



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Hoitajien ajatuksia mielenterveys- ja päihdehoitotyöstä kotihoidossa

Ratinen, Sari

Talvitie, Marjut

2013 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Hoitajien ajatuksia mielenterveys- ja päihdehoitotyöstä kotihoidossa

Ratinen, Sari
Talvitie, Marjut
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2013

Ratinen Sari, Talvitie Marjut

Hoitajien ajatuksia mielenterveys- ja päihdehoitotyöstä kotihoidossa

Vuosi 2013 Sivumäärä 56

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa kotihoidon henkilöstön tämän hetkistä osaamista ja asennoitumista mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön. Saatuja tuloksia tullaan hyödyntämään esimerkiksi sisäisten koulutusten suunnittelussa sekä hoitotyön menetelmien ja moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä.

Työn tilaajana oli Perusturvakuntayhtymä Karviainen. Tämä opinnäytetyö on osa Pumppu-hanketta, joka on Etelä-Suomen alueella toteutettava EAKR-rahoitteinen teemahanke, jonka tavoitteena on hyvinvointipalvelujen kehittäminen.

Tämän opinnäytetyön aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi sekä määrällisiä että laadullisia kysymyksiä. Laadulliset kysymykset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä, määrälliset kysymykset Excel-ohjelmalla. Kysely tehtiin koko kotihoidon henkilökunnalle (97 henkilöä). Kyselyn vastausprosentti oli 57,7.

Kyselyn tuloksista ilmeni kotihoidon henkilökunnan tarve lisäkoulutukseen mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyössä. Erityisesti koulutusta katsottiin tarvittavan psyykkisten sairauksien ja lääkehoidon osalta. Myös alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista toivottiin lisää tietoa. Audit-testi ja mini-interventio termi oli tuntematon osalle kotihoidon henkilöstöstä, vaikka asiakkaan alkoholinkäytön puheeksi ottamisessa ja käytetyn alkoholin määrän arvioimisessa Audit-testi on perustyökalu.

Johtopäätöksenä tästä opinnäytetyöstä voitiin todeta, että osaaminen vaatii päivitystä ja lisäkoulutusta erityisesti lääkehoidon, alkoholinkäyttöä mittaavien työkalujen käytössä sekä myös asenteissa mielenterveys- ja päihdeasiakkaita kohtaan.

Jatkotutkimusaiheena olisi hyvä selvittää, mitä muutoksia lisä- ja täydennyskoulutuksella saadaan aikaan hoitajien asenteissa mielenterveys- ja päihdeasiakkaita ja heidän kanssaan tehtävää hoitotyötä kohtaan. Tämä asiakaskunta tulee myös kotihoidossa lisääntymään, kun laitoshoitopaikkoja vähennetään ja potilaat siirtyvät avohoitoon. Osa heistä tarvitsee psykiatrisen avohoidon käyntien lisäksi myös kotihoidon palveluita jokapäiväisistä arjen haasteista selviytyäkseen.

Asiasanat: mielenterveyshoitotyö, päihderiippuvuus, kotihoito, osaaminen.

Ratinen Sari, Talvitie Marjut

Thoughts of nurses on mental health work and welfare for intoxicant abusers in normal daily work at home care

| | | | |
|------|------|-------|----|
| Year | 2013 | Pages | 56 |
|------|------|-------|----|

The aim of this study was to survey home care personnel's present knowledge and attitude towards mental health work and welfare for intoxicant abusers. The results of this study will be utilized in planning internal training and developing nursing methods and co-operation relationship.

The subscriber of this study was Karviainen Joint Municipal Authority for Health Care and Social Services. This study was part of the Pumppu project, which is an EAKR financed theme project in southern Finland. The aim of Pumppu project is to develop welfare services.

The data of this study was collected by a semi-structured questionnaire, which included both quantitative and qualitative questions. The qualitative questions were analysed by inductive analysis and the quantitative questions with Excel software. The questionnaire was sent to all home care personnel (97 persons). The response rate was 57,7 per cent.

The study results showed that home care personnel need additional training in mental health and intoxicant abusers nursing. More education is needed especially for mental illnesses and medication. Also more information was requested for joint effects of alcohol and medication. Part of the home care personnel did not recognize the term mini-intervention or Audit test. Audit test is a basic tool to estimate the amount of alcohol consumption. It is also a good way to bring up the use of alcohol.

Conclusion of this study was that home care personnel's know-how needs to be updated. Updating is needed especially in medication, alcohol abuse and using of basic tools to estimate delete alcohol consumption. Also the attitude towards mental health and substance abuse patients should be improved.

In further studies it would be good to find out what kind of changes in personnel's attitudes for mental health work and substance abuse could be achieved by additional training. This clientele will increase in the future when institutional nursing reduces and patients will be moved to treatment of outpatients in addition to psychiatric treatment. Some of them will need more support from home care personnel to survive in daily life.

Keywords: mental health work, substance abuse, home care, know how.

