tulee kunnan tuottaa joko itse tai ostaa ne yksityisiltä palveluntuottajilta. Asiakkaan on mahdollisuus saada tukipalveluita kotihoidon, kotipalvelun, vanhus- tai vammaispalvelujen kautta. Tukipalveluita ovat ateria-, siivous-, kauppa- ja asiointipalvelut, vaatehuolto sekä palvelut, jotka edistävät sosiaalisia kanssakäymisiä. Tukipalveluihin kuuluu myös liikkumista tukevia palveluita, joiden kautta asiakkaan on mahdollisuus saada kuljetus- ja saattajapalvelua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017; Ikonen 2015, 46.)

2.4 Hoitajana kotihoidossa

Kotihoidossa työ edellyttää hoitajalta monenlaista osaamista. Hoitajan ydinosaamista on ammattitaidon ja työn kehittäminen, ammattieettiset taidot sekä vuorovaikutus- ja viestintätaidot. Hoitotyön tiedon, työprosessien, työtehtävien sekä työturvallisuuden hallitseminen kuuluvat hoitajan keskeiseen osaamiseen. Sosiaali- ja terveysalan perusammatti on lähihoitajan ammatti, joka koulutuksen laaja-alaisuudellaan vastaa kotihoidon haasteisiin. Lähihoitajan työnkuvaan kotihoidossa kuuluvat muun muassa huolehtiminen asiakkaan henkilökohtaisesta hygieniasta, lääkehoidon toteuttaminen, kodin siistiminen sekä kokonaisvaltaisen hoitotyön huomioiminen kuntouttavalla työotteella. Sairaanhoidajan ammattikorkea-

koulutuskinto mahdollistaa toimimisen hoitotyön asiantuntijana kotihoidossa. Kotihoidossa sairaanhoitajan työhön kuuluvat muun muassa hoitotyön ja lääkehoidon suunnittelu ja toteutus, vaikuttavuuden seuranta, asiakkaiden ja heidän omaisten neuvonta sekä ohjaus ja tukeminen. Sairaanhoitajat työskentelevät kotihoidossa itsenäisesti sekä moniammatillisissa tiimeissä. Lisäksi sairaanhoitajan ja lähihoitajan työnkuvaan kotihoidossa kuuluu tehtäviä, jotka vaativat erilaisia klinisiä osaamisia hoitajilta. Näitä ovat esimerkiksi haavan hoito, näytteiden ottaminen, mittausten tekeminen ja lääkehoito. (Ikonen 2015, 172–180.)

Hoitotyöntekijöiden osaamisvaatimukseen kuuluvat työmenetelmien, -välineiden ja -turvallisuuden hallinta sekä teoreettisen tietotaidon hyödyntäminen työssä. Hoitotyöntekijän ammattitaitoa on huolellisuus ja vastuullisuus työssä, kiinnostus työtä kohtaan, kouluttautuminen ja kehittyminen työssä sekä työstä aiheutuvan stressin ja työkykyisyyden hallitseminen. Kliinisen hoitotyön lisäksi hoitotyöntekijöillä on tehtävänä lisätä väestön terveyttä ja hyvinvointia. Ammattialan eettinen velvoite ohjeistaa hoitotyöntekijöitä osallistumaan yhteiskunnalliseen keskusteluun ja päätöksentekoon. Hoitoalan ammattilaisen tulee kunnioittaa omaa ja muiden ammattiryhmien osaamista sekä tarvittaessa käyttää moniammatillista osaamista tukenaan työssään. (Holmberg 2016, 197–198.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka hoitajat kokevat mielenterveyshäiriötä sairastavien ikääntyneiden hoitotyön kotona sekä kuinka asiakkaiden kotona asumista voitaisiin tukea hoitotyön keinoin. Tavoitteena oli kehittää mielenterveyttä edistävää hoitotyötä kotihoidossa sekä antaa hoitajille valmiuksia, kuinka tukea hoitotyön keinoin mielenterveyshäiriötä sairastavia ikääntyneitä kotioloissa.

Tutkimuskysymykset:

1. Minkälaisia kokemuksia hoitajilla on hoitotyöstä mielenterveyshäiriötä sairastavan ikääntyneen asiakkaan kotona?
2. Millaisin hoitotyön keinoin mielenterveyshäiriötä sairastavan ikääntyneen asiakkaan kotona asumista voitaisiin tukea?
3. Miten hoitotyötä voitaisiin kehittää kotihoidossa mielenterveyshäiriötä sairastavan ikääntyneen kohdalla?

4 KVALITATIIVINEN TUTKIMUS, AINEISTON KERUU JA ANALYYSI

Tutkimusmenetelmänä oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivinen tutkimus kuvaa todellista elämää. Siinä pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Lisäksi kvalitatiivisen tutkimuksen muita ominaisia piirteitä ovat ihmisen suosiminen tiedonkeruun instrumenttina, induktiivisen analyysin käyttö, tutkimussuunnitelman muotoutuminen tutkimuksen edetessä, laadullisten metodien käyttö aineiston hankinnassa, kohdejoukon tarkoituksenmukainen valitseminen sekä tapausten ainutlaatuinen käsittely ja aineiston tulkitseminen sen mukaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 152–155.) Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä valikoitui, koska koin saavani sillä mahdollisimman yksityiskohtaista ja rikasta tietoa tutkittavasta aiheesta.

4.1 Kohderyhmä

Laadulliseen tutkimukseen osallistujien valintaperusteena on, että henkilöillä on paljon tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa pyritään harkinnanvaraiseen otokseen. Otoksessa on sellaisia henkilöitä, jotka edustavat mahdollisimman hyvin ja monipuolisesti tutkittavaa ilmiötä. Laadullista tutkimusta käytetään, kun kuvataan tutkimusalueita, joista ei ole vielä tietoa. Myös jos tutkimusalueeseen halutaan uutta näkökulmaa tai epäillään käsitteitä, teoriaa, tutkimustuloksia, vakiintunutta tai aikaisemmin käytettyä menetelmää, käytetään laadullista tutkimusmenetelmää. Menetelmän valinnan perusteena voi olla myös se, jos tutkitaan asiaa ymmärtämisen näkökulmasta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66–68, 110.) Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä eräässä Soiten alueen kotihoidon hoitohenkilökunnan kanssa. Tutkimuksen kohderyhmä koostui kotihoidossa työskentelevistä yhdestä lähihoitajasta ja kahdesta sairaanhoitajasta.

4.2 Aineistonkeruu

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, mikä tarkoittaa sitä, että se on välimuoto lomakkeesta ja avoimesta haastattelusta. Aineistonkeruu teemahaastattelun keinoin on tehokas tiedonkeruumenetelmä, sillä tutkittavasta asiasta voidaan saada monipuolista ja yksityiskohtaista tietoa. Teemahaastattelun periaatteena on, että se etenee keskeisissä teemoissa perusteellisten kysymysten sijaan. Haastattelun aikana kysymysten muotoa ja järjestystä voidaan vaihtaa, mutta haastattelu etenee kuitenkin niin, että aihepiirit ja teema-alueet pysyvät samana. Teemahaastattelun avulla haastateltavat voidaan tavoittaa

myöhemminkin, mikäli on tarvetta täydentää aineistoa tai halutaan tehdä seuranta tutkimus. Ryhmähaastattelun etuna on se, että saadaan haastatelluksi monta henkilöä samalla kerralla. Lisäksi ryhmähaastattelun keinoin henkilöt voivat kokea olonsa muiden seurassa turvallisemmaksi ja mielipiteitä on helppo vaihtaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125; Kajaanin ammattikorkeakoulu 2017.) Aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui tässä opinnäytetyössä teemahaastattelu, joka toteutettiin ryhmähaastatteluna. Haastattelu toteutettiin tutkimuskysymysten perusteella muodostetun teemahaastattelurungon avulla. (LIITE 2)

4.3 Analyysi

Induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käytetään, kun tutkimusaineistosta pyritään saamaan teoreettinen kokonaisuus niin, että analyysiä eivät ohjaa aiemmat teoriat, tiedot tai havainnot. Sisällönanalyysi on kvalitatiivisen aineiston perusanalyysimenetelmä, ja tätä ideaa käytetään monenlaisissa kvalitatiivisen tutkimuksen lähestymistavoissa ja menetelmissä. Sisällönanalyysin prosessin vaiheita ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. Nauhoitettu haastattelu tulee kirjoittaa tarkasti sanasta sanaan auki ja tätä kutsutaan litteroinniksi. Aineistoa käydään läpi moneen kertaan. Analyysiyksikkönä voi olla esimerkiksi sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Lauseet pelkistetään, minkä jälkeen aineistosta etsitään erilaisuuksia ja samankaltaisuuksia. Samaa tarkoittavat lauseet yhdistetään alaluokkiin sekä nimetään sisältöä kuvaavaksi mahdollisimman tarkasti. Kun alaluokkia yhdistellään, muodostetaan yläkategorioita, minkä jälkeen niitä liitetään yhteen ja näin saadaan pääluokkia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163–169.)

Opinnäytetyön analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysia, koska sen avulla pystyttiin avata teemahaastattelun kautta saadut vastaukset tarkasti ja yksityiskohtaisesti. Ensimmäisessä induktiivisessa sisällönanalyysin vaiheessa pelkistettiin haastattelun kautta saatuja vastauksia niin, että sisältö säilyi. Toisessa analyysin vaiheessa vertailtiin ja etsittiin pelkistetystä materiaalista yhtäläisyyksiä ja poikkeavuuksia. Sisällöllisesti samankaltaiset pelkistykset yhdisteltiin samaan alaluokkaan ja nimettiin ne, minkä jälkeen saatiin muodostettua yhteensä kolme yläluokkaa. (LIITE 3)

5 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskitytään tutkittavien määrän sijasta aineiston laatuun. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa painottuvat tapahtumat ja kokemukset. Yksi valinnan kriteeri kvalitatiivisessa tutkimuksessa on aineiston saturaatio, jolloin uutta tietoa aineistoon ei enää kerry. Yleiset kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteerit ovat riippuvuus, siirrettävyys, uskottavuus ja vahvistettavuus. Uskottavuuden edellytyksenä on, että tutkimustulokset on kuvattava selkeästi, jotta lukija ymmärtää tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet sekä sen, miten analyysi on tehty. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110, 197–198.) Tässä opinnäytetyössä haastateltiin kahta sairaanhoitajaa ja yhtä lähihoitajaa, jotka vastasivat kysymyksiin teemahaastattelurungon mukaisesti. Luotettavuuden kannalta oli tärkeää, että haastatteluun osallistujilla oli riittävästi kokemusta tutkittavasta asiasta. Haastatteluun osallistuvilla tuli olla työkokemusta takanaan kotihoidossa vähintään viisi vuotta, jotta heillä olisi kokemusta ikääntyneen mielenterveysasiakkaan hoitotyöstä kotihoidossa.

Eettistä toimintaa on, että tutkijalla on aito kiinnostus tutkimuksen tekemiseen ja hän on tunnollisesti syventynyt alaan, jota tutkimus koskee. Näin tutkijan hankkima ja välittämä tieto on luotettavaa. Tutkija ei saa tukeutua epärehellisiin keinoihin eli vilpin harjoittamiseen. Jos tutkimus tuottaa kohtuutonta vahinkoa, tulee sellaisesta tutkimuksesta pidättäytyä. Tutkijan tulee kunnioittaa ihmisarvoa niin, että tutkimuksen tekeminen ei loukkaa yksittäisen ihmisen tai tietyn ryhmän moraalisia arvoja. Anonymiteetin takaamiseksi aineisto on säilytettävä lukitussa paikassa sekä tietokoneessa ja puhelimesta suojattuna salasanalla. Etiikan näkökulmasta tutkijan on varmistettava, ettei tutkittava ole tunnistettavissa esimerkiksi murteen perusteella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198–221.) Palveluesimies valitsi tutkimuksen haastatteluun vapaaehtoisesti suostuvat hoitajat. Tutkimuksen osalliset henkilöt tietää ainoastaan palveluesimies, tutkija ja tutkimukseen osallistujat. Opinnäytetyöhön liittyvä aineisto säilytettiin salassa muilta salasanalla suojatussa muistitikulla. Aineiston analyysin jälkeen muistitikulla oleva materiaali tuhottiin anonymiteetin säilyttämiseksi. Opinnäytetyön tulososioon autenttiset ilmaukset on muokattu yleiskielelle, jotta haastateltavia ei voi tunnistaa esimerkiksi murteen perusteella.

Henkilöiltä, jotka osallistuvat tutkimukseen, on pyydettyä suostumus, että heitä saa tutkia. Tutkittavalle on annettava monipuolista tietoa, jotta hän ymmärtää ja tietää, mihin tutkimukseen on suostumassa. Koko tutkimuksen ajan tutkittavalla pitää olla mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää osallistuminen tutkimukseen. On myös taattava, että kaikkien tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti säilyy. Tämä tarkoittaa, että tutkimukseen osallistuvien henkilötiedot pysyvät salassa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014,

368.) Opinnäytetyöstä on tiedotettu tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä niin suullisesti kuin kirjallisestikin. Haastateltavat saivat ennalta saatekirjeen (LIITE 4) ja teemahaastattelurungon, joka sisälsi haastattelukysymykset. Haastateltavat allekirjoittivat suostumuksensa opinnäytetyöhön osallistumisestaan ennen haastattelun alkua. (LIITE 5) Lisäksi tutkittaville kerrottiin, että he voivat halutessaan keskeyttää tutkimuksen haastattelun, mikäli kokivat sen tarpeelliseksi. Haastattelupaikaksi valittiin riittävän rauhallinen ja sopivan kokoinen tila ilman häiriötekijöitä. Haastattelu nauhoitettiin haastateltavien luvalla. Ryhmähaastattelun toteuttamiseen aikaa kului reilu tunti.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa käsitellään opinnäytetyön tulokset tutkimuskysymysten mukaisesti. Tutkimuksen teema-haastatteluun osallistui kaksi sairaanhoitajaa ja yksi lähihoitaja, joilla työkokemusta kotihoidossa yli viisi vuotta.

6.1 Hoitajien kokemuksia ikääntyneen mielenterveysasiakkaan hoitotyöstä kotihoidossa

Tutkimuksesta kävi ilmi, että Soiten eräällä alueella ikääntyneitä mielenterveysasiakkaita kuuluu koti-hoidon piiriin vaihtelevasti. Lisäksi esiin nousi, että ikääntyneet mielenterveysasiakkaat peittyvät mui-den kotihoidon asiakkaiden joukkoon. Tutkimuksen mukaan skitsofreniaa, kaksisuuntaista mielialahäi-riötä ja masennusta esiintyy eniten kotihoidon ikääntyneiden asiakkaiden keskuudessa. Hoitajat kokivat, että kotikäynnit ikääntyneiden mielenterveysasiakkaiden luona koostuvat pääsääntöisesti perushoidon tai lääkehoidon toteuttamisesta. Kotikäyntien ajan ja sisällön rajallisuus sekä koulutuksen riittämättö-myys koettiin hoitajien keskuudessa vaikuttavan paljon siihen, mitä hoitaja voi asiakkaan luona tehdä tai jättää tekemättä.

Minulla on se tunne, että ne hukkuvat sinne massaan, muiden asiakkaiden sekaan.

Aika on niin rajallinen, että melkein pelkää tekevänsä jonkin kysymyksen ja jos on viisi-toista minuuttia optimoitu, niin on parempi, ettei kysy mitään, kun ei voi selvittää heti sitä vastausta.

Me pistämme piikin ja annamme lääkkeit, että se on vain sitä, kaikki muu jää sitten.

Hoitajat kokivat, että ikääntyneen mielenterveysasiakkaan hoitotyötä kotihoidossa tulisi kehittää. Hoi-tajien mielestä ikääntyneen mielenterveysasiakkaan hoitotyö on raskasta, joten he toivoivat, että jokai-sella asiakkaalla olisi omahoitajat, jotka huolehtisivat kotikäynneistä. Tämä mahdollistaisi sen, että ikääntynyt mielenterveysasiakas saisi tarvitsemaansa hyvää hoitoa. Ikääntyneiden mielenterveysasiak-kaiden perussairauksien hoitaminen koettiin välillä haastavaksi, koska ei voi olla aina varma, mikä oire johtuu mistäkin sairaudesta. Myös asiakkaiden oma suhtautuminen perussairauteen ja siihen, antaako hän hoitaa sairauksiaan, vaikutti hoitajien mielestä hoitotyön toteutukseen kotihoidossa.

Kyllä sen on itsellekin siis sellaista tosi raskasta tai ajattelee vielä enempi tätä asiakasta, niin kyllä se olisi tärkeää, että olisi korkeintaan kolme hoitajaa, jotka kävisivät ja yhdessä pyörittäisi sitä, jos hyvää hoitoa haluttaisiin.

Niin ja mikä johtuu sitten mistäkin sairaudesta, on väliin niin hankalaa.

Tutkimuksesta selvisi, että hoitajat pyrkivät varmistamaan oman työturvallisuutensa kotikäyntejä suunniteltaessa. Hoitajat kokivat merkittäväksi asiaksi sen, ettei heidän tarvitsisi pelätä kotikäynnillä asiakkaan luona, koska ikääntynyt mielenterveysasiakas saattaa suhtautua eri lailla eri hoitajiin. Lisäksi asiakasryhmän kohonnut itsemurhariski aiheutti hoitajille lisää huolenaihetta, koska aina ei voi olla varma, mitä asiakkaan oven takana odottaa.

... kuitenkin pitää ajatella hoitajien omaa työturvallisuutta, ettei tarvitsisi pelätä asiakkaalla.

Sitten se menee monesti niin, että mielenterveysasiakas suhtautuu eri hoitajiin eri lailla...

Ja sitten itsensä vahingoittamisen riski tuottaa hoitajille huolta, ei tietoa tai taitoa miten auttaa ja hoitaa asiakasta siinä tilanteessa.

6.2 Hoitotyön keinot ikääntyneen mielenterveysasiakkaan kotona asumisen tueksi

Ikääntyneen mielenterveysasiakkaan hoidon jatkuvuuden huomioiminen kotihoidossa koettiin heikoksi, koska tutkittavien mielestä liian moni hoitaja käy asiakkaiden luona. Hoitajat kokivat, etteivät hoito- ja palvelusuunnitelmat olleet aina ajan tasalla. Tämän koettiin olevan ikääntyneen mielenterveysasiakkaan hoidon jatkuvuuden kannalta tärkeä asia, koska näin ollen hoitajat pystyisivät noudattamaan sovittuja yhteisiä käytänteitä asiakkaiden kohdalla.

Vähän liian moni henkilö käy siellä...

... pitäisi olla selvät pelisäännöt, jonka mukaan kaikki toimisi edes näiden kohdalla tällaiset hoito- ja palvelusuunnitelmat.

Tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat, että yhteistyötä lääkärin, muiden hoitotahojen ja omaisten kanssa tulisi kehittää. Hoitajat kokivat epäselvänä usein sen, kuka lääkäri ottaa kantaa ikääntyneen mielenterveysasiakkaan asioihin. Hoitajat kokivat, että heidän työmääränsä kasvaa siinä, kun he joutuivat selvittämään, minne ottaa yhteyttä asiakkaan asioissa. Asiakkaan hoitavien tahojen kesken tiedonkulku asioista

koettiin puutteelliseksi. Hoitajien mielestä omaiset olivat vain vähän kiinnostuneita ikääntyneen mielen-terveysasiakkaan hoidosta. Hoitajien mielestä ikääntynyttä asiakasta hoitavalla lääkäriä tulisi olla myös erikoisosaamista mielenterveysasioista.

Sekin on vähän epäselvää, kuka sitten hoitaa, kuka lääkäri, onko se potilaan lääkäri vai onko se täältä psykiatrian puolelta, että sitten saat soitella kymmeneen eri paikkaan, kuka ottaa kantaa tähän...

Minusta tosi huonosti yhteistyötä lääkärin, omaisten ja muiden hoitavien tahojen kanssa. Tiedon kulku ei aina ole ihan kohdillaan heidän kanssa.

Olen soittanut omaisille, mutta hyvin vähän ne ovat kiinnostuneita.

Tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat, että alueella oli hyvät päivä- ja ryhmätoimintamahdollisuudet ikääntyneille mielenterveysasiakkaille, mutta hoitajat kokivat kuitenkin, että asiakkaat eivät ole niitä halukkaita hyödyntämään osana omaa hoitoaan. Hoitajien mielestä kotihoidon ikääntyneiden mielenterveysasiakkaiden oma-aloitteisuus on vuosien mittaan vähentynyt, jolloin hoitajat joutuvat motivoimaan enemmän asiakkaita osallistumaan esimerkiksi ryhmätoimintaan.

Minusta niillä on hyvät mahdollisuudet osallistua, mutta ei ne lähde mihinkään...

Joskus kymmenen vuotta sitten mielenterveysasiakkaat oli tosi hyviä lähtemään näihin ryhmiin, mutta minusta tuntuu, että meiltäkin vain yksi lähtee nyt, että semmoista oma-aloitteisuutta ei ole heillä.

6.3 Hoitotyön kehittäminen kotihoidossa

Tutkimuksen kehittämiskohteeksi nousi esiin useita asioita. Hoitajien mielestä esimiehen tulisi varmistaa kotihoidon hoitohenkilökunnan osaaminen ja ammattitaito, joka mahdollistaisi ikääntyneen mielen-terveysasiakkaan asianmukaisen hoidon. Ajan riittämättömyys koettiin ongelmalliseksi, joten hoitokäytännöiden kehittäminen kotihoidossa asiakaslähtöisemmäksi olisi tarpeenmukaista, jotta ikääntyneen mielenterveysasiakkaan hoito ei kärsisi. Tutkimuksen mukaan koettiin, että hoitajan ja asiakkaan yhdessä tekemiselle, esimerkiksi kaupassa asioimiselle tai ulkoilulle, ei ole mahdollistettu aikaa ollenkaan. Hoitajien mielestä vain harva ikääntyneistä mielenterveysasiakkaista pystyi vaikuttamaan omaan hoitoonsa. Lisäksi hoitajat toivoivat kehitystä ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen kotihoidossa ikääntyneiden mielenterveysongelmien suhteen.

Musta tuntuu silloin kun oli tämä meidän aikaisempi esimies töissä, niin silloin ihan valittiin kaksi, jotka oli suuntautunut mielenterveyteen, mutta eihän se toiminut, kun tasan kuukauden se juttu.

Oikeasti semmoista terapiaa, että yhdessä tehtiin jotain, mutta ei täällä nyt ole enää ollenkaan semmoista. Ei ole aikaa semmoiseen.

Vakavasta asiasta kyse ja ongelmat lisääntyy, kun ikää tulee, että pitäisi ajoissa ottaa jontekin ruotuun...

Kehittämiskohteena tutkimuksessa nousi vahvimmin esiin koulutuksen lisäämisen tarve. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat oman ammattitaitonsa mielenterveysongelmista riittämättömäksi. Haastateltavien mukaan tämä vaikutti kotihoidossa ikääntyneiden mielenterveysasiakkaiden saamaan hoitoon. Myös lisäkoulutuksien hyöty kotihoidossa koettiin heikoksi. Hoitajien mielestä kehitystä tulisi tehdä hoitokäytänteiden kehittämiseen kotihoidossa, eikä vain heidän koulutustaan lisäämällä. Mahdollisuus kotihoidon kehittämiseen saataisiin hoitajien mielestä resurssien lisäämisellä.

No ne ovat aika huonot, että kyllä se menee vain tuolla perushoidolla, niin kuin muutkin.

Kyllä minä aika monessa koulutuksessa olen istunut, mutta ei se auta mitään, että olet siellä koulutuksessa. Ei se työ muutu täällä miksikään. Se pitäisi tuolta perustasolta lähteä, että me haluamme nyt tämmöistä juttua tähän.

Ei varmaan resursseja ole, tai ainakin niin sanotaan.

Kehitystä hoitajat toivoivat palveluiden organisointiin ja toimivuuteen. Tällä hetkellä kotihoidon asiakkaiden tarvitsemat palvelut tulevat kaikki eri paikoista, mikä aiheuttaa epäselvyyksiä. Hoitajien mielestä olisi hyvä, että asiakkaiden kaikkia palveluita hallinnoisi joku, johon tarvittaessa voisi olla yhteydessä epäselvissä tilanteissa.

Yhteen aikaan oli, että ne kaikki palvelut tulee sieltä samasta, mutta nyt se on taas mennyt siihen, että joka napsaus eri paikasta...

Nyt kun on kaikenlaisia palveluja, niin pitäisi olla joku, joka hallitsisi ne asiakkaan kaikki jutut ja tietäisi ne.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä luvussa pohdin opinnäytetyön tuloksia. Pohdin myös koko opinnäytetyön prosessin vaikutusta omaan oppimiseeni sekä mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

7.1 Johtopäätökset

Tuloksista selvisi, että kotihoidon asiakaskunta oli vaihtelevaa ja hoitajat kokivat, että ikääntynyt mielenterveysasiakas jää muiden asiakkaiden varjoon. Ikääntyneiden mielenterveysasiakkaiden hoitotyö kotihoidossa koostui hoitajien mielestä pääsääntöisesti vain perus- ja lääkehoidon toteuttamisesta. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien mukaan vähäinen koulutus mielenterveysasioista sekä ajan riittämättömyys vaikuttivat ikääntyneiden mielenterveysasiakkaiden saamaan hoitoon kotihoidossa. Hoitajien mielestä ajan riittämättömyys vaikutti siihen, että esimerkiksi yhdessä tekemistä ei voitu mahdollistaa kotikäyntien aikana. Tämän vuoksi hoitajat kokivat ikääntyneen mielenterveysasiakkaan hoitotyön kotihoidossa raskaaksi. Teoksessaan Hämäläinen ym. (2017) tuovat ilmi, että yhdessä tekeminen edesauttaa yhteistyösuhteen edistymistä ja asiakkaan vointia. Yhdessä tekeminen on tavoitteellista toimintaa, jonka edellytyksenä asiakas oppii hoitajan tukemana ja kannustamana uutta. (Hämäläinen ym. 2017, 158–160.)

Tuloksista kävi ilmi, että ikääntyneen mielenterveysasiakkaan hoitotyötä tulisi kehittää kotihoidossa asiakaslähtöisemmäksi ja kokonaisvaltaisemmaksi. Tutkimuksessa hoitajat pohtivat omahoitajuuden merkitystä kotihoidossa, mikä loisi hyvät mahdollisuudet asiakkaan ja hoitajan väliselle luottamukselliselle hoitosuhteelle. Tutkimustulosten perusteella koettiin, että liian moni hoitaja käy ikääntyneiden mielenterveysasiakkaiden luona kotikäynneillä. Hämäläinen ym. (2017) tuovat teoksessaan ilmi, että asiakkaan ja hoitajan välistä yhteistyösuhdetta ohjaa hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Yksi pääkohta yhteistyösuhteelle on asiakaslähtöisyys. (Hämäläinen ym. 2017, 140, 165.) Gunayn, Ozkanin ja Icelin (2016) tekemän julkaisun mukaan kotihoidon tulisi tarjota mielenterveysasiakkailleen kokonaisvaltaista, ennaltaehkäisevää ja kuntouttavaa tukea. Lisäksi kotihoidon hoitajilla tulisi olla riittävästi ammatillista osaamista mielenterveysongelmista.

Tutkimuksen tulosten mukaan hoitajat kokivat ikääntyneiden mielenterveysasiakkaiden perussairauksien hoitamisen haastavaksi, koska somaattisten ja psyykkisten oireiden erottaminen toisistaan on vaikeaa. Hoitajien mukaan hoitotyön toteuttamiseen kotihoidossa vaikutti myös asiakkaan oma suhtautuminen sairauksiinsa ja siihen, antaako hän hoitaa niitä. Saarenheimo (2003) tuo ilmi teoksessaan, että fyysisen ja psyykkisen sairauden välillä voi olla monia yhteneväisyyksiä. Esimerkiksi psyykkiseen oireiluun tai mielenterveysongelmiin saattaa vaikuttaa fyysinen sairaus tai vamma. Lisäksi toisiaan voivat vahvistaa yhtäaikaiset fyysiset ja psyykkiset sairaudet. (Saarenheimo 2003, 119–120.) Tämän tutkimuksen mukaan hoitajien mielestä vain harva asiakkaista pystyi vaikuttamaan omaan hoitoonsa. Laitila (2010, 146) esittää teoksessaan, että asiakkaan osallisuus omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa on riittämätöntä mielenterveys- ja päihdetyössä.

Tulosten mukaan kotikäyntejä suunniteltaessa hoitajat pyrkivät varmistamaan oman työturvallisuutensa asiakkaiden luona, koska asiakkaan suhtautuminen eri hoitajiin voi olla erilaista. Lisäksi hoitajat kokivat haasteelliseksi tilanteeksi asiakasryhmän kohonneen itsemurhariskin. Ikonen (2015) tuo ilmi teoksessaan hoitajien kohtaavan kotihoidossa riskejä, jotka vaarantavat työturvallisuutta. Tyypillisimpiä väkivallan muotoja, joita kotihoidon työntekijä kohtaa työssään, ovat ilkeä puhe, pelottavat uhkailut, raapimiset, lyönnit sekä potkut. Työn vaarojen selvittämisellä, turvallisuuden arvioinnilla ja mahdollisilla korjaavilla toimenpiteillä voidaan vähentää työturvallisuusriskejä. Kotihoitotyössä ei riskejä voida kuitenkaan poistaa kokonaan. (Ikonen 2015, 181–182.) Teoksessaan Holmberg (2016, 222) esittää, että uhkaavaan käytökseen vaikuttavia tekijöitä voivat olla asiakkaasta tai hoitajasta johtuvat yksilölliset tekijät, henkilökohtaiset syyt sekä persoonallisuuden piirteet.

Tutkimustulosten mukaan koettiin, että yhteistyön tekemisessä lääkärin, muiden hoitotahojen ja omaisten kanssa olisi paljon parannettavaa. Hoitajat kokivat epäselviksi tilanteet, jolloin täytyi saada konsultaatioapua asiakkaan asioihin. Tilannetta huononsi puutteellinen tiedonkulku asiakkaan hoitavien tahojen kesken. Mäkinen (2015) kuvaa moniammatillisen yhteistyön peruselementiksi yhteisen asiakkaan tiedon jakamisen ja tuottamisen. Lisäksi tiedon jakaminen moniammatillisen työryhmän työstä ja roolista asiakkaan hoitoketjussa lisää ymmärrystä osapuolten kesken. (Mäkinen 2015, 56.) Tämän tutkimuksen tulosten mukaan hoitajat kokivat, että omaisilla oli hyvin vähän kiinnostusta vaikuttaa ikääntyneen mielenterveysasiakkaan hoitoon. Ikonen (2015, 40) esittää, että omaisten kotihoitoon osallistuminen pohjautuu vapaaehtoisuuteen. Yleensä omaiset hoitavat ikääntyneen läheisensä asioita, ovat tarvittaessa tukena sekä huolehtivat mahdollisesti siivouksesta ja kiinteistönhuollosta. Hoitajan tulee tunnistaa ja ymmärtää omaisten merkitys sekä heidän erilaisuutensa kotihoidon asiakastyössä. Tämän tutkimuk-

sen mukaan palveluiden organisointiin ja toimivuuteen toivottiin hoitajien keskuudessa kehitystä. Hoitajat kokivat, että palveluita tulee tällä hetkellä liian monesta paikasta. Ikonen (2015, 18, 28) tuo ilmi, että kotiin saatavien erilaisten palveluiden avulla asiakkaan kotona asuminen turvautuu mahdollisimman pitkään. Asiakkaan palveluiden saanti perustuu kriteereihin ja kokonaistilanteen arviointiin. Palveluiden järjestämisvastuu on lakisäänteisesti määrätty kunnalle, joka voi tuottaa palvelut joko itse, ostaa ne kolmannelta sektorilta tai yksityisiltä tuottajilta.

Tutkimustuloksista selvisi, että hoitajat kokivat ongelmien lisääntyvän iän karttuessa, joten tietoa mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen tulisi lisätä. Holmberg (2016, 9–10) esittää, että koti on mielenterveysongelmien ehkäisevän työn tärkein paikka. Yksilöiden ja yhteisön mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyssä pyritään vähentämään tai poistamaan vaarantavia tekijöitä ja rakenteita. Ehkäisevällä työllä pyritään vaikuttamaan tietoihin, asenteisiin, tottumuksiin, olosuhteisiin ja kulttuuriin. Kun mielenterveysongelma on tunnistettu ja havaittu, pyritään siihen puuttumaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Saavutetut tulokset ovat sitä parempia, mitä aikaisemmassa vaiheessa asioihin puututaan.

Tutkimuksen kehittämiskohteena esiin nousi vahvimmin koulutuksen lisäämisen tarve. Riittämätön ammattitaito mielenterveysongelmista vaikutti ikääntyneiden mielenterveysasiakkaiden saamaan hoitoon kotihoidossa. Ikonen (2015, 174) esittää, että jatkuva opiskelu ja itsensä kehittäminen kuuluu sosiaali- ja terveydenhoitoalalla toimimiseen. Hoitajan hyvään ammatti-identiteettiin kuuluu oman ammattitaidon ylläpitäminen ja siitä huolehtiminen. Myös lainsäädäntö ohjaa ammattitaidon kehittämisestä. Lisäksi työmotivaatio ja työhön sitoutuminen lisääntyy koulutuksen ja oman työn kehittämisen kautta.

7.2 Opinnäytetyön prosessi ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön aiheen valinta tuntui mielenkiintoiselta ja ajankohtaiselta. Aiheen ajankohtaisuus nousee esiin siinä mielin, kun nykyään puhutaan paljon siitä, että ikääntyneitä tulisi hoitaa mahdollisimman paljon kotona sekä ikäryhmien kasvaessa mielenterveysongelmat ovat lisääntyvissä määrin ikääntyneiden keskuudessa. Lisäksi aihe tullut työelämästä, joten koin tutkimuksen tekemisen aiheesta tarpeenmuksiksi tällä hetkellä. Päätin, että haluan tehdä yksin opinnäytetyön tämänhetkisen elämäntilaanteeni vuoksi. Oman elämän, työn, koulun ja opinnäytetyön tekemisen sovittaminen yhteen on ollut osittain haastavaa, mutta koen kehittyneeni menojen aikataulutuksessa.

Opinnäytetyön prosessin aikana eteeni tuli muutamia muutoksia, jotka vaikuttivat suunniteltuun aika-
taulun mukaiseen työskentelyyn. Opinnäytetyön prosessin aikana työelämän yhteyshenkilöni muuttui
kaksi kertaa. Ensimmäisen kerran yhteyshenkilön vaihdos tuli, kun olin saanut suunnitelmani jo hyvään
alkuun ja mietittyäni, kuinka tutkimuksen toteutan. Uuden yhteyshenkilön myötä muokkasinkin opinnäy-
tetyön suunnitelmani sisällöltään hieman erilaiseksi. Lisäksi ohjaavan opettajan kanssa tulimme siihen
tulokseen, että toteutan aineistonkeruun teemahaastatteluna, vaikka ensin minun tuli tehdä se avoimella
kyselylomakkeella. Koin tämän hyödylliseksi päätökseksi tutkimuksen kannalta, koska sain tietoa tut-
kittavasta aiheesta monipuolisemmin haastattelun avulla. Toisen kerran yhteyshenkilöni vaihtui, kun
olin saanut toteutettua aineistonkeruun sovittuun työyksikköön.

Huhtikuussa 2018 sain opinnäytetyön suunnitelmani hyväksytyksi. Haastattelun toteuttaminen ryhmä-
haastatteluna oli minulle aivan uusi asia, mutta mielenkiintoinen oppimisprosessi. Lisäksi haastetta toi
se, että tein haastattelun yksin, joten minun täytyi samalla havainnoida haastattelun etenemistä ja esittää
mahdollisia tarkentavia kysymyksiä. Haastattelu sujui mielestäni hyvin, ja koin, että tutkittavat olivat
perehtyneet aineistoon ennalta tarkasti sekä olivat kiinnostuneita tutkittavasta aiheesta. Koin aiheel-
liseksi sen, että tutkimuksen haastatteluun osallistui yksi lähihoitaja ja kaksi sairaanhoitajaa, koska sain
tietoa heidän erilaisista työnkuvistaan kotihoidossa, mikä toi monipuolisuutta saamiini tutkimustulok-
siin. Eri koulutusalojen työtehtävät vaikuttivat mielestäni tutkimuksen tulosten mukaan eri lailla ikään-
tyneiden mielenterveysasiakkaiden saamaan hoitoon kotihoidossa.

Haastattelun päällimmäisenä tunteena itselleni jäi, että ikääntyneen mielenterveysasiakkaan hoitotyö ko-
tihoidossa alueella ei ole kokonaisvaltaista ja asiakaslähtöistä. Miksi hoitotyötä kotihoidossa ikäänty-
neen mielenterveysasiakkaan kohdalla ei ole kehitetty alueella? Tutkimuksen tulosten perusteella sel-
visi, ettei kotihoidossa ole aikaa, riittävää koulusta mielenterveysasioista tai resursseja mahdollistaa ko-
konaisvaltaista ja asiakaslähtöistä hoitoa ikääntyneille mielenterveysasiakkaille alueella. Jäin pohtimaan
myös, miten mielenterveyssairauksiin käytettäviä erilaisia hoitomahdollisuuksia voitaisiin käytännössä
hyödyntää tai kehittää kotihoidossa sellaisiksi, että niistä olisi apua ikääntyneille mielenterveysasiak-
kaille.

Haastattelun jälkeen aloin pelkistämään aineistoa ja analysoimaan saamiani tutkimustuloksia. Analy-
sivaiheen koin henkilökohtaisesti vaikeimmaksi asiaksi koko opinnäytetyön prosessissa, koska tuloksia
piti pyöritellä moneen kertaan ja miettiä, miten niin sanottu punainen lanka säilyisi. Opinnäytetyön tar-
koituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia ikääntyneen mielenterveysasiakkaan hoitotyöstä sekä ke-
rätä hoitotyön keinoja asiakkaiden kotona asumisen tueksi. Tutkimustulosten perusteella hoitajilla oli

vähän keinoja asiakkaan kotona asumisen tueksi vähäisen koulutuksen ja kotihoidon resurssien vuoksi. Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä tutkimustuloksien kautta hoitajille valmiuksia, kuinka he voivat hoitotyön keinoin tukea ikääntyneitä mielenterveysasiakkaita kotihoidossa. Tutkimuksen tulosten mukaan tämä ei kuitenkaan toteutunut, koska tutkimukseen osallistuneet kokivat oman osaamisensa mielenterveysasioista riittämättömäksi. Tämä mielestäni vaikuttaa siihen, että opinnäytetyötä ei voida hyödyntää siinä mielin, että se olisi tuonut hoitajien erilaisia esimerkkejä ja ohjeistusta ikääntyneen mielenterveysasiakkaan hoitotyöstä muille hoitajille. Luotettavien lähteiden etsiminen tutkittavasta aiheesta on ollut osin haastavaa, koska tutkittua tietoa aiheesta ei ole niin paljon. Olen kuitenkin pyrkinyt rajaamaan lähteet alle kymmenen vuotta vanhoiksi.

Tässä tutkimuksessa keskityttiin kuvaamaan hoitajien kokemuksia ikääntyneen mielenterveysasiakkaan hoitotyöstä kotihoidossa sekä kuinka sitä voitaisiin kehittää. Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi asiakkaiden tai omaisten näkökulmasta, kuinka kokonaisvaltainen hoitotyö toteutuu heidän mukaan kotihoidossa. Lisäksi aiheellinen jatkotutkimusaihe olisi, kuinka lähi- ja sairaanhoitajien ammatillisissa koulutuksissa huomioidaan mielenterveysasioiden opettaminen.

LÄHTEET

- Anttila, A. 2016. Kuntouttava päivätoiminta ikäihmisen toimijuuden edistäjänä. Tampereen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/120871/Anttila_Anita.pdf?sequence=1. Viitattu 5.2.2018.
- Gunay, N., Ozkan, B. & Icel, S. 2016. Quality of life for chronic psychiatric illnesses and home care. Pakistan Journal of Medical Sciences. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4859055/>. Viitattu 31.8.2018.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. 4., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Huttunen, M. 2015a. Harhaluulo (deluusio). Terveyskirjasto. Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00372. Viitattu 6.4.2017.
- Huttunen, M. 2015b. Persoonallisuushäiriö. Terveyskirjasto. Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00407. Viitattu 6.4.2017.
- Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Helsinki: Edita.
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. 5.–6. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4., uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Kajaanin ammattikorkeakoulu. 2017. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä. Saatavissa: <https://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Aineiston-keruumenetelmat/Ryhmahaastattelu>. Viitattu 9.1.2018.
- Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Käypä hoito -suositus. 2016. Depressio. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Helsinki. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50023>. Viitattu 6.4.2017.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=28.12.2012%2F980>. Viitattu 12.1.2018.

- Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf. Viitattu 3.9.2018.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Mielenterveyden keskusliitto. 2018. Käsitteitä mielenterveydestä. Saatavissa: <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/kasitteita-mielenterveydesta/>. Viitattu 9.1.2018.
- Mäkinen, L. 2015. Moniammatillinen yhteistyö ja kuntouttava työote Tampereen kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määrittelemänä. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98123/GRADU-1446457835.pdf?sequence=1>. Viitattu 3.9.2018.
- Saarela, T. 2016. Psykoottinen vanhus. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. 3., uudistettu painos. Tallinna: Printon. 140–148.
- Saarenheimo, M. 2016. Mielenterveys. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3.-4. painos. Saarijärvi: Saarijärven Offiset Oy, 373–380.
- Saarenheimo, M. 2003. Vanhuus ja mielenterveys. Helsinki: WSOY.
- Santala, M. & Juva, K. 2011. Vanhuspsykiatrian erityiskysymyksiä. Teoksessa K. Juva, C. Hublin, H. Kalska, J. Korkeila, M. Sainio, P. Tani & R. Vataja (toim.) Kliininen neuropsykiatria. Helsinki: Duodecim, 321–325.
- Sitra. 2011. Kotihoidon sääntökirja. Saatavissa: https://media.sitra.fi/2017/02/23070331/Kotihoidon_saantokirja-5.pdf. Viitattu 11.1.2018.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Kotihoito ja kotipalvelut. Saatavissa: <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>. Viitattu 3.4.2017.
- Suomen Mielenterveysseura. 2017. Mielenterveyden häiriöt. Saatavissa: <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-h%C3%A4iri%C3%B6t>. Viitattu 30.11.2017.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Mieliä. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/mieliä>. Viitattu 30.11.2017.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Iäkkäiden toimintakyky. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky>. Viitattu 6.2.2018.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen – Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Yliopistopaino.

KESKI-POHJANMAAN SOSIAALI- JA
TERVEYSPALVELUKUNTAYHTYMÄ

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Tutkimuslupapäätös
Johtajaylihoitaja

27.3.2018

13 §

ASIA

Tutkimuslupa Koskela Henna. Mielenterveyshäiriötä sairastavan
ikäntyneen hoitotyö kotihoidossa.

PÄÄTÖS

Hyväksyn anotun tutkimusluvan.

ESITYKSEN TEKIJÄ

PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ


Pirjo-Liisa Häutala-Jylhä
Johtajaylihoitaja

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Haastatteluteemat

1. Tutkimuksen tausta

Tarkoituksena on selvittää kuinka hoitajat kokevat mielenterveyshäiriötä sairastavien ikääntyneiden hoitotyön kotona sekä kuinka asiakkaiden kotona asumista voitaisiin tukea hoitotyön keinoin. Tavoitteena on kehittää mielenterveyttä edistävää hoitotyötä kotihoidossa sekä antaa hoitajille valmiuksia, kuinka tukea hoitotyön keinoin mielenterveyshäiriötä sairastavia ikääntyneitä kotioloissa.

2. Hoitotyön kokemukset ja keinot

- Minkälaisia kokemuksia hoitajilla on hoitotyöstä mielenterveyshäiriötä sairastavan ikääntyneen asiakkaan kotona?
 - Millaiset ovat omat valmiutesi hoitaa ikääntynyttä mielenterveysasiakasta kotihoidossa?
 - Eroaako hoitotyö kotihoidossa jotenkin mielenterveys sairautta sairastavan ikääntyneen kohdalla verrattuna muihin asiakkaisiin?
 - Tuoko ikääntynyt mielenterveysasiakas jotakin haasteita kotihoidon toteuttamiseen?
- Millaisin hoitotyön keinoin mielenterveyshäiriötä sairastavan ikääntyneen asiakkaan kotona asumista voitaisiin tukea?
 - Kotihoidon merkityksellisyys ja mahdollisuudet asiakkaan kokonaisvaltaisessa hoidossa?
 - Yhteistyön tekeminen; lääkärin, omaisten ja muiden hoitavien tahojen kanssa?
 - Asiakkaan mahdollisuudet osallistua erilaisiin päivätoimintaryhmiin tai kuntoutusyksiköiden jaksoille?

3. Kehittämisehdotukset

- Miten hoitotyötä voitaisiin kehittää kotihoidossa mielenterveyshäiriötä sairastavan ikääntyneen kohdalla?
 - Onko asiakkailla riittävät mahdollisuudet vaikuttaa omaan hoitoonsa?
 - Onko henkilökunnalla riittävä koulutustausta?
 - Kotihoidon resurssit ja mahdollisuus kehittää toimintaa ikääntyneiden mielenterveysasiakkaiden kohdalla?

Esimerkki luokittelusta

TUTKI-MUSKY-SYMYS	ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKIS-TETTY IL-MAISU	ALA-LUOKKA	YLÄ-LUOKKA
Minkälaisia kokemuksia hoitajilla on hoitotyöstä mielenterveyshäiriötä sairastavaneen asiakkaan koton?	”Mulla on niinkö se tunne, että ne hukkuu sinne massaan, muiden asiakkaiden sekaan.”	Mielenterveysasiakas hukkuu massaan.	Mielenterveysasiakas.	Asiakaslähtöisen kotihoitotyön kehittämisen.
	”Sen oon huomannu, ku oon tuonne Perhoon vaihtanu, et sielä on enemmän, ku täällä mielenterveysasiakkaita. Ja ne käy aika paljon siinä toimistollaki mitä taas ei täällä oo.”	Ikääntyneitä mielenterveysasiakkaita on eniten Perhossa.		
	”Aika on niin rajallinen, että meikein pelkää, että tekee jonku kysymyksen, jos on viistoista minuuttia optimoitu, ni on parempi, ettei kysy mitään, ku ei voi selvittää heti sitä vastausta.”	Kotikäyntien aika optimoitu.	Kotikäyntien ajankäyttö ja sisältö rajallista.	
	”Kuitenki meillä on enemmänki hoidollista nämä käynnit ja muuta, en mä ainakaan tiä mitä mää sielä sitte teen, ku ei oo kunnon koulutusta tämmösiin ja ei oo minkäänlaisia valmiuksia niinku auttaa näitä.”	Hoitajilla riittämätön koulutus mielenterveysongelmiin kotihoidossa.		
	”Me pistetään piikki ja annetaan lääkkeit, että se on niinku vain tätä, kaikki muu jää sitte.”	Kotikäynnit hoidollisia.		
	”Kyllä se on itellekki siis sellasta tosi raskasta tai niinkö ajattelee vielä enempi tätä asiakasta, ni kyllä se olis tärkeätä, että olis korkeintaan kolome hoitajaa, jotka kävis ja yhesä pyörittäis sitä, jos hyvää hoitoa haluttais.”	Omahoitajuiden huomioiminen kotihoidossa.	Omahoitajuus.	
	”Sittekö näillä ikääntyneillä on vielä monesti muitaki sairauksia tai onki muita sairauksia, niin sitte vähän miten tämä asiakas suhtautuu näihin muihin sairauksiin ja antaaako sitte hoitaa ja ite ei välttämättä tiedosta sitä, että missä vaiheessa millonki on se perussairaus sitte.”	Ikääntyneiden mielenterveysasiakkaiden perussairaudet ja hoitomyyntyvyys.	Perussairauksien hoito haasteellista.	
	”Niin ja mikä johtuu sitte mistäki sairaudesta, on väliin niin hankalaa.”	Perussairauksien hoito hankalaa.		

	”No ei kaikki varmaan halua ja ne ketkä haluaa, ni ne ei pysty sitä tekemään, sitä omaa hoitoansa miten ne ite haluaa.”	Vain harva asiakkaista pystyy toteuttamaan omaa hoitoansa.		
	”Skitsofreniaa on melekein kaikilla ja sitte on maanis-depressivistä.”	Skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö.		
	”Sitte on näitä jokka on sairastanu jonku aivotapahtuman, ni niille tulee se oma masennuksensa sielä, ku toimintakyky huononee. Minusta ne aivan varaa jotain vastaanottoaikoja, vaikka oikeesti ei sieltä irtoa mitään apua ko ei osata sanoa mikä heillä on.”	Aivotapahtuman jälkeinen masennus.	Erilaiset mielenterveyshäiriöt.	Asiakaslähtöisen kotihoitotyön kehittämisen.
	”Joutuu miettiä voiko mennä yksin sinne kotia ja niin sitte taas aika haastavaa se on jos sinne sanotaan ettei oo aikaa mennä kaks hoitajaa vaikka, että on niin paljon muita käyntejä, sitte kuitenkin pitää ajatella hoitajien omaa työturvallisuutta, ettei kuitenkaan tarvis pelätä asiakkaalla jos on.”	Työturvallisuuden huomioiminen kotikäyntejä suunniteltaessa.	Työturvallisuuden huomioiminen.	
	”Sitte monesti mielenterveysasiakas suhtautuukin varmaan eri lailla eri hoitajiin ja siinä jää avuttomaks, ku ei tiiä miten auttaa. Voi olla, että käyt ite kerran kuukaudessa asiakkaalla ja en oikein itekään ymmärrä mitä se on.	Mielenterveysasiakas voi suhtautua eri lailla eri hoitajiin.		

SAATEKIRJE**13.5.2018****Hyvä lähihoitaja/sairaanhoitaja,**

Olen kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelija Centria-Ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä Soiten kotihoitoon aiheesta ”Mielenterveyshäiriötä sairastavan ikääntyneen hoitotyö kotihoidossa”. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kuinka hoitajat kokevat mielenterveyshäiriötä sairastavien ikääntyneiden hoitotyön kotona sekä kuinka asiakkaiden kotona asumista voitaisiin tukea hoitotyön keinoin. Tavoitteena on kehittää mielenterveyttä edistävää hoitotyötä kotihoidossa sekä antaa hoitajille valmiuksia, kuinka tukea hoitotyön keinoin mielenterveyshäiriötä sairastavia ikääntyneitä kotioloissa.

Opinnäytetyö toteutetaan ryhmähaastatteluna, johon ystävällisesti pyydän teitä osallistumaan. Osallistuminen on luottamuksellista ja tapahtuu anonymisti. Haastattelu nauhoitetaan aineiston analyysiä varten ja aineisto käsitellään luottamuksellisesti, jotta kenenkään henkilöllisyys ei käy opinnäytetyöstä ilmi. Pyydän teiltä haastatteluun osallistuvilta myös allekirjoittamaan suostumuksen tutkimukseen.

Liitteenä on teemahaastattelurunko, johon voitte tutustua ennen haastattelua. Jos teillä ilmenee kysyttävää haastatteluun liittyen, voitte olla yhteydessä minuun sähköpostitse.

Ystävällisin terveisin

Henna Koskela

s-posti: xxxxx.xxxxxxx@xxxxxx.xx

Suostumus opinnäytetyöhön osallistumiseen

Allekirjoittamalla tämän suostumuksen, hyväksyn osallistumiseni opinnäytetyöhön. Tiedän, millaisesta opinnäytetyöstä on kyse, sen tarkoituksen ja tavoitteen sekä tutkimusmenetelmät. Tiedän, että opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja se ei aiheuta minulle minkäänlaisia kustannuksia ja henkilöllisyyteni jää vain tutkijan tietoon. Tiedän, että haastattelua koskeva aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Suostun siihen, että minua haastatellaan ja antamiani tietoja haastattelun kautta käytetään tämän opinnäytetyön tuloksiin. Valmistuttuaan opinnäytetyö on julkinen. Aineiston keruuseen osallistumisen voin keskeyttää halutessani, milloin tahansa ilman, että minun tarvitsee perustella keskeyttämisen syytä.

Haastateltava:

Paikka ja päiväys

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Haastattelija:

Paikka ja päiväys

Allekirjoitus ja nimenselvennys