



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖIDEN KOKE- MUKSIA PSYKOOTTISISTA JA ITSETUHOI- SISTA ASIAKKAISTA

Henna Pihlajaniemi

Reetta Vuori

Opinnäytetyö
Marraskuu 2018
Sairaanhoitajakoulutus
Mielenterveys ja päihdehoitotyö



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

PIHLAJANIEMI, HENNA & VUORI, REETTA:

Kotihoidon työntekijöiden kokemuksia psykoottisista ja itsetuhoisista asiakkaista

Opinnäytetyö 42 sivua, joista liitteitä 7 sivua
Marraskuu 2018

Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa Tampereen kaupungin kotihoidon työntekijöiden kokemuksia psykoottisista ja itsetuhoisista kotihoidon asiakkaista. Tutkimuskysymysten avulla pyrittiin saamaan laadullista tietoa kotihoidon työntekijöiden kokemuksista psykoottisista ja itsetuhoisista asiakkaista sekä varomerkeistä, jotka edelsivät näitä vakavia mielenterveyden häiriöitä. Lisäksi työssä kartoitettiin tietoja ja taitoja, joita hoitajat toivoivat hallitsevansa toimiessaan näiden mielenterveyden häiriöiden kanssa. Tavoitteena oli edistää psykoottisten ja itsetuhoisten kotihoidon asiakkaiden varhaista avun saantia.

Menetelmänä työssä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää ja aineistonkeruu toteutettiin sähköpostikyselynä kotihoidon työntekijöille. Kysely sisälsi avoimia kysymyksiä sekä lyhyen alkuselvityksen vastaajien työtaustoista. Saatu materiaali analysoitiin aineistolähtöisesti.

Kotihoidon työntekijät toivat esille paljon havaintoja itsetuhoisuuden ja psykoottisuuden ilmenemisestä sekä niihin liittyvistä varhaisista ennakko-oireista, mutta myös haasteita näiden tunnistamisessa. Työntekijät kuvasivat kehittämistoiveitaan omissa vuorovaikutuksellisissa taidoissa sekä psyykkisen voinnin arviointikyvyissä.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että kotihoidon työntekijät kokevat tarvetta lisäkoulutukselle mielenterveyden häiriöiden tunnistamisen osalta, sekä lisää resursseja hoitotyön laadukkaaseen toteuttamiseen. Kotihoidon työntekijät saattavat hyötyä kirjallisesta toimintaohjeesta psykoottisten ja itsetuhoisten asiakkaiden kohtaamisten tueksi.

Asiasanat: psykoottisuus, itsetuhoisuus, kotihoito

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

PIHLAJANIEMI, HENNA & VUORI, REETTA:
Home care staff's experiences of psychotic and self-destructive clients

Bachelor's thesis 42 pages, appendices 7 pages
November 2018

The purpose was to examine the home care staff's experiences of psychotic and self-destructive clients. The aim was to improve the access to help for psychotic and self-destructive clients in home care.

The data were collected through a questionnaire sent via email to nursing staff working in Tampere home care. The questionnaire included open questions as well as a short introduction about the occupational background of the participant. The data were analysed inductively.

The staff brought up several observations about the expressions of self-destructiveness and psychosis as well as their prodromal symptoms. However, participants found it sometimes challenging to identify these symptoms. The staff found that they need to improve their communication skills as well as their abilities to evaluate mental well-being of their clients

In conclusion, the staff working for home care services found it necessary to receive more training to identify mental health problems as well as more resources to carry out high-quality nursing. It might be helpful to share written handouts about how to encounter psychotic and self-destructive clients.

Key words: psychotic, self-destructive, home care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1	Kotihoito	7
3.2	Psykoottisuus	8
3.3	Itsetuhoisuus	9
3.4	Hoidon tarpeen arviointi ja hoitoon ohjaaminen	10
3.4.1	Tahdonvastainen hoito	11
3.4.2	Itsetuhoisuuden arviointi ja hoitoon ohjaus	12
3.4.3	Psykoottisuuden arviointi ja hoitoon ohjaus	13
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	14
4.1	Kvalitatiivinen menetelmä.....	14
4.2	Aineiston keruu.....	14
4.3	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	16
5	TULOKSET	20
5.1	Itsetuhoisen kotihoidon asiakas.....	20
5.1.1	Itsetuhoisuuden ilmeneminen.....	20
5.1.2	Varhaiset itsetuhoisuutta edeltävät muutokset.....	22
5.2	Psykoottinen kotihoidon asiakas.....	23
5.2.1	Psykoottisuuden ilmeneminen	23
5.2.2	Varhaiset psykoottisuutta edeltävät muutokset.....	24
5.3	Ammatillinen osaaminen	25
6	POHDINTA.....	27
6.1	Tulosten tarkastelu.....	27
6.2	Luotettavuus.....	28
6.3	Eettisyys.....	30
6.4	Jatkotutkimus- ja kehittämissuhteet.....	31
	LÄHTEET	33
	LIITTEET	36
	Liite 1. Sähköpostikysely	36
	Liite 2. Saatekirje	37
	Liite 3. Sisällönanalyysi	38

1 JOHDANTO

Mielenterveyshäiriöitä sairastavat asiakkaat ovat kasvava ryhmä kotihoidossa. Vanhusten mielenterveyshäiriöt ovat yleisiä, ja tutkimusten mukaan jopa 16-30% yli 65-vuotiaista sairastaa jonkin tasoista mielenterveyden häiriötä. (Koponen & Leinonen 2007, 631.) Mielenterveydenhäiriö on yleinen termi, jota voidaan käyttää erilaisten psyykkisten oireyhtymien ilmaisemiseen. Mielenterveydenhäiriöstä on kyse silloin, kun psyykkiset oireet ovat pitkäkestoisia ja ne saattavat rajoittaa merkittävästi sairastavan toimintakykyä ja heikentää tämän elämänlaatua. (Huttunen 2017.) Mielenterveyden häiriöt ovat usein psykoottisuuden ja itsetuhoisuuden taustatekijöitä (Lönnqvist, Henriksson, Isometsä & Marttunen 2011, 507). Kotihoidon työntekijöillä ei aina ole valmiuksia tunnistaa ja tukea asiakkaan psykososiaalista terveydentilaa ja sen muutoksia, sillä kotiin tuotettava hoito keskittyy usein asiakkaan päivittäisten toimintojen turvaamiseen (Eloranta, Arve, Viitanen, Isoaho & Routasalo 2012, 16). Haasteena saattaa olla myös ajanpuute, vaihtuvat työntekijät sekä työntekijän omat asenteet ja pelot mielenterveyshäiriöitä sairastavia kohtaan.

Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa kotihoidon työntekijöiden kokemuksia psykoottisista ja itsetuhoisista kotihoidon asiakkaista. Tavoitteena oli edistää psykoottisten ja itsetuhoisten kotihoidon asiakkaiden varhaista avunsaantia. Tässä opinnäytetyössä käsitellään psykoottisuutta, itsetuhoisuutta, hoidon tarpeen arviointia ja hoitoon ohjausta kotihoidon ja sen työntekijöiden näkökulmasta. Opinnäytetyössä käsite kotihoito tarkoittaa kunnan järjestämää hoitoa. Opinnäytetyössä ei ole rajattu työtä tietyn ikäisiin kotihoidon asiakkaisiin, mutta asiakaskunnasta valtaosa on ikääntyneitä.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä mielenterveydenhäiriöitä sairastavien ikääntyvien ihmisten määrä tulee lisääntymään väestön vanhetessa (Leinonen & Alanen 2011). Kotihoidon piirissä olevista ikäihmisistä jopa yli puolet kokee masentuneisuutta ja yksinäisyyttä ainakin satunnaisesti (Eloranta ym. 2012, 16). Ikääntyneillä masennukseen liittyy nuorempia ikäluokkia useammin psykoottisia piirteitä. Myös itsemurhavaara on yli 75-vuotiailla huomattavasti suurempi ja skitsofreniaa sairastavat elävät nykyään aiempaa vanhemmiksi. Perusterveydenhuollon työntekijöiden haasteena on havaita nämä vakavat mielenterveydenhäiriöt ajoissa, jotta hoidon aloitus ei viivästyisi. (Leinonen & Alanen 2011, 371-372.)

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa kotihoidon työntekijöiden kokemuksia psykoottisista ja itsetuhoisista kotihoidon asiakkaista.

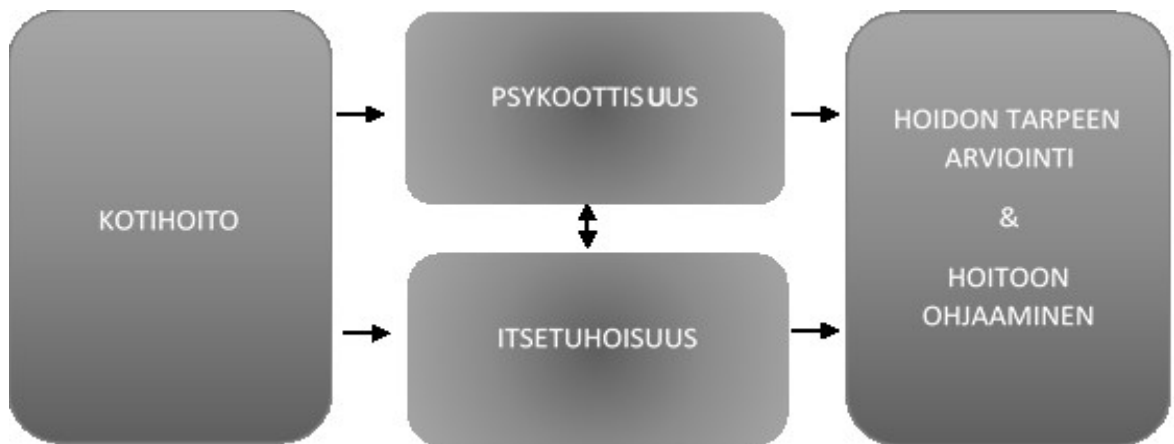
Opinnäytetyön avulla pyrittiin löytämään vastaukset seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaista kokemusta kotihoidon työntekijöillä on psykoottisista ja itsetuhoisista kotihoidon asiakkaista?
2. Millaisia varomerkkejä kotihoidon työntekijät huomasivat asiakkaassa ennen psykoosin tai itsetuhoisuuden ilmenemistä?
3. Millaista tietoa ja taitoa kotihoidon työntekijät kaipaavat tilanteisiin, joissa he ovat kohdanneet psykoottisia ja itsetuhoisia kotihoidon asiakkaita?

Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää psykoottisten ja itsetuhoisten kotihoidon asiakkaiden varhaista avun saantia.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Keskeiset käsitteet opinnäytetyössä ovat kotihoito, psykoottisuus, itsetuhoisuus, hoidon tarpeen arviointi ja hoitoon ohjaaminen. Kotihoidon työntekijöillä on tärkeä rooli psykoottisuuden ja itsetuhoisuuden tunnistamisessa ja hoidon tarpeen arvioinnissa, jotta hoitoon ohjaaminen onnistuisi. Nämä teoreettiset lähtökohdat on huomioitu kotiin tuotun hoidon ja huolenpidon näkökulmasta.



KUVA 1. Teoreettinen viitekehys

3.1 Kotihoito

Kotihoidolla tarkoitetaan terveydenhuollon palveluita, jotka suunnataan asiakkaalle kotiin. Palveluita voi saada kaikki yli 18-vuotiaat, jotka tarvitsevat tukea kotona pärjäämiseen heikentyneen toimintakyvyn, sairauden, vammaisuuden tai muun syyn vuoksi. Kotihoidon tarkoituksena on avustaa asiakasta asiakaslähtöisesti kuntouttavalla työotteella päivittäisissä toiminna ja näin ollen mahdollistaa asiakkaan turvallinen selviytyminen kotioloissa mahdollisimman pitkään. (Tampereen kaupunki 2018.)

Ikääntyneiden ihmisten hoito tapahtuu usein kotona kotihoidon tarjoamien palveluiden sekä muiden tukipalvelujen ja ikääntyneen ihmisen omaisten avulla. Kotona hoidettavat ikääntyneet ovat nykyään yhä vanhempia ja toimintakyvyltään huonokuntoisempia. Kotihoidon työntekijöillä on tärkeä rooli ikääntyneen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja voimavarojen edistämässä ja tarkkailussa. Kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin kuuluu

fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.) Kotihoidon ikääntyvien asiakkaiden psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen on tärkeää, sillä psyykkisen hyvinvoinnin heikentyessä uhkana on toimintakyvyn lasku, jolloin kotona asuminen ei enää onnistu. Psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen parantaa ikääntyneiden elämänlaatua ja vähentää muiden terveystalvelujen tarvetta. (Eloranta ym. 2012, 15-16.)

3.2 Psykoottisuus

Psykoottisuus on tila, jossa henkilön todellisuudentaju on osittain tai merkittävästi vähentynyt. Henkilön arviointi- ja havainnointikyky on heikentynyt ja sen seurauksena voi esiintyä muun muassa aistiharhoja, jotka useimmiten ovat kuuloharhoja, harhaluuloja eli epärealistisia uskomuksia, kummallisia ja pelottavia tunnekokemuksia sekä vääristyneitä tulkintoja muiden ihmisten käytöksen merkityksestä. Harhat ja pelottavat kokemukset voivat aiheuttaa psykoottisessa henkilössä outoa tai poikkeavaa käytöstä, hajanaisuutta, aggressiivisuutta ja vaikeuksia sosiaalisessa kanssakäymisessä. (Huttunen 2017.) Psykoosioireet voidaan jaotella positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Yllä mainitut harhat kuuluvat positiivisiin oireisiin. Negatiivisia oireita ovat muun muassa tunne-elämän latistuminen, mielialan lasku ja mielenkiinnon menetys, puheen köyhtyminen sekä aloittekyvyttömyys arkisissakin asioissa. (Moilanen 2013, 887.) Psykoottisuuden tila, pysyvyys ja oireenkuva vaihtelevat suuresti yksilöiden välillä, ja siihen vaikuttaa häiriön taustatekijät (Huttunen 2017).

Skitsofrenia on yleisin psykoottisen oireilun aiheuttaja. Se on yleensä pitkäkestoinen mielenterveyden sairaus, johon sairastutaan useimmiten nuoruusiässä. (Huttunen 2017.) Skitsofrenia voi olla geneettinen, mutta pieni osa potilaista sairastuu vasta iäkkäänä. Yli 65-vuotiaasta väestöstä 1% sairastaa skitsofreniaa ja tutkimusten mukaan iäkkäiden skitsofreniapotilaiden määrä on kasvamassa. Iäkkäiden psykoottisuuden arvioiminen ja skitsofreniadiagnosiin päätyminen voi olla haasteellista, sillä tilanteessa on huomioitava huolellisesti ikääntymisen aiheuttamat tavanomaiset kognitiiviset muutokset. Etenevien muistisairauksien sekä somaattisten sairauksien erotusdiagnoosiikan huomioiminen on myös ensiarvoisen tärkeää. (Talaslahti, Alanen & Leinonen 2011, 375.)

Psykoosin aiheuttaja voi olla myös elimellinen häiriö tai kemiallinen aine. Erityisesti ikääntyneillä somaattisen sairauden aiheuttama psykoottisuus on yleistä, toisin kuin nuorten keskuudessa päihteet ovat monesti merkittävässä asemassa. Psykoottista potilasta arvioitaessa ja tutkiessa onkin tärkeää sulkea pois somaattiset ja kemialliset aiheuttajat asianmukaisin laboratorio- ja kuvantamistutkimuksin. (Moilanen 2013, 890.) Muun muassa Alzheimerin tauti, aivoverenkiertohäiriö ja parkinsonintauti voivat aiheuttaa monimuotoisia harha-aistimuksia ja harhaluuloja (Talaslahti ym. 2011, 376). Päihdepsykoosia on syytä epäillä, kun tilaa on edeltänyt huumausaineiden tai alkoholin pitkäaikainen ja runsas käyttö. Päihteiden aiheuttamat psykoosit ovat usein kestoaltaan lyhyitä. (Moilanen 2013, 890.)

3.3 Itsetuhoisuus

Itsetuhoinen käyttäytyminen voi olla joko suoraa tai epäsuoraa. Epäsuorassa käyttäytymisessä henkilö voi ottaa terveydelle ja hengelle vaarallisia riskejä esimerkiksi harrastuksien tai holtittoman liikennekäyttämisen kautta, mutta ei kuitenkaan tietoisesti pyri toiminnallaan vahingoittamaan itseään. Suorassa itsetuhokäytöksessä henkilöllä on päämääränä itsensä vahingoittaminen tai kuolema. Suora itsetuhoisuus voi tulla esille itsetuhoisina ajatuksina, puheina tai varsinaisina yrityksinä ja itsemurhina. (Lönqvist, Henriksson, Isometsä, Marttunen, Heikkinen 2007, 340.)

Itsetuhoista käyttäytymistä usein edeltää esimerkiksi toivottomuuden tunteet, elämän sietämättömyys, stressaava elämäntilanne ja uskomus siitä, että tulevaisuus ei tule tästä muuttumaan. Usein itsetuhoisuuden takana on myös kokemus siitä, että on läheisilleen tai yhteiskunnalle vain taakaksi ja näin ollen henkilö pyrkii eristäytymään muusta maailmasta, joka omalta osaltaan lisää itsetuhoisuuden riskiä. (Forma, Raitanen, Rissanen, Aaltonen, Pulkki, Jylhä 2017, 143.) Itsetuhoinen käyttäytyminen on usein merkki hyvin hauraasta psyykkisestä tilasta, sekä avunhuuto, johon on reagoitava mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja vakavasti (Lönqvist ym. 2007, 341).

Mielenterveydenhäiriöistä masennus on merkittävin kansallisella tasolla. Se on yleinen kaikissa ikäryhmissä ja aiheuttaa toiminta- ja työkyvyttömyyttä, runsasta hoidon tarvetta sekä itsemurhayrityksiä ja kuolemia. (Isometsä 2007, 157.) Suomessa itsemurhan tehneistä 90% on sairastanut jonkinasteista mielenterveydenhäiriötä, ja 60% tapauksista

diagnoosina on ollut masennus (Lönnqvist ym. 2007, 345). Yli 75-vuotiaiden masentuneiden henkilöiden itsemurhariski on huomattavasti suurempi kuin nuoremmilla. Miehillä riski on kaksinkertainen, kun taas naisilla se on yli kolminkertainen verrattuna nuorempiin (Leinonen & Alanen 2011).

Riskitekijöinä itsemurhayrityksille voidaan pitää psykiatristen diagnoosien lisäksi aiempaa itsetuhoisuutta sekä psykososiaalisia tekijöitä. Negatiiviset elämäkokemukset, henkisen tuen puute, erot ja menetykset sekä taloudelliset vaikeudet lukeutuvat altistaviin tekijöihin. (Suominen & Valtonen 2013, 881-882.) Tampereen yliopistossa tehdyn tutkimuksen mukaan itsemurhariski kasvaa, jos iäkkäällä henkilöllä on mielenterveydenhäiriöiden lisäksi useampia somaattisia sairauksia ja heikentynyt toimintakyky. Kyseisessä tutkimuksessa havaittiin myös, että itsemurhariski on kohonnut erityisesti niillä ikääntyneillä, jotka käyttävät vähemmän terveydenhuollon palveluita verrattuna iäkkäisiin, jotka käyttävät useasti kyseisiä palveluita. (Forma ym. 2017, 143.) Yksilöllisyys on huomioitava riskitekijöissä. Itsemurhalle ei pystytä nimeämään yhtä ainoaa syytä, jonka aiheuttaa, vaan syynä on yleensä yksilölliset, kasaantuvat ja pitkäkestoiset ongelmat. (Suominen & Valtonen 2013, 881.)

3.4 Hoidon tarpeen arviointi ja hoitoon ohjaaminen

Kotihoidon työntekijät ovat säännöllisesti ja jopa useita kertoja päivässä yhteydessä asiakkaisiinsa. Tämän vuoksi kotihoidon työntekijät ovat tärkeässä asemassa ikääntyneiden psyykkisen hyvinvoinnin muutoksien tarkkailussa ja hoidon tarpeen arvioinnissa. (Eloranta ym. 2012, 21.) Usein kuitenkin mielenterveyshäiriöiden vuoksi hoitoon hakeudutaan tai ohjataan vasta akuutissa tilanteessa päivystyksellisesti. Erityisesti psykoosista kärsivillä ihmisillä on voinut olla lieviä oireita jo vuosien ajan ennen hoidon aloitusta. Viivästynyt hoidon aloitus saattaa huonontaa erityisesti vakavimpien mielenterveyshäiriöiden ennustetta. Varhaisella psyykkisten oireiden tunnistamisella ja hoitoon ohjaamisella on siis ennusteen kannalta merkitystä. (Lönnqvist, Pylkkänen & Moring 2011, 642.) Kotihoidon työntekijöiden ei tarvitse tietää asiakkaan diagnoosia vaan hänen tulee tunnistaa sellainen psyykinen oireilu, joka edellyttää tarkempia tutkimuksia tai seurantaa. Hoidon tarpeen arvioinnissa tulee olla kuitenkin varovainen ja ammatillinen, sillä väärä arvio voi aiheuttaa ylimääräistä haittaa asiakkaalle leimaantumisen riskin takia ja se voi lisätä asiakkaan ahdinkoa. (Lönnqvist & Suvisaari 2011, 152.) Jos

asiakkaalla on mahdollisen mielenterveyshäiriön ennakko-oireita tai hänen suvussa on esiintynyt mielenterveydenhäiriöitä, kannattaa hoitoon ohjaamisen kynnyistä pitää matalana. Erityisesti silloin, jos asiakas kokee itse, että hänen oireistonsa on omituista tai poikkeavaa. (Suvisaari, Isohanni, Kiesepää, Koponen, Hietala, Lönnqvist 2014, 166.)

3.4.1 Tahdonvastainen hoito

Kaikkia mielenterveyspalveluja ohjaa ja säätelee mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Mielenterveyslain 4. pykälän mukaan potilaan itsenäistä hoitoon hakeutumista ja oma-aloitteista suoriutumista on tuettava palveluntarjoajan puolelta. Pääasiallisesti mielenterveyspalvelut järjestetäänkin avohoidon muodossa. Kuitenkin niissä tapauksissa, kun asiakas tai potilas ei ole kykeneväinen arvioimaan omaa psyykkistä tilaansa luotettavasti, voi kyseeseen tulla potilaan toimittaminen hoitoon myös vasten tämän omaa tahtoa. Tahdonvastaista hoitoa ei voida toteuttaa avohoidossa, joten se tapahtuu aina sairaalassa (Heikkinen, Pylkkänen & Lönnqvist 2007, 689).

Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain:

- 1) jos hänen todetaan olevan mielisairas;
- 2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja
- 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116).

Kaikkien ylläolevien ehtojen tulee täyttyä yhtäaikaaisesti. Potilas voidaan määrätä tahdonvastaiseen hoitoon nelivaiheisena prosessina. Prosessi sisältää tarkkailuun lähettämisen lääkärin toimesta M1-lähetteellä, josta selviää lainmääräämät perusteet tahdosta riippumattomaan tarkkailuun, tarkkailuun ottamisen, tarkkailulausunnon sekä hoitoa koskevan päätöksen. Vaiheet etenevät aina lääkärin huolellisen tutkimuksen perusteella. (Heikkinen ym. 2007, 691).

3.4.2 Itsetuhoisuuden arviointi ja hoitoon ohjaus

Kotihoidon työntekijöillä on tärkeä tehtävä itsemurhariskin arvioinnissa ja itsetuhoisista ajatuksista sekä suunnitelmista tuleekin kysyä suoraan ja aktiivisesti asiakkaalta. Suoraan kysyminen voi olla haasteellista erityisesti kokemattomalle työntekijälle, mutta on hyvä muistaa, että suoraan kysyminen ei lisää itsemurhariskiä. Itsetuhoisten ajatusten kesto voi kartoittaa kysymällä asiakkaalta, kuinka usein näitä ajatuksia ilmaantuu, ajatteleeko hän jatkuvasti itsetuhoisuutta vai onko se hetkittäistä. Tässä yhteydessä voi selvittää, että pystyykö asiakas hallitsemaan itsetuhoisuuteen liittyviä ajatuksiaan. Jos asiakkaalla on itsemurhasuunnitelma, tulee kartoittaa sen menetelmä, kuinka se on toteutettavissa ja onko asiakas valmistellut jo kuolemaansa esimerkiksi ostamalla itsemurhantekovälineitä tai kirjoittamalla hyvästelykirjeen läheisilleen. (Suominen & Valtonen 2013, 883.) Itsetuhoisuuden ja masennuksen arviointiin on olemassa erilaisia mittareita, kuten masennuskysely, BDI (Beck depression inventory) ja myöhäisiän depressioseula, GDS (geriatric depression scale). Mittareita käytettäessä on kuitenkin muistettava, että pelkästään niiden perusteella ei voida diagnoosia antaa. (Käypä Hoito 2016.) Kotihoidon työntekijä voi hyödyntää näitä mittareita tai niiden kysymyksiä asiakkaan voinnin selvittämisessä. Mittarit tai sen yksittäiset kysymykset voivat toimia porttina syvempään keskusteluun kotihoidon työntekijän ja asiakkaan välillä, jolloin työntekijä voi saada merkittävääkin tietoa asiakkaan psyykkisestä voinnista.

Itsemurhariskissä olevaa kotihoidon asiakasta ei automaattisesti lähetetä tahdonvastaiseen hoitoon. Suuri itsemurhariski yhdessä asiakkaan toivottomuuden ja suhteettomien syyllisyydentunteiden kanssa ovat aihe tahdonvastaiselle hoidolle, jollei asiakas ole vapaaehtoisesti halukas hoitoon. Lääkärin tekemällä kiireellisellä läheteellä asiakkaan voi lähettää psykiatriseen arvioon, mikäli hänellä on ajoittain itsetuhoisia ajatuksia ja kuolemantoiveita, mutta ei suunnitelmaa itsemurhan tekoon. Jos hänellä on taas jatkuvasti näitä ajatuksia, itsemurhasuunnitelma ja kyvyttömyyttä hallita itsensä vahingoittamistaan tulee hänet lähettää päivystykseen välittömään psykiatriseen arvioon. Usein tällaisessa tapauksessa nämä asiakkaat tarvitsevat psykiatrasta sairaalahoitoa. Jos asiakas pystyy hallitsemaan itsetuhoisuuttaan, psykiatrinen hoito voidaan järjestää tiiviillä avohoidolla, mahdollisesti jopa kotioloissa. Sopivin hoitomuoto löytyy vain huolellisella psykiatrisella arvioinnilla. (Suominen & Valtonen 2013, 883.)

3.4.3 Psykoottisuuden arviointi ja hoitoon ohjaus

Kotihoidon työntekijän arvioidessa psykoosia hänen tulee kiinnittää huomiota psykoosin riskitekijöiden lisäksi asiakkaan ulkoiseen olemukseen. Olemuksen perusteella voi arvioida kykeneekö asiakas pitämään huolta itsestään. Psykoosin mahdollisuudesta saattaa esimerkiksi kertoa, jos asiakas on ulkoisesti epäileväisen, pidättyväisen tai hätäisen oloinen. Psykoosista kielii myös omituinen ja poikkeava käytös. Asiakkaan todellisuudentajua tarkkaillaan, kartoittamalla orientoituuko hän aikaan ja paikkaan oman itsensä suhteen. Kognitiivisia taitoja tulee tarkkailla huomioiden kuitenkin asiakkaan iän tuomat kognitiiviset muutokset. Psykoosissa olevalla asiakkaalla saattaa olla esimerkiksi keskittymiskyvyttömyyttä tai hänellä on muistin kanssa ongelmia. Keskustelu voi olla hajanaista ja puhe saattaa poukkoilla ilman logiikkaa. Hankalissa tapauksissa puheesta ei välttämättä saa ollenkaan selvää. Samoin kuin itsetuhoisuudesta niin aistiharhoista sekä harhaluuloista tulee kysyä suoraan. Usein psykoosiin liittyy sairaudentunnottomuutta, joten psykoosissa olevan asiakkaan oma subjektiivinen kokemus oireistaan tulisi selvittää. Kartoitetaan siis asiakkaan sairaudentuntoa eli tietääkö hän harhojen olevan epätodellisia vai ei. Sairaudentunnottomalla harhat saattavat ohjata hänen puhetta tai käyttäytymistään. Näin pystytään myös arvioimaan hoitoon sitoutumista. Itsetuhoiset ja väkivaltaiset ajatukset itseään ja toisia kohtaan on hyvä selvittää myös psykoottisen asiakkaan kohdalla. Psykoosin prodromaalioreilla tarkoitetaan ennakko-oireita, jota varten on kehitetty PROD-seula, jossa kartoitetaan oirekuvan perusteella psykoosiriskiä. Tätä kyselyä voi käyttää apunaan ja hyödyntää psykoosiriskin arvioinnissa. (Moilanen 2013, 886-892.)

Psykoosissa olevan asiakkaan hoitoon ohjaus saattaa olla haasteellisempaa hänen mahdollisen sairaudentunnottomuuden takia, jonka vuoksi hän ei koe tarvitsevänsä hoitoa. Asiakas, jolla epäillään psykoosia, on hyvä lähettää päivystykseen psykiatriseen arviointiin. Siihen, että hoidetaanko psykoosia avohoidon puolella vai sairaalahoidossa vapaaehtoisesti tai tahdonvastaisesti riippuu hyvin pitkälti oireiden hankaluudesta ja hoitoon sitoutumisesta, johon sairaudentunnottomuus vaikuttaa. Jos avohoito tukee riittävästi psykoosia sairastavan hoitoa ja kuntoutumista sekä psykoosissa oleva on sitoutunut hoitoon, se on ensisijainen vaihtoehto. Jos kuitenkin psykoosissa oleva henkilö ei kykene huolehtimaan itsestään tai jos hänen itsensä tai muiden turvallisuus ja/tai terveys on vaarassa, avohoito on riittämätöntä. (Moilanen 2013, 886-892.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvalitatiivinen menetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on käytetty kvalitatiivista eli laadullista menetelmää. Kyseisessä menetelmässä ensisijaista on aineiston laadullisuus, mutta tulosten havainnollistamisen apuna työssä esiintyy myös kvantitatiiviselle eli määrälliselle menetelmälle tyypillisiä kaavioita ja kuvioita (Kylmä, Vehviläinen, Julkunen & Lähdevirta 2003). Kvalitatiivinen tutkimus tutkii subjektiivisesti ihmisten kokemuksia, tulkintoja ja käsityksiä sekä kuvaa ihmisten näkemyksiä. Tähän tutkimusmuotoon liittyy vahvasti ihmisten omat uskomukset, asenteet ja käyttäytyminen. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä valitaan usein silloin, kun tutkimusilmiöön halutaan saada uutta näkökulmaa tai lisätä ymmärrystä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49-51.) Kvalitatiivinen menetelmä sopii opinnäytetyöhön, sillä se lisää ymmärrystä kotihoidon työntekijöiden kokemusten kautta psykoottisista ja itsetuhoisista kotihoidon asiakkaita. Menetelmän käytössä onkin keskeistä, että aineisto kerätään sieltä missä tutkittavaa ilmiötä esiintyy (Nieminen 1998). Eli tässä tapauksessa kotihoidon työntekijöiltä, jotka ovat psykoottisia ja itsetuhoisia kotihoidon asiakkaita uransa aikana kohdanneet.

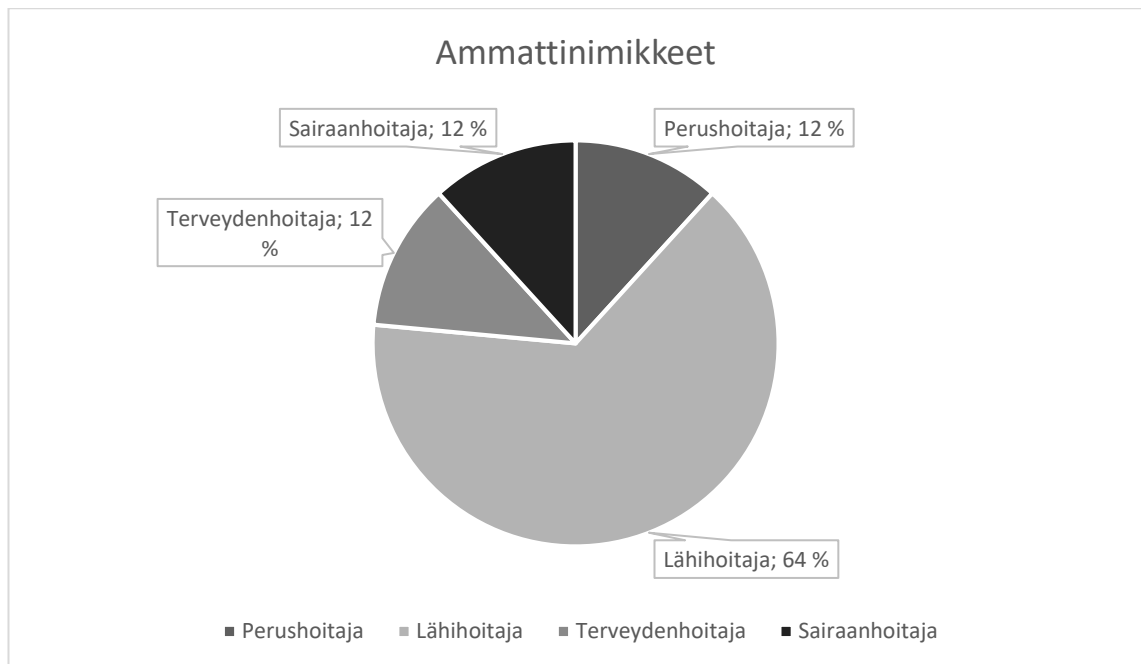
4.2 Aineiston keruu

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelut, havainnointit, kyselyt ja erilaiset dokumentit (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 93). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmässä voi hyödyntää viestintätekniikkaa (Kylmä & Juvakka 2014, 104). Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä toimi sähköpostikysely (Liite 1). Kysely lähetettiin sähköpostin liitteenä useamman kotihoidon tiimin esimiehille, jotka jakoivat sen edelleen eteenpäin työntekijöilleen. Kyselyn mukana lähetettiin saatekirje (Liite 2.), jossa annettiin informaatiota opinnäytetyöstä ja ohjeita kyselyyn vastaamiseen. Vastauksia pyydettiin sähköpostimuodossa, mutta osoitetiedot saatekirjeeseen lisäämällä mahdollistui myös paperille vastaaminen ja sen toimittaminen eteenpäin.

Kyselyssä kartoitettiin vastaajien iät ja työkokemuksen määrä kotihoidossa vuosissa mitattuna. Näiden lisäksi kyselyssä käytettiin avoimia kysymyksiä, jotka oli jaettu kahteen teemaan, itsetuhoisuuteen ja psykoottisuuteen. Tämä jako mahdollisti vastaamisen kyselyyn myös siinä tilanteessa, jos työntekijällä oli vain toisesta aiheesta kokemusta. Näiden kysymysten tarkoitus oli kartoittaa kotihoidon työntekijöiden kokemuksia itsetuhoisista ja psykoottisista kotihoidon asiakkaista sekä millaisia tietoja ja taitoja he olisivat tilanteissa kaivanneet. Lisäksi kysely sisälsi tilan, johon oli mahdollista kirjoittaa vapaasti ajatuksistaan, joita aihe vastaajissa herätti. Kysymykset suunniteltiin tarkkaan siten, että ne antaisivat vastauksia tutkimuskysymyksiimme ja jotta ne olisivat myös helposti ymmärrettävissä.

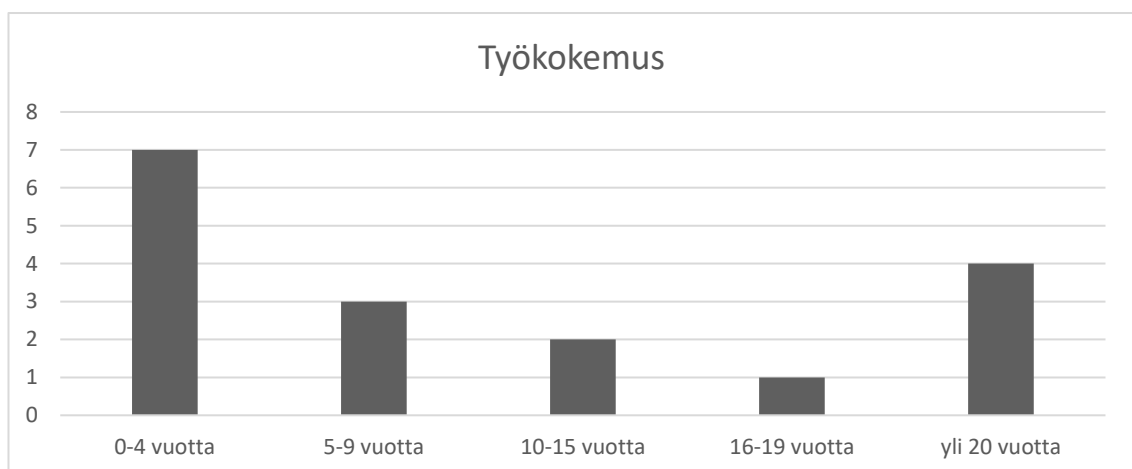
Aineistoa kerättiin kesälomakaudella 21.5-21.7.2018 välisellä ajalla, jolloin vastausaika oli kaksi kuukautta. Ensimmäisen kuukauden kuluttua esimiehille lähetettiin viesti, jossa pyydettiin muistuttamaan työntekijöitä kyselyyn vastaamisesta. Edellä mainitulla ajanjaksolla aineistoa kertyi 17 kyselyvastauksen verran. Ainoastaan kolme vastausta saatiin sähköpostin muodossa, kun paperisia vastauksia vastaanotettiin postitse 14 kappaletta.

Kyselyissä selvitettiin vastaajien ammattinimikkeet, sekä työkokemus kotihoidossa vuosissa mitattuna. Seuraavassa kaaviossa (kaavio 1) kuvataan vastaajien jakaumaa ammattinimikkeiden mukaan. Suurin osa kyselyvastauksista saatiin lähi- ja perushoitajilta jotka toteuttavat päivittäistä perushoitoa asiakkaiden kotona, joka lisäsi otannan luotettavuutta.



KAAVIO 1. Ammattinimikkeet.

Seuraavassa kaaviossa (kaavio 2) kuvataan vastaajien työkokemus kotihoidossa vuosissa mitattuna.



KAAVIO 2. Vastaajien työkokemus vuosina kotihoidossa.

4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Aineistolähtöisessä eli induktiivisessa sisällönanalyysissä on tarkoituksena luoda teoreettinen kokonaisuus kerätystä aineistosta. Analyysin tulee perustua pelkästään kerättyyn aineistoon eikä aikaisempiin teorioihin, tietoihin tai havaintoihin. Aineistosta tulee nostaa esille tutkimuskysymysten kannalta olennaiset asiat. Analyysin tekeminen etenee

vaiheittain aineistoon perehtymisen, pelkistämisen (reduointi) ja ryhmittelyn (klusterointi) kautta käsitteellistämiseen (abstrahointi). (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122) Seuraavassa kappaleessa vaiheet on selitetty tarkemmin. Sisällönanalyysin tekemisen tarkka kuvaaminen on tärkeää, jotta lukija ymmärtää kuinka tulokset ovat syntyneet.

Ensimmäinen vaihe sisällönanalyysissa on siis aineiston pelkistäminen. Pelkistämisen tavoitteena on tiivistää ja karsia aineistosta tutkimuskysymysten kannalta epäolennaiset asiat pois. Pelkistäminen tapahtuu siten, että alkuperäisilmaisista alleviivataan tutkimuskysymysten kannalta olennaisia samaa kuvaavia ilmaisuja eri väreillä, jonka jälkeen pelkistetyt ilmaisut listataan allekkain. Aineiston pelkistämisen jälkeen siirrytään ryhmittelyyn. Ryhmittelyn tavoitteena on muodostaa alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Aineistosta löytyvien yhteneväisyyksien ja eroavaisuuksien mukaan muodostetaan samaa ilmiötä kuvaavia ryhmiä, joiden perusteella syntyy alaluokat. Alaluokat tulee nimetä siten, että ne kuvaavat ryhmien sisältöä. Luokittelua jatketaan niin, että alaluokkia yhdistelemällä muodostetaan yläluokkia. Ryhmittely on osa käsitteellistämisprosessia eli abstrahointia. Abstrahoinnin tarkoituksena on muodostaa teoreettisia käsitteitä aineistosta valitun olennaisen tiedon perusteella. Abstrahointia jatketaan siten, että yhdistellään luokituksia mahdollisimman pitkälle ja muodostetaan pääluokka. Etukäteen ei voi tietää millaiset luokat ja kuinka monta luokkaa syntyy vaan koko ajan edetään aineiston mukaan. Tärkeää on, että aineistonanalyysissa säilyy koko ajan reitti alkuperäisiin ilmaisiin ja aineistoon. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123-127) Seuraavaksi kuvataan jokaisen sisällönanalyysin vaiheen tekeminen havainnollistavien taulukoiden avulla. Kaikki vaiheet tehtiin yhdessä, jotta kaikkien käsitteiden muodostuminen syntyi samalla tavalla.

Pelkistäminen aloitettiin etsimällä aineistosta kysymys kerrallaan kaikki samaa kuvaavat alkuperäisilmaisut ja merkitsemällä ne samalla värillä. Kun kaikki opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin vastaavat alkuperäisilmaisut oli merkitty, lähdettiin niitä pelkistämään tiiviimmiksi (taulukko 1). Kaikki pelkistykset listattiin asianmukaisesti allekkain, jolloin niitä oli helpompi lähteä työstämään.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
”Uskoisin, että olen törmännyt useimpien huomion herättämiseen. Huomio pahasta olostä on tehty uhkailemalla lääkkeiden ylimääräisestä otosta, ottamalla alkoholia ja lääkkeitä sekaisin ym.”	Hoitajan huomion herättäminen pahasta olostä lääkkeiden väärinkäytöllä uhkailemalla

TAULUKKO 1. Esimerkki alkuperäisilmaisun pelkistämisestä.

Ryhmittely aloitettiin etsimällä aineiston alkuperäisilmaisuista yhdistäviä ja erottavia käsitteitä. Kaikista samaa ilmiötä kuvaavista käsitteistä koottiin ryhmiä listaamalla ne allekkain sisällönanalyysitaulukkoon (Liite 3) omiin lokeroihin. Alaluokat nimettiin jokaisen ryhmän pelkistettyjen ilmaisujen sisällön mukaan niitä kuvaaviksi (taulukko 2).

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
Hoitajan huomion herättäminen pahasta olostä lääkkeiden väärinkäytöllä uhkailemalla	Oman hoidon ja terveyden laiminlyönti
Asiakkaan piittaamattomuus omasta terveydestään	
Asiakas ottaa liian paljon tai liian vähän lääkkeitään	

TAULUKKO 2. Esimerkki alaluokkien muodostumisesta

Klusteroinnista eli ryhmittelystä siirryttiin abstrahointiin. Abstrahointia eli käsitteellistämistä jatkettiin, siten että alaluokista muodostettiin yläluokkia, joiden mukaan pääluokat syntyivät (taulukko 3). Liitteenä olevasta sisällönanalyysitaulukosta näkee kaikki luokittelut.

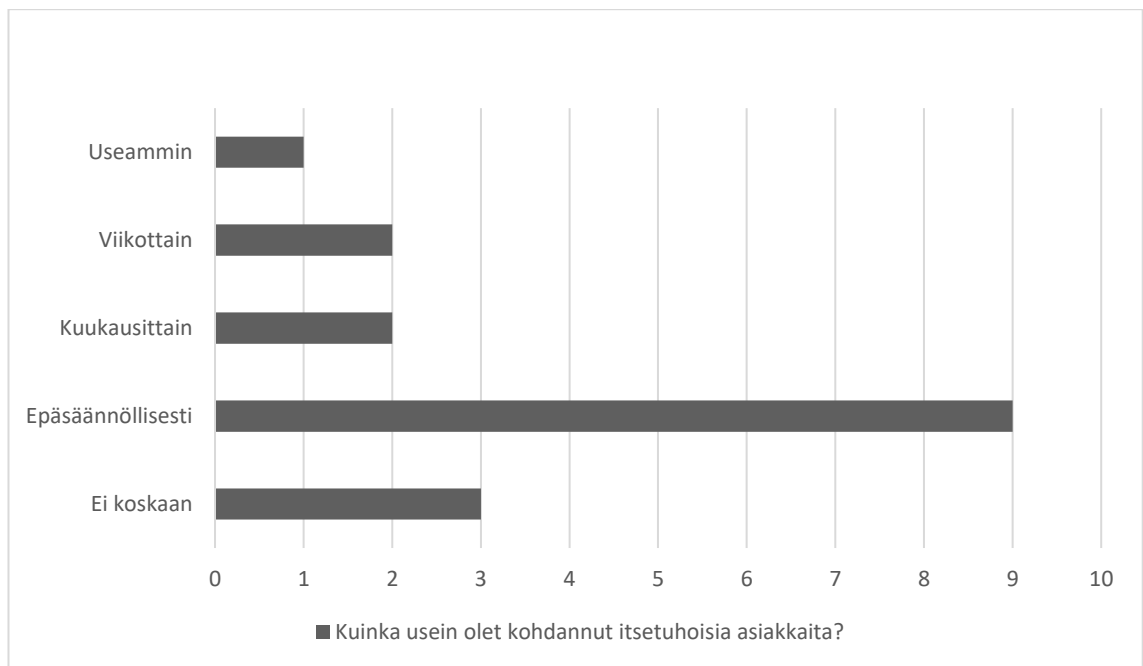
Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Verbaalinen itsetuhoisuuden ilmaisu Käyttöoireet Oman hoidon ja terveyden laiminlyönti Vaikeudet arjen hallinnassa Vaikeudet itsetuhoisuuden ilmenemisen tunnistamisessa	Itsetuhoisuuden ilmeneminen	Itsetuhoinen kotihoidon asiakas
Muutokset mielialassa Muutokset puheessa Muutokset käyttäytymisessä Muutoksia ei havaittu	Varhaiset itsetuhoisuutta edeltävät muutokset	

TAULUKKO 3. Esimerkki yläluokkien ja pääluokkien muodostumisesta

5 TULOKSET

5.1 Itsetuhoinen kotihoidon asiakas

Kyselyssä selvitettiin, kuinka usein kotihoidon työntekijät ovat kohdanneet itsetuhoisia asiakkaita. Seuraavassa kaaviossa (kaavio 3) on kuvattu itsetuhoisten asiakkaiden kohtaamisten esiintyvyys toteutetussa hoitotyössä.



KAAVIO 3. Itsetuhoisten asiakkaiden esiintyvyys hoitotyössä.

5.1.1 Itsetuhoisuuden ilmeneminen

Vastausten perusteella kotihoidon asiakkaiden itsetuhoisuus ilmeni verbaalisena ilmaisuina, muutoksina asiakkaan käyttäytymisessä, oman hoidon ja terveyden laiminlyömisinä, sekä vaikeuksina arjen hallinnassa. Vastauksissa tuotiin myös esille hoitajien vaikeudet itsetuhoisen käyttäytymisen tunnistamisessa.

Akuuttitilanteessa ilman muuta toimitetaan asiakas saman tien jatkohoitoon. Pitkään jatkuneessa tilanteessa/puheissa haastavaa arvioida ”kuinka tosissaan” asiakas on.

Verbaalinen ilmaisu sisälsi suisidaalissävyytteistä ajattelua sekä varsinaisia uhkauksia itsensä vahingoittamisella tai tappamisella. Itsetuhoisista ajatuksista kertominen oli yleisempää, kuin konkreettisilla teoilla uhkailu. Asiakkaat olivat tuoneet esille kokeneensa toivottomuutta ja elämänhalun kadottamista.

Asiakkaat yleensä vain kertovat, että eivät halua enää elää syystä tai toisesta.

Hoitajat havaitsivat erilaisia muutoksia asiakkaan käyttäytymisessä. Käyttösoireisiin lukeutui muun muassa hermostunut käytös ja levoton liikehdintä. Asiakas saattoi olla tavatessa myös surumielinen, joka ilmeni itkuisuutena.

Piittaamattomuus omasta terveydestä. Itkuisuus, surullisuus.

Asiakkaat oireilivat laiminlyömällä omaa hoitoa ja terveyttään. Hoitajat toivat esille runsaasti lääkehoitoon liittyvää välinpitämättömyyttä. Asiakkaat jättivät muun muassa lääkkeitä ottamatta, ottivat niitä liikaa tai käyttivät niitä muutoin terveydelle epäsuotuisalla tavalla hoitajan huomion herättämiseksi. Osa asiakkaista luopui lääkehoidosta kokonaan.

Asiakkaiden arjen hallinta heikkeni itsetuhoisuuden ilmenemisen myötä. Asiakkaan välinpitämättömyys heijastui myös tämän kotiympäristöön. Hoitajat mainitsivat asiakkaan asunnon olevan epäsiisti, ja asiakkaan vetäytyvän mielellään omiin oloihinsa. Asiakkailla havaittiin häiriöitä valve- ja unirytmisissä, jolloin arjesta puuttui myös säännöllisyys.

Ei välitä mistään, jättää lääkkeitä ottamatta. Koti saattaa olla sotkuinen, verhot kiinni ym. elämänrytmi sekaisin, valvoo yöt/nukkuu päivät.

Kyselyyn vastanneet hoitajat toivat esille kokeneensa vaikeuksia itsetuhoisuuden ilmenemisen tunnistamisessa. Tällaisissa tapauksissa asiakas vaikutti hoitajan näkökulmasta aidosti rauhalliselta ja onnelliselta, eikä tuonut esille itsetuhoisuutta sanallisesti tai muilla havaittavissa olevilla ilmenemismuodoilla.

Asiakas oli rauhallinen ja onnellinen, oikeasti tyytyväisen oloinen. Ei kerro mitenkään asiasta.

5.1.2 Varhaiset itsetuhoisuutta edeltävät muutokset

Hoitajat toivat kyselyvastauksissa ilmi asiakkaiden varhaisia muutoksia, jotka olivat edeltäneet varsinaista itsetuhoisuuden ilmenemistä. Näitä muutoksia havaittiin asiakkaan käyttäytymisessä, mielialassa sekä puheessa. Osa hoitajista koki kuitenkin näiden varhaisten oireiden tunnistamisen haasteellisena. Osassa vastauksista tähän vaikutti se, että hoitaja ei tuntenut asiakasta entuudestaan. Osa hoitajista ei myöskään havainnut tutussakaan asiakkaassa mitään poikkeavaa ennen itsetuhoisuutta.

Itsetuhoisia vanhuksiakin on paljon ja niistä ei huomaa, koska kaikki ei puhu ja avaudu.

Hoitajat raportoivat, että ennen itsetuhoisuutta asiakkaan puhetyyli muuttui tälle epätyypilliseksi. Keskustelun aiheet vaihtuivat myös epätavallisiksi.

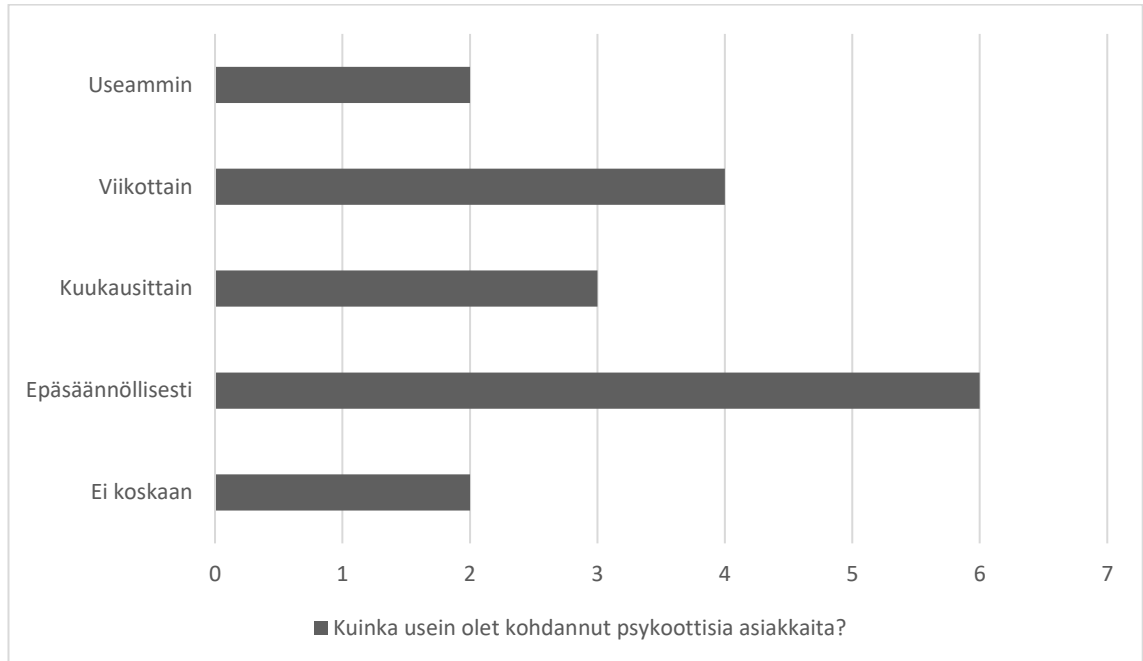
Käyttäytymiseen liittyvät varhaiset oireet olivat melko moninaisia. Osa hoitajista havaitsi asiakkaan olevan ylivirittynyt ja levoton, toiset taas huomasivat muutokset lähinnä asiakkaan sulkeutumisenä ja eristäytymisenä sosiaalisesta kanssakäymisestä. Asiakkaat oireilivat myös vaikeuksilla päivittäisissä toimissa. Näihin lukeutuivat muutokset ruokahalussa ja ruokailutottumuksissa sekä taloudellisten asioiden hallinnassa.

Mielialaoireilu oli yleisimmin esille tuotu ennakko-oire. Hoitajat kiinnittivät huomiota asiakkaan impulsiiviseen käytökseen sekä matalaan ärsytyskynnykseen. Masentuneisuus ja surullinen mieliala oli monelle asiakkaalle ominaista ennen itsetuhoisuutta. Useat asiakkaat olivat tuoneet esille myös yksinäisyyden tunteita. Välinpitämättömyys oli miltei kaikissa vastauksissa keskeistä.

Ei valita mistään. Ei ruoka maistu. Ei ole mitään tarkoitusta miksi pitää elää.

5.2 Psykoottinen kotihoidon asiakas

Kyselyissä selvitettiin, kuinka usein kotihoidon työntekijät ovat kohdanneet psykoottisia kotihoidon asiakkaita. Seuraavassa kaaviossa (kaavio 4) esitetään kohtaamisten esiintyvyyttä.



KAAVIO 4. Psykoottisten asiakkaiden esiintyvyys hoitotyössä.

5.2.1 Psykoottisuuden ilmeneminen

Vastausten mukaan kotihoidon asiakkaiden psykoottisuus ilmeni erilaisten harhojen muodossa, ja niin ikään verbaalisesti, käyttäytymisoirein sekä arjen hallinnan vaikeuksin.

Harhat jotka vastauksissa nousivat esille, olivat aistiharhoja kuten kuulo-, näkö- ja tuntoharhoja sekä harhaluuloja ja suuruuskuvitelmia. Todellisuudentajun menettäminen nähtiin selvänä merkinä psykoottisuudesta.

Rouva joka näki joka yö tytön tanssivan katolla ja halusi tanssiin mukaan. Asui muistaakseni 10. kerroksessa ja pelkäsin, että koska rouva on hypännyt parvekkeelta. Rouva, joka näki hämähäkkejä ja miehiä asunnossa. Hänellä oli mt-diagnoosi. Rouva, joka tunsu ötököiden liikkuvan kehossa. Pieni piste iholla tarkoitti aukkoa, josta ötökkä oli mennyt sisään.

Usea hoitaja oli vastannut kyselyyn, että psykoottisuus ilmeni asiakkaan verbaalisessa ilmaisussa. Tämän tarkennettiin käsittävän asiakkaan poikkeavan puhetavan tai puheen, kuten että asiakkaan sanoista ei saatu selvää tai asiakas puhui lakkaamatta eikä pystynyt tai osannut lopettaa puhumista.

Käyttäytymiseen liittyviä oireita oli useita. Asiakkailta ilmeni heille epätyypillistä käyttäytymistä sekä epätyypillisiä kasvojen ilmeitä ja muita eleitä. Asiakkaiden käyttäytymisoireisiin mainittiin aggressiivisuus, uhkaileminen sekä levottomuuden lisääntyminen. Pelokkuus ja ahdistuneisuus huokui asiakkaan käytöksestä sekä tämä saattoi käyttää pakko-oireisesti. Asiakkailta oli myös vaikeuksia omien kykyjensä realistisessa arvioimisessa.

Hoitajat toivat myös esille asiakkaan vaikeudet arjen hallinnassa. Kotihoidon psykoottisilla asiakkailla oli ongelmia uni- ja valverytmisissä, arjen hallinta saattoi olla suorastaan kaoottista eikä asiakas kyennyt suoriutumaan tavanomaisista päivittäisistä toiminnoistaan.

5.2.2 Varhaiset psykoottisuutta edeltävät muutokset

Hoitajat toivat kyselyvastauksissa esille jo varhain havaittavia muutoksia asiakkaissa, jotka olivat edeltäneet varsinaista psykoottista käyttäytymistä. Näitä olivat muutokset käyttäytymisessä, mielialassa, päivittäisissä toiminnoissa, muutokset ajatuksen kulussa ja puheessa.

Nykyiset ja menneet tapahtumat menevät sekaisin, äänien kuuleminen, uniongelmat.

Psykoottisuutta edeltävät varhaiset käyttäytymisen muutokset olivat asiakkaan rauhatomuus, levottomuus ja ylitsepusuava vauhdikkuus ja tarmokkuus. Mielialassa varhaiset muutokset ilmenivät hoitajien mukaan asiakkaiden runsailla mielialan vaihteluilla sekä apaattisuudella. Asiakkaat vaikuttivat silminnähden väsyneiltä tilanteeseensa.

Varhaisia muutoksia oli nähtävissä myös asiakkaiden päivittäisissä toiminnoissa. Muutokset tulivat esille asiakkaiden unihäiriöinä. Asiakkaat vetäytyivät, ja menettivät kiinnostuksensa sosiaalisia toimintoja ja kanssakäymistä kohtaan. Muutokset ulottuivat myös asiakkaan ulkoiseen habitukseen.

Muutokset ajatuksien kulussa ja asiakkaan puheessa oli mukana hoitajien vastauksissa. Ajatuksen kulun muutokset huomattiin asiakkaissa siten, että asiakas ei ollut orientoitunut nykyhetkeen vaan saattoi sekoittaa menneitä sekä vallitsevia elämäntilanteita ja tapahtumia.

Asiakkaiden varhaiset psykoottiset muutokset puheessa olivat sen monotonisuus, sanojen ja fraasien toistelu sekä puheen epäjohdonmukaisuus.

5.3 Ammatillinen osaaminen

Kyselyssä selvisi myös kotihoidon työntekijöiden esille tuomia kehityskohteita. Nämä kohdistuivat muun muassa vuorovaikutustaitoihin itsetuhoisen ja psykoottisen asiakkaan kohtaamisessa, psyykkisen voinnin arviointikykyyn sekä hallinnollisiin resursseihin, joihin kyselyyn vastanneet eivät pystyneet itse vaikuttamaan.

Olisin toivonut voivani kohdata asiakkaan niin, että hän olisi tuntenut itsensä tärkeäksi, hyväksytyksi.

Kyllähän se on huolestuttavaa, kun näkee ihmisestä, että vointi on huono mutta tavallaan ei kuitenkaan pysty auttamaan niin kuin haluaisi.

Hoitajat kokivat tarvitsevansa lisää koulutusta ja mielenterveyttä edistäviä vuorovaikutustaitoja, jotta kohtaaminen psykoottisen ja itsetuhoisen kotihoidon asiakkaan kanssa helpottuisi. Erityisesti hoitajat toivoivat lisää osaamista aggressiivisesti käyttäytyvän asiakkaan kanssa toimimiseen. Hoitajat kokivat myös tarvitsevansa lisää varmuutta psykoottiseen ja itsetuhoiseen käytökseen puuttumisessa sekä asiakkaan psyykkisen tilan asianmukaisessa arvioimisessa.

Aihe on tärkeä, mutta myös vaikea johon ei koulutuksessa aikanaan kovin syvällisesti paneuduttu.

Pelottaa, mitä saattaa tapahtua?

Vastauksissa nousi esille tiedon tarve myös mielenterveyshäiriöiden hoitoon käytettävistä lääkkeistä ja niiden vaikutusten seurannasta. Asiakkaan psyykkisen voinnin kirjaaminen ja raportointi nähtiin tärkeänä, mutta tiedonkulku työntekijöiden välillä puutteellisena.

Mihin ottaa yhteyden, mitä olisi järkevää tehdä? Ajanpuute työssä.

Rajalliset ajalliset resurssit, sekä hoitajien tietämättömyys toimintatavoista itsetuhoisia ja psykoottisia asiakkaita kohdatessa koettiin hoitoa hankaloittavina tekijöinä. Hoitajat toivoivat säännöllistä työnohjausta sekä tilaisuuksia purkaa tapahtumat tiimissä. Hoitajat toivoivat, että mielenterveydenhäiriötä sairastavilla asiakkailla olisi mahdollisuus yksilölliseen ja pysyvään omahoitajasuhteeseen joka mahdollistaisi molemminpuolisen luottamuksen ja hoidon mutkattoman jatkuvuuden.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa kotihoidon työntekijöiden kokemuksia psykoottisista ja itsetuhoisista kotihoidon asiakkaista. Tutkimuskysymysten avulla pyrittiin saamaan laadullista tietoa kotihoidon työntekijöiden kokemuksista itsetuhoisista ja psykoottisista asiakkaista sekä varomerkeistä, jotka ovat edeltäneet näitä vakavia mielenterveydenhäiriöitä sekä tiedoista ja taidoista, joita hoitajat toivoisivat pystyvänsä tilanteissa hallitsemaan.

Aineisto kerättiin kahden kotihoidon tiimin kokemusten pohjalta, jolloin hoitajat kohtaavat paljon samoja kotihoidon asiakkaita. Aineiston perusteella kuitenkin havaittiin, että itsetuhoisten ja psykoottisten asiakkaiden kohtaamisissa oli suuria määrällisiä eroja. Vuosikymmeniä alalla työskennellyt hoitaja saattoi olla kohdannut itsetuhoisen asiakkaan työurallaan vain muutamia kertoja, kun samassa tiimissä työskentelevä uusi alan ammattilainen raportoi kohtaavansa vastaavia viikoittain. Tulokset herättävät kysymyksen hoitajien kyvyistä tunnistaa itsetuhoisen tai psykoottinen oireilu, ja hoitajat toivoivatkin vastauksissaan lisää vuorovaikutustaitoja sekä ammatillista osaamista mielenterveyden osaamisalueeseen liittyen.

Tulosten pohjalta saatiin vastaukset alkuperäisiin tutkimuskysymyksiin. Työntekijöiden kokemukset olivat määrältään ja laadultaan vaihtelevia, mutta havaitut ennakko-oireet pääosin yhtenäisiä. Tuloksissa tuli kuitenkin selkeästi esille hoitajien kokemus tiedon ja osaamisen puutteesta mielenterveydenhäiriöiden tunnistamisessa, joka on huolestuttava löydös mielenterveydenhäiriöiden yleistyessä vanhusväestössä (Koponen & Leinonen 2007, 631). Hoitajat toivoivat koulutuksen lisäksi lisää ajallisia resursseja hoidon toteuttamiseen, sekä selkeitä toimintaohjeita kuinka käytännössä tulisi toimia psykoottisen tai itsetuhoisen asiakkaan kohdatessa.

Opinnäytetyön kyselyyn ei sisältynyt kysymyksiä liittyen organisaatioon, mutta hoitajat toivat vapaassa palautteessaan esille paljon kehittämiskohteita liittyen hoitotyön toteuttamisen toimivuuteen, turvallisuuteen sekä työhyvinvointiin. Tutkimusmateriaalin poh-

jalta sai vaikutelman, että hoitajat haluavat tehdä työtään hyvin ja ennen kaikkea asiakaslähtöisesti.

Opinnäytetyön tuloksissa kotihoidon työntekijät toivat ilmi puutteellisen ajallisen resurssin, toivetta työnohjauksesta ja koulutuksen tarpeesta. Tätä tulosta tukee Elorannan, Arven, Viitasen, Isoahon ja Routasalon tutkimus (2012, 22) ikäihmisten psyykkisestä hyvinvoinnista ja psykososiaalisen tuen toteutumisessa kotihoidossa. Kyseisessä tutkimuksessa tuodaan pohdinnassa ilmi, että kunnallinen kotihoito on kovin säännöstelyä ja työntekijöillä kiireinen aikataulu, jolloin pyritään omat tehtävät nopeasti tekemään, sen sijaan että aikaa olisi viipyä, kuulla ja tukea asiakkaita. Eloranta, Arve ja Routasalo (2009, 143) tuovat ilmi myös, että kotihoidontyöntekijät joutuvat tasapainoilemaan organisaation tapojen, säästöjen ja asiakkaiden toivoman hoidon välillä. Hyvönen (2004, 93) on kirjoittanut väitöskirjan perusterveydenhuollon mielenterveydestä, jossa tutkimustulokset osoittavat hoitajien toivovan työnohjausta ja koulutusta, joka vahvistaa mielenterveyteen liittyvää näkökulmaa ja huomioi myös käytännön osaamisen puolen. Tuloksissa ammattitaidon, erityisesti vuorovaikutustaitojen, kehittymiseen nähtiin tarvetta hoitajien keskuudessa. Myös mielenterveydenhäiriöiden tunnistaminen koettiin kehittämiskohteena.

6.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida eri kriteerein, joita ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuuden vuoksi aineisto ja tulokset tulee kuvata tarkkaan ja selkeästi, sillä tavoin, että lukija ymmärtää miten aineistonanalyysi on tehty. Uskottavuuteen vaikuttaa myös se, kuinka tutkijat ovat onnistuneet luomaan aineiston luokitukset ja kuvanneet tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Siirrettävyyteen kuuluu tutkimusolosuhteiden, haastateltavien valinnan ja taustojen kuvausta sekä yksityiskohtaista aineistonkeruuta ja -analyysimenetelmän kuvausta. Näin lukija voi arvioida siirrettävyyttä toisiin tutkimuskonteksteihin. Riippuvuus kriteeri tarkoittaa, että tutkijat ovat noudattaneet tutkimuksen tekemisessä yleisiä ohjaavia periaatteita. Vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, että toiset aiheesta tehdyt tutkimukset tukevat tutkimustuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159-166.)

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat on tehty käyttäen luotettavia lähteitä ja niitä kirjoitettaessa on kunnioitettu alkuperäistä lähdettä ja niiden kirjoittajia. Opinnäytetyössä kaikki työskentelyvaiheet on kirjattu selkeästi ja helposti ymmärrettävään muotoon, jotta lukija ymmärtää miten opinnäytetyön menetelmä on valikoitunut ja miten aineistonkeruu ja -analysointi on tehty. Opinnäytetyöhön on lisätty erilaisia taulukoita, jotka entisestään konkretisoivat eri vaiheita. Esimerkiksi liitteistä löytyvä aineistonanalyysitaulukko, josta näkyy luokitusten muodostuminen. Tulokset on kuvattu tarkasti kunnioittaen aineistoa.

Kysymykset psykoottisuudesta ja itsetuhoisuudesta saattoivat vaatia vastaajilta aikaa pohtia omia kokemuksiaan. Sähköpostikyselyssä vastaajille tätä tarjoutui runsaasti ennen vastausten palauttamista. Etuna käytetyssä tavassa oli, että opinnäytetyön tekijät eivät pystyneet itse vaikuttamaan kyselyjen vastauksiin omilla mielipiteillään tai toiminnallaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 96). Toisena merkittävänä etuna voidaan mainita aikataulujen säästyminen, kun vastaukset saatiin suoraan kirjallisena eikä aineiston litterointia tarvittu. Tällöin opinnäytetyön tekijöille jäi enemmän aikaa vastauksiin perehtymiseen ja aineistonanalyysin tekemiseen. Haasteena kyselyn käytämissä oli henkilökohtaisen kontaktin puuttuminen (Kylmä & Juvakka 2014, 104). Henkilökohtaisella kohtaamisella ja dialogilla olisi ollut mahdollista syventää ja tarkentaa kysymyksiä, sekä tarvittaessa selventää haastateltavan vastauksia. Tämä huomioitiin kyselyä ja saatekirjettä (Liite 2) tehdessä ja jälkimmäiseen lisättiin maininta mahdollisesta yhteydenotosta tarkentavia kysymyksiä varten. Suurin osa vastauksista saatiin kuitenkin postin välityksellä paperina, joihin ei ollut vastaajien tietoja lainkaan kirjattu. Sähköisesti saadut vastaukset tarjosivat mahdollisuuden tarkentaviin kysymyksiin, kuitenkin yhteydenottoja ei nähty tarpeellisiksi. Saatujen vastauksien luotettavuutta lisää se, että saimme vastauksia monesta eri ammattiryhmästä (perushoitaja, lähihoitaja, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja) sekä se, että vastaajien työkokemuksen pituudet vaihtelivat suuresti. Näin ollen saadut tulokset kertovat laajemmin kotihoidontyöntekijöiden kokemuksista verrattuna esimerkiksi tilanteeseen, jossa opinnäytetyöntekijät olisi määritelleet tarkemmin keneltä vastauksia pyydetään.

Molemmat opinnäytetyöntekijät ovat suuntautuneet sairaanhoitajaopinnoissaan mielen-terveys- ja päihdehoitotyöhön sekä tehneet työtä aidolla kiinnostuksella aihetta kohtaan. Luotettavuutta edistäväksi tekijäksi voidaan mainita myös kyselyyn vastaajien mielenkiinto valittua aihetta kohtaan. Opinnäytetyö oli herättänyt kotihoidon työntekijöissä

keskustelun tarpeen. Vastaajat olivat kotihoidon tiimipalaverissa yhteisesti käsitelleet ajatuksia itsetuhoisuudesta ja psykoottisuudesta kyselyn täyttämisen lisäksi. Kyselyn vapaamuotoisessa palauteosiossa vastaajat kertoivat aiheen olevan tärkeä, mutta vaikea ja myös aiheen ajankohtaisuus tuli usean vastaajan palautteessa esille.

6.3 Eettisyys

Tutkimusetiikkaan liittyvät kysymykset voidaan jaotella tiedonhankintaa ja tutkittavien henkilöiden suojaa koskeviin, sekä tutkijoiden vastuuta tulosten soveltamisesta koskeviin ryhmiin (Vehviläinen-Julkunen 1998, 25). Tutkimuksen eettisyyttä voi pohtia eettisten periaatteiden avulla, joita ovat tutkijan aito kiinnostus, tunnollisuus ja rehellisyys uuden tiedon hankkimisessa. Tutkittavilta ihmisiltä tulee saada tietoinen suostumus ja heidän yksityisyyttään tulee suojella, eikä tutkimus saa aiheuttaa heille kohtuutonta haittaa tai vahinkoa. Tutkittavilla on oikeus vapaaehtoisuuteen tutkimuksessa ja he saavat kieltäytyä tai jättää kesken tutkimukseen osallistumisen. Tutkijan tulee kunnioittaa ihmisarvoa ja erilaisuutta. Tutkimuksen eettisyyttä on hyvä arvioida kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa. Tutkimuksen aiheen valinta on jo eettinen ratkaisu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172-184.)

Ennen opinnäytetyön aineistonkeruuta opinnäytetyöntekijät anoivat Tampereen kaupungilta tutkimusluvan, jonka määräämissä ajallisissa puitteissa opinnäytetyötä vietiin eteenpäin. Opinnäytetyöhön osallistuville hoitajille lähetettiin sähköpostikyselyn mukana saatekirje (Liite 2), jossa heitä informoitiin opinnäytetyöstä ja heille korostettiin tutkimuksen vapaaehtoisuutta. Kyselyn vastaanottajat olivat vapaita kieltäytymään osallistumasta tai jättää tutkimukseen osallistumisen kesken missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Vastaaminen kyselyyn tulkittiin tietoisesti suostumukseksi. Suurin osa kyselyvastauksista saatiin kuitenkin täytettyinä tulosteina, jolloin jäi epäselväksi, oliko jokainen vastaaja saanut kyselylomakkeen lisäksi luettavakseen myös saatekirjeen.

Saatujen vastausten perusteella opinnäytetyöntekijät ovat kirjoittaneet tulokset rehellisesti aineistoa ja osallistujien yksityisyyttä kunnioittaen. Tietoja, joista osallistujan tai tämän tarkan työskentelypaikan voisi mahdollisesti tunnistaa ei tullut opinnäytetyössä ilmi. Sähköpostikyselyt vastauksineen käytiin läpi tilassa, jossa muut henkilöt eivät voineet nähdä tutkimukseen osallistujien tietoja. Sähköpostiin saapuneet vastaukset siirret-

tiin tiedonkeruusta vastaavan opinnäytetyön tekijän toimesta erilliseen suojattuun kansioon, jolloin myös vastaukset järjestettiin numeraalisesti ja identiteettitiedot poistettiin. Henkilökohtaisia tietoja, joista vastaajan pystyi tunnistamaan, säilytettiin mahdollisia tarkentavia kysymyksiä varten ainoastaan aineistonkeruun ja sen analysointiprosessin ajan. Alkuperäiset vastaanotetut sähköpostit hävitettiin huolellisesti. Tulosteena saaduissa kyselyvastauksissa oli etuna, ettei vastaajan identiteetti tullut missään prosessin vaiheessa edes tutkijoiden tietoon. Aineistoanalyysin valmistuttua myös kirjallinen kyselyaineisto tuhottiin asianmukaisesti.

6.4 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset

Psykoottisuudesta ja itsetuhoisuudesta itsessään löytyy paljon tutkittua tietoa jo vuosikymmenten ajalta. Kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta tehtyjä tutkimuksia näihin aiheisiin liittyen on kuitenkin vielä niukasti. Opinnäytetyön tuloksia tarkasteltaessa ilmeni paljon työntekijöiden toivomia kehittämiskohteita työskennellessä psykoottisten ja itsetuhoisten kotihoidon asiakkaiden kanssa. Erityisesti esille tuli työntekijöiden tarve tiedonsaantiin, kuinka toimia mielenterveydenhäiriöihin liittyvissä akuuteissa tilanteissa.

Tulokset herättivät tutkijat pohtimaan kehittämisehdotuksia ja keinoja, joilla helpottaa hoitotyötä. Kotihoidon työntekijät saattaisivat hyötyä kirjallisesta tuotoksesta, jossa tuotaisiin selkeästi esille, kuinka toimia kohdatessa itsetuhoisen tai psykoottinen asiakas. Toimintaohje voisi mahdollisesti sisältää vuorovaikutuksellisia ohjeita kuten deeskalaatiomallin, sekä tiedot mihin ottaa tarvittaessa puhelimitse yhteyttä ja pyytää konsultointia. Tällä saataisiin selkiytettyä asiakkaiden hoitopolkua, sekä mahdollisesti jopa ennaltaehkäistä riskikäyttäytymisen negatiivisia jälkivaikutuksia kuten sairaalajaksoja ja asiakkaaseen tai hoitaviin henkilöihin kohdistuvia psyykkisiä sekä fyysisiä vahinkoja. Yhtenäinen toimintaohje saattaisi lisäksi motivoida hoitavia työntekijöitä arvioimaan asiakkaan psyykkistä vointia entistä aktiivisemmin ja monipuolisemmin, sekä tuoda varmuutta ja turvallisuuden tunnetta moniulotteiseen työskentelyyn kotihoidossa.

Aihetta voidaan tutkia lisää laajemmalla otannalla mielenterveydenhäiriöistä ja niiden tunnistamisesta. Kuten jo aiemmin todettiin, mielenterveyshäiriöt lisääntyvät kotihoidon asiakaskunnassa (Koponen & Leinonen 2007, 631), joten myös tarve niiden vielä var-

haisempaan tunnistamiseen ja arviointiin kasvaa kehityksen mukana. Psykoottisuus ja itsetuhoisuus on usein seurausta jo aiemmin havaitusta mielenterveyden häiriöstä (Lönnqvist, Henriksson, Isometsä & Marttunen 2011, 507), jolloin jatkotutkimuksen keskeiseksi tavoitteeksi nousisi jo niihin johtavien häiriöiden ennaltaehkäisy ja asianmukainen hoito.

LÄHTEET

- Eloranta, S., Arve, S., Routasalo, P. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö – avain iäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiseen. *Gerontologia* 3/2009, 143
- Eloranta, S., Arve, S., Viitanen, M., Isoaho, H. & Routasalo, P. 2012. Ikäihmisten psyykkinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. *Hoitotiede-lehti* 24 (1), 15-16, 21-22
- Forma, L., Raitanen, J., Rissanen, P., Aaltonen, M., Pulkki, J. & Jylhä, M. 2017. Care service use in 2 years preceding suicide among older adults: comparison with those who died a natural death and those who lived longer. *European Journal of Ageing*. 14: 143
- Heikkinen, M., Pylkkänen, K. & Lönnqvist, J. 2007. Hoitoon ohjaaminen, hoitomyöntyvyys ja tahdosta riippumaton hoito. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2007. *Psykiatria*. 5. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 689, 691.
- Huttunen, M. 2017. Mielenterveyden häiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 24.9.2017. Luettu 2.4.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002
- Huttunen, M. 2017. Psykoosi. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 10.9.2018. Luettu 15.3.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411
- Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Tampereen yliopisto. Lääketieteen tiedekunta. Väitöskirja, 93, 101-104. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67807/951-44-6054-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Isometsä, E. 2007. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2007. *Psykiatria*. 5. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 157.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. WSOYpro Oy Helsinki.
- Koponen, H. & Leinonen, E. 2007. Vanhuspsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2007. *Psykiatria*. 5. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 631.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2014. Laadullinen terveystutkimus. 1.-3. painos. Bookwell Oy. Porvoo.
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta J. 2003. Laadullinen terveystutkimus - mitä, miten ja miksi? Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Julkaistu 2003. Luettu 13.11.2018. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2003/7/duo93495>

Käypä hoito -suositus. 2016. Depressio. Päivitetty 25.1.2018. Luettu 2.7.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023#K1>

Leinonen, E. & Alanen, H-M. 2011. Psykiatrissa hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin mihin on varauduttu. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 127 (4), 371-372. Luettu 19.6.2018. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/4/duo99372>

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Isometsä, E. & Marttunen, M. 2011. Itsetuhokäyttäytyminen. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2011. Psykiatria. 9. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 507.

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Isometsä, E., Marttunen, M. & Heikkinen, M. 2007. Itsetuhokäyttäytyminen. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2007. Psykiatria. 5. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 340-341, 345.

Lönnqvist, J., Pylkkänen, K. & Moring, J. 2011. Psykiatriseen hoitoon ohjaaminen. Teoksessa. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2011. 9. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 642.

Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2011. Suuressa psykoosiriskissä olevien tunnistaminen ja hoito. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2011. 9. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 152.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Moilanen, K. 2013. Psykoosin arviointi. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 129 (8), 886-892. Luettu 15.3.2018. <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo10930>

Nieminen, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, 1.-2. painos. Helsinki: Wsoy, 215-216.

Suominen, K. & Valtonen, H. 2013. Itsetuhoisen potilaan arviointi. Duodecim-lehti 129, 881-883. <http://www.duodecim-aikakauskirja.fi/api/pdf/duo10929>

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2014. Ennakkovaihe ja varhaistunnistaminen. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) 2014. 11. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 166.

Talaslahti, T., Alanen, H-M. & Leinonen, E. 2011. Vanhusten vaikeat psykoosit – skitsofrenia ja harhaluuloisuushäiriö. Duodecim-lehti 127, 375–382.

Tampereen kaupunki. 2018. Kotihoito. Päivitetty 8.3.2018. Luettu 2.4.2018. <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihmissen-palvelut/kotona-asuvalle/kotihoito.html>

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. 2017. Kotihoito ja muu kotiin tarjottava tuki. Päivitetty 23.8.2017. Luettu 2.4.2018. <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/kotona-asumisen-ratkaisuja/kotihoito-ja-muu-kotiin-tarjottava-tuki>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 122-127

Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Pounonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, 1.-2. painos. Helsinki: Wsoy, 25.

LIITTEET

Liite 1. Sähköpostikysely

Ammattinimikkeesi?

Työkokemuksesi (vuosina) kotihoidossa?

Kuinka usein olet kohdannut itsetuhoisia asiakkaita?

Millä tavoin itsetuhoisuus ilmeni asiakkaassa?

Millaisia muutoksia havaitsit asiakkaassa ennen itsetuhoista käyttäytymistä?

Millaisia tietoja tai taitoja olisit toivonut hallitsevasi tilanteessa?

Kuinka usein olet kohdannut psykoottisia asiakkaita?

Millä tavoin psykoottisuus ilmeni asiakkaassa?

Millaisia muutoksia havaitsit asiakkaassa ennen psykoottista käyttäytymistä?

Millaisia tietoja tai taitoja olisit toivonut hallitsevasi tilanteessa?

Kerro vapaasti aiheesta. Millaisia ajatuksia psykoottisuus tai itsetuhoisen käyttäytymisen herättää?

Pyydämme vielä antamaan palautetta kyselystä vapaamuotoisesti (esim. kysymyksistä, opinnäytetyön aiheesta).

Liite 2. Saatekirje



Hyvä kotihoidon lähi- tai sairaanhoitaja!

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on kartoittaa kotihoidon lähi- ja sairaanhoitajien kokemuksia psykoottisista ja itsetuhoisista kotihoidon asiakkaista.

Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumiseen syytä ilmoittamatta missä tahansa prosessin vaiheessa. Opinnäytetyön tekemiselle on myönnetty lupa Tampereen kaupungilta, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan kyselyllä työ sähköpostinne välityksellä. Kyselyyn vastaaminen tulkitaan tietoisesti suostumukseksi opinnäytetyöhön osallistumiseen. Kysymyksiin voi vastata suoraan sähköpostiviestillä tai halutessaan voi liittää Word-tiedoston, jossa on vastaukset kysymyksiin. Kysymyksiin vastaaminen vie aikaa kokemuksistanne riippuen noin 15-30 minuuttia. Saatamme myös lähettää teille tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä. Pyydämme teitä lähettämään vastauksenne Reetta Vuorelle sähköpostiin. Vastaukset toivomme saavamme viimeistään 21.7.2018.

Aineistoa kerätään ja käsitellään vain opinnäytetyötarkoituksessa. Henkilökohtaisia tietoja, kuten nimiä ja sähköpostiosoitetta ei säilytetä tarpeettomasti. Vastaukset siirretään erilliseen salasana suojattuun kansioon. Opinnäytetyön valmistuttua käytetty aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei ole mahdollista tunnistaa yksittäistä vastaajaa tai kotihoidon toimipistettä. Valmiit opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus- tietokannassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Kohteliaiin terveisin,

Henna Pihlajaniemi
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
henna.pihlajaniemi@health.tamk.fi, 0449892778

Reetta Vuori
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
reetta.vuori@health.tamk.fi, 0415062034
Opiskelijankatu 11 a 11, 33720 Tampere

Liite 3. Sisällönanalyysi

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>Asiakas kertoo, että ei halua elää</p> <p>Asiakas kertoo itsetuhoisista ajatuksista</p> <p>Asiakas uhkailee itsensä tappamisella</p> <p>Asiakas harkitsee, että voisi vahingoittaa itseään</p>	Verbaalinen itsetuhoisuuden ilmaisu	Itsetuhoisuuden ilmeneminen	Itsetuhoinen kotihoidon asiakas
<p>Asiakkaan hermostunut käytös ja liikehdintä</p> <p>Asiakas on itkuinen ja surumielinen</p>	Käyttöoireet		
<p>Asiakas ei välitä mistään, jättää lääkkeet ottamatta</p> <p>Asiakkaan piittaamattomuus omasta terveydestään</p> <p>Asiakas ottaa liian paljon tai liian vähän lääkkeitään</p> <p>Hoitajan huomion herättäminen pahasta olostaa lääkkeiden väärinkäytöllä uhkailemalla</p>	Oman hoidon ja terveyden laiminlyönti		
<p>Asiakkaan kotiympäristö epäsiisti, verhot kiinni</p> <p>Asiakkaan elämän rytmi sekaisin, valvet ja unirytmien häiriöt</p>	Vaikeudet arjen hallinnassa		
<p>Asiakas ei kerro itsetuhoisuudesta</p> <p>Asiakas vaikutti aidosti rauhalliselta ja onnelliselta</p> <p>Työntekijä ei ole havainnut mitään itsetuhoisuuteen viittaavia oireita</p>	Vaikeudet itsetuhoisuuden ilmenemisen tunnistamisessa		

<p>Asiakkaan puhetyylin muutos</p> <p>Asiakkaan keskustelun aiheiden muutos</p>	Muutokset puheessa	Varhaiset itsetuhoisuutta edeltävät muutokset	
<p>Asiakas on levoton</p> <p>Asiakas on sulkeutunut ja vetäytyvä</p> <p>Asiakkaan ruokahallun muutokset</p> <p>Asiakkaan taloudelliset vaikeudet</p>	Muutokset käyttäytymisessä		
<p>Asiakas on impulsii- vinen, ärtyy nopeasti</p> <p>Asiakas on masentunut, yksinäinen ja surumielinen</p> <p>Asiakas on välinpitämätön ja pitkästyneen oloinen, ei valita mistään, millään ei ole mitään väliä</p>	Muutokset mielialassa		
<p>Työntekijä ei tuntenut entuudestaan asiakasta tai ei huomannut muutoksia</p>	Muutoksia ei havaittu		
<p>Itsetuhoisuuteen puuttumisen taito</p> <p>Vuorovaikutustaidot itsetuhoisen asiakkaan kanssa</p>	Itsetuhoisen asiakkaan kohtaaminen	Ammatillinen osaaminen	
<p>Varmuus psyykkisen voinnin arviointiin</p> <p>Asiakkaan psyykkisen voinnin kirjaaminen ja raportointi</p>	Itsetuhoisen asiakkaan psyykkisen voinnin arviointi		

Riittävä ajallinen resurssi	Hallinnolliset resurssit		
Tilanteen purku tiimissä			
Säännöllinen työohjaus			
Tieto mihin voi ottaa yhteyttä itsetuhoisia asiakkaita kohdassa			

<p>Asiakkaalla vainoharhoja ja kuvitelmia</p> <p>Asiakkaalla näkö-, kuulo- ja/tai tuntoharjoja</p> <p>Todellisuudentajun menetyks</p>	Harhat	Psykoottisuuden ilmeneminen	Psykoottinen kotihoi- don asiakas
<p>Asiakas puhuu lakkaamatta, ei osaa tai voi lopettaa puhumista</p> <p>Asiakkaan sanoista ei saanut selvää</p> <p>Poikkeava puhe</p>	Verbaalinen psykoottinen ilmaisu		
<p>Asiakas on aggressiivinen ja uhkaileva</p> <p>Levottomuus lisääntyi</p> <p>Asiakas on pelokas ja ahdistunut</p> <p>Asiakkaan pakonomainen käytös</p> <p>Asiakkaan epätyypillinen käytös, ilmeet ja eleet</p> <p>Asiakkaan omien kykyjen väärin arvioiminen</p>	Käytösoireet		
<p>Uni- ja valverytmin ongelmat</p> <p>Kaoottinen arjenhallinta</p> <p>Asiakas ei pysty suoriutumaan päivittäisistä toimista</p>	Vaikeudet arjen hallinnassa		
<p>Asiakas levoton tai rauhaton</p> <p>Asiakkaan "vauhdin kiihtyminen"</p>	Muutokset käyttäytymisessä	Varhaiset psykoottisuutta edeltävät muutokset	
<p>Asiakkaalla mielialanvaihteluita</p> <p>Asiakas apaattinen ja väsynyt vallitsevaan tilanteeseen</p>	Muutokset mielialassa		

<p>Asiakkaalla unihäiriötä</p> <p>Asiakkaan ulkoisen olemuksen muutokset</p> <p>Asiakas vetäytyy, ei ole kiinnostunut sosiaalisesta elämästä</p>	<p>Muutokset päivittäisessä toiminnassa</p>		
<p>Asiakkaan nykyiset ja menneet tapahtumat menevät sekaisin</p> <p>Asiakkaan puhe epäjohdonmukaista</p> <p>Puhe monotonista, sanojen toistelu</p>	<p>Muutokset ajatuksen kulussa ja puheessa</p>		
<p>Aggressiivisen asiakkaan kanssa toimiminen</p> <p>Asianmukainen toiminta tilanteessa</p> <p>Työntekijän omat vuorovaikutustaidot</p>	<p>Psykoottisen asiakkaan kohtaaminen</p>	<p>Ammatillinen osaaminen</p>	
<p>Tieto mihin voi ottaa yhteyttä psykoottisia asiakkaita kohdatessa</p> <p>Riittävä ajallinen resurssi</p> <p>Koulutusmateriaalin tarve</p>	<p>Hallinnolliset resurssit</p>		
<p>Lääkehoidon osaaminen ja seuranta</p> <p>Varmuus psyykkisen voinnin arviointiin</p>	<p>Psykoottisen asiakkaan psyykkisen voinnin arviointi</p>		