Sisällys

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Johdanto..... | 6 |
| 2 | Teoreettinen tietoperusta..... | 7 |
| 2.1 | Mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestäminen..... | 7 |
| 2.2 | Vanhukset tarvitsevat mielenterveyspalveluita ja tukea..... | 8 |
| 2.3 | Ikääntyneiden alkoholin suurkulutus..... | 10 |
| 2.4 | Peruskäsitteet..... | 11 |
| 2.4.1 | Mielenterveyshoitotyö..... | 11 |
| 2.4.2 | Päihderiippuvuus..... | 11 |
| 2.4.3 | Kotihoito..... | 12 |
| 2.4.4 | Turvattomuus..... | 13 |
| 2.4.5 | Osaaminen..... | 14 |
| 3 | Tutkimuskysymykset..... | 16 |
| 4 | Tutkimusmenetelmät..... | 17 |
| 4.1 | Tutkimusmenetelmän kuvaus..... | 17 |
| 4.2 | Määrällinen tutkimus..... | 18 |
| 4.3 | Laadullinen tutkimus..... | 19 |
| 4.4 | Aineiston keruu, tutkimuslupa ja aikataulu..... | 19 |
| 4.5 | Sisällönanalyysi..... | 20 |
| 4.6 | Tutkimuksen etiikka ja luotettavuus..... | 21 |
| 5 | Opinnäytetyön tulokset..... | 23 |
| 5.1 | Määrällisten kysymysten analysointi..... | 23 |
| 5.2 | Avointen kysymysten analysointi..... | 31 |
| 5.2.1 | Alkoholismi..... | 31 |
| 5.2.2 | Psykoosin oireet..... | 32 |
| 5.2.3 | Muu asiaan liittyvä tieto..... | 32 |
| 6 | Johtopäätökset..... | 33 |
| 6.1 | Tulosten tarkastelu..... | 33 |
| 6.2 | Kehittämisehdotukset..... | 37 |
| 6.3 | Pohdinta..... | 38 |
| | Lähteet..... | 41 |
| | Liitteet..... | 44 |

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kotihoidossa työskentelevien hoitajien ajatuksia mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohtaamisesta sekä oman osaamisen tämän hetkestä tasosta edellä mainittujen asiakasryhmien hoitotyössä. Tavoitteena on tuottaa tietoa päivittäisen työn tukemiseksi Perusturvakuntayhtymä Karviaisen kotihoidon henkilökunnalle. Opinnäytetyö ja aineistonkeruu toteutetaan Perusturvakuntayhtymä Karviaisen kotihoidossa. Tiedon lähteenä ovat nimenomaan hoitajien näkökulma ja heidän henkilökohtaiset kokemuksensa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitamisesta. Työn toivotaan tuovan lisää tietoa hoitajien omista ajatuksista, käsityksistä ja kokemuksista mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa tehtävästä hoitotyöstä tällä hetkellä ja tulevaisuudessa. Opinnäytetyössä kerättyjen tietojen pohjalta laaditaan tarvittaessa uusia hoitotyön menetelmiä kotihoidon arkeen. Lisäksi on tarkoitus lisätä ja tarkentaa mielenterveys- ja päihdealan koulutusta hoitajien keskuudessa sekä käynnistää yhteistyötä eri alojen asiantuntijoiden kanssa (esim. päihdepoliiklinikat), mikäli opinnäytetyön tulokset osoittavat tällaiselle olevan tarvetta.

Aihe tälle opinnäytetyölle saatiin Perusturvakuntayhtymä Karviaisesta. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Perusturvakuntayhtymä Karviaisen kanssa. Perusturvakuntayhtymä Karviainen on Länsi-Uudellamaalla sijaitseva Karkkilan kaupungin ja Vihdin kunnan muodostama perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kuntayhtymä. Väestöpohja toiminta-alueella on n. 37 800 asukasta ja Karviainen työllistää n. 450 henkilöä. Toiminnan järjestämisen perustana käytetään elämänkaarimallia, joka tarkoittaa sitä, että Karviainen on jaettu palvelukokonaisuuksiin eli palvelulinjoihin asiakaskunnan iän mukaan. Lasten ja nuorten palvelulinjaan kuuluvat sellaiset perheet, joihin kuuluu alle 18-vuotiaita lapsia. Työikäisten palvelulinjaan kuuluvat perheet, joissa ei ole alle 18-vuotiaita perheenjäseniä sekä kaikki täysi-ikäiset kuntalaiset. Ikäihmisten palvelulinjan piiriin lukeutuvat yli 65-vuotiaat asiakkaat heidän tarvitessaan erityisiä vanhusten hoito-, hoiva-, kuntoutus- ja/tai tukipalveluita. Ikäihmisten palvelulinjan keskeisenä tavoitteena on mahdollistaa kotona asuminen ja täysipainoinen elämä korkeaan ikään saakka. Tavoitteeseen pyritään tukemalla kotona asumista erilaisin keinoin ja varmistamalla esimerkiksi palveluasumisen avulla tarpeen mukainen hoito ja hoiva. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2013.)

Karviaisen kotihoitotyön perusteena on sosiaalihuoltolaki (1982/710), kansanterveyslaki (1972/667) ja uusi terveydenhuoltolaki (2010/1326). Kotihoito on asumiseen ja henkilökohtaiseen huolenpitoon kuuluvien toimintojen suorittamista ja niissä avustamista. Moniammatillinen tiimi toteuttaa kotihoitoa vastaten asiakkaan perustarpeista, terveydentilan ylläpidosta, sairaan- ja lääkehoidosta. Kotihoidon palvelut on kohdistettu lähinnä vanhuksille, vammaisille ja pitkäaikaissairaille. Palveluita voi saada myös hankalan perhetilanteen tai alentuneen toimintakyvyn takia. Sairaus, vamma tai muu vastaava syy oikeuttaa myös avunsaantiin. Kotihoi

don palveluita voidaan tarjota joko tilapäisesti tai säännöllisesti ja säännöllisten palveluiden piiriin kuuluville asiakkaille tehdään henkilökohtainen hoito- ja palvelusuunnitelma. Tukipalvelut ovat osa palvelukokonaisuutta ja niihin kuuluvat esimerkiksi ateriapalvelu, sekä sosiaalihoitolain mukainen kuljetuspalvelu. Tukipalveluihin voi kuulua myös päivätoiminta, turvapalvelu ja palvelutaloissa tapahtuva kuntouttava intervallihoido. Kotihoidon henkilöstöön kuuluu sairaanhoitajia, lähihoitajia, kodinhoitajia sekä perushoitajia. Lähiesimiehinä toimivat osastonhoitajat. Kotihoidon henkilökunnalla on vaitiolovelvollisuus. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2013.)

Tämä opinnäytetyö on osa Pumppu-hanketta. Pumppu-hanke on Etelä-Suomen alueella toteutettava EAKR-rahoitteinen teemahanke, jonka tavoitteena on hyvinvointipalvelujen kehittäminen Länsi-Uudellamaalla. (Laurea Lohja 2013.)

2 Teoreettinen tietoperusta

Pumppu-hankkeen rahoittajina ovat Päijät-Hämeen liitto ja Etelä-Suomen maakuntien EU-yksikkö. Hanke toteutetaan osissa vuosina 2011 - 2014. Pumppu-hankkeessa pyritään löytämään ja luomaan uusia yhteistyön muotoja eri hyvinvointialojen toimijoiden kesken mukaan lukien paikallinen kolmas sektori. Länsi-Uudenmaan alueella Pumppu-hankkeessa on monia osahankkeita, joiden kaikkien päämääränä on lopulliselle asiakkaalle saumattoman ja kattavan hyvinvointipolun luominen ja käyttöönotto. Tätä työtä tehdään yhdessä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden kesken mm. palvelustrategioita ja kansalaisten toiveita kartoittamalla. Tuloksia tullaan esittelemään Perusturvakuntayhtymä Karviaisen kotihoidon henkilökunnalle koulutus- ja vastaavissa tilaisuuksissa. (Laurea Lohja 2013.)

Suomen lainsäädännössä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785) on säädetty, että jokaisella meistä on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, ihmisarvon loukaamattomuuteen sekä vakaumuksen ja yksityisyyden kunnioitukseen. Hoitotyötä on tehtävä tietoa jakaen ja yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Vastentahtoisesta hoidosta on erikseen säädetty sekä mielenterveys- (1990/1116) että päihdehuoltolaissa (1986/41). Jokaista terveydenhuollon ammattihenkilöä sitovat edellä mainittujen lakien ja asetusten lisäksi hoitotyön eettiset ohjeet, vastuut ja velvollisuudet, joihin sisältyy muun muassa ammattitaidon ylläpitäminen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559). (Finlex 2013; Sairaanhoitajaliitto 2013; Super-liitto 2013.)

2.1 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestäminen

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma painottaa vuosina 2012 - 2015 mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä yleisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kanssa samassa yhteydessä ja tehokkain menetelmin. Käytännössä tämä tarkoittaa mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarjoamista samoissa yksiköissä kuin muitakin terveyspalveluja esimerkiksi paikallisen terveysaseman tiloissa, kouluterveyden- tai työterveyshuollossa. Tavoitteena on luoda asiakkaalle mahdollisimman vaivaton ja helposti saavutettavissa oleva kokonaispalvelu, jossa huomioidaan niin fyysinen kuin psyykinen hyvinvointi ja sairauden hoito kuin myös sosiaalipalveluiden tarve. Samalla pyritään poistamaan mielenterveys- ja päihdepalveluita tarvitsevien henkilöiden leimautumista. Ennaltaehkäisevään työhön tullaan myös panostamaan ja kehittämään uusia tehokkaampia menetelmiä, joista yksi on edellä mainittu yhteistyö ”saman katon alla”. Ohjelmassa tuodaan esiin myös, että työntekijöillä tulee olla perusvalmiudet tunnistaa ja ottaa puheeksi asiakkaan tai potilaan mielenterveys- ja päihdeongelmat. Opetukselle ja koulutukselle työn ohessa tulee määrittää minimisisällöt. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Vaikeat mielenterveyden häiriöt, kuten eri syistä johtuvat psykoosit, ovat paljon luultua yleisimpiä. Yleisin syy psykoosiin on skitsofrenia. Päihteiden käyttö voi myös aiheuttaa psykoosin samoin kuin vanhusväestön somaattiset sairaudet. Varsinaisen psykoosin oireita ovat mm. harhaluulot, kuuloharhat, käyttäytymisen muutokset, tunne-elämän latistuminen ja aloitekyvyttömyys. Psykoosiin sairastuu yli kolme prosenttia suomalaisista jossain vaiheessa elämäänsä. Tyypillistä skitsofreniaan sairastuneille on pysyvä työkyvyn aleneminen ja usein ennenaikaiselle eläkkeelle siirtyminen. Elinikäennuste laskee myös 10 vuodella ja monet liitännäissairaudet rasittavat sairastuneita. Psykoosien kohdalla voidaankin aiheellisesti puhua jo kansanterveydellisestä ongelmasta. Tiedot on kerätty vuosina 2000 - 2001 tehdyn Terveys 2000 - tutkimuksen pohjalta. Edellinen vastaava kartoitus oli vuosina 1978 - 1980 tehty Mini-Suomi - tutkimus. (Kansanterveys 9/2006.)

Suomalaisen aikuisväestön psykoosiin sairastuneiden alueellisia eroavaisuuksia ja sosioekonomisia eroja on tarkasteltu ja tutkittu erityisesti tiettyjä psykoottisia häiriöitä, kuten alkoholin aiheuttamia psykooseja. Nämä psykoosit ilmenevät tyypillisimmin keski-ikäisillä miehillä, joilla on matala sosioekonominen asema ja runsaasti muita sairauksia. He kuormittavat terveyspalveluja ja myös kuolevat ennenaikaisesti. Alueellisten ja sosioekonomisten erojen tiedostamisen toivotaan tuovan apua terveydenhuollon järjestelmien ja palvelujen kehittämisessä. ”Psykoottisiin häiriöihin liittyvät haitat tulisi minimoida tarjoamalla parasta mahdollista yksilöllistä hoitoa ja kuntoutusta.” (Perälä 2013.)

2.2 Vanhukset tarvitsevat mielenterveyspalveluita ja tukea

Ruotsissa on tutkittu vanhusten mielenterveyspalveluja. Vanhusten mielenterveyspalvelujen ja mielenterveyteen liittyvä tuen ja avun tarve ei tule aina terveydenhuollossa tyydytetyksi läheskään samalla tavalla kuin nuorempien kansalaisten. Vanhusten psyykkiset ongelmat ovat monesti alidiagnosoituja ja -hoidettuja. Vanhuksille määrätään ja he käyttävät kuitenkin hyvin yleisesti psyykelääkkeitä kuten ahdistuneisuuteen ja käytöshäiriöihin määrättyjä mieliala- ja unilääkkeitä. Vanhusten, erityisesti yli 85-vuotiaiden miesten, itsemurha-alttius on lisääntynyt nuorempaan väestöön verrattuna. (Salmi & Jonasdottir-Bergman 2012.)

Mielenterveyden ongelmista kärsivät vanhukset jäävät nuorempaa väestöä heikompaan asemaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Vanhukset eivät myöskään hakeudu itsenäisesti mielenterveyspalvelujen käyttäjiksi kuten nuoremmat tekevät. Hoitohenkilökunnan tulisi pystyä havaitsemaan vanhusten mielenterveyden ongelmat jo varhaisessa vaiheessa pystyäkseen ohjaamaan heidät oikeanlaisten palvelujen piiriin. Tämä tarkoittaa muun muassa hoitohenkilökunnan tietoisuuden ja osaamisen lisäämistä sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollon somaattisella puolella. Vanhusten psyykkisiä ongelmia hoidetaan paljon esimerkiksi sisätauti-, kirurgia- ja geriatriaosastoilla työskentelevien lääkäreiden toimesta. Ruotsin terveydenhuoltoon tarvittaisiin lisää nimenomaan vanhuuspsykiatrian osaamista, jotta vanhusten psyykkisiin ongelmiin ja niiden asianmukaiseen hoitoon pystyttäisiin riittävästi vastaamaan. (Salmi & Jonasdottir-Bergman 2012.)

Ruotsin Sosiaalhallituksen vuoden 2008 tilannekatsauksessa todetaan huomattavan usean ikäihmisen kärsivän mielenterveyden häiriöistä. Ruotsin väestön ikääntyessä tulevat tämän tyyppiset ongelmat lisääntymään. Ikääntymisen on havaittu lisäävän riskiä sairastua mielenterveyden häiriöihin. Yli 65-vuotiaat kärsivät neljä kertaa todennäköisemmin masennuksesta kuin nuoremmat. Lisäksi fyysisten sairauksien, muistihäiriöiden ja psyykkisten sairauksien riski kasvaa. Katsauksen mukaan jotkut tutkimukset ovat osoittaneet, että jopa 30 prosentilla yli 70-vuotiaista on joko lievä tai vaikea psyykkinen sairaus ja noin 10 - 15 prosenttia yli 65-vuotiaasta väestöstä kärsii jonkinlaisesta masennuksesta. Vanhuksilla esiintyy myös psykooseja, kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä. Katsauksen mukaan 300 - 400 yli 65-vuotiaasta ruotsalaista yrittää itsemurhaa vuodessa. Ikäihmisten oireet esimerkiksi masennuksessa ovat erilaisia kuin nuorempien, siksi niitä voi olla vaikea diagnosoida. Ongelman diagnosoinnin jälkeen ensimmäinen ja pääasiallinen hoitomuoto on lääkehoito. Ongelma on kuitenkin siinä, että säännönmukaisesti ikäihmisiä yli- ja alihoitetaan lääkkeillä. Varsinkin psyykenlääkkeitä näytetään käytettävän iäkkäille virheellisin perustein ja seuranta on puutteellista. Perusterveydenhoitoon, vanhusten hoitoon ja mielenterveyteen tehtävien julkisten panostusten seuranta osoittaa, että useilla alueilla ei tehdä riittäviä panostuksia iäkkäiden mielenterveyspotilaiden hoitoa ajatellen. (Socialstyrelsen 2008.)

2.4 Peruskäsitteet

2.4.1 Mielenterveyshoitotyö

Mielenterveyshoitotyö tarkoittaa tässä opinnäytetyössä yksilön psyykkisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn sekä persoonallisuuden kasvun edistämistä ja mielisairauksien sekä muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielisairauksista ja mielenterveyden häiriöistä kärsiville henkilöille lääketieteellisin perustein sairauden tai häiriön vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat myös osa mielenterveyshoitotyötä. Mielenterveyshoitotyöksi luetaan myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen niin, että ne ennalta ehkäisevät mielenterveyden häiriöiden syntymistä ja edistävät mielenterveyshoitotyötä sekä tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. (Mielenterveyslaki 1990/1116.)

Mielenterveyshoitotyö sisältää yksilötason, ryhmätason ja yhteisötason. Kaikilla edellä mainituilla tasoilla tulee toteuttaa tutkivaa ja työtä ohjaavaa toimintaa, korjaavaa ja kuntouttavaa toimintaa sekä ennakoivaa ja ehkäisevää toimintaa. Kotihoidossa edellisistä merkittävin on yksilötason ennakoiva toiminta, johon sisältyy yksilön hoidossa ennakoivan näkökulman huomioiminen ja avun antaminen ajoissa tai oikeanlaisen avun piiriin ohjaaminen ajoissa. (Heiska 2010, 26 - 27).

Mielenterveyshoitotyötä tehtäessä psyykkisillä ja sosiaalisilla kuormitustekijöillä on yhteys hoitotyöntekijän kokemaan työhyvinvointiin. Kuormitustekijöillä on yhteys esimerkiksi työn hallintaan, johtamiseen, ilmapiiriin ja organisaatioon sitoutumiseen. Yhtenä työssä jaksamisen ja työhyvinvoinnin edellytyksenä voidaan pitää työn hallintaa. (Hämäläinen & Lantta 2008.) Työnohjaus on mielletty hyväksi keinoksi keventää henkistä kuormitusta ja auttaa työntekijää onnistumaan ja jaksamaan työssään (Hämäläinen & Lantta 2008, Paunonen-Immosen 2001, mukaan).

2.4.2 Päihderiippuvuus

Päihderiippuvuus tarkoittaa tässä opinnäytetyössä pakonomaista päihteidenkäyttöä (Holmberg 2010, 36 - 39). Voidaan puhua päihderiippuvuudesta, kun ihmisellä on pakonomainen tarve saada jatkuvasti tai ajoittain päihdettä (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 42). Päihderiippuvaiselle kemiallisten aineiden hallittu käyttö ja niiden käytön lopettaminen käy entistä hankalammaksi. Useimmiten päihdealtistus jatkuu pitkään, toistuu ja vähitellen johtaa toleranssin

kasvamiseen, lopettamisesta seuraa fyysisiä ja psyykkisiä vieroitusoireita. Päihteisiin sopeutuminen on yksilöllistä ja sopeutumisprosessi voi vaikuttaa negatiivisesti elämänhallintaan, hyvinvointiin, sosiaalisiin suhteisiin ja koko elämän prioriteetteihin. Päihderiippuvainen tuntee himoa päihteiden vaikutuksiin, vaikka saattaakin tiedostaa päihteiden käytöstä aiheutuvat ongelmat. Päihderiippuvaisen kyky itsenäisiin valintoihin päihteiden suhteen on heikentynyt. (Holmberg 2010, 36 - 39.) Ikääntyneen päihderiippuvaisen tunnistaminen asettaakin kotihoiton henkilökunnan varsin suureen rooliin (Nykky, Heino, Myllymäki & Rinne 2010, 17 - 19.)

2.4.3 Kotihoito

Kotihoito tarkoittaa tässä opinnäytetyössä asiakkaan kotiin annettavaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuutta, jolla autetaan hoito- ja huolenpitotyön keinoja käyttäen eri ikäryhmiin kuuluvia avuntarvitsijoita, joiden toimintakyky on heikentynyt joko tilapäisesti tai pysyvästi (Ikonen & Julkunen 2007, 14). Kotihoito käsittää sekä kotisairaanhoidon, kotipalvelun että tukipalvelut. Kotisairaanhoidolla tarkoitetaan lääkärin määräämiä sairaanhoidollisia asiakkaan kotona suoritettavia toimenpiteitä. Tällaisia ovat esimerkiksi näytteiden ottaminen ja toimittaminen tutkittavaksi sekä asiakkaan lääkityksen ja voinnin seuraaminen. Asiakkaan kotona voidaan tarvittaessa järjestää hyvin vaativaakin sairaanhoitoa, esimerkiksi saattohoito on mahdollista järjestää kotona. Tärkeänä osana kotisairaanhoidon työtä on myös omaisten tukeminen. Pääosa kotisairaanhoidon henkilöstöstä koostuu sairaanhoitajista. Kotipalvelu taas tarjoaa tukea ja apua asiakkaan kotiin, asiakkaan sitä tarvitessa sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi. Kotipalvelun toimilla turvataan arkiaskareista ja esimerkiksi henkilökohtaisen hygienian huolehtimisesta selviytyminen. Kotipalvelun henkilöstö muodostuu lähihoitajista, kodinhoitajista ja kotiavustajista. Tukipalveluiden tehtävänä on täydentää edellä mainittua kotisairaanhoidoa ja kotipalvelua, esimerkiksi järjestämällä siivousta, kylvetystä, kuljetuspalvelua sekä aterioiden kotiinkuljetusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Kotihoidon palvelujen käyttäjäksi voi päästä toimintakyvyn alenemisen, sairauden, vammaisuuden tai jonkin muun vastaavan syyn perusteella (Ikonen & Julkunen 2007, 16). Kotihoito tarjoaa asiakkaan tarpeista ja toiveista lähtevää palvelua, se mahdollistaa vanhusten ja vammaisten sekä pitkäaikaissairaiden selviytymisen joko kotona tai palvelutalossa. Kotihoidon tavoitteena on tukea asiakasta omatoimisuuteen ja edistää niin fyysistä kuin psyykkistäkin terveyttä sekä ylläpitää sosiaalisen turvallisuuden tunnetta. (Ikonen & Julkunen 2007, 16 - 46.) Kotihoidossa työympäristönä on yleensä asiakkaan oma koti tai asiakkaan omaisten koti (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 17 - 22). Kotihoitoa säätelevät kansanterveyslaki (1972/66) ja sosiaalihuoltolaki (1982/710). (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 24).

Havio, Inkinen ja Partanen (2008, 15) viittaavat Meleisin (1991) tekstiin, jossa todetaan hoitotyön olevan tietoon ja taitoon pohjautuvaa ammatillista toimintaa ja erilaisissa muutosprosesseissa olevan ihmisen tietoista ja tavoitteellista auttamista, ohjaamista sekä tukemista. Tämä toteamus sopii hyvin myös kotihoitotyöhön. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 15.)

Kirjaaminen on olennainen osa kotihoitotyötä. Kirjaamisen tarkoituksena on turvata hoidon jatkuvuus, hoitohenkilöstön oikeusturva ja tiedon vaihtuvuus. Hoitokertomuksesta tulee löytyä potilaan hoidon suunnittelu, toteutus, seuranta ja arviointi. Hoitokertomukseen tulee kirjata kaikki potilaan vointia ja hoitoa kuvaavat päivittäiset merkinnät, kokonaisuudessaan hoitokertomus on moniammatillinen työväline. Ei sovi myöskään unohtaa, potilaan oikeutta tarkastaa omat tietonsa potilasasiakirjoista (Henkilötietolaki 523/1999). (Nykänen & Junntila 2012; Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010.)

2.4.4 Turvattomuus

Turvattomuus on kotihoidon henkilökunnan yksilötasolla kokemaa turvattomuutta, joka on psykologinen kokemus ja voi ilmetä pelkoina, psykosomaattisina oireina ja huolestuneisuutena (Niemelä & Lahikainen 2000, 21). Työturvallisuuslain mukaan työntekijän on toimittava yhteistyössä niin työnantajan kuin työntekijöidenkin edustajien kanssa, jotta tämän lain tavoitteet saavutettaisiin. Mikäli työntekijä työssään kuormittuu terveyttä vaarantavalla tavalla, on työnantajan siitä tiedon saatuaan ryhdyttävä toimenpiteisiin kuormituksen selvittämiseksi ja vaaran vähentämiseksi. Työssä, johon liittyy väkivallan uhka, on olosuhteet järjestettävä niin, että tämä uhka ehkäistään jo ennakolta mahdollisuuksien mukaan. Tällöin työpaikalla tulee olla väkivallan torjumiseen ja rajoittamiseen tarvittavat turvallisuusjärjestelyt avun hälyttämiseksi. Mikäli työpaikalla esiintyy häirintää tai epäasiallista kohtelua, on työnantajan ryhdyttävä toimenpiteisiin epäkohdan poistamiseksi, välittömästi siitä tiedon saatuaan. Yksin työskenneltäessä, mikäli työhön liittyy ilmeinen vaara työntekijän turvallisuudelle, on työnantajan huolehdittava siitä, että vaara on mahdollisimman vähäinen. Avunhälyttämisen mahdollisuus on oltava varmistettu (Työturvallisuuslaki 2002/738).

Työturvallisuus- ja työterveys säännösten vaikuttavuudesta on selvitelty työntekijöiden näkemyksiä riskiarviointitoiminnasta ja terveys- ja turvallisuustoiminnan edellytyksistä työpaikoilla. Kohderyhminä tutkimuksessa olivat työnantajien ja työntekijöiden työsuojelutoiminnan ja kyseisten työpaikkojen työterveyshuollot. Valtaosalle suurten työpaikkojen työntekijöistä työturvallisuuslaki (2002/738) oli tuttu. Pienten työpaikkojen ja erityisesti sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden keskuudessa kolme neljännestä oli sitä mieltä, että esimiehet tuntevat työturvallisuuslain velvoitteet. Sosiaali- ja terveysalalla oli päivittäiset työtehtävät kolmen neljännen mukaan huomioitu hyvin, kun taas tavanomaisesta poikkeavat ja harvinaiset työtilanteet jäivät vähemmälle huomiolle. Samoin kemialliset ja fysikaaliset vaaratekijät oli huo-

mioitu hyvin. Kahden kolmasosan mukaan riskiarvioinnin antamia tuloksia oli aina tai ainakin usein hyödynnetty suunniteltaessa kehittämistoimia, Sosiaali- ja terveysalalla tuloksia oli hyödynnetty aktiivisimmin. Kahden viidesosan näkemyksen mukaan henkilökunta ei saanut työsuojeluasioihin riittävästi koulutusta. Neljänneksen mukaan kaikkia ei perehdytetty toimimaan turvallisesti. Myös toiminnalle asetetut tavoitteet olivat työn turvallisuuteen ja terveellisyyteen nähden ristiriidassa. Kolmanneksen mukaan esimiehillä ei ollut tarvittavia edellytyksiä työntekijöiden turvallisuudesta huolehtimiseen eikä uhka- ja väkivaltatilanteisiin oltu varauduttu. Henkinen kuormittavuus ja väkivallan uhka olivat jääneet vähemmälle huomiolle. Sosiaali- ja terveysalalla ne oli kuitenkin huomioitu parhaiten. Riskiarvioinnin seurauksena ilmenneiden kehittämistoimenpiteiden toteuttamatta jättämiselle suurin syy oli vastaajista kolmasosan mukaan puute henkilöstöresursseista varsinkin sosiaali- ja terveysalalla. Muina syinä olivat rahan puute ja osaamisen vajavaisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; Niskanen ym. 2009.)

2.4.5 Osaaminen

Osaaminen yksilötasolla koostuu tiedoista, taidoista, kokemuksesta, verkostoista, kontakteista, asenteesta ja yksilön henkilökohtaisista ominaisuuksista, joiden avulla selviydytään kulloisistakin työtilanteista ja lopputuloksena on hyvä työsuoritus. Kotihoidossa, kuten kaikkialla muuallakin yksilön henkilökohtaisilla ominaisuuksilla on merkittävä vaikutus siihen, kuinka samanlainen koulutus ja osaaminen ilmenevät eri henkilöillä. Tärkeinä henkilökohtaisina ominaisuuksina mainittakoon persoonallisuus, asenteet ja tunneäly. Tunneäly pitää sisällään suuren määrän henkilökohtaisia ja sosiaalisia taitoja, joilla on mittava vaikutus siihen millä lailla tulemme toimeen itsemme ja muiden kanssa. Lisäksi tunneälyyn kuuluu kyky luoda mielikuvia ja nähdä mahdollisuuksia sekä ymmärtää kuinka niitä voisi hyödyntää. (Ojala 2008, 50 - 51.)

Osaaminen on merkittävä työkykyä vahvistava elementti, se koostuu monipuolisesta ja luovasta tietojen ja taitojen käyttämisestä. Osaaminen voidaan ajatella myös ehtona ammatilliselle kehittymiselle ja työssä menestymiselle, jopa pelkästään työstä suoriutumiseksi. Perusosaaminen voidaan hankkia peruskoulutuksen, henkilöstökoulutuksen tai työkokemuksen avulla. Osaamiseen ja sen hyödyntämiseen vaikuttavat merkittävässä määrin myös yksilön oma työmotivaatio, yksilön luontaiset kyvyt ja asenteet. Osaaminen sisältää miltei aina myös niin sanottua hiljaista tietoa. (Hätönen 2011, 9 - 12.) Yksilön osaamisen lisäksi osaamisella tarkoitetaan myös tiimin osaamista ja moniammatillista osaamista. Tuloksellisuuden takaamiseksi tiimin osaaminen on hyvin merkityksellistä, samoin moniammatillisuuden hyödyntäminen. (Haapakorpi & Haapola 2008, 13 - 14, 28 - 29).

Kuten jo aiemmin on tullut esiin, asenteet ovat merkittävä osa osaamista. Phil Erwinin (2005) mukaan Thomas ja Znaniecki ovat määritelleet asenteen jo 1918 ”yksilön mielentilaksi tiet-

tyyn kohteeseen nähden” ja Gordon Allport muutama vuosikymmen myöhemmin 1954, on todennut asenteen olevan taipumus ajatella ja tuntea sekä käyttäytyä erityisellä tavalla tiettyä kohdetta kohtaan. Asenteet ovat opittuja ajattelu- tai suhtautumistapoja, ne ovat seurausta erilaisista kokemuksista. Kenelläkään ei ole syntyessään ollut sen enempää kielteisiä kuin myönteisiä asenteita, mitään tai ketään kohtaan. (Erwin 2005, 9-12.) Tässä opinnäytetyössä osaamiseen sisältyvät myös asenteet, joilla tarkoitetaan kotihoidon henkilökuntaan kuuluvan henkilön mielentilaa, suhtautumista ja toimintavalmiutta tiettyyn asiakasryhmään nähden.

Kanta-Hämeen keskussairaalassa on tutkittu hoitohenkilöstön ammatillista osaamista. Osaamisalueet jaettiin kahdeksaan eri luokkaan. Tuloksena todettiin kehittämistä olevan eri osa-alueilla, joita olivat eettisten periaatteiden osaaminen, hoitosuhteeseen ja omahoitajuuteen liittyvä osaaminen, teorian tiedon osaamisen vahvistaminen, hoitajien oma jaksaminen sekä työryhmän ja verkostotietojen parantaminen. Tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia sairaanhoitopiirissä käytössä olevan osaamismittarin aiempien tulosten kanssa. Tuloksia voitiin myös hyödyntää paikallisten hoitoalan oppilaitosten kanssa opintosisältöjä suunniteltaessa. (Porras 2008.)

Ensiavussa työskentelevän hoitohenkilökunnan osaamista on tutkittu päihdetyön alueella ja asennoitumista päihtyneisiin potilaisiin. Viidesosa vastanneista oli ilmaissut alkoholisioista tiedustelemisen olevan potilaan yksityisasioihin puuttumista. Erikoissairaanhoidossa kolmasosa ja perusterveydenhuollossa vajaa kymmenes ei ollut tuntenut mini-interventio (terveydenhuollossa tapahtuva lyhytneuvonta) -termiä, vaikka vastaajista kaksi kolmasosaa oli ilmoittanut työskentelevänsä päihtyneiden parissa melko tai erittäin usein. Toimipaikkakohtaisen vertailun tulos osoitti, että erikoissairaanhoidon alueella päihtyneitä asiakkaita oli kohdattu melko tai erittäin usein, kun taas terveyskeskuksessa oli kohdattu päihtyneitä vain kolmanneksen mukaan melko tai erittäin usein. Lähes puolet henkilökunnasta oli ilmoittanut kohtaavansa päihtyneitä joskus ja viidennes vain harvoin. Yksi kolmannes vastanneista oli ilmoittanut olevan helpompi antaa palautetta alkoholinkulutuksesta miehelle kuin naiselle. Kahden kolmasosan mukaan sukupuolella ei ollut ollut merkitystä palautteen antamisen suhteen. Sairaanhoitajien päihdeosaamisen todetaan olevan heikkoa mini-interventio termin tuntemattomuuden pohjalta. Sairaanhoitajat tarvitsevat päihdeosaamisen koulutusta esimerkiksi työpaikkakoulutuksen muodossa. Pitkään ammatissa työskennelleillä ja iäkkäämmillä hoitajilla on riittämättömämmät taidot potilaan motivoinnissa kuin nuoremmilla ja vähemmän aikaa ammatissa työskennelleillä hoitajilla. Saatujen tulosten perusteella asenteet eroavat varsin paljon toisistaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ja osaaminen vaikuttaa asenteisiin merkittävässä määrin. (Heikkilä 2012.)

Työ- ja elinkeinoministeriön (2008) toimeksiannosta työn organisointia on tutkittu vanhusten kotihoidossa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa sellaisista työn organisoinnin onnistuneista muodoista, jotka pystyisivät edistämään tuloksellisuutta ja tuottavuutta, ammatillisen osaamisen kehittymistä ja hyödyntämistä, työurien pidentämