
MIELENTERVEYSHÄIRIÖIDEN ILMENEMINEN KEHITYSVAMMAISILLA

– Opas ohjaajille hoitotyön menetelmistä



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssan toimipiste, syksy 2016

Raisa Hakala

Hakala Raisa

Ella Simonen

Simonen Ella

FORSSA
Sairaanhoitaja AMK
Hoitotyön koulutusohjelma

Tekijät	Hakala Raisa & Simonen Ella	Vuosi 2016
Työn nimi	Mielenterveyshäiriöiden ilmeneminen kehitysvammaisilla – Opas ohjaajille hoitotyön menetelmistä	

TIIVISTELMÄ

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä tietoa siitä, miten eri mielenterveyshäiriöt ilmenevät kehitysvammaisilla. Lisäksi tarkoituksena oli kerätä tietoa siitä, millä tavalla ohjaajat voivat tukea paremmin kehitysvammaisia asiakkaitaan hoitotyön menetelmin. Tavoitteena oli tuottaa opas toimeksiantajaorganisaation ohjaajille.

Tätä toiminnallista opinnäytetyötä varten teoretietoa kerättiin alan kirjallisuudesta sekä hoitotieteellisistä tutkimuksista systemoitua kirjallisuuskatsausta mukaillen. Teoriaosuudessa määritellään työn keskeiset käsitteet.

Päätulokseksi nousi, että kehitysvammaisilla henkilöillä on suurentunut riski sairastua mielenterveyshäiriöihin. Ne ovatkin heillä melko yleisiä. Esiin nousi myös, että mielenterveyshäiriöiden arvioiminen kehitysvammaisilla on haastavaa ja edellyttää laaja-alaista ja moniammatillista tutkimusta. Tärkeää asiakkaan tukemisessa hoitotyön menetelmiä käyttäen on yksilöllisyyden ja asiakaslähtöisyyden huomioiminen.

Johtopäätöksenä todettiin mielenterveyshäiriöiden olevan yleisiä kehitysvammaisilla henkilöillä. Jokaisen käsitellyn mielenterveyshäiriön kohdalla todettiin pitkäaikaisen, turvallisen ja luotettavan hoitosuhteen olevan toipumisen kannalta tärkeää. Suuressa roolissa hoidossa todettiin olevan myös palvelujärjestelmä eri toimijoineen.

Kehittämisehdotuksena esitettiin lisätutkimuksien tekemistä kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöistä. Tarvetta olisi selvittää myös kehitysvammaisten parissa työskentelevien tietämystä kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöistä.

Avainsanat Kehitysvammainen, mielenterveys, mielenterveyshäiriöt, hoitotyön opas, hoitotyön menetelmät.

Sivut 31 s. + liitteet 13 s.

Forssa
Degree Programme in Nursing
Registered Nurse

Authors Hakala Raisa & Simonen Ella

Year 2016

Subject of Bachelor's thesis

Signs of the mental health problems among people with learning disabilities – manual for the mentors about the helping methods

ABSTRACT

The purpose of this Bachelor's thesis was to collect information on how different mental health problems appear among the people with learning disabilities. Another purpose was to collect information how the mentors could support their clients who have learning disabilities using the helping methods. The aim of this Bachelor's thesis was to produce a manual for the mentors of the customer organization.

Data used in this Bachelor's thesis was collected from the relevant literature and from the different researches of nursing science. All the vital concepts are defined in the theory part of the thesis.

As the main results were found that the people with learning disabilities have a bigger risk to have mental health problems. The mental health problems are more common among them. It was also found that the assessment of the mental health problems of the people with learning disabilities is challenging and requires wide and multi-professional examination. Individuality and customer orientation are important in the nursing care.

As a conclusion it was found that the mental health problems are common with people with learning disabilities. It was also found that a long-term, safe and dependable nursing relationship was important. The service system was in a big part of the care.

Further studies of the mental health problems of the people with learning disabilities were recommended for development. Also it would be good to look into the knowledge of the nursing staff who works among the people with learning disabilities about the mental health of the people with learning disabilities.

Keywords Learning disability, intellectual disability, mental health, mental health problems, nursing manual, nursing helping methods.

Pages 31 p. + appendices 13 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KESKEISET KÄSITTEET	2
2.1	Kehitysvammainen.....	2
2.2	Mielenterveys.....	3
2.3	Mielenterveyshäiriöt.....	4
2.4	Hoitotyön menetelmät.....	4
2.5	Hoitotyön opas	5
3	SKITSOFRENIA.....	6
3.1	Skitsofrenian ilmeneminen kehitysvammaisilla.....	7
3.2	Tukeminen hoitotyön menetelmin	7
4	MASENNUS	8
4.1	Masennuksen ilmeneminen kehitysvammaisilla.....	9
4.2	Tukeminen hoitotyön menetelmin	10
5	KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ.....	10
5.1	Kaksisuuntaisen mielialahäiriön ilmeneminen kehitysvammaisilla	11
5.2	Tukeminen hoitotyön menetelmin	11
6	YLEISTYNYT AHDISTUNEISUUS.....	12
6.1	Yleistyneen ahdistuneisuuden ilmeneminen kehitysvammaisilla.....	12
6.2	Tukeminen hoitotyön menetelmin	13
7	MUUT HOITOTYÖN TUKEMISEN KEINOT.....	13
7.1	Yksilöllinen hoitotyö.....	13
7.2	Arjen hoitotyö	14
7.3	Palvelujärjestelmä ja terapiat	15
7.3.1	Palvelujärjestelmä.....	15
7.3.2	Terapiat.....	16
8	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	17
8.1	Opinnäytetyön lähtökohdat	17
8.2	Kirjallisuuskatsaus	18
9	OPPAAN TEKEMINEN.....	20
9.1	Oppaan ideointi	20
9.2	Oppaan luonnostelu.....	20
9.3	Oppaan kehittäminen	21
9.4	Oppaan viimeistely.....	22
10	TULOKSET	22
10.1	Mitä tiedetään kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöistä?.....	22
10.2	Miten mielenterveyshäiriöitä sairastavia kehitysvammaisia asiakkaita voidaan tukea hoitotyön menetelmiä käyttäen?.....	23

10.3 Millainen on hyvä hoitotyön opas?	24
11 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	24
12 POHDINTA.....	25
LÄHTEET	28

Liite 1	Tiedonhaku
Liite 2	Hakutulosten yhteenveto
Liite 3	Opas

1 JOHDANTO

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä tietoa siitä, millä tavalla eri mielenterveyshäiriöt ilmenevät kehitysvammaisilla. Lisäksi tarkoituksena on kerätä tietoa siitä, millä tavalla ohjaajat voivat tukea paremmin kehitysvammaisia asiakkaitaan hoitotyön menetelmin. Tavoitteenamme on tuottaa opas toimeksiantajaorganisaation ohjaajille. Oppaan avulla ohjaajat mahdollisesti saavat apuja kehitysvammaisten asiakkaidensa mielenterveyshäiriöiden ilmenemisen tunnistamiseen sekä niissä tukemiseen hoitotyön menetelmiä käyttäen.

Kehitysvammaiset ovat suurin vammaisryhmä. Suomessa kehitysvammaisia on noin 50 000 ja heistä vaikea-asteisesti vammaisia on noin 10 000. Halki elämän he tarvitsevat toisten ihmisten apua sekä eri viranomaisten palveluita. Nykyään on ymmärretty, että mielenterveyshäiriöt eivät automaattisesti kuulu kehitysvammaisuuteen. Samoja mielenterveyshäiriöitä esiintyy niin kehitysvammaisilla kuin ei-kehitysvammaisilla. Kehitysvammaiset henkilöt ovat alttiimpia psyykkisille ongelmille. Heidän on vaikeampi selviytyä psyykkisistä ongelmista, koska kehitysvammaisuus vaikuttaa toimintakykyyn sekä oppimiseen. (Arvio & Aaltonen 2012, 5, 140.)

Kehitysvammaisilla henkilöillä on suurentunut riski sairastua mielenterveyshäiriöihin. Mielenterveyshäiriöt ovatkin heillä melko yleisiä. Noin 30–50 %:lla kehitysvammaisista esiintyy mielenterveydellisiä häiriöitä. Häiriöiden esiintyminen riippuu kehitysvamman asteesta sekä mielenterveydelle altistavista tekijöistä. (Arvio & Aaltonen 2012, 142; Koskentausta 2006, 1927; Mileviciute & Hartley 2015, 158–159.) Opinnäytetyössä käsitellään yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä, joita kehitysvammaisilla ilmenee. Tällaisia ovat skitsofrenia, masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä yleistynyt ahdistuneisuus. (Arvio & Aaltonen 2012, 142, 146, 147, 150, 151.)

Kehitysvammaisten mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden arvioiminen on haastavaa. Lisäksi mielenterveyshäiriöiden arvioiminen kehitysvammaisilla henkilöillä edellyttää laaja-alaista ja moniammatillista tutkimusta. Arvioimista vaikeuttaa kehitysvammaisuuteen liittyvä puutteellisuus kommunikaatiossa, ajattelun konkreettisuus ja vaikeus kuvata omia tunteita. Vaikeutta lisäävät myös aisti- ja liikuntavammat sekä rajoittunut sosiaalinen ympäristö. Myös monet ei-psykiatriset tekijät saattavat aiheuttaa mielenterveyshäiriöiden kaltaisia oireita. (Koskentausta 2006, 1928.)

Tärkeää on asianmukaisesti tunnistaa sekä hoitaa kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöitä, jotta pystytään edistämään heidän hyvinvointiaan ja mahdollistamaan muu hoito sekä kuntouttaminen. Mielenterveyshäiriöiden hoitamisella on suuri vaikutus yksilön sekä koko asumisyhteisön hyvinvoinnille. Eduksi olisi, että hoitosuhde pystyttäisiin järjestämään saman työryhmän kanssa pitkäjänteisesti. Se helpottaisi diagnosointia sekä hoidon suunnittelua. Yhtenä tärkeimpänä tekijänä se lisää asiakkaan sekä hänen läheistensä luottamusta ja hoitoon sitoutumista. (Koskentausta 2006, 1928, 1934.)

2 KESKEISET KÄSITTEET

Tässä opinnäytetyössä keskeiset käsitteet ovat kehitysvammainen, mielen-terveys, mielen-terveyshäiriöt, hoitotyön menetelmät ja hoitotyön opas, jotka ovat opinnäytetyön perusta. Näiden keskeisten käsitteiden perusteella kirjallista osuutta on aloitettu työstämään tiedon keräämisellä. Työn keskeiset käsitteet valittiin, koska niiden koettiin olevan aiheelle merkityksellisiä. Opinnäytetyössä käsitellään, miten mielen-terveyshäiriöt ilmenevät kehitysvammaisilla.

Kehitysvammaista, joka sairastaa jotakin mielen-terveydellistä häiriötä kutsutaan opinnäytetyössä asiakkaaksi. Toimeksiantajaorganisaation työntekijöistä käytetään termiä ohjaaja.

Työssä käsitellään myös, millä tavalla ohjaajat voivat tukea kehitysvammaisia asiakkaitaan hoitotyön menetelmin. Näiden tietojen pohjalta tehdään opas toimeksiantajaorganisaation ohjaajille.

2.1 Kehitysvammainen

Kehitysvammaisella tarkoitetaan henkilöä, jonka henkinen toiminta tai kehitys on estynyt taikka häiriintynyt. Vammalla tarkoitetaan kehitysvammaisen suorituskykyä rajoittavaa psyykkistä tai fyysistä vajavuutta, joka on elinikäinen. (Kaski, Manninen & Pihko 2009, 16.)

Kehitysvamma ilmenee ymmärryksen alueella ja kehitysvammaisten on tavallisesti vaikeampi oppia uusia asioita. Kehitysvammaisilla on myös vaikeuksia soveltaa oppimaansa uusissa tilanteissa sekä lisäksi voi olla vaikeuksia hallita itsenäisesti omaa elämäänsä. Kehitysvammaisilla henkilöillä sosiaaliset, kielelliset, älylliset, motoriset ja omatoimisuuden taidot sekä tarkkaavaisuus ja hahmottamiskyky ovat heikommalla kuin ei-kehitysvammaisella henkilöllä. (Arvio & Aaltonen 2012, 12, 142.)

Kehitysvammaiset ovat suurin vammaisryhmä, mutta tarkkaa lukumäärää ei tiedetä. Suomessa kehitysvammaisia on noin 50 000 ja heistä vaikeasteisesti vammaisia on noin 10 000. Kehitysvammaisia miehiä on enemmän kuin naisia (54 % vs. 46 %). Tämä selittyy sillä, että pojat ovat vammoille sekä vammautumiselle alttiimpia, x-kromosomin häiriöt ilmenevät vain miehillä sekä autismitietämisen häiriöt ovat yleisempiä miesten keskuudessa. (Arvio & Aaltonen 2012, 5, 13–15.)

Kuten kehitysvammadiagnoseja on erilaisia, on myös kehitysvamman eri tasoja. Näitä kehitysvamman eri tasoja ovat lievä, keskivaikea, vaikea sekä syvä. Lievässä kehitysvammassa henkilö voi olla hyvinkin itsenäinen ja esimerkiksi asua omassa kodissaan, mutta hän tarvitsee apua ja tukea rahan käytössään ja työssään. Keskivaikeassa kehitysvammassa henkilö tarvitsee enemmän tukea asumisessa ja jonkun verran esimerkiksi hygieniansa kanssa, vaikka kuitenkin pystyy toimimaan joissain asioissa itsenäisesti. Vaikeassa kehitysvammassa henkilö tarvitsee jatkuvaa tukea ja ohjausta, mutta kykenee ohjauksen turvin kehittymään melko itsenäiseksi. Syvässä

kehitysvammassa henkilö on täysin riippuvainen toisesta ihmisestä ja tarvitsee jatkuvaa hoitoa. (Kaski ym. 2009, 19–22.)

2.2 Mielenterveys

Mielenterveys on prosessi, jonka pohja muodostuu lapsuudessa ja mielen-terveyden kehitys jatkuu läpi koko elämän. Mielenterveys on voimavara sekä olennainen osa yksilön terveyttä ja sitä voidaan kutsua myös hyvinvoinnin tilaksi. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 10; Henriksen, Lönnqvist, Marttunen & Partonen 2014, 30.)

Mielenterveys ei selity pelkästään ihmisen persoonallisten ja yksilöllisten ominaisuuksien avulla. Mielenterveys on monitahoinen, dynaaminen, positiivinen sekä kokonaisvaltainen ilmiö, johon liittyy aina myös ympäristön vaikutus. (Noppiari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 18.) Erilaiset kehityskriisit ja muut elämän tapahtumat muokkaavat mielen-terveyttä. Elämäkriisien onnistunut läpi käyminen vahvistaa ja suojaa ihmisen mielen-terveyttä. Jos ihmisen epäonnistuu kriisien läpikäymisessä, se altistaa mielen-terveyshäiriöille. Elämäkriiseistä hyvä esimerkki on nuoruudesta aikuisuuteen siirtyminen. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2013, 19–20.)

Mielen-terveyden määrittelevät yksilölliset kokemukset ja tekijät, sosiaalinen vuorovaikutus ja tuki, yhteiskunnalliset resurssit ja rakenteet sekä kulttuuriset arvot. Yksilöllisiä tekijöitä ovat esimerkiksi biologiset tekijät ja kaikki kokemukset, mitä ihminen kokee syntymästään lähtien vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus saavat alkunsa siitä, millainen perhe ihmisellä on ja millä tavoin perheen sisäinen vuorovaikutus toimii. Esimerkiksi, jos lapsena ihminen saa tukea perheeltään, se luo pohjan hyvälle itsetunnolle. (Kuhanen ym. 2013, 16–21.)

Yhteiskunnallisista resursseista ja rakenteista hyvä esimerkki on toimeentulo ja palveluiden saatavuus. Kulttuuriset arvot taas ovat sidonnaisia yhteiskunnallisiin tekijöihin, kuten esimerkiksi tasa-arvon ja ihmisoikeuksien toteutumiseen. Nämä määrittelevät tekijät voivat olla niin suojaavia, altistavia kuin laukaisevia tekijöitä. Näitä kaikkia tekijöitä voidaan sanoa myös mielen-terveyttä suojaaviksi sisäisiksi sekä ulkoisiksi tekijöiksi. (Kuhanen ym. 2013, 16–21.)

Sisäiset ja ulkoiset tekijät muovautuvat ihmisen persoonallisista ominaisuuksista sekä erilaisista ympäristötekijöistä. Sisäiset suojaavat tekijät rajoittuvat ihmisen omiin yksilöllisiin kokemuksiin ja tekijöihin, kuten ihmisen terveys, itsetunto sekä stressinhallintakyvyt. Ulkoiset suojaavat tekijät taas ovat muuhun kuin yksilöön liittyvät asiat, kuten asumiseen, yhteiskunnallisiin ja kulttuuriin liittyviä. Kun nämä sisäiset ja ulkoiset suojaavat tekijät eivät jostain syystä toimi, ihminen on alttiimpi mielen-terveyshäiriöille. (Noppiari ym. 2007, 48; Pirskanen, Varjoranta & Pietilä 2012, 40.)

2.3 Mielenterveyshäiriöt

Mielenterveyden häiriötä käytetään yleisnimikkeenä kaikille erilaisille psykiatrisille häiriöille. Näistä vakavimpiin liittyy merkittäviä oireita psyykkisesti ja ne aiheuttavat toimintakyvyn sekä elämänlaadun heikkenemistä. Mielenterveyshäiriö on hyvä erottaa mielen normaaleista arkielämään liittyvistä reaktioista, kuten esimerkiksi läheisen kuoleman aiheuttamasta sureaktiosta. Näitä tavallisia arkielämän reaktioita ja eri elämän vaiheista johtuvia tilapäistä henkistä pahoinvointia ei tule nähdä sairautena. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Mielenterveyshäiriöt ovat sairausryhmänä epäyhtenäinen. Mielenterveyshäiriöt koostuvat yleensä useista tekijöistä. Nämä tekijät luovat pohjaa mielen-terveyshäiriölle, jonka lopulta laukaisee usein jokin stressitekijä. Mielenterveyshäiriöiden oireet ilmenevät monilla eri tavoilla häiriöstä riippuen. Oireisiin kuitenkin liittyy haittaa tai kärsimystä potilaalle. Terveen mielen ja häiriintyneen mielen välillä on välillä vaikea asettaa selvää rajaa. (Kuhanen ym. 2013, 180; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Mielenterveyshäiriöt ovat toiseksi yleisin syy ihmisten pitkäaikaisiin sairauksiin heti tuki- ja liikuntaelinsairauksien jälkeen. Kehitysvammaisilla yleisyys mielen-terveyshäiriöissä on vähintään kaksin- tai kolminkertainen verrattuna ei-kehitysvammaisiin. (Arvio & Aaltonen 2012, 142, 146, 147, 150, 151; Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 136.)

Mielenterveyshäiriöiden luokitus tapahtuu oireiden ja niiden ominaispiirteiden sekä vaikeusasteen perusteella. Mielenterveyshäiriön diagnosoinnissa Suomessa käytetään kahta eri tautiluokitusjärjestelmää. Ne ovat Maailman Terveysjärjestön kehittämä ICD-luokitus ja Yhdysvaltojen psykiatryhdistyksen kehittämä DSM- järjestelmä. (Kuhanen ym. 2013, 180–181; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Tässä työssä keskitytään seuraaviin mielen-terveyshäiriöihin: skitsofreniaan, masennukseen, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön ja yleistyneeseen ahdistuneisuuteen. Mielenterveyshäiriöt on rajattu työssä näihin neljään, koska ne ovat yleisimpiä mielen-terveyshäiriöitä kehitysvammaisilla. (Arvio & Aaltonen 2012, 142, 146, 147, 150, 151.)

2.4 Hoitotyön menetelmät

Jotta pystytään tukemaan asiakkaita, tulee olla tiedossa hoitotyön kannalta kaikki tärkeät ydintiedot. Ydintiedoilla tarkoitetaan keskeisiä asioita, jotka liittyvät asiakkaaseen. Tällaisia tietoja ovat muun muassa terveyteen sekä sairaanhoitoon liittyvät tiedot, diagnoosit, tämän hetkiset ongelmat, toimintakyky, apuvälineet ja lääkehoito. (Ensio, Kinnunen & Liljamo 2012, 14–15.)

Hoitotyön tarpeen määrittäminen on asiakkaan hoitoon liittyvien ongelmien määrittämistä. Nämä ongelmat pitää määrittää ensin, jotta voidaan suunnitella hoitotyön menetelmiä sekä niiden toteutusta. Hoitotyön menetelmillä pys-

tytään vastaamaan asiakkaan hoidon tarpeeseen. Keskeisiä hoitotyön menetelmiä ovat asiakkaan oireiden sekä tilan tarkkailu ja seuranta, avustaminen sekä tukeminen, erilaisien hoitotoimenpiteiden suorittaminen, välineiden järjestäminen ja niistä huolehtiminen sekä asiakkaan ohjaaminen. (Ensio ym. 2012, 14–15.)

Avainasemassa asiakkaiden tukemisessa on yksilöllisyyden ja asiakaslähteisyyden huomioiminen. Jotta pystytään tukemaan asiakkaan toimintakykyä, tulee ohjaajilla olla tiedot fyysisestä, psyykkisestä sekä sosiaalisesta toimintakyvystä. Lisäksi ohjaajilla tulee olla ymmärrys näiden kaikkien tärkeistä asiakkaan hyvinvoinnille. (Hiltunen 2015, 12, 14.)

Kehitysvammaisten parissa työskenteleminen on moniammatillista tiimityötä. Tärkeänä hoitotyön alueena on asiakkaan kohtaamiseen, ymmärtämiseen sekä kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin liittyvät asiat. Erityisesti korostuu psyykkisen voimien, terveyden sekä selviytymisen tukeminen arkipäivän vaihtuvissa tilanteissa. Asiakkaan jokapäiväisistä perustarpeista huolehtiminen, huolenpito sekä yhteistyö eri alan ammattilaisten, läheisten, verkostojen ja organisaatioiden välillä on ohjaajan työtä. Työskentelyn tulee perustua näyttöön, joka tarkoittaa sitä, että hoitotyö perustuu hoitotieteelliseen, tutkittuun tietoon. Tieto on ajan tasalla olevaa tietoa, jota käytetään asiakkaan terveyttä sekä hoitoa koskevassa päätöksen teossa sekä toiminnan toteutuksen pohjana. (Kekkonen, Pöppönen & Sainola-Rodriguez 2007, 6, 11.)

2.5 Hoitotyön opas

Hyvä hoitotyön opas on sellainen, joka on selkeä ja looginen. Siinä asiat kerrotaan hyvässä järjestyksessä, yleensä toimivin järjestys on tärkeysjärjestys. Oppaassa kerrottavat asiat liittyvät toisiinsa ja aiheesta toiseen liikuttaessa siirtyminen tapahtuu luontevasti. (Hyvärinen 2005, 1769–1773.)

Oppaan loogisuutta edesauttaa pääotsikko ja väliotsikot, koska ne selkeyttävät ja keventävät oppaan kokonaisuutta. Pääotsikon tehtävänä on kertoa, mistä oppaassa on kyse. Väliotsikot avaavat ja selkeyttävät oppaan sisältöä, mutta niitä ei tule olla liikaa. Väliotsikon alla tulee aina olla vähintään kaksi kappaletta ja kappaleiden tulee olla sopivan lyhyitä. (Hyvärinen 2005, 1769–1773.)

Oppaan luettavuutta edesauttaa hyvä oikeinkirjoitus ja selkeät lauserakenteet. Kappaleiden lauseet ja virkkeet tulee olla selkeitä ja helposti luettavia, eli ne eivät saa olla liian pitkiä. Oppaan tekstin tulisi olla miellyttävää sekä helppolukuista. Kirjaisinkoon tulee olla tarpeeksi isoa ja fontin selkeää. (Hyvärinen 2005, 1769–1773.)

Selkeyden ja loogisuuden lisäksi hyvä opas edistää asukasturvallisuutta. Asukasturvallisuus taataan, kun opas on looginen ja se kirjoitetaan ymmärrettävällä kielellä. Tekstin tulee olla kiinnostavaa ja sen pitää tuntua hyödylliseltä sekä omakohtaisesti sovellettavissa olevalta. (Leino-Kilpi & Salanterä 2009, 6–7.)

3 SKITSOFRENIA

Skitsofrenia kuuluu psykoottisiin sairauksiin. Ne ovat vakavia mielisairauksia, jotka aiheuttavat merkittäviä toimintakyvyn heikentymisiä. (Hella, Häkkinen, Isohanni, Karvonen, Lehtinen, Peltola, Pirkola & Suvisaari 2008, 9.) Tällöin henkilöllä on todellisuudentaju selvästi häiriintynyt (Arvio & Aaltonen 2012, 146).

Psykooseja esiintyy arvioilta 1–4 prosentilla kehitysvammaisista. Kehitysvammaisilla henkilöillä on arvioitu esiintyvän skitsofreniaa enemmän verrattuna ei-kehitysvammaisiin henkilöihin. Lisäksi kehitysvammaisten on huomattu sairastuvan skitsofreniaan nuorempina. Synä tähän on arvioitu olevan geneettinen alttius, raskaudenaikaiset infektiot tai komplikaatiot synnytyksessä. Sairaus voi puhjeta myös sisäisen tai ulkoisen stressin vuoksi. Lisäksi lapsuuden traumat voivat lisätä skitsofreniaan sairastumista. (Arvio & Aaltonen 2012, 146.)

Skitsofreniassa on tyypillisesti harhaluuloja, aistiharhoja, kuuloharhoja, hajanaista puhetta sekä katatonisia muutoksia eli muutoksia motorisessa toiminnassa. Kehitysvammaisten aistiharhat ovat yleensä yksinkertaisia toisin kuin ei-kehitysvammaisilla, joilla aistiharhat voivat olla monimuotoisia. Lisäksi skitsofreniaan liitetään myös puhumattomuus, poikkeava käyttäytyminen sekä tunne-elämän häiriöt, kuten latistuneisuus, kapeutuminen ja masentuneisuus. (Castle & Bosanac 2012, 280, 282; Hardy, Chaplin & Woodward 2010, 25; Isohanni, Koponen, Miettinen & Mäkinen 2007; Huttunen 2015a; Salokangas & Tuominen 2013.) Oireet jaetaan positiivisiin sekä negatiivisiin oireisiin, joista helpoiten tunnistettavissa ovat positiiviset oireet. Katatoniset muutokset voivat kuulua positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. (Henriksson, Hietanen & Leppävuori 1996; Salokangas & Tuominen 2013).

Positiivisilla oireilla skitsofreniassa tarkoitetaan erilaisia aisti- ja harhaluuloja sekä hajanaisuutta. Aistiharhoista tyypillisiä ovat kuuloharhat. Niissä äänet voivat kommentoida kehitysvammaisen käyttäytymistä, ajatuksia, tai kehitysvammaisen voi kuulla kahta keskenään keskustelevaa ääntä. Äänet voivat olla myös uhkaavia tai syyttäviä. (Arvio & Aaltonen 2012, 146; Huttunen 2015a; Salokangas & Tuominen 2013.)

Negatiiviksi oireiksi katsotaan puheen ja sen sisällön köyhtyminen, vastaus-ten viivästyminen, puhumattomuus, liikkeiden vahamaisuus, hitaus sekä täydellinen liikkumattomuus. Lisäksi vetäytyminen, poikkeavat tunneilmaisut ja käyttäytyminen, latistuneisuus, masentuneisuus, kapeutuminen, tunne-elämän hajanaisuus ja epäjohtonmukaisuus liitetään skitsofrenian negatiivisiin oireisiin. (Arvio & Aaltonen 2012, 146; Castle & Bosanac 2012, 282; Isohanni ym. 2007; Salokangas & Tuominen 2013.) Negatiivisiin oireisiin katsotaan myös kuuluvan se, että kehitysvammaisen tekee päinvastoin, kuin mitä häneltä pyydetään. Tällaisia ovat ohjeiden tai liikuttamisyritysten vastustamien sekä liikkuminen vastakkaiseen suuntaan. (Arvio & Aaltonen 2012, 146; Henriksson ym. 1996.)

3.1 Skitsofrenian ilmeneminen kehitysvammaisilla

Kehitysvammainen henkilö ei välttämättä kykene itse kertomaan oireistaan, vaan ulkopuolisen tulee havainnoida niitä. Ohjaajien tulisi kiinnittää huomiota, mikäli asiakas alkaa välttelemään tai pelkäämään yllättäen jotain uutta asiaa, eristäytyy yksikseen, alkaa puhumaan erikoisia väittämiä toisista henkilöistä tai myrkytysepäilyn vuoksi ei suostu ottamaan lääkkeitään tai syömään ruokaansa. (Arvio & Aaltonen 2012, 147; Laukkala, Riikola & Salokangas 2013.)

Myös taitojen taantuminen yllättäen, puheen määrän väheneminen tai puheen sisällön muuttuminen erikoiseksi tulisi huomioida. Puheeseen voi tulla merkitsemättömiä lauseita sekä tavujen ja sanojen toistoa. Hallusinaatiot voivat tulla ilmi siitä, että asiakas puhuu kuvitelluille henkilöille, kääntelee päätään kuin kuulisi ääniä, haistelee ilmaa kuin jokin tuoksuisi, peittää silmiään tai korviaan tai huijaa nyrkeillä ilmaa. Asiakas saattaa myös ilman syytä puhjeta nauramaan erikoista naurua. Ääntely voi olla myös kuorosaavaa ääntä tai toistuvaa naksutusta. (Arvio & Aaltonen 2012, 147; Henriksson ym. 1996; Huttunen 2015a.)

Myös muutokset motorisessa toiminnassa tulee huomioida. Usein nämä motorisen toiminnan muutokset liittyvät kiihtyneeseen tai vähäisen liikkumisen jaksoihin, äärimmäisyydestä toiseen. Kiihtyneisyyden tilassa asiakkaat ovat rauhattomia tai jopa äärettömän levottomia. Asiakas saattaa juosta, hyppiä tai pyöriä, jolloin toiminta on vaaraksi niin muille kuin asiakkaalle itselleen. Lisäksi saattaa esiintyä kiljumista tai asiakas saattaa tuhota ympäristöä rikkomalla esineitä. (Arvio & Aaltonen 2012, 147; Henriksson ym. 1996; Huttunen 2015a.)

Levoton sekä kiihtynyt henkilö saattaa jähmettyä myös paikoilleen erikoisiin asentoihin. Äärimmäisestä levottomuudesta kehitysvammainen saattaa silmänräpäyksessä vaihtua täysin liikkumattomaksi. Asiakas voi jäykistyä erikoiseen asentoon pitkäksikin aikaa. Asennot voivat käsittää koko vartalon tai ne voivat rajoittua pienelle alueelle, kuten kasvoihin tai sormiin. (Arvio & Aaltonen 2012, 147; Henriksson ym. 1996; Huttunen 2015.)

3.2 Tukeminen hoitotyön menetelmin

Skitsofreniaa sairastavan, kenties psykoottisenkin kehitysvammaisen ohjaus ei ole helppoa. Itsensä ilmaisemisen kyky voi skitsofreniaa sairastavalla kehitysvammaisella olla hajanaista sekä harhaista. Asiakkaan toimintakyky voi olla hyvinkin vaihtelevaa, hetkestä tai tilanteesta riippuen. Toisinaan asiakas on hyvinkin tietoinen ympäristöstään ja tulee mukaan keskusteluun selkeästi ja ajatus kirkkaana. Asiakas saattaa ottaa ohjeita vastaan ja tehdä sopimuksia, joiden noudattaminen ei kuitenkaan onnistu. Toisena hetkenä hän saattaa olla täysin erilainen, ei ota kontaktia tai on harhainen. Epävarmuus ja asiakkaan voimien ailahtelu ovat rankkoja ohjaajalle. On haastavaa olla varuillaan ja epäluuloinen, kun asiakas vaikuttaa selkeältä ja hyväkuntoiselta. Myös harhaiset jaksot ovat raskaita ja ne saattavat olla pelottavia niin asiakkaalle kuin ohjaajalle. (Seppälä 1997, 32.)

Toipuakseen asiakas tarvitsee läheisten ja ammatti-ihmisten tukea, jotta toipuva asiakas pystyy jäsentämään outoa ja pelottavaakin psykoosikokemusta. Ohjaajien tulisi pitää asiakkaan toimintaympäristö mahdollisimman konkreettisena sekä selkeänä. Kun asiakasta ohjataan, tulisi kiinnittää huomiota ohjaamisen selkeyteen, asiallisuuteen ja siihen, että työyhteisössä noudatettaisiin yhteisiä pelisääntöjä. Yhteisissä pelisäännöissä tulisi olla sovittuna, kuinka kyseisen asiakkaan kanssa tulisi toimia ja, miten perusasiat tulisi tehdä, jotta toiminta olisi yhtenäistä. Yksilöllinen toiminta- ja päivärhythmi ovat tärkeitä asioita huomioida. Ne luovat turvaa sekä asiakkaalle että ohjaajalle. Ne lisäävät mahdollisesti myös asukkaan toimintakykyä sekä elämänlaatua. (Seppälä 1997, 32; Skitsofrenia ja psykoosit 2014.)

Lääkehoito on tärkeässä roolissa, eikä siinä saisi tapahtua suunnittelemattomia tai jyrkkiä muutoksia. Ohjaajan tulee tukea asiakasta ottamaan lääkkeit. (Isohanni ym. 2007, 914.) Harhoihin tulisi suhtautua neutraalista, mutta ohjaaja ei saa teeskennellä näkevänsä niitä. Asiakasta ei saisi jättää yksin, koska se luo turvattomuutta ja asiakas saattaa satuttaa itseään. Pitää kuitenkin välttää yliholhoamista. Asiakasta ei saisi laittaa stressaaviin tilanteisiin, koska tilanteet vain lisäävät ahdistuneisuutta. Pyritään turvaamaan rauhallinen ympäristö. Selkeät säännöt ja rajat luovat asiakkaalle turvallisuutta, kun mieli on myllerryksessä. Läheiset tulisi myös muistaa huomioida, he ovat kuitenkin tärkeässä roolissa asiakkaan tukena, turvana ja toipumisessa. Usein myös läheiset ovat huolissaan läheisensä voinnista ja tästä syystä on tärkeää pitää heidät myös ajan tasalla asiakkaan voinnista. (Skitsofrenia n.d.)

4 MASENNUS

Mielialahäiriöt ovat yksi maamme merkittävistä kansanterveysongelmista. Mielialahäiriöt jaotellaan masennukseen ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Masennus voidaan jakaa muun muassa lievään, keskivaikeaan, vaikeaan, psykoottiseen ja jaksottaiseen masennukseen. (Kuhanen ym. 2013, 205, 207.)

Kehitysvammaisilla mielialahäiriöistä etenkin masennus on alidiagnosoitu. Tutkimuksissa on todettu, että kehitysvammaisilla on masennusta yli neljä kertaa useammin kuin ei-kehitysvammaisilla. Vaikka masennus olisi melko luotettavasti tunnistettavissa tunnusmerkkien avulla, saatetaan oireilu sekoittaa kehitysvammaisuuteen kuuluvaksi. Masennus voi olla monimuotoinen. Sen oireet eivät kaikilla ole samanlaiset, vaan voivat olla jopa täysin päinvastaiset. (Kuhanen ym. 2013, 206; Mielialahäiriöt 2014; Mileviciute & Hartley 2015, 159; Seppälä 1997, 70–71.)

Kehitysvammaisen mielialaa arvioitaessa tulee ensin selvittää, millainen mieliala hänellä yleensä on ja, millaisia oireita hänellä on aiemmin ollut. Näillä tiedoilla selvitetään hänen mielensä perustaso. Kehitysvammaisten kohdalla onkin tärkeää, että heidän elämänsä tarkastellaan pidemmältä aika väliltä. Välillä kehitysvammaisen mielialahäiriö jää huomaamatta, koska hänen toiminnassaan kiinnitetään liikaa huomiota johonkin ympäristöön ja arkielämää haittaavaan oireeseen, kuten esimerkiksi tavaroiden rikkomiseen. Kaikilla kehitysvammaisilla ei ole kykyä ilmaista pahaa oloaan,

jolloin ääri-ilmiöt kuten tavaroiden rikkominen tai itsensä satuttaminen ovat usein viimeinen keino. (Arvio & Aaltonen 2012, 150.)

Joskus huomataan, että kehitysvammaisella asiakkaalla on mielialan muutoksia jaksoittain. Tällöin tulee tarkastella, onko mielialan muutosten takana todellinen jaksottaisuus vai johtuvatko ne hänen ympäristössään tapahtuvista muutoksista, kuten esimerkiksi kuukautisista, ohjaajien lomista tai vaikkapa allergiakaudesta. Aina kehitysvammaisen mielialamuutokset eivät johdu mielenterveyshäiriöstä, vaan liittyvät itse kehitysvammaisuuteen, sen etiologiaan tai sen lisävammaan kuten esimerkiksi epilepsiaan. (Arvio & Aaltonen 2012, 150.)

4.1 Masennuksen ilmeneminen kehitysvammaisilla

Masentuneen mielialan tunnistaminen ja ilmaiseminen voi olla hankalaa kehitysvammaiselle henkilölle itselleen. Asiakkaan ympärillä olevat ihmiset, esimerkiksi läheiset tai ohjaajat, voivat havaita mielialan muutoksia asiakkaan olemuksessa sekä mahdollisesti alentuneessa toimintakyvyssä. Masennuksessa kehitysvammaisen riippuvuus lähihenkilöitä, esimerkiksi ohjaajia kohtaan korostuu. Masennuksen vuoksi asiakkaan toimintakyky voi laskea monissa arkielämän tilanteissa. Masentuneen kehitysvammaisen hoito on hidasta ja vaatii pitkäjänteisyyttä. (Arvio & Aaltonen 2012, 150; Seppälä 1997, 72.)

Masentuneella asiakkaalla voi ilmetä uniongelmia, väsymystä, lamaantuneisuutta, kiihtyneisyyttä, arvottomuuden tunnetta tai kuolemaan liittyviä ajatuksia. Näiden lisäksi kehitysvammaisella voi olla ruokahaluttomuutta ja siitä johtuvaa painon laskua, tai vaihtoehtoisesti ruokahalu voi lisääntyä ja paino nousta. Itkukohtauksia sekä herkkyyttä voi myös ilmetä esimerkiksi ohjauksen yhteydessä. Suunnitelmallista itsetuhoisuutta voi esiintyä lievästi kehitysvammaisella, mutta vaikeasti kehitysvammaisella sitä ei voi pitää masennuksen mittarina. Masennukseen voi liittyä pakko-oireita sekä somaattista oireilua, esimerkiksi epämääräistä kipua. (Arvio & Aaltonen 2012, 150; Hardy ym. 2010, 23.)

Kehitysvammaisilla masennuksen yhtenä oireena voi olla myös ärtyneisyys. Toisaalta vetäytyminen on toinen ääripää, johon liittyy usein tunnetta, ettei mikään tunnu miltään. Ärsyyntyneisyys on kuitenkin yleisempää, etenkin jos asiakkaalta vaaditaan esimerkiksi jotain toimintaa. Masennus heikentää voimavaroja olla mukana sosiaalisissa tilanteissa sekä kohdata vaatimuksia, mitä asiakkaalta odotetaan. Mikäli asiakas ei niistä pääse vetäytymään pois, voi reaktiona olla ärtyneisyyttä, levottomuutta tai jopa väkivaltaisuutta. (Arvio & Aaltonen 2012, 150; Seppälä 1997, 71–72.)

Kaikissa tapauksissa kuitenkin tyypillistä on asiakkaan masentunut mieliala sekä mielihyvän ja kiinnostuneisuuden menettäminen. Usein masentunut asiakas haluaa vetäytyä ja vältellä sosiaalisia tilanteita sekä kontakteja. Tähän kehitysvammaisella henkilöllä ei välttämättä ole aina mahdollisuutta, koska yleensä he asuvat erilaisissa asumispalveluyksiköissä, käyvät työtoi-

minnassa tai päivätoiminnassa, sekä muutenkin tarvitsevat ohjausta joka-päiväisessä elämässään. (Arvio & Aaltonen 2012, 150; Mielialahäiriöt 2014; Seppälä 1997, 71–72.)

4.2 Tukeminen hoitotyön menetelmin

Masennuksen hoito on aina yksilöllistä. Jokaiselle suunnitellaan henkilökohtainen hoitosuunnitelma, jossa huomioidaan asiakkaan tarpeet. Masennuksen hoidossa kulmakivinä on pitkäaikainen hoitosuhde sekä turvallinen ja luotettava yhteistyösuhde hoitavan osapuolen kanssa. Ohjaajan tulee olla myös olla aidosti kiinnostunut asiakkaan tilanteesta. (Kekkonen ym. 2007, 26; Kuhanen ym. 2013, 210.)

Kehitysvammaisten masennuksen hoidosta ei tiedettävästi ole tehty paljoa tutkimuksia. Erilaisten avointen tutkimusten ja tapauselostusten avulla on saatu selville, että lääkehoidosta on hyötyä ja hyviä kokemuksia. (Koskentausta 2006.) Lääkehoidossa tulee muistaa lääkkeiden pitkä vaikutusaika. Siihen, että lääkkeet alkavat vaikuttaa halutulla tavalla, saattaa mennä useitakin viikkoja. (Arvio & Aaltonen 2012, 150–151.)

Masennuksen hoito on hidasta ja sairauden uusiutumisen riski on korkea. Moniammatillisen työryhmän yhteistyö ja tuki, niin masentuneelle henkilölle itselleen kuin hänen lähihenkilölleen, on tärkeää ja välttämätöntä onnistuneen hoidon saavuttamiseksi. Hoidon hitauteen vaikuttavat sairauden lisäksi myös kehitysvammaisen tuen ja huomion tarve, kehitysvammaisen heikommat sosiaaliset taidot sekä suoritustilanteiden kestämisen heikkous. (Mielialahäiriöt 2014; Seppälä 1997, 72.)

Masennuksen hoito ja kuntoutuminen vaativat monen eri toimijan yhteistyötä. Hoidon ja kuntoutuksen onnistuminen yleensä edellyttää lääkehoidon, psykoterapian ja psykososiaalisen kuntoutuksen yhteensovittamista. Tämän lisäksi tukeminen ja auttaminen arjessa ovat tärkeässä roolissa. (Mielialahäiriöt 2014.)

5 KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on mielenterveyshäiriö, jossa mielialat vaihtelevat masentuneisuuden ja kiihtyneisyyden eli manian välillä. Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäkestoinen sairaus. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä on kaksi alatyyppeä, jotka ovat I tyypin ja II tyypin kaksisuuntainen mielialahäiriö. I tyypissä manian ja masennuksen vaihtelut tapahtuvat sykleittäin sekä sekamuotoisia jaksoja ilmenee. Sekamuotoisilla jaksoilla tarkoitetaan sitä, että henkilöllä esiintyy maniaa ja masennusta samanaikaisesti. Joillain voi olla myös pelkkiä toistuvia maniajaksoja. II tyypissä manian tilalla on hypomania, eli lieväasteinen vauhdikkuus, joka vuorottelee masennuksen kanssa. (Kuhanen ym. 2013, 207; Saunders & Goodwin 2010, 318.)

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä esiintyy kehitysvammaisilla melko paljon. Kehitysvammaisilla esiintyy erityisesti sekamuotoista kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja nopeasyklistä kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Nopeasyklisellä tarkoitetaan sitä, että masennus- ja maniakausia on vuodessa enemmän kuin neljä. (Arvio & Aaltonen 2012, 151; Hardy ym. 2010, 23; Seppälä 1997, 72.)

5.1 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön ilmeneminen kehitysvammaisilla

Jotta kehitysvammaiselta voidaan kaksisuuntainen mielialahäiriö tunnistaa, tulee kehitysvammaisen käytöstä ja mahdollisia oireita seurata pidemmältä aikaväliltä. Masennus- ja maniavaiheiden välillä voi joissain tapauksissa olla pitkiäkin aikoja, joten kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistaminen voi olla hankalaa. (Mielialahäiriöt 2014.)

Maanisen jakson tunnistamista kehitysvammaisella voi hankaloittaa hänen alentunut toimintakyky, esimerkiksi yleinen tunnusmerkki maniassa on lisääntynyt rahan kulutus, jota taas kaikki kehitysvammaiset eivät itse kykene käyttämään lainkaan. Tämän takia kannattaakin kiinnittää huomiota muihin esiintyviin oireisiin. (Seppälä 1997, 72.)

Maanisen jakson aikana kehitysvammaisen mieliala on kohonnut ja kehitysvammaisen on ylivilkas. Toinen manian yleinen oire on ärtyneisyys ja aggressiivisuus. Levottomuuden ja aggressiivisuuden kausittainen toistuminen voi olla näkyvimpiä oireita kehitysvammaisten kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä (Arvio & Aaltonen 2012, 151; Mielialahäiriöt 2014; Seppälä 1997, 72.)

Näiden lisäksi kehitysvammaisen ei nuku niin paljon kuin aiemmin. Mahdollisesti kehitysvammaisen on myös levoton, kiihtynyt ja herkempi kuin yleensä, eikä jaksa keskittyä samaan asiaan kauaa. Puhuminen voi myös lisääntyä ja se voi olla äänekkäämpää kuin yleensä. Myös puhumattomilla kehitysvammaisilla ääntely saattaa lisääntyä. (Arvio & Aaltonen 2012, 151; Seppälä 1997, 72.)

5.2 Tukeminen hoitotyön menetelmin

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa tärkeintä on varmistua diagnosoista. Monet sairaudet voivat aiheuttaa mielialan vaihteluja. Tällaisia sairauksia ovat esimerkiksi kilpirauhasen toimintahäiriöt ja dementia. Myös antipsykoottisten lääkkeiden käytön nopea lopettaminen saattaa aiheuttaa manian kaltaisia oireita. Hoidon takia on myös tärkeää erottaa kaksisuuntainen mielialahäiriö ja pelkkien masennusjaksojen toistuminen. Tämä on tärkeää, koska kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa pelkkä masennuslääkkeiden käyttö voi aiheuttaa masennuksen kääntymisen maniaksi. Tai vaihtoehtoisesti se voi muuttaa taudinkuvan nopeasykliseksi, joka on vaikea hoitoisempi kuin ei-nopeasyklinen. (Arvio & Aaltonen 2012, 151.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa tärkeässä osassa on lääkehoito. Lääkehoidossa tulee huomioida lääkkeiden yhteisvaikutukset. Etenkin jos kehitysvammaisella henkilöllä on epilepsia, koska epilepsian ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkitysten yhteisvaikutukset ovat tavallisia. (Arvio & Aaltonen 2012, 172; Koskentausta 2006.)

Hoidon lähtökohtana on hyvä lääkehoito ja moniammatillisen työryhmän tiivis yhteistyö. Ohjaajien tuki niin kehitysvammaiselle itselleen kuin hänen läheisilleen, on tärkeää. Joissain tapauksissa sairaalajakso voi olla välttämätön, jotta voidaan turvata kehitysvammaisen turvallisuus maniavaiheen aikana. (Seppälä 1997, 73.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa ja kuntouttamisessa tarvitaan lääkehoitoa, psykoterapiaa ja psykososiaalista kuntoutusta. Tämän lisäksi käytetään arkista tukea ja auttamista. (Mielialahäiriöt 2014.)

6 YLEISTYNYT AHDISTUNEISUUS

Pieni ahdistuneisuuden tunne, joka ei haittaa elämänlaatua, on normaalia. Siinä vaiheessa, kun ahdistuneisuus on voimakasta, pitkäkestoista ja vaikuttaa merkittävästi elämänlaatuun huonontaan sitä, on kyse mielenterveyshäiriöstä. (Yleistynyt tuskaisuus ja ahdistuneisuus 2014.)

Ahdistuneisuushäiriöihin luetaan myös julkisten paikkojen sekä sosiaalisten tilanteiden pelko sekä paniikkihäiriö. Ahdistuneisuushäiriöihin liittyy pelon, ahdistuneisuuden sekä jännittyneisyyden lisäksi myös autonomisen hermoston aktivoitumisesta johtuvia somaattisia oireita. Tällaisia oireita voivat olla pahoinvointi, kohonnut pulssi, hikoilu sekä suun kuivuminen, mutta myös huimausta sekä vatsakipuja voi ilmetä. Koska kehitysvammaisen on vaikea nimetä ahdistuneisuuden tunnetta, saattavat siitä syystä nämä somaattiset oireet korostua. (Koskentausta 2008, 3537.)

6.1 Yleistyneen ahdistuneisuuden ilmeneminen kehitysvammaisilla

Yleistynyt ahdistuneisuus voi ilmetä kehitysvammaisella erilaisena kuin ei-kehitysvammaisella. Yleistynyt ahdistuneisuus voi ilmetä kehitysvammaisella niin psyykkisinä kuin somaattisina oireina. Kehitysvammaisella voi olla vaikeuksia ilmaista psyykkisiä tuntemuksia, jolloin ne ilmenevät somaattisina oireina, kuten päänsärkynä tai vatsakipuina. Yleistyneen ahdistuneisuuden yksi oire on jännittyneisyys, joka saattaa näkyä asiakkaalla fyysisenä vapinana, nykimisenä tai lihaskireytenä. Asiakas saattaa olla myös väsähtänyt, levoton tai yli valpas ympärillä tapahtuviin asioihin. (Hardy ym. 2010, 24; Koskentausta 2008, 3537; Yleistynyt tuskaisuus ja ahdistuneisuus 2014.)

Kehitysvammaisella asiakkaalla voi lisäksi esiintyä keskittymisvaikeuksia, nukahtamisen tai nukkumisen vaikeuksia. Ahdistuneisuus voi myös ilmetä aggressiivisuutena, itsensä vahingoittamisena, pelkoina tai rituaalisena käyttäytymisenä. (Koskentausta 2008, 3537; Yleistynyt tuskaisuus ja ahdistuneisuus 2014.)

6.2 Tukeminen hoitotyön menetelmin

Tärkeää on muistaa kohdatessaan ahdistunut henkilö, että ahdistuneisuuden tila on tahdosta riippumaton ja se aiheuttaa asiakkaalle kovasti kärsimystä, syyllisyyttä sekä häpeää. Stressiä tulisi välttää ja asiakkaalle tulisi tarjota erilaisia rentoutumiskeinoja. Tärkeässä roolissa on säännöllinen univalvetrytmi. Myös ulkoilu voi auttaa ahdistuksen lievityksessä. Alkoholia ja liiallista kofeiinin käyttöä tulisi välttää. (Huttunen 2015b.)

Asiakkaan arjessa korostuu lähiyhteisön tuki. Tärkeää on myös vierellä kulkeminen sekä myötäeläminen. Asiakkaalle tulisi tarjota mahdollisuuksia saada onnistumisen kokemuksia. Asiakkaan eduksi olisivat erilaiset toiminnalliset menetelmät sekä fyysinen toiminta, esimerkiksi ulkoilu ohjaajan kanssa. Nämä voivat auttaa oireiden hallinnassa. Mikäli asiakas on hyvin ahdistunut, arkisen tuen sekä avun lisäksi olisi hyvä saada ammatillista apua pitkäjänteisesti. (Yleistynyt tuskaisuus ja ahdistuneisuus 2014.)

7 MUUT HOITOTYÖN TUKEMISEN KEINOT

Sosiaali- ja terveystoiminnan perustana on ihmisarvon kunnioittaminen ja se, että kaikki ihmiset ovat yhdenvertaisia. Jokaisella on oikeus tarvitsemaansa hoitoon. Hoidon ja muiden palveluiden tulee pohjautua tietoon ja turvalliseen sekä ammattimaiseen osaamiseen. Kohtelun tulee olla yksilöllistä, inhimillistä, suvaitsevaa ja terveyden sekä hyvinvoinnin huomioimista kokonaisvaltaisena. (ETENE-Julkaisuja 35 2012, 6.)

Lakeja, jotka ohjaavat hoitotyötä on useita. Lisäksi kehitysvammaisia ihmisiä sekä heidän palveluidensa järjestämistä ohjaavat omat lait. Toimintaa ohjaavia lakeja ovat muun muassa Perustuslaki (731/1999), Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), Kansanterveyslaki (66/1972), Erikoissairaanhoidonlaki (1062/1989), Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) ja Mielenterveyslaki (1116/1990). Laki kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977) sekä Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987) ovat erityislakeja. Myös muissa säädöksissä on terveydenhuoltoa koskevia normeja. (Sosiaali- ja terveysministeriö, n.d.a; Sosiaali- ja terveysministeriö, n.d.b.)

7.1 Yksilöllinen hoitotyö

Hoidon lähtökohtana tulee aina olla yksilöllinen hoito. Yksilöllistä hoitoa voidaan kuvata myös prosessina, jonka avulla saadaan hyviä hoitotuloksia erilaisin hoitotyön keinoin. Asiakkaiden tukeminen hoitotyön keinoja käyttäen pohjautuu yhteistyölle asiakkaan ja ohjaajan välillä. Tavoitteena on yksilöllisyyden ja asiakaslähtöisyyden huomioiminen hyödyntäen asiakkaan omia voimavaroja. (Gustafsson, Leino-Kilpi, Papastavrou, Suhonen & Tsangari 2013, 81, 82; Hietanen, Holmia, Kassara, Ketola, Lipponen, Murtonen & Paloposki 2005, 10.)

Jotta pystytään tukemaan asiakkaan toimintakykyä, tulee ohjaajilla olla tiedot fyysisestä, psyykkisestä sekä sosiaalisesta toimintakyvystä. Tällaisia tietoja ovat muun muassa terveyden- ja sairaanhoitoon liittyvät tiedot, diagnoosit, tämän hetkiset ongelmat, toimintakyky ja mahdolliset apuvälineet sekä lääkehoito. (Ensio, Kinnunen & Liljamo 2012, 14–15; Hiltunen 2015, 12, 14.) Lisäksi ohjaajilla tulee olla ymmärrys näiden kaikkien tärkeydestä asiakkaan hyvinvoinnille (Hiltunen 2015, 12, 14).

Lisäksi Gustafssonin, Leino-Kilven ja Suhosen tutkimuksen (2009) mukaan kannustava johtajuus sekä työyhteisö motivoivat yksilölliseen hoitotyöhön. Samassa tutkimuksessa todettiin myös yksilön arvostamisen sekä asiakaslähtöisyyden olevan tekijöitä, jotka edistävät yksilöllisen hoidon toteutumista.

7.2 Arjen hoitotyö

Asiakkaan jokapäiväisistä perustarpeista huolehtiminen ja yhteistyö eri alan ammattilaisten, verkostojen, organisaatioiden ja läheisten välillä ovat ohjaajan työtä. Työskentelyn tulee perustua näyttöön, joka tarkoittaa sitä, että hoitotyö perustuu hoitotieteelliseen, tutkittuun tietoon. Tieto on parasta, ajan tasalla olevaa tietoa, jota käytetään asiakkaan terveyttä sekä hoitoa koskevassa päätöksenteossa sekä toiminnan toteutuksen pohjana. (Kekkonen ym. 2007, 6, 11.)

Erityisesti mielenterveyshäiriöitä sairastavan asiakkaan hoitotyö on asiakkaan sisäisen kasvun tukemista vuorovaikutuksessa ohjaajan kanssa. Siihen kuuluvat yhteistyötaitojen ja sosiaalisten taitojen tukemista ja niiden kasvattamista, neuvojen antamista sekä opettamista, huolenpitoa sekä ohjaajan oman persoonallisuuden käyttöä työvälineenä. Hoitotyön menetelmien avulla ohjaajat auttavat ja tukevat asiakkaita edistämään terveyttään sekä tulemaan toimeen sairauden ja sen aiheuttamien rasitusten kanssa. Lisäksi tavoitteena on edistää hyvinvointia sekä lisätä elämänhallintakykyä. (Kekkonen ym. 2007, 13.)

Yhdeksi hoitotyön menetelmäksi luetaan myös omahoitajuus. Tällöin hoitosuhde perustuu asiakkaan ja ohjaajan väliseen yhteistyöhön. Omahoitajuudessa keskeisimpiä asioita ovat luottamus, välittäminen, empatia sekä huolenpito. Tärkein väline hoitosuhteessa on kommunikatio. Ohjaajan toiminnan tulee täyttää ammatillisen toiminnan vaatimukset ja perustua tieteellisesti tutkittuihin tosiasioihin. Omahoitajuudessa asiakas voi kokea läheisyyttä, turvautua toiseen ihmiseen sekä tulla autetuksi oikeaan aikaan. (Kekkonen ym. 2007, 24–26.)

Yksi fyysisistä hoitotyön menetelmistä on asiakkaan perustarpeista huolehtiminen. Ohjaajan tulee huolehtia asiakkaan levosta sekä ravinnon saamisesta, hygienian hoitamisesta sekä kaikista muista päivittäisistä asioista, joihin asiakas ei itse pysty. Fyysisiin hoitotyön menetelmiin luetaan myös asiakkaan turvallisuudesta huolehtiminen sekä lääkehoidon toteuttaminen. (Antonsson, Åström, Lundström & Graneheim 2013, 576–580; Horppu 2008, 13–17.)

Toiminnallisiin hoitotyön menetelmiin kuuluu asiakkaan toimintakyvyn vahvistaminen sekä kehittäminen asiakkaan omia voimavaroja hyödyntäen. Asiakkaan kanssa yhdessä tekeminen auttaa asiakasta itsetunnon kohottamisessa. Yhdessä tekemisen myötä ohjaaja auttaa asiakasta käsittelemään tunteitaan, kuten esimerkiksi stressiä ja ahdistuneisuuden tunnetta. Yhdessä tekeminen on usein mielekäästä ja se tukee myös sosiaalisten taitojen harjoittelua. Toisille asiakkaille hengellisyys voi olla tärkeä asia. (Antonsson ym. 2013, 576–580; Horppu 2008, 13–17.)

7.3 Palvelujärjestelmä ja terapiat

Asiakkaille tarjottavien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tulee olla yksilöllisiä ja juuri kyseiselle asiakkaalle räätälöityjä. Kansallisten ja kansainvälisten suositusten mukaisesti asiakaslähtöisyydellä sekä yksilöllisyydellä on merkittäviä vaikutuksia hoidon laadulle sekä toiminnan toteutumiseen. (Gustafsson ym. 2013, 81, 82.)

Mielenterveyshäiriöitä sairastavia kehitysvammaisia voidaan tukea ja hoitaa myös erilaisten terapioiden avulla. Näitä ovat muun muassa psykoterapia, käyttäytymisterapia, erilaiset luovat terapiat ja toimintaterapiat. (Arvio & Aaltonen 2012, 165–172.)

Kehitysvammaisten parissa työskenteleminen on moniammatillista tiimityötä. Tärkeänä hoitotyön alueena on asiakkaan kohtaaminen, ymmärtäminen sekä kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin liittyvät asiat. Erityisesti korostuu psyykkisen voinnin, terveyden sekä selviytymisen tukeminen arkipäivän vaihtuvissa tilanteissa. (Kekkonen ym. 2007, 6, 11.)

7.3.1 Palvelujärjestelmä

Kehitysvammaisilla ilmenevät mielenterveyshäiriöt ja niihin liittyvät psyykkiset ja fyysiset muutokset voidaan yleensä hoitaa perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollossa työskentelevillä lääkäreillä tulisi olla tarpeeksi tietoa kehitysvammaisuudesta ja siihen liittyvistä erityispiirteistä, jotta hoito olisi hyvää. (Arvio & Aaltonen 2012, 173; Koskentausta 2006, 1934.)

Lääkärin kannattaa kehitysvammaisen lisäksi kysellä kehitysvammaisen voinnista ja sen muutoksista läheiseltä tai saattajalta, joka on tullut kehitysvammaisen kanssa lääkärin vastaanotolle. Haastattelu ei ole yksinään riittävä keino arvioida kehitysvammaisen henkilön mielenterveyshäiriötä. Jotta saataisiin kokonaisvaltainen näkemys, tulisi haastatella myös henkilön vanhempia tai muita lähihenkilöitä. Haastattelua voidaan täydentää kyselylomakkeella sekä arviointiasteikolla. Nämä helpottavat henkilön käyttäytymiseen sekä tunne-elämään liittyvien tietojen tiedonkeruussa sekä dokumentoinnissa. (Arvio & Aaltonen 2012, 173; Koskentausta 2006, 1929, 1934.)

Joskus perusterveydenhuollossa ei kehitysvammaista voida hoitaa esimerkiksi sen takia, että kehitysvammaisen mielenterveyshäiriö on akuutissa

vaiheessa tai ongelmat ovat niin vaativia, ettei hoitohenkilökunnan osaaminen riitä. Kehitysvammaisilla mielenterveyshäiriöihin liittyvät psyykkiset oireet ilmenevät usein toiminnallisempina kuin ei-kehitysvammaisilla. Jos perusterveydenhuollossa kehitysvammaista ei voida hoitaa, tulee sieltä tehdä lähete psykiatrian erikoissairaanhoidon yksikköön. Sairauden akuuttivaiheen jälkeen psykiatrian erikoissairaanhoido voi halutessaan konsultoida kehitysvammapsykiatrista yksikköä. Nämä yksiköt toimivat yleensä jatkohoitopaikkoina kehitysvammaiselle akuuttivaiheen jälkeen tai kriisihoitopaikkoina. (Arvio & Aaltonen 2012, 174; Koskentausta 2006, 1934.)

Isossa-Britanniassa tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa kerrotaan, että mielenterveyshäiriöitä sairastavia kehitysvammaisia voidaan hoitaa perusterveydenhuollon piirissä. Kirjallisuuskatsaukseen otetut tutkimukset kuitenkin osoittavat, että kehitysvammaisten on vaikeampi päästä perusterveydenhuollon pariin, koska niissä ei pystytä vastaamaan kehitysvammaisten hoidon tarpeeseen. Kehitysvammaiset kuitenkin tarvitsisivat perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluja. Niihin olisikin hyvä saada lisäkoulutusta kehitysvammaisista hoitohenkilökunnalle, jotta kehitysvammaisia voitaisiin hoitaa perusterveydenhuollon piirissä heidän tarvitsemalla tavalla. (Chaplin 2009, 190–192, 196–198.)

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja kehitysvammapsykiatrian tulisi tehdä tiivistä yhteistyötä. Tämä olisi tärkeää kehitysvammaisen hoidon jatkuvuuden kannalta. Kehitysvammapsykiatrian yksiköt ovat erikoistuneet puutteelliset kommunikaatiotaidot omaaviin kehitysvammaisiin. Näissä yksiköissä on työryhmiä, joilla on asiantuntijuutta aihealueesta. (Arvio & Aaltonen 2012, 174; Koskentausta 2006, 1934.)

7.3.2 Terapiat

Psykoterapiamenetelmät perustuvat yleensä keskusteluun, mutta kehitysvammaisilla perinteisten psykoterapiamenetelmien käyttö voi olla rajallista. Tämä johtuu siitä, että kehitysvammaisilla kommunikaatio voi tapahtua muilla tavoin kuin puhumalla tai siinä voi olla puutteita. Lievästi kehitysvammaisten kohdalla on mahdollista käyttää samoja terapiamenetelmiä kuin ei-kehitysvammaisilla. Psykoterapiassa, kuten myös muissa terapioidissa on tärkeää, että terapiaa vetävällä henkilöllä on tarpeeksi tietämystä kehitysvammaisuudesta. Lisäksi on hyvä tietää kehitysvammaisen kehitystasosta, kyvystä reagoida ja ymmärtää asioita sekä, millä tavalla kehitysvammaisen ilmaisee tunteitaan. Erilaisista psykoterapioista on hyötyä useimmille kehitysvammaisille, sillä he hyötyvät tukea antavista keskusteluista, joissa voidaan käyttää teemoja kuten itsetunto, ihmissuhteet ja selviytyminen arjessa. (Arvio & Aaltonen 2012, 165–167.)

Käyttäytymisterapia aloitetaan vasta, kun sairauden akuuttivaihe on ohi. Ennen käyttäytymisterapian alkua kehitysvammaisen tulisi pystyä itse hallitsemaan toimintaansa. Käyttäytymisterapian tavoitteena voi olla esimerkiksi ohjauksen ja neuvonnan vastaanottaminen, niiden vastustamisen välttäminen tai itsensä vahingoittamisen vähentäminen. Tavoitteet asetetaan yhdessä kehitysvammaisen kanssa. (Arvio & Aaltonen 2012, 167.)

Koska kaikki kehitysvammaiset eivät kykene kommunikoimaan puheella, pitää keskustelun tilalle löytää jokin toinen tapa. Luovat terapiat ja toimintaterapiat ovat tässä hyviä vaihtoehtoja. Näitä ovat muun muassa kuvataiterapia, musiikkiterapia, valokuvaterapia tai ratsastusterapia. Erilaisten luovien ja toimintaterapioiden tavoite on antaa kehitysvammaiselle keino esimerkiksi purkaa ahdistuneisuuttaan tai voittaa pelkonsa. Nämä ovat myös hyviä mahdollisuuksia kehitysvammaiselle luoda vuorovaikutusta muihin ihmisiin. Luovat terapiat ja toimintaterapiat ovat yleensä pitkäkestoisia, jopa vuosien mittaisia. Kehitysvammaisten on monesti helpompi ilmaista itseään ja ajatuksiaan toiminnan avulla kuin puhumalla. (Arvio & Aaltonen 2012, 172–173.)

Monille kehitysvammaisille terapeutista tulee usein todella tärkeä henkilö heidän elämässään. Heille ei välttämättä ole syntynyt turvallista kiintymyssuhdetta esimerkiksi heitä hoitaneiden kanssa, etenkin jos arjen toiminnassa huomio keskittyy hoidollisiin asioihin. Terapeutin tulee luoda kehitysvammaisen kanssa turvallinen kiintymyssuhde, jotta kehitysvammaisen saa mallin turvallisesta kiintymyssuhteesta. Kehitysvammaisten kanssa tulee kuitenkin luoda selvät rajat heti kiintymyssuhteen alussa. Terapian lopetus tulee suunnitella hyvin ja se tulee lopettaa suunnitelman mukaisesti. Lopetus pitää tehdä pitkäjänteisesti, jotta kehitysvammaisella on tarpeeksi aikaa sopeutua tilanteeseen. (Arvio & Aaltonen 2012, 167.)

8 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä tietoa siitä, millä tavalla eri mielenterveyshäiriöt ilmenevät kehitysvammaisilla. Lisäksi tarkoituksena on kerätä tietoa siitä, millä tavalla ohjaajat voivat tukea paremmin kehitysvammaisia asiakkaitaan hoitotyön menetelmin.

Tavoitteena on tuottaa opas toimeksiantajaorganisaation ohjaajille. Oppaan avulla ohjaajat mahdollisesti saavat apuja kehitysvammaisten asiakkaidensa mielenterveyshäiriöiden ilmenemisen tunnistamiseen sekä niissä tukemiseen hoitotyön menetelmiä käyttäen.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Mitä tiedetään kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöistä?
2. Miten mielenterveyshäiriöitä sairastavia kehitysvammaisia asiakkaita voidaan tukea hoitotyön menetelmiä käyttäen?
3. Millainen on hyvä hoitotyön opas?

8.1 Opinnäytetyön lähtökohdat

Toiminnallisen opinnäytetyön valitsimme siitä syystä, että halusimme saada aikaiseksi jotain konkreettista. Konkreettisella tarkoitamme sitä, että halusimme tehdä opinnäytetyön, josta olisi hyötyä ohjaajille käytännön työssä. Halusimme tehdä oppaan ohjaajia varten, koska olemme itsekkin kokeneet kehitysvammaisten parissa työskennellessämme, että tämän kaltaisesta op-

paasta olisi hyötyä. Monesti kehitysvammaisilla mielenterveyshäiriön oireet liitetään kehitysvammaisuuteen kuuluvaksi, vaikkei asia niin yksiselitteistä olekaan.

Opinnäytetyömme idea lähti siitä, että olemme molemmat kiinnostuneita kehitysvammaisuudesta sekä mielenterveyshäiriöistä. Työskentelemme molemmat kehitysvamma-alalla ja toinen meistä työskentelee yhdessä toimeksiantajaorganisaation yksikössä. Hän oli yhteydessä toimeksiantajaorganisaation kehittämisjohtajaan. Häneltä kysyttäessä vaihtoehtoja opinnäytetyön aiheeksi, hän antoi useita vaihtoehtoja.

Lopulta valitsimme aiheeksemme "Mielenterveyshäiriöiden ilmeneminen kehitysvammaisilla". Tästä aiheesta teemme oppaan toimeksiantajaorganisaation ohjaajille. Oppaassa tuomme esille hoitotyön menetelmiä, joita ohjaajat voivat käyttää hyödykseen tukiessaan asiakkaitaan, joilla on mielenterveyshäiriötä.

8.2 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on tutkimus tutkimuksesta. Sen tarkoituksena on kokonaiskuvan muodostaminen aiemmin tehdyistä tutkimuksista. Kirjallisuuskatsaus on tehtävä, jotta voidaan ymmärtää tutkittava aihe kokonaisvaltaisesti. Kirjallisuuskatsauksia on monia erilaisia, mutta ne kaikki sisältävät samat vaiheet. Opinnäytetyötä tehtäessä puhutaan yleensä systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta. (Stolt, Axelin & Suhonen (toim.) 2015, 23–32, 37.)

Kirjallisuuskatsaus lähtee liikkeelle opinnäytetyön tarkoituksen ja tutkimuskysymysten määrittämisestä. Tutkimuskysymysten tulee olla aiheen kannalta olennaisia, tarpeeksi laajoja muttei liian laajoja ja niihin tulee pystyä vastaamaan kirjallisuuden perusteella. Tämä vaihe on tärkeä, koska se antaa suunnan koko opinnäytetyölle. (Stolt ym. 2015, 24.)

Kun opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset ovat määritelty, alkaa kirjallisuushaku. Kirjallisuushaussa tehdään kaikki haut, mitä aiheeseen liittyen halutaan tehdä. Tarkoituksena on löytää tutkimukset ja muu materiaali, jotka vastaavat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Materiaalia tutkittavasta aiheesta etsitään erilaisista tietokannoista, aiheeseen liittyvistä internetsivustoilta, Pro gradu –tutkielma, alan lehdistä sekä julkaisemattomista lähteistä. Eli materiaalia haetaan sekä erilaisista tietokannoista että manuaalisella haulla. (Stolt ym. 2015, 25–26, 37.)

Ennen hakujen aloittamista tulee määritellä asiasanat, joiden avulla hakuja tehdään. Asiasanojen käyttö helpottaa löytämään aiheen kannalta oleelliset materiaalit ja auttaa rajaamaan materiaalia. Asiasanojen lisäksi haku voidaan rajata valitsemalla vain halutun kieliset materiaalit, rajaamalla materiaalin julkaisuvuotta sekä valitsemalla materiaalit, joista on saatavilla kokotekstit. (Stolt ym. 2015, 26–27.)

Tiedonhaussa tuloksia voi rajauksista huolimatta tulla hyvinkin paljon. Kun tiedonhaku on suoritettu, käydään tiedonhaun tulokset paremmin läpi. Tällöin tulokset käydään läpi otsikkotasolla, tiivistelmätasolla sekä kokotekstitasolla. Käytetään mukaanotto- ja poissulkukriteereitä, jotka määräytyvät tutkimuskysymysten perusteella. Ensin tiedonhaun tuloksia tarkastellaan otsikkotasolla ja poistetaan ne, jotka eivät sovellu opinnäytetyöhön. Kun nämä on poistettu, siirrytään jäljellä olevia materiaaleja tutkimaan tiivistelmätasolla ja poistetaan taas materiaalit, jotka eivät sovellu opinnäytetyöhön. Tämän jälkeen jäljellä olevaan materiaaliin perehdytään tarkemmin kokotekstitasolla ja valitaan ne, joita opinnäytetyössä tullaan käyttämään. (Stolt ym. 2015, 26–27.)

Tiedonhakua voidaan tehdä myös manuaalisesti. Tällöin voidaan käydä läpi tieteellisten aikakauslehtien artikkeleita tai tehdä Google-hakuja. Voidaan myös käydä manuaalisesti esimerkiksi opinnäytetöiden lähdeluetteloita läpi, jolloin voidaan löytää omaan aiheeseen liittyviä tutkimuksia, joita ei sähköisessä tiedonhaussa tullut esille. (Stolt ym. 2015, 27.)

Olemme tehneet opinnäytetyömme tiedonhaun systemoitua kirjallisuuskatsausta mukaillen. Opinnäytetyön aiheen valitsemisen jälkeen määritimme opinnäytetyön tarkoituksen ja tutkimuskysymykset. Mietimme tutkimuskysymykset tarkkaan, jotta ne vastasivat opinnäytetyömme tarkoitusta ja tavoitetta. Tavoitteenamme oli keksiä tutkimuskysymykset, jotka auttavat meitä kohdentamaan opinnäytetyön teoriaosuuden tarpeelliseen tietoon. Tavoitteena oli myös, että voisimme vastata tutkimuskysymyksiin kirjallisuuden perusteella.

Kun olimme määritelleet opinnäytetyömme tarkoituksen ja tutkimuskysymykset, aloitimme miettimään opinnäytetyömme kannalta keskeisiä käsitteitä. Keskeisiksi käsitteiksi tulivat kehitysvammainen, mielenterveys, mielenterveyshäiriöt, hoitotyön menetelmät sekä hoitotyön opas. Päädyimme käyttämään näitä keskeisiä käsitteitä myös asiasanoina kirjallisuushaussa.

Heti opinnäytetyöprosessin alussa teimme alustavia hakuja. Haut muokkaantuivat asiasanojen määrittämisen jälkeen. Päädyimme rajaamaan hakuja niin, että haimme tietoa vuosilta 2006–2016 suomen ja englannin kielellä. Tutkimusten kohdalla teimme myös rajauksen teksteihin, joista oli saatavilla kokotekstit. Hakuja teimme Medic- ja Cinahl- tietokannoista. Tämän lisäksi käytimme hyödyksemme manuaalista hakua esimerkiksi ammattialan lehtien läpikäymisen ja Google-hakujen muodossa. Haimme tietoa myös kirjoista, erilaisista internet-sivustoiden julkaisuista sekä Kehitysvammaliiton materiaalista.

Hakiessamme tietoa Medic- ja Cinahl- tietokannoista tuloksia tuli riippuen asiasanoista melko paljon. Hakutuloksista kuitenkin karsiutui moni pois jo otsikkotason perusteella. Sisällön perusteella hakutuloksista karsiutui edelleen paljon tuloksia. Hakutuloksista vain muutamat olivat mielestämme sopivia opinnäytetyöhömme. Manuaalisella haulla löysimme työhömme sopivia tutkimuksia alan lehdistä ja Google-hakujen avulla eri internet-sivustoilta. Koimme tiedonhaun haasteeksi aiheeseemme sopivan tutkitun tiedon ja kokonaisten tekstien löytämisen.

9 OPPAAN TEKEMINEN

Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa opas toimeksiantajaorganisaation ohjaajille. Oppaan avulla ohjaajat mahdollisesti saavat apuja kehitysvammaisten asiakkaidensa mielenterveyshäiriöiden ilmenemisen tunnistamiseen sekä niissä tukemiseen hoitotyön menetelmiä käyttäen.

Oppaan tekemisen tukirungoksi otimme Jämsän ja Mannisen (2001) tuotekehitysprosessin, jonka mukaan prosessissa on viisi erillistä vaihetta. Nämä viisi vaihetta ovat ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen, ideavaihe, luonnosteluvaihe, kehittämissuunnitelman laadinta ja viimeistelyvaihe. Käsittelemme opinnäytetyössämme vain neljä viimeistä vaihetta, koska toimeksiantajaorganisaatiossa oli jo valmiiksi huomattu tiedon tarve kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöistä.

9.1 Oppaan ideointi

Ideointiprosessi käynnistyy, kun kehittämistarpeet ja ongelmat ovat tunnistettu. Ideointiprosessissa tarkoituksena on etsiä ratkaisuja kehittämistarpeisiin löytämällä eri toteutusvaihtoehtoja. Toteutusvaihtoehtoja etsiessä voidaan miettiä, millainen tuote auttaisi ja vastaisi kehittämistarpeisiin sekä ongelmiin. (Jämsä & Manninen 2001, 35.)

Ideointiprosessissa on hyvä olla useampi henkilö, koska kaikilla on erilainen tapa ajatella ja kehitellä ideoita. Näin syntyy erilaisia ideoita. Kehittäjät itse arvioivat näitä ideoita. Tämän lisäksi kehittämisprosessin toimeksiantaja voidaan pyytää arviointiin mukaan. (Jämsä & Manninen 2001, 38.)

Mietimme erilaisia vaihtoehtoja millä tavoin tarvittava tieto kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöistä ja niissä tukemisesta saataisiin tuotua organisaation ohjaajille. Ehdotimme, että tekisimme aiheesta oppaan; toimeksiantaja hyväksyi ehdotuksemme.

9.2 Oppaan luonnostelu

Kun päätös tuotteesta joka halutaan valmistaa, on tehty alkaa tuotteen luonnostelu. Tuotteen luonnostelua voi ohjata erilaiset tekijät ja näkökohdat. Tällaisia ovat muun muassa arvot ja periaatteet, asiantuntijatieto, asiakasprofiili, tuotteen asiasisältö ja toimintaympäristö. (Jämsä & Manninen 2001, 43.)

Tuotteen luonnostelussa tulee ottaa huomioon keille se on tulossa, eli ketkä ovat hyödynsaajat. Tämän lisäksi tulee huomioida organisaatio, johon tuote tehdään. Jokaisella organisaatiolla on omat linjaukset esimerkiksi tuotteen tyylin ja asiasisällön suhteen. Organisaatioilla saattaa myös olla erilaisia arvoja ja periaatteita, joiden pohjalta tuote tulee tehdä tai, mitkä pitää tuotteessa huomioida. Asiasisällössä tulee myös huomioida tiedon alkuperä, eli esimerkiksi tuleeko asiasisällön olla kirjoitettu tutkimustietoon perustuen. (Jämsä & Manninen 2001, 44, 47, 49.)

Alustavan suunnitelman mukaan oppaassa tulee olemaan 10–12 sivua sekä kansilehti. Alussa kerromme lyhyesti kehitysvammaisista, mielenterveydestä sekä mielenterveydenhäiriöistä. Sen jälkeen oppaassa kerromme kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöistä. Olemme suunnitelleet, että jokaisesta mielenterveyshäiriöstä oppaassa olisi kaksi sivua tekstiä. Näistä ensimmäisellä sivulla kerrotaan kyseisestä mielenterveydenhäiriöstä. Toinen sivu on jaettu kahteen palstaan, joista toisessa kerrotaan mielenterveyshäiriön ilmenemisestä kehitysvammaisella ja toisessa kerrotaan tukemisesta hoitotyön menetelmin. Mielenterveyshäiriöiden jälkeen käsittelemme oppaassa muita hoitotyön tukemisen keinoja sekä hoitotyön toimintoja. Lyhyesti käymme läpi myös palvelujärjestelmän sekä eri terapiat.

Opas tulee toimeksiantajan pyynnöstä olemaan elektronisessa muodossa. Alustavasti olemme suunnitelleet tekemämme oppaan PowerPoint-ohjelmalla, joka muutetaan lopussa PDF-muotoon. Opas siirretään PDF-muodossa toimeksiantajaorganisaatiossa käytössä olevaan sähköiseen järjestelmään.

9.3 Oppaan kehittäminen

Kun luonnosteluvaiheessa on saatu päätettyä arvot ja periaatteet, asiasisällön linjaukset ja ratkaisuvaihtoehdot, tuotteen kehittäminen etenee näiden mukaisesti. Tuotteen sisältö muodostuu asiatekstistä, joka pohjautuu tutkittuun tietoon. Keskeinen sisältö on tarkoitus kertoa ymmärrettävästi ja täsmällisesti. Keskeisen sisällön esitystavassa tulee myös huomioida oppaan käyttäjien tiedontarve. (Jämsä & Manninen 2001, 54.)

Varsinaisessa tuotteen tekovaiheessa päätetään lopullisesti tuotteen asiasisällöstä, tyylistä ja ulkoasusta. Asiasisällössä tulee huomioida kenelle tuote on tehty, mihin tarkoitukseen se tulee ja kuinka laaja sen tulee olla. Tekstin tulee olla selkeää ja ymmärrettävää. Lukijan tulisi ymmärtää lukemansa ensimmäisellä lukukerralla. Tekstin hyvä jäsentely ja otsikointi selkeyttävät asiasisällön. Ulkoasun osalta toimeksiantajaorganisaatiolla saattaa olla vaatimuksia ja visuaalisia linjauksia, joita tulee noudattaa. (Jämsä & Manninen 2001, 56–57.)

Pyrimme tekemään oppaasta selkeän ja helppolukuisen, jotta toimeksiantajaorganisaation ohjaajien olisi helppo käyttää sitä hyödykseen. Pyrimme kirjoittamaan oppaan ymmärrettävällä kielellä ammattiterminologian sijaan, koska toimeksiantajaorganisaatiossa työskentelee useita eri sosiaali- ja terveystieteiden suorittaneita ohjaajia. Oppaan ulkoasun väriksi suunnittelimme turkoosia, koska se on värinä toimeksiantajaorganisaatiossa.

Opasta tehdessämme huomasimme sen, kuinka vaikeaa oli rajata tietoa. Haasteita toi usean tärkeän asian tiivistäminen selkeäksi ja informatiiviseksi oppaaksi, joka olisi vielä sopivan mittainen luettavaksi. Liian pitkä ja raskas opas ei saanut olla. Oppaasta tuli kuitenkin 21 sivun pituinen. Tämän kokemme vielä olevan sopivan mittainen luettavaksi.

9.4 Oppaan viimeistely

Ennen tuotteen viimeistelyä on hyvä saada siitä palautetta. Yksi hyväksi todettu keino on käyttää koekäyttäjiä. Koekäyttäjät voivat olla toimeksiantajaorganisaatiosta, mutta on myös hyvä käyttää koekäyttäjinä ihmisiä, joille kehitettävä asia tai ala ei ole ennestään tuttu. Näin saadaan palautetta esimerkiksi, onko tuotteen asiasisältö ymmärrettävä ja selkeä. (Jämsä & Manninen 2001, 80.)

Kun koekäyttäjiltä on saatu palautetta, voidaan tuote viimeistellä palautteiden avulla. Viimeistelyyn voi kuulua tuotteen sisällön yksityiskohtien tarkastelua, muokkaamista ja tuotteen päivittämisen suunnittelua. (Jämsä & Manninen 2001, 81.)

Opas luetutettiin kahdella henkilöllä, jotka eivät ole alan ihmisiä. Lisäksi opas luetutettiin viidellä henkilöllä, jotka omaavat eri koulutuksen, mutta työskentelevät hoitoalalla. Oppaamme koekäytettiin siis seitsemällä henkilöllä.

Palaute koekäyttäjiltä oli pelkästään positiivista. Oppaassa oli käytetty selkeää kieltä ja se oli informatiivinen. Asiat oli kerrottu oppaassa lyhyesti ja selkeästi. Sivuja oppaassa on 17 kappaletta. Yhden koekäyttäjän mielestä se oli melko paljon, mutta oppaan luettuaan hän totesi: "Ei oppaasta kyllä poiskaan voi mitään ottaa, eikä opas kyllä ole liian pitkä". Muutamia kielipillisiä korjausehdotuksia lukuun ottamatta, ei oppaaseen annettu kehittämisideoita.

10 TULOKSET

Opinnäytetyössä oli kolme tutkimuskysymystä, joihin kaikkiin löytyi vastaus. Tässä luvussa käsitellään jokaisen tutkimuskysymyksen tulokset erillisinä lukuina.

Tutkimuskysymyksinä olivat "Mitä tiedetään kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöistä?", "Miten mielenterveyshäiriöitä sairastavia kehitysvammaisia asiakkaita voidaan tukea hoitotyön menetelmiä käyttäen?" sekä "Millainen on hyvä hoitotyön opas?".

10.1 Mitä tiedetään kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöistä?

Kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöistä tiedetään muun muassa se, että mielenterveyshäiriöt ovat kehitysvammaisilla melko yleisiä. Kehitysvammaiset ovat alttiimpia mielenterveyshäiriöille. Noin 30–50 %:lla kehitysvammaisista esiintyy mielenterveyshäiriöitä. Mielenterveyshäiriöiden arviointi kehitysvammaisilla on haastavaa ja edellyttää laaja-alaista ja moniammatillista tutkimusta. (Arvio & Aaltonen 2012, 142; Koskentausta 2006, 1927–1928; Mileviciute & Hartley 2015, 158–159.)

Skitsofreniasta kehitysvammaisilla tiedetään muun muassa se, että skitsofreniaa esiintyy kehitysvammaisilla enemmän kuin ei-kehitysvammaisilla.

Kehitysvammaiset sairastuvat skitsofreniaan myös nuorempina verrattuna ei-kehitysvammaisiin. (Arvio & Aaltonen 2012, 146.)

Masennuksesta kehitysvammaisilla tiedetään muun muassa se, että masennus on alidiagnosoitu kehitysvammaisilla. Masennuksen oireet voivat näyttäytyä kehitysvammaisilla päinvastaisina kuin ei-kehitysvammaisilla. Aina masennuksen oireita ei kehitysvammaisilla tunnisteta masennukseen liittyviksi, vaan ne sekoitetaan kehitysvammaisuuteen kuuluvaksi. (Kuhanen ym. 2013, 206; Mielialahäiriöt 2014; Mileviciute & Hartley 2015, 159; Sepälä 1997, 70–71.)

Kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kehitysvammaisilla tiedetään muun muassa se, että sitä on kahta alatyyppeä eli I tyyppin ja II tyyppin kaksisuuntainen mielialahäiriö. Kehitysvammaisilla esiintyy erityisesti sekamuotoista ja nopeasyklistä kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Kehitysvammaisen käytöstä tulisi seurata pitkältä aikaväliltä, jotta kaksisuuntainen mielialahäiriö voidaan tunnistaa. (Kuhanen ym. 2013, 207; Mielialahäiriöt 2014; Saunders & Goodwin 2010, 318.)

Yleistyneestä ahdistuneisuudesta kehitysvammaisilla tiedetään muun muassa se, että yleistynyt ahdistuneisuus voi ilmetä erilaisena kuin ei-kehitysvammaisella. Yleistynyt ahdistuneisuus voi kehitysvammaisilla ilmetä niin psyykkisinä kuin somaattisina oireina. Tähän osasyynä voi olla se, että kehitysvammaisen voi olla vaikea ilmaista psyykkisiä tuntemuksiaan. (Hardy ym. 2010, 24; Koskentausta 2008, 3537; Yleistynyt tuskaisuus ja ahdistuneisuus 2014.)

10.2 Miten mielenterveyshäiriöitä sairastavia kehitysvammaisia asiakkaita voidaan tukea hoitotyön menetelmiä käyttäen?

Jotta kehitysvammaista asiakasta voidaan tukea mielenterveyshäiriöissä, tulee ensin määrittää asiakkaan hoitotyön tarve. Näiden tarpeiden perusteella kehitysvammaista voidaan tukea hoitotyön menetelmin. Mielenterveyshäiriötä sairastavaa kehitysvammaista voidaan tukea muun muassa asiakkaan oireita ja tilaa tarkkailemalla, seuraamalla, tukemalla sekä avustamalla. Näihin lukeutuvat erilaiset hoitotoimenpiteet, apuvälineiden hankkiminen sekä asiakkaan ohjaus. Tärkeää asiakkaan tukemisessa hoitotyön menetelmiä käyttäen on yksilöllisyyden ja asiakaslähtöisyyden huomioiminen. (Ensio ym. 2012, 14–15; Hiltunen 2015, 12, 14.)

Asiakkaan psyykkisen voinnin, terveyden ja selviytymisen tukeminen arkipäivän muutoksissa ja vaihtuvissa tilanteissa on tärkeää. Oikean diagnoosin saaminen ja sen myötä oikea lääkehoito on tärkeässä roolissa kehitysvammaisten asiakkaiden toipumisessa. Jokaista käsittelemäämme mielenterveyshäiriöitä yhdisti se, että pitkäaikainen hoitosuhde sekä turvallinen ja luotettava yhteistyösuhde ovat toipumisen kannalta erittäin tärkeässä roolissa. Tässä on apuna palvelujärjestelmä eri toimijoineen. (Kekkonen ym. 2007, 6, 11; Gustafsson ym. 2013, 81, 82.)

10.3 Millainen on hyvä hoitotyön opas?

Kun opasta aletaan suunnittelemaan, kaikki alkaa ongelmien sekä kehittämistarpeiden tunnistamisella. Nämä pitää tunnistaa ensin, jotta opas saadaan kohdennettua oikein. Ideavaiheessa tulee suunnitella, minkälaisesta oppaasta olisi paras hyöty kohderyhmälle. Tämän jälkeen luonnosteluvaiheessa voidaan tulevaa opasta alustavasti suunnitella. Suunnitellaan mitä opas sisältää ja mitä jätetään pois. Kehittelyvaiheessa opas toteutetaan lopulliseen malliin. (Jämsä & Manninen 2001, 35, 38, 43–44, 47, 49, 54, 56–57.)

Kun opas on saatu kehitettyä lopulliseen muotoon, on hyvä antaa opas luettavaksi muutamalla koekäyttäjälle. Hyvä olisi, jos oppaan lukisi muutama alalla työskentelevä henkilö sekä muutama muulla alalla työskentelevä henkilö. Heidän antamien palautteiden pohjalta opas viimeistellään ja näin opas saa lopullisen muotonsa. (Jämsä & Manninen 2001, 80–81.)

Hyvässä hoitotyön oppaassa on siis huomioitu kaikki tuotekehittelyprosessin viisi eri vaihetta. Oppaan tulee olla looginen ja selkeä. Oppaassa asiat liittyvät toisiinsa ja ovat kerrottu selkeässä ja loogisesti etenevässä järjestyksessä. Kappaleet ovat sopivan lyhyitä ja kappaleita erottaa pää- ja väliotsikot. Hyvän hoitotyön oppaan teksti on helppolukuista ja oppaassa on hyvä kielioppi. Hyvässä oppaassa on käytetty ymmärrettävää kieltä ammattiterminologian sijaan, koska oppaan lukijat koostuvat eri sosiaali- ja terveystieteiden alan koulutuksen suorittaneista. (Hyvärinen 2005, 1769–1773.)

11 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Eettisyys ja luotettavuus ovat tärkeitä opinnäytetyössä. Lähteitä valittaessa tulee olla lähdekriittinen. Hyvän ja luotettavan lähteen etsimisessä tulee huomioida muun muassa kirjoittajan arvostettavuus ja tunnettavuus. Mikäli kirjailijan nimi on teoksen tekijänä sekä muissa lähdeviitteissä, on kirjoittaja yleensä tunnettu. Tämä ei pelkästään kerro totuutta vaan kannattaa selvittää esimerkiksi, onko kirjoittaja aiheen asiantuntija vai joku muu, joka kirjoittaa aiheesta. Asiantuntijoiden kirjoitukset ovat yleensä myös arvostettuja sekä luotettavia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 113–114.)

Työtä tehdessämme olemme pyrkineet eettiseen otteeseen läpi koko opinnäytetyöprosessin. Lähteitä valitessamme olemme olleet lähdekriittisiä. Hyvän ja luotettavan lähteen ominaisuuksina huomioimme muun muassa tekstin kirjoittajan tunnettavuutta sekä arvostettavuutta. Pelkästään tunnettavuuteen emme kuitenkaan luottaneet. Selvitimme myös, onko kirjoittaja aiheen asiantuntija vai joku muu, joka kirjoittaa aiheesta.

Kirjoittajan lisäksi kannattaa huomioida lähteen ikä sekä alkuperä. Lähteiden suositellaan olevan tutkittua tietoa ja sen ei tulisi olla kymmentä vuotta vanhempaa. Vanhempi tieto saattaa olla jo paljon enemmän tutkittua ja muuttunutta. Lähteiden olisi hyvä olla myös tunnettujen ja arvostettujen kustantajien painamia, koska silloin faktat on tarkastettu. Lähdetekstin tulisi olla myös puolueetonta ja totuutta tavoittelevaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 113–114.)

Opinnäytetyötä tehdessämme huomioimme lähteen iän sekä alkuperän. Olemme pyrkineet käyttämään lähteinä pääsääntöisesti mahdollisimman uutta materiaalia. Muutama lähde työssämme on vanhempia kuin 10 vuotta, mutta katsoimme niiden olevan edelleen luotettavia ja ajankohtaisia.

Eettisyyteen kuuluu muun muassa toisten tekstin plagioimisen välttäminen. Plagioiminen on toisten tekstin suoraa lainaamista ilman sitaattimerkkejä, tai toisten tekstin käyttämistä ilman lähdeviitteitä. Tästä syystä pitääkin muistaa toisten tekstiä lainatessaan tai sen perusteella kirjoittaessaan käyttää kunnollisia teksti- ja lähdeviitteitä. Suoria lainauksia tehtäessä tulee käyttää sitaattimerkkejä sekä lähdeviitteitä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 182.)

Työmme on toiminnallinen opinnäytetyö ja se perustuu tutkittuun tietoon. Olemme hakeneet tietoa useista eri kirjoista sekä oppaista. Internetiä olemme hyödyntäneet niin manuaalisessa haussa kuin eri tietokannoista tietoa hakiessamme. Olemme käyttäneet eri hakusana yhdistelmiä, joilla olemme etsineet luotettavaa tietoa opinnäytetyömme aiheesta. (Liite 1, tiedonhaku; Liite 2, hakutulosten yhteenveto.)

Opinnäytetyömme eettisyyttä tukee se, että käyttämämme lähteet sekä aineistot perustuvat tieteelliseen, tutkittuun tietoon. Olemme käyttäneet luotettavia lähteitä sekä tietokantoja aineistoa hakiessamme. Emme plagioi suoraan muiden tekstiä, vaikka tulemme käyttämään toisten aineistoa työssämme. Lähteitä valitessamme olemme lähdekriittisiä, joka lisää työmme luottavuutta. Lähteiden kirjoittajat ovat tunnettuja sekä arvostettuja. Lähteet ovat totuudenmukaisia ja puolueettomia.

Opinnäytetyöstämme tulee julkinen. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan opinnäytetöiden verkkokirjastossa. Verkkokirjaston osoite on <http://www.thesis.fi>. Koska oppaamme tulee olemaan elektroninen ja se julkaistaan toimeksiantajaorganisaation sähköisessä järjestelmässä, on työn tilaajan määräämällä henkilöllä oikeus päivittää opasta tarvittaessa uuden tutkitun tiedon pohjalta.

12 POHDINTA

Tässä luvussa pohdimme opinnäytetyöprosessiamme. Pohdimme myös oppimiskokemusta sekä ammatillista kehittymistämme opinnäytetyöprosessin edetessä.

Toiminnallisen opinnäytetyömme tarkoituksena oli kerätä tietoa siitä, millä tavalla eri mielenterveydenhäiriöt ilmenevät kehitysvammaisilla. Lisäksi tarkoituksena oli kerätä tietoa siitä, millä tavalla ohjaajat voivat tukea paremmin kehitysvammaisia asiakkaitaan hoitotyön menetelmin. Tavoitteenamme oli tuottaa opas toimeksiantajaorganisaation ohjaajille.

Alussa tuntui haastavalta rajata työtämme, koska mielenterveyshäiriöistä löytyi todella paljon tietoa. Koska opinnäytetyömme aihe kuitenkin liittyi nimenomaan kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöihin, toi se haastetta teorialiedon etsintään. Kehitysvammaisista löysimme kyllä jonkin verran

tietoa, mutta löytämämme tieto ei useinkaan ollut tutkimustietoa, saati hoitotieteellistä. Mielenterveyshäiriöistä löytyi taas paljon tutkittua tietoa, mutta kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöistä emme juuri löytäneet uutta tietoa tai tutkimuksia.

Meillä oli vaikeuksia löytää kehitysvammaisten henkilöiden tukemisesta hoitotieteellisiä tutkimuksia. Myös mielenterveyshäiriöiden ilmenemisestä kehitysvammaisilla oli vaikea löytää ajankohtaista tietoa. Valitettavasti usein löytämämme tieto oli yli kymmenen vuotta vanhaa. Tästä syystä muutama lähde on vanhempia kuin kymmenen vuotta.

Opinnäytetyössämme suurimmaksi haasteeksi nousi kokemamme tiedon löytymisen puutteellisuus. Tästä haasteesta huolimatta koemme, että olemme saaneet tutkimuskysymyksiin vastaukset. Olemme hyvin tyytyväisiä tuotokseemme.

Kummallekin opinnäytetyöntekijälle tämän kaltaisen työn tekeminen oli uutta. Ennen opinnäytetyöprosessin aloittamista oli etsittävä tietoa opinnäytetyön tekemisestä. Hyödynsimme useita opinnäytetyöhön liittyviä työpaikkoja, joista saimme arvokasta tietoa opinnäytetyön tekemisestä. Prosessi oli pitkä, mutta edistyimme suunnitelmamme mukaisesti.

Kun saimme teoriaosuuden kuntoon, oli opas helppo toteuttaa. Hieman haasteita siinä toi tiedon määrä ja sen tiivistäminen luettavaksi oppaaksi. Kehittelemämme opas luetutettiin koekäyttäjillä. Koekäyttäjiltä saimme arvokasta palautetta, että olimme onnistuneet oppaan teossa hyvin. Opas oli selkeä ja asiat etenivät loogisessa järjestyksessä. Uskomme, että oppaasta tulee olemaan hyötyä toimeksiantajaorganisaation ohjaajille.

Opinnäytetyön tekeminen kehitti opinnäytetyöntekijöiden ammatillista kasvua. Olemme pystyneet syventämään omaa osaamistamme kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöiden ilmenemisessä ja niissä tukemisessa. Työtä tehdessämme olemme kehittyneet kirjoittajina sekä lähdekriittisyytemme on kehittynyt.

Johtopäätöksenä totesimme mielenterveyshäiriöiden olevan yleisiä kehitysvammaisilla henkilöillä. Myös kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöistä tulisi puhua sekä niitä pitäisi tutkia enemmän, koska mielenterveyshäiriöt ovat löytämämme tiedon perusteella yleisiä heidän keskuudessaan. Jokaisen käsitellyn mielenterveyshäiriön kohdalla todettiin pitkäaikaisen, turvallisen ja luotettavan hoitosuhteen olevan toipumisen kannalta tärkeässä roolissa. Myös palvelujärjestelmä eri toimijoineen on tärkeässä roolissa toipumisen kannalta.

Suomessa luvataan, että kaikki kansalaiset saavat tasavertaiset palvelut sekä hoidon. Opinnäytetyötä tehdessämme kuitenkin huomasimme tutkitun tiedon vajavaisuuden ja jäimme pohtimaan, toteutuuko tämä todella myös kehitysvammaisten parissa. Mietimme myös osataanko kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöihin kiinnittää vielä tarpeeksi huomiota, että niitä osattaisiin tutkia ja hoitaa, vaikka niiden yleisyys onkin tiedossa. Pietilän & Saa-

renheimon artikkelissa todetaan, että jopa 40 %:lla ikäihmisistä jää masennus kokonaan tunnistamatta. Mikähän on samainen luku kehitysvammaisilla, jotka eivät kykene välttämättä puhumaan tai sitten muutoin tuomaan ilmi omia tunteuksiaan?

Kehittämisehdotuksena esitetään lisätutkimusten tekemistä kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöihin liittyen. Tarvetta olisi selvittää myös kehitysvammaisten parissa työskentelevien tietämystä kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöistä. Myös Koskentausta on artikkelissaan jo vuonna 2006 todennut, että olisi välttämätöntä tutkia sekä kehittää kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöiden ehkäisyä, arviointia, lääkehoitoa ja muita hoitomenetelmiä.

Kehittämällä ja panostamalla näihin palveluihin sekä kouluttamalla lisää mielenterveystyön ammattilaisia voitaisiin parantaa mielenterveyshäiriöitä sairastavien kehitysvammaisten elämänlaatua. Näillä toimilla voitaisiin heidän elämästään tehdä myös laadukkaampaa.

LÄHTEET

Antonsson, H., Åström, S., Lundström, M. & Graneheim, U. H. 2013. Skilled interaction among professional carers in special accommodations for adult people with learning disabilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 20/2013, 576–583.

Arvio, M. & Aaltonen, S. 2012. Kehitysvammainen potilaana. Helsinki: Duodecim.

Castle, D. & Bosanac, P. 2012. Depression and schizophrenia. *Advances in psychiatric treatment* 18/2012, 280–288.

Chaplin, R. 2009. New research into general psychiatric services for adults with intellectual disability and mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research* 53(3), 189–199.

Ensio, A., Kinnunen, U-M. & Liljamo, P. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

ETENE-julkaisuja 35. 2012. Etiikan tilan sosiaali- ja terveysalalla. Viitattu 27.8.2016. <http://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENE-julkaisuja+35+Etiikan+tila+sosiaali-+ja+terveysalalla.pdf/b02f3efc-c92b-456f-a97a-2a524ef3b2f9>

Gustafsson, M-L., Leino-Kilpi, H., Papastavrou, E., Suhonen, R. & Tsangari, H. 2013. Yksilöllinen hoito – potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. *Hoitotiede* 25 (2), 80–91.

Gustafsson, M-L., Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. 2009. Yksilöllistä hoitoa edistävät tekijät - hoitohenkilöstön näkökulma. *Tutkiva Hoitotyö* 7 (4), 4–11.

Hardy, S., Chaplin, E. & Woodward, P. 2010. Mental health nursing of adults with learning disabilities. *RCN guidance*.

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. *Mieli ja terveys*. Helsinki: Edita.

Hella, P., Häkkinen, U., Isohanni, M., Karvonen, M., Lehtinen, K., Peltola, M., Pirkola, S. & Suvisaari, J. 2008. PERFECT – Skitsofrenia. Skitsofrenian hoito, kustannukset ja vaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Viitattu 3.4.2016. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75719/T8-2008-VERKKO.pdf?sequence=1>

Henriksson, M., Hietanen, S. & Leppävuori, A. 1996. Katatoninen oireyhtymä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 1996;112 (21):1989. Viitattu 31.3.2016. http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo60411&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=

Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. 2014. Psykiatria. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy.

Hietanen, H., Holmia, S., Kassara, H., Ketola, M-L., Lipponen, V., Murtonen, I. & Paloposki, S. 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Hiltunen, P. 2015. Ikääntyneiden hoitotyö Suomessa. Katsaus kehittämistarpeisiin.

Viitattu 21.2.2016. http://www.hotus.fi/system/files/HOTUSJULKAISU_Hiltunen_2015.pdf

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Horppu, C. 2008. Psykiatrinen osastojakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemana. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma. Viitattu 3.9.2016. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/79732/gradu03148.pdf?sequence=1>

Huttunen, M. 2015a. Skitsofrenia (F20). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 31.3.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148

Huttunen, M. 2015b. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Viitattu 3.4.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00555#s4

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Duodecim 2005:121, 1769–1773. Viitattu 21.2.2016. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>

Isohanni, M., Koponen, H., Miettunen, J. & Mäkinen, J. 2007. Skitsofrenian negatiiviset oireet. Duodecim 2007; 123:911–916. Viitattu 31.3.2016. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96428.pdf>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kaski, M. (toim), Manninen, A. & Pihko, H. 2009. Kehitysvammaisuus. Helsinki: WSOY.

Kekkonen, N., Pöppönen, T. & Sainola-Rodriguez, K. 2007. Masentuneen potilaan näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät. Tutkimus ja kehittäminen masentunutta auttavista hoitotyön menetelmistä. Viitattu 21.2.2016. <http://www.pkssk.fi/documents/601237/4571866/isbn9789529793433.pdf/391799b6-0365-4dd8-a290-7fece0672686>

Koskentausta, T. 2006. Kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöt – mitä etsitään ja miten hoidetaan? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 1927–1935. Viitattu 22.1.2016. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95909.pdf>

Koskentausta, T. 2008. Kehitysvammaisten psyykkiset oireet selvitettävä moniammatillisesti. Suomen Lääkärilehti 42/2008, vsk 63. Viitattu 3.4.2016.

<http://www.eteva.fi/Global/Tiedostot/Eteva/Kehitysvammapsykiatria/Kehitysvammaisen%20psyykk%20oireet%20selvitett%C3%A4v%C3%A4%20Koskentausta%20SLL%202008.pdf>

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Laukkala, T., Riikola, T. & Salokangas, K.R. 2013. Skitsofrenia. Käypä hoito. Viitattu 3.9.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00031>

Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2009. Hyvä potilasohje edistää potilasturvallisuutta. Suomen Potilaslehti, 2/2009, 6–7. Viitattu 21.2.2016. http://www.potilasliitto.fi/lehti/Potilaslehti_2_09.pdf

Mielialahäiriöt. 2014. Mielenterveys ja kehitysvammaisuus. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Viitattu 1.4.2016. <http://verneri.net/yleis/mielialahairiot>

Mileviciute, I. & Hartley, S. L. 2015. Self-reported versus informant-reported depressive symptoms in adults with mild intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research 59(2), 158–169.

Noppari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Pirkanen, M., Varjoranta, P. & Pietilä, A-M. 2012. Nuorten päihteettömyyden ja mielenterveyden edistäminen. Tutkiva Hoitotyö 10 (2), 40–42.

Salokangas, R. & Tuominen, L. 2013. Skitsofrenia. Lääkärin käsikirja. Viitattu 31.3.2016. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/ltk/kotip_artikkeli=ykt00840&p_haku=skitsofrenia

Saunders, K. E. A. & Goodwin, G. M. 2010. The course of bipolar disorder. Advances in psychiatric treatment 16/2010, 318–328.

Seppälä, H. 1997. Vaikuttavat viestit. Opas kehitysvammaisten mielenterveyden ja käyttäytymisen arviointiin. Kehitysvammaliitto. Helsinki: Hakapaino Oy.

Skitsofrenia. n.d. Miten tukea sairastunutta? Oikealla hoidolla toimintakykyä arkeen. Viitattu 31.3.2016. http://www.skitsofreniainfo.fi/selviytyminen-arjesta/Miten_tukea_sairastunutta

Skitsofrenia ja psykoosit. 2014. Mielenterveys ja kehitysvammaisuus. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Viitattu 31.3.2016. <http://verneri.net/yleis/skitsofrenia-ja-psykoosit>

Sosiaali- ja terveysministeriö. n.d.a. Lainsäädäntöä. Sosiaali- ja terveystalvet. Vastuualueet. Viitattu 27.8.2016. <http://stm.fi/sotepalvelut/lainsaadanto>

Sosiaali- ja terveysministeriö. n.d.b. Vammaispalvelut ja tukitoimet. Sosiaalipalvelut. Sosiaali- ja terveystalvet. Viitattu 27.8.2016. <http://stm.fi/vammaispalvelut-tukitoimet>

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun Yliopiston Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, sarja A:73.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Mielenterveyshäiriöt. Viitattu 10.8.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>

Yleistynyt tuskaisuus ja ahdistuneisuus. 2014. Mielenterveys ja kehitysvammaisuus. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Viitattu 31.3.2016. <http://verneri.net/yleis/yleisty-nyt-tuskaisuus-ja-ahdistuneisuus>

Tietokanta	Hakusana(t)	Rajaukset	Osumien määrä	Valittujen lähteiden määrä	Hylättyjen lähteiden määrä otsikon perusteella	Hylättyjen lähteiden määrä sisällön perusteella
Medic	Kehitysvam* AND mielen-terveyshäir*	2006–2016 Kieli: suomi, englanti Kokoteksti	14	1	7	6
Medic	Kehitysvam*	2006–2016 Kieli: suomi, englanti Kokoteksti	86	2	57	27
Medic	Mielenterv*	2006–2016 Kieli: suomi, englanti Kokoteksti	635	2	612	21
Medic	Kehitysvam* AND op*	2006–2016 Kieli: suomi, englanti Kokoteksti	10	0	10	0
Medic	Hoitot* AND op* AND mielen-terveyshäir*	2006–2016 Kieli: suomi, englanti Kokoteksti	8	0	5	3
Medic	hoitotyön menetelmät AND ohjau*	2006–2016 Kieli: suomi, englanti Kokoteksti	44	0	39	5
CINAHL	Learning disability, intellectual disability, mental health	2006–2016 Englanti Kokoteksti	31	2	25	4
CINAHL	Learning disability, intellectual disability, helping methods	2006–2016 Englanti Kokoteksti	41	0	38	3

Kirjoittaja(t). Vuosi. Artikke- lin nimi.	Tarkoitus.	Tutkimusme- todi.	Tulokset.
Koskentausta. 2008. Kehitysvammaisten psyykkiset oireet selvitettävä moniammatillisesti.	Antaa tietoa kehitysvammaisten psyykkisistä oireista ja niiden tutkimisesta.	Lääketieteellinen katsausartikkeli.	Kehitysvammaisten avohoidon palveluita on kehitetty. Kehitysvammaisten mielenterveyspalveluita pitää vielä kehittää.
Koskentausta. 2006. Kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöt - mitä etsitään ja miten hoidetaan?	Antaa tietoa kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöistä.	Lääketieteellinen katsausartikkeli.	Kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöt ovat tavallisia, mutta arviointi ja hoito vaativaa, mutta tärkeää.
Horppu. 2008. Psykiatrinen osastojakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemana.	Kuvata potilaiden ja perheenjäsenten kokemuksia ja toiveita psykiatriasta kriisihoidoksista sairaalassa.	Kvalitatiivinen tutkimus.	Kokemuksia oli potilaan mielenterveyden tukemisesta mm. Potilaan oman psyykkisen voimien tiedostamisen vahvistamisesta. Toiveita oli mm. Tehtävien yhdessä läpikäymisestä.
Chaplin. 2009. New research into general psychiatric service for adults with intellectual disability and mental illness.	Arvioida mielenterveyshäiriötä sairastavien kehitysvammaisten hoitoa perusterveydenhuollossa ja erikoissairanhoidossa.	Kirjallisuuskatsaus.	Kehitysvammaisten pääsymahdollisuudet perusterveydenhuoltoon ovat vähentyneet. Perusterveydenhuollossa kehitysvammaisten hoitaminen on epäsuosituttua hoitohenkilökunnan parissa, mutta sitä voidaan parantaa koulutuksella.
Milevicicue & Hartley. 2015. Self-reported versus informant-reported depressive symptoms in adults with mild intellectual disability.	Päätarkoitus on tunnistaa masennuksen oireiden eroavuus kehitysvammaisten ja heidän hoitajien raportoinnin välillä.	Määrällinen Tutkimus.	Kehitysvammaiset ilmoittivat itse enemmän tunteisiin liittyviä ja kognitiivisia oireita. Hoitajat ilmoittivat taas enemmän somaattisia oireita.

MIELENTERVEYSHÄIRIÖIDEN ILMENEMINEN KEHITYSVAMMAISILLA

– Opas ohjaajille hoitotyön menetelmistä

© 2016 Raisa Hakala & Ella Simonen

Sisällysluettelo

- Dia 3 Yleistä kehitysvammaisuudesta
- Dia 4 Yleistä mielenterveydestä
- Dia 5 Yleistä mielenterveyshäiriöistä
- Dia 6 Kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöt
- Dia 7 Skitsofrenia
- Dia 8 Skitsofrenia kehitysvammaisilla, ilmeneminen ja tukeminen
- Dia 9 Masennus
- Dia 10 Masennus kehitysvammaisilla, ilmeneminen ja tukeminen
- Dia 11 Kaksisuuntainen mielialahäiriö
- Dia 12 Kaksisuuntainen mielialahäiriö kehitysvammaisilla, ilmeneminen ja tukeminen
- Dia 13 Yleistynyt ahdistuneisuus
- Dia 14 Yleistynyt ahdistuneisuus kehitysvammaisilla, ilmeneminen ja tukeminen
- Dia 15 Hoitotyön lähtökohdat
- Dia 16 Hoitotyön menetelmät arjessa
- Dia 18 Muut tukemisen keinot
- Dia 19 Lähteet

YLEISTÄ KEHITYSVAMMAISUUDESTA

- ▶ Kehitysvammaisella tarkoitetaan henkilöä, jonka henkinen toiminta tai kehitys on estynyt taikka häiriintynyt.
- ▶ Kehitysvamma ilmenee ymmärryksen alueella ja kehitysvammaisen on tavallisesti vaikeampi oppia uusia asioita.
- ▶ Kehitysvammaisella henkilöllä sosiaaliset, kielelliset, älylliset, motoriset ja omatoimisuuden taidot sekä tarkkaavaisuus ja hahmottamiskyky ovat heikommät kuin ei-kehitysvammaisella henkilöllä.
- ▶ Suomessa kehitysvammaisia on noin 50 000 ja heistä vaikea-asteisesti vammaisia on noin 10 000. Kehitysvammaisia miehiä on enemmän kuin naisia (54 % vs. 46 %).
- ▶ Kuten kehitysvammadiagnoseja on erilaisia, on myös kehitysvamman eri tasoja. Näitä tasoja ovat lievä, keskivaikea, vaikea sekä syvä.

YLEISTÄ MIELENTERVEYDESTÄ

- ▶ Mielenterveys on voimavara ja olennainen osa yksilön terveyttä.
- ▶ Mielenterveys on prosessi, jonka pohja muodostuu lapsuudessa ja mielenterveyden kehitys jatkuu läpi koko elämän.
- ▶ Erilaiset kehityskriisit ja muut elämän tapahtumat muokkaavat mielenterveyttä.
- ▶ Mielenterveyden määrittelevät yksilölliset kokemukset ja tekijät, sosiaalinen vuorovaikutus ja tuki, yhteiskunnalliset resurssit, rakenteet sekä kulttuuriset arvot.

YLEISTÄ MIELENTERVEYSHÄIRIÖISTÄ

- ▶ Mielenterveyden häiriötä käytetään yleisnimityksenä kaikille erilaisille psykiatrisille häiriöille, jotka koostuvat yleensä useista tekijöistä.
- ▶ Vakavimpiin mielenterveyshäiriöihin liittyy merkittäviä psyykkisiä oireita ja ne aiheuttavat toimintakyvyn sekä elämänlaadun heikkenemistä.
- ▶ Mielenterveyshäiriöiden oireet ilmenevät monilla eri tavoilla häiriöstä riippuen, kuitenkin oireisiin liittyy haittaa tai kärsimystä potilaalle.
- ▶ Mielenterveyshäiriöiden luokitus tapahtuu oireiden ja niiden ominaispiirteiden sekä vaikeusasteen perusteella.
- ▶ Mielenterveyshäiriöt eivät automaattisesti kuulu kehitysvammaisuuteen.

KEHITYSVAMMAISTEN MIELENTERVEYSHÄIRIÖT

- ▶ Mielenterveyshäiriöt ovat kehitysvammaisilla melko yleisiä ja noin 30–50 %:lla kehitysvammaisista esiintyy mielenterveyshäiriötä.
- ▶ Kehitysvammaisilla yleisyys mielenterveyshäiriöissä on vähintään kaksin- tai kolminkertainen verrattuna ei-kehitysvammaisiin.
- ▶ Kehitysvammaiset henkilöt ovat alttiimpia psyykkisille ongelmille.
- ▶ Häiriöiden esiintyminen riippuu kehitysvamman asteesta sekä mielenterveydelle altistavista tekijöistä.
- ▶ Kehitysvammaisten on vaikeampi selviytyä psyykkisistä ongelmista, koska kehitysvammaisuus vaikuttaa toimintakykyyn sekä oppimiseen.

SKITSOFRENIA

- ▶ Skitsofrenia kuuluu psykoottisiin sairauksiin.
- ▶ Kyseessä on vakava mielisairaus, joka aiheuttaa merkittävää toimintakyvyn heikentymisiä.
- ▶ Psykooseja esiintyy arvioilta 1-4 %:lla kehitysvammaisista.
- ▶ Kehitysvammaisilla henkilöillä on arveltu esiintyvän skitsofreniaa enemmän verrattuna ei-kehitysvammaisiin henkilöihin.
- ▶ Skitsofreniassa on tyypillisesti harhahuuloja, aistiharjoja, kuuloharjoja, hajanaista puhetta sekä muutoksia motorisessa toiminnassa.
- ▶ Lisäksi skitsofreniaan liitetään puhumattomuus, poikkeava tunneilmaisu ja käyttäytyminen sekä tunne-elämän häiriöt, kuten latistuneisuus ja kapeutuminen.

SKITSOFRENIA KEHITYSVAMMAISELLA

ILMENEMINEN

- ▶ Asiakas alkaa välttelemään tai pelkäämään yllättäen jotain asiaa.
- ▶ Asiakas eristäytyy yksikseen.
- ▶ Asiakas alkaa puhumaan toisista henkilöistä erikoisia väittämiä tai myrkytyspäilyn vuoksi hän ei suostu ottamaan lääkkeitään tai syömään ruokaansa.
- ▶ Asiakkaan taidot taantuvat yllättäen.
- ▶ Asiakkaan puheen määrä vähenee tai puheen sisältö muuttuu erikoiseksi.
- ▶ Hallusinaatiot voivat tulla ilmi siitä, että asiakas puhuu kuvitelluille henkilöille, kääntelelee päätään kuin kuulisi ääniä, haistelee ilmaa kuin jokin tuoksuisi, peittää silmiään tai korviaan tai huijaa nyrkeillä ilmaa.

TUKEMINEN

- ▶ Järjestetään toimintaympäristö mahdollisimman konkreettiseksi sekä selkeäksi.
- ▶ Sovitaan yhteiset pelisäännöt työyhteisössä, kuinka asiakkaan kanssa toimitaan.
- ▶ Päivittäiset toimet tulisi tehdä asiakkaan kanssa samalla kaavalla, yksilöllisyys huomioiden.
- ▶ Yksilöllinen toiminta- ja päivärytmi tuo turvaa asiakkaalle, samoin selkeät säännöt ja rajat.
- ▶ Lääkehoito on tärkeässä roolissa.
- ▶ Vältetään tilanteita, jotka stressaavat asiakasta.
- ▶ Pyritään turvaamaan rauhallinen ympäristö.

MASENNUS

- ▶ Mielialahäiriöt ovat yksi maamme merkittävistä kansanterveysongelmista.
- ▶ Masennus voidaan jakaa muun muassa lievään, keskivaikeaan, vaikeaan, psykoottiseen sekä jaksottaiseen masennukseen.
- ▶ Kehitysvammaisilla mielialahäiriöistä masennus on alidiagnosoitu. Vaikka masennus olisi melko luotettavasti tunnistettavissa tiettyjen tunnusmerkkien avulla, saatetaan oireilu sekoittaa kehitysvammaisuuteen kuuluvaksi.
- ▶ Masennus voi olla monimuotoinen.
- ▶ Masennuksen oireet eivät kaikilla ole samanlaiset, vaan voivat olla jopa täysin päinvastaiset.
- ▶ Kehitysvammaisten masennuksen hoidosta ei tiedettävästi ole tehty paljon tutkimuksia.
- ▶ Erilaisten avointen tutkimusten ja tapauselostusten avulla on saatu selville, että lääkehoidosta on hyötystä ja hyviä kokemuksia. Lääkehoidossa tulee muistaa lääkkeiden pitkä vaikutusaika. Lääkkeiden vaikuttamiseen halutulla tavalla saattaa mennä useampi viikkoa.

MASENNUS KEHITYSVAMMAISELLA

ILMENEMINEN

- ▶ Asiakkaalle voi tulla muutoksia ruokahaluun, nukkumiseen tai yleisvireyteen.
- ▶ Asiakas voi olla ärtynyt, vetäytynyt tai hän vältelee sosiaalisia tilanteita.
- ▶ Itkukohtauksia voi myös asiakkaalla ilmetä sekä herkkyyttä esimerkiksi ohjauksen yhteydessä.
- ▶ Suunnitelmallista itsetuhoisuutta voi esiintyä lievästi kehitysvammaisella asiakkaalla, mutta vaikeasti kehitysvammaisella asiakkaalla sitä ei voida pitää masennuksen mittarina.
- ▶ Masennukseen voi liittyä pakko-oireita sekä somaattista oireilua esimerkiksi epämääräistä kipua.

TUKEMINEN

- ▶ Tärkeää on asiakkaan tukeminen sekä huomioiminen.
- ▶ Masennuksen hoito on aina yksilöllistä.
- ▶ Kulmakivinä ovat pitkäaikainen hoitosuhde sekä turvallinen ja luotettava yhteistyösuhde ohjaajan kanssa.
- ▶ Hoidon ja kuntoutuksen onnistuminen yleensä edellyttää lääkehoidon, psykoterapian ja psykososiaalisen kuntoutuksen yhteensovittamista onnistuneesti.
- ▶ Sosiaalisten taitojen tukeminen.

KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ

- ▶ Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäkestoinen sairaus.
- ▶ Kaksisuuntainen mielialahäiriö on mielenterveyshäiriö, jossa mielialat vaihtelevat masentuneisuuden ja kiihtyneisyyden eli manian välillä.
- ▶ Kaksi alatyyppeä, jotka ovat I tyyppin ja II tyyppin kaksisuuntainen mielialahäiriö.
- ▶ I tyyppissä manian ja masennuksen vaihtelut tapahtuvat sykleittäin sekä sekamuotoisia jaksoja ilmenee. Joillakin voi olla myös pelkkiä toistuvia manijaksoja.
- ▶ II tyyppissä manian tilalla on hypomania eli lieväasteinen kiihtyneisyys, joka vuorottelee masennuksen kanssa.
- ▶ Kehitysvammaisilla esiintyy erityisesti sekamuotoista kaksisuuntaista mielialahäiriötä.
- ▶ Myös nopeasyklisiä kaksisuuntaista mielialahäiriötä esiintyy, siinä masennus ja mania kausia on vuodessa enemmän kuin neljä.

KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ KEHITYSVAMMAISELLA

ILMENEMINEN

- ▶ Maanisen jakson aikana asiakkaan mieliala on kohonnut ja hän voi olla ylivilkas, eikä nuku öisin kuten aiemmin.
- ▶ Yleisiä manian oireita ovat myös ärtyneisyys ja aggressiivisuus. Asiakas voi olla myös levoton, kiihtynyt tai herkempi kuin yleensä.
- ▶ Levottomuuden ja aggressiivisuuden kausittainen toistuminen voi olla näkyvimpiä oireita asiakkaan kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä.
- ▶ Asiakas ei jaksa keskittyä samaan asiaan kauaa.
- ▶ Asiakkaan puhuminen voi myös lisääntyä ja se voi olla äänekkäämpää kuin yleensä.
- ▶ Myös puhumattomilla asiakkailla ääntely saattaa lisääntyä.

TUKEMINEN

- ▶ Oikean diagnoosin saaminen on ensisijaisen tärkeää.
- ▶ Hoidon lähtökohtana on lääkehoito sekä moniammatillisen työryhmän tiivis yhteistyö.
- ▶ Hoidon ja kuntoutuksen onnistuminen edellyttää lääkehoidon, psykoterapian ja psykososiaalisen kuntoutuksen yhteensovittamista.
- ▶ Tuki ja apu arjessa ovat tärkeitä niin asiakkaalle itselleen kuin asiakkaan läheisille.

YLEISTYNYT AHDISTUNEISUUS

- ▶ Kun tuskaisuus on voimakasta, pitkäkestoista ja vaikuttaa merkittävästi elämänlaatuun huonontaan sitä, on kyse mielenterveyshäiriöstä.
- ▶ Ahdistuneisuushäiriöihin liittyy pelon, ahdistuneisuuden sekä jännittyneisyyden lisäksi myös autonomisen hermoston aktivoitumisesta johtuvia somaattisia oireita.
- ▶ Kehitysvammaisen on vaikea nimetä ahdistuneisuuden tunnetta, siitä syystä somaattiset oireet saattavat hänellä korostua.
- ▶ Ahdistuneisuushäiriöihin luetaan myös julkisten paikkojen ja sosiaalisten tilanteiden pelko sekä paniikkihäiriö.

YLEISTYNYT AHDISTUNEISUUS KEHITYSVAMMAISILLA

ILMENEMINEN

- ▶ Voi ilmetä asiakkaalla niin psyykkisinä kuin somaattisina oireina.
- ▶ Yleistyneen ahdistuksen yksi oire on jännittyneisyys, joka saattaa näkyä asiakkaalla vapinana, nykimisenä tai lihaskireytenä.
- ▶ Asiakas saattaa olla myös väsähtänyt, levoton tai ylivalpas ympärillä tapahtuviin asioihin.
- ▶ Asiakkaalla voi lisäksi esiintyä keskittymisvaikeuksia ja uniongelmia.
- ▶ Ahdistuneisuus voi myös ilmetä aggressiivisuutena, itsensä vahingoittamisena, pelkoina sekä rituaalisena käyttäytymisenä.

TUKEMINEN

- ▶ Asiakkaan arjessa korostuu lähiyhteisön tuki.
- ▶ Tärkeää on vierellä kulkeminen sekä myötäeläminen.
- ▶ Asiakkaalle tulee tarjota mahdollisuuksia saada onnistumisen kokemuksia.
- ▶ Stressiä tulisi välttää ja asiakkaalle tulisi tarjota erilaisia rentoutumiskeinoja.
- ▶ Tärkeässä roolissa on säännöllinen univalve-rytmi.
- ▶ Asiakkaan eduksi olisivat erilaiset toiminnalliset menetelmät sekä fyysinen toiminta, kuten ulkoilu.
- ▶ Mikäli asiakas on hyvin ahdistunut, niin arkisen tuen sekä avun lisäksi olisi hyvä saada ammatillista apua pitkäjänteisesti.

HOITOTYÖN LÄHTÖKOHDAT

- ▶ Sosiaali- ja terveystoiminnan perustana on ihmisarvon kunnioittaminen ja se, että kaikki ihmiset ovat yhdenvertaisia.
- ▶ Hoidon ja muiden palveluiden tulee pohjautua tietoon ja turvalliseen sekä ammattimaiseen osaamiseen.
- ▶ Kohtelun tulee olla yksilöllistä, inhimillistä, suvaitsevaa ja terveyden sekä hyvinvoinnin huomioimista kokonaisvaltaisena.
- ▶ Asiakkaiden tukeminen pohjautuu yhteistyölle asiakkaan ja ohjaajan välillä.
- ▶ Tavoitteena on yksilöllisyyden ja asiakaslähtöisyyden huomioiminen hyödyntäen asiakkaan omia voimavaroja. Tässä korostuu ohjaajien tiedot fyysisestä, psyykkisestä sekä sosiaalisesta toimintakyvystä.
- ▶ Kannustava johtajuus sekä työyhteisö motivoivat yksilölliseen hoitotyöhön. Myös yksilön arvostaminen sekä asiakaslähtöisyys ovat tekijöitä, jotka edistävät yksilöllisen hoidon toteutumista.

HOITOTYÖN MENETELMÄT ARJESSA

- ▶ Hoitotyön menetelmien avulla ohjaajat auttavat ja tukevat asiakkaitaan edistämään terveyttään sekä tulemaan toimeen sairauden ja sen aiheuttamien rasitusten kanssa.
- ▶ Hoitotyön menetelmien tulee pohjautua tietoon ja turvalliseen sekä ammattimaiseen osaamiseen. Tiedon tulee perustua hoitotieteelliseen, tutkittuun tietoon.
- ▶ Tarpeiden määrittäminen on asiakkaan hoitoon liittyvien ongelmien määrittelemistä -> tarpeet tulee määritellä ensin, että voidaan suunnitella hoitotyön toimintoja sekä niiden toteuttamista.
- ▶ Mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan hoitotyö on asiakkaan sisäisen kasvun tukemista vuorovaikutuksessa ohjaajan kanssa.
- ▶ Hoitotyö sisältää asiakkaan huolenpitoa, neuvojen antamista ja opettamista ohjaajan omaa persoonallisuutta työvälineenä käyttäen.
- ▶ Hoitotyöhön sisältyy myös asiakkaan yhteistyötaitojen sekä sosiaalisten taitojen tukemista ja kasvattamista.

- ▶ Keskeisiä hoitotyön menetelmiä ovat asiakkaan oireiden sekä tilan tarkkailu, seuranta, avustaminen ja tukeminen, erilaisten hoitotoimenpiteiden suorittaminen, apuvälineiden järjestäminen ja niistä huolehtiminen sekä asiakkaan ohjaaminen.
- ▶ Yksi fyysisistä hoitotyön menetelmistä on asiakkaan perustarpeista eli levosta, ravinnosta ja hygieniasta huolehtiminen. Lisäksi tulee huolehtia kaikista muista päivittäisistä asioista, joihin asiakas ei itse pysty.
- ▶ Fyysisiin hoitotyön menetelmiin luetaan myös asiakkaan turvallisuudesta huolehtiminen sekä lääkehoidon toteuttaminen.
- ▶ Toiminnallisiin hoitotyön menetelmiin kuuluu asiakkaan toimintakyvyn vahvistaminen, hyödyntäminen sekä kehittäminen asiakkaan omia voimavaroja hyödyntäen.
- ▶ Asiakkaan kanssa yhdessä tekeminen auttaa asiakasta itsetunnon kohottamisessa. Yhdessä tekeminen on usein mielekästä ja se tukee myös sosiaalisten taitojen harjoittelua. Lisäksi tavoitteena on edistää sekä lisätä asiakkaan elämänhallintakykyä.
- ▶ Toisille asiakkaille voi hengellisyys olla tärkeä asia, joten tämä tulee huomioida asiakkaan hoidossa.
- ▶ Yhdessä hoitotyön menetelmäksi luetaan myös omahoitajuus. Omahoitajuudessa keskeisimpiä asioita ovat luottamus, välittäminen, empatia sekä huolenpito.
- ▶ Kohtelun tulee olla yksilöllistä, inhimillistä, suvaitsevaa sekä terveyden ja hyvinvoinnin huomioimista kokonaisvaltaisesti.

MUUT TUKEMISEN KEINOT

PALVELUJÄRJESTELMÄ

- ▶ Mielenterveyshäiriöt ja niihin liittyvät psyykkiset ja fyysiset muutokset voidaan yleensä hoitaa perusterveydenhuollossa.
- ▶ Mikäli perusterveydenhuollossa kehitysvammaista ei voida hoitaa, tulisi sieltä lähete psykiatrian erikoissairaanhoidon yksikköön.
- ▶ Sairauden akuuttivaiheen jälkeen psykiatrian erikoissairaanhoido voi konsultoida kehitysvammapsykiatrista yksikköä -> Nämä toimivat yleensä jatkohoitopaikkoina kehitysvammaiselle akuuttivaiheen jälkeen tai kriisihoitopaikkoina.
- ▶ Psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja kehitysvammapsykiatrian tulisi tehdä tiivistä yhteistyötä. Tämä olisi tärkeää kehitysvammaisen hoidon jatkuvuuden kannalta.

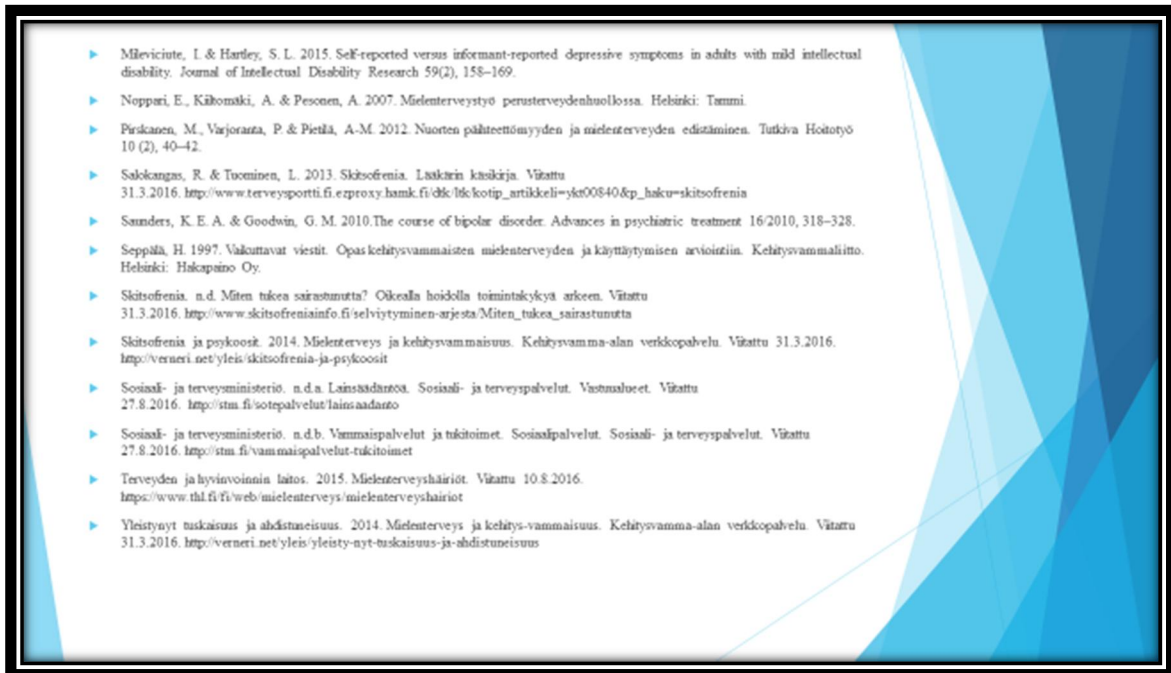
TERAPIAT

- ▶ Mielenterveyshäiriötä sairastavia asiakkaita voidaan tukea ja hoitaa myös erilaisten terapioiden avulla.
- ▶ Psykoterapia perustuu keskusteluun ja se soveltuu lievästi kehitysvammaiselle asiakkaalle.
- ▶ Käyttämisterapia aloitetaan akuuttivaiheen jälkeen. Tavoitteena voi olla esimerkiksi ohjauksen ja neuvonnan vastaanottaminen, niiden vastustamisen välttäminen tai itsensä vahingoittamisen vähentäminen.
- ▶ Luovat terapiat sekä toimintaterapiat soveltuvat kaikille. Näitä ovat esimerkiksi kuvataideterapia, musiikiterapia, valokuvaterapia tai ratsastusterapia. Näiden erilaisten terapioiden tavoite on antaa asiakkaalle keino purkaa ahdistuneisuuttaan tai voittaa pelkonsa.

LÄHTEET

- ▶ Antonsson, H., Åström, S., Lundström, M. & Graneheim, U. H. 2013. Skilled interaction among professional carers in special accommodations for adult people with learning disabilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 20(2013), 576–583.
- ▶ Arvio, M. & Aaltonen, S. 2012. Kehitysvammainen potilasta. Helsinki: Duodecim.
- ▶ Castle, D. & Bosnac, P. 2012. Depression and schizophrenia. *Advances in psychiatric treatment* 18(2012), 280–288.
- ▶ Chaplin, R. 2009. New research into general psychiatric services for adults with intellectual disability and mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research* 53(3), 189–199.
- ▶ Ensio, A., Kinnunen, U.-M. & Lijamo, P. 2012. FinCC-hoitokokonaisuuden käytönoja. Luokkakset, termistöt ja tilasto-ohjeet. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- ▶ ETENE-julkaisuja 35. 2012. Etikan tilaa sosiaali- ja terveysalalla. *Vitattu* 27.8.2016. <http://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENE-julkaisuja+35+Etikan+tila+sosiaali-+ja+terveysalalla.pdf/b02f3efc-c92b-456f-a97a-2a524ef3b2f9>
- ▶ Gustafsson, M.-L., Leino-Kilpi, H., Papazavrou, E., Suhonen, R. & Tsangari, H. 2013. Yksilöllinen hoito – potilaiden ja hoitajien näkömysten vertailu. *Hoitotiede* 25 (2), 80–91.
- ▶ Gustafsson, M.-L., Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. 2009. Yksilöllistä hoitoa edistävät tekijät -hoitohenkilöstön näkömyksiä. *Tutkiva Hoitotyö* 7 (4), 4–11.
- ▶ Hardy, S., Chaplin, E. & Woodward, P. 2010. Mental health nursing of adults with learning disabilities. RCN guidance.
- ▶ Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. Mielä ja terveys. Helsinki: Edita.
- ▶ Heila, P., Häkkinen, U., Isohalmi, M., Karvonen, M., Lehtinen, K., Peltola, M., Pirkola, S. & Seiväsari, J. 2008. PERFECT – Skitsofrenian hoito, kustannukset ja vaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. *Vitattu* 3.4.2016. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75719/T8-2008-VERKKO.pdf?sequence=1>
- ▶ Henriksson, M., Hietanen, S. & Leppävuoel, A. 1996. Katatonien oireyhtymä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 1996;112 (21):1989. *Vitattu* 31.3.2016. http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=doi60411&_dehthaku_view_article_WAR_dehthaku_p_auth=
- ▶ Henriksson, M., Lönnqvist, J., Mattinen, M. & Partonen, T. 2014. Psykiatria. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy.

- ▶ Hietanen, H., Holmäs, S., Kassara, H., Ketola, M.-L., Lippinen, V., Murtonen, I. & Palooski, S. 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.
- ▶ Hiltunen, P. 2015. Ikäntyneiden hoitotyö Suomessa. Katsaus kehittämistarpeisiin. *Vitattu* 21.2.2016. http://www.hotus.fi/system/files/HOTUSJULKAISU_Hiltunen_2015.pdf
- ▶ Horppu, C. 2008. Psykiatrin osastojako potilaiden ja perheenjäsenten kokemana. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkimus. *Vitattu* 3.9.2016. <https://tampere.fi/bitstream/handle/10024/79732/gradu03148.pdf?sequence=1>
- ▶ Humanen, M. 2015a. Skitsofrenia (F20). Lääkirikirja Duodecim. *Vitattu* 31.3.2016 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/ik.koti?p_artikkeli=dlk00148
- ▶ Humanen, M. 2015b. Yleistynyt ahdistusoireyhtymä. *Vitattu* 3.4.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/ik.koti?p_artikkeli=dlk00555#s4
- ▶ Isohalmi, M., Koponen, H., Miettinen, J. & Mäkinen, J. 2007. Skitsofrenian negatiiviset oireet. *Duodecim* 2007; 123:911–916. *Vitattu* 31.3.2016. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96428.pdf>
- ▶ Kaski, M. (toim.), Manninen, A. & Pihko, H. 2009. Kehitysvammaisuus. Helsinki: WSOY.
- ▶ Kekkonen, N., Pöppönen, T. & Sainola-Rodriguez, K. 2007. Masentuneen potilaan näytöön perustuvat hoitotyön menetelmät. Tutkimus ja kehittämistyö masentuneita auttavista hoitotyön menetelmistä. *Vitattu* 21.2.2016. <http://www.pksk.fi/documents/601237/4571866/istu9789529793433.pdf/391799b6-0365-4dd8-a290-7eccc0672686>
- ▶ Koskenntausta, T. 2006. Kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöt – mitä etsitään ja miten hoidetaan? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 1927–1935. *Vitattu* 22.1.2016. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95909.pdf>
- ▶ Koskenntausta, T. 2008. Kehitysvammaisten psyykkiset oireet selvittävä moniammatillisesti. *Suomen Lääkärilehti* 42/2008, vsk 63. *Vitattu* 3.4.2016. <http://www.eteva.fi/Global/Tiedostot/Eteva/Kehitysvammaisuuspsykiatria/Kehitysvammaisuus%20psykykk%20oireet%20selvitett%20C3%A4v%20C3%A4%20Koskenntausta%20SLL%202008.pdf>
- ▶ Kukanen, C., Oitinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.
- ▶ Leskela, T., Rikola, T. & Salokangas, K.R. 2013. Skitsofrenia. Käypä hoito. *Vitattu* 3.9.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kip/hoitoaalle/suositus?id=kip00031>
- ▶ Mielälähdäriöt 2014. Mielenterveys ja kehitysvammaisuus. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. *Vitattu* 1.4.2016. <http://veroneri.net/yleis/mielialahdriot>



- ▶ Mirevicute, I. & Hartley, S. L. 2015. Self-reported versus informant-reported depressive symptoms in adults with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 59(2), 158–169.
- ▶ Noppari, E., Kikomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveysyso perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.
- ▶ Pärskänen, M., Varjoranta, P. & Pietikä, A.-M. 2012. Nuorten päihtetönnyyden ja mielenrervevden edistämisen. *Tutkiva Hoitotyö* 10 (2), 40–42.
- ▶ Salokangas, R. & Tuominen, L. 2013. Skitsofrenia. Lääkärin käsikirja. Vitattu 31.3.2016. http://www.terveysportti.fi/eiproxy/hamk.fi/dk/16c/kotip_artikkeli-ykr00840&rp_haku=skitsofrenia
- ▶ Saunders, K. E. A. & Goodwin, G. M. 2010. The course of bipolar disorder. *Advances in psychiatric treatment* 16/2010, 318–328.
- ▶ Seppälä, H. 1997. Väkkuttavat viestit. Opas kehitysvammaisten mielenrervevden ja käyttäytymisen arviointiin. Kehitysvammaliitto. Helsinki: Hakapaino Oy.
- ▶ Skitsofrenia. n.d. Miten tukea sairastunutta? Oikealla hoidolla toimintakykyä arkeen. Vitattu 31.3.2016. http://www.skitsofreniainfo.fi/selviytyminen-arjesta/Miten_tukea_sairastunutta
- ▶ Skitsofrenia ja psykoosit. 2014. Mielenterveys ja kehitysvammaisuus. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Vitattu 31.3.2016. <http://verneri.net/yleis/skitsofrenia-ja-psykoosit>
- ▶ Sosiaali- ja terveysministeriö. n.d.a. Lainsäädäntöä. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Vastausalueet. Vitattu 27.8.2016. <http://stm.fi/sotopalvelut/lainsaadanto>
- ▶ Sosiaali- ja terveysministeriö. n.d.b. Vammaispalvelut ja tukitoimet. Sosiaalipalvelut. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Vitattu 27.8.2016. <http://stm.fi/vammaispalvelut-tukitoimet>
- ▶ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Mielenterveyshäiriöt. Vitattu 10.8.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>
- ▶ Yleistynyt tuskaisuus ja ahdistuneisuus. 2014. Mielenterveys ja kehitysvammaisuus. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Vitattu 31.3.2016. <http://verneri.net/yleis/yleisty-nyt-tuskaisuus-ja-ahdistuneisuus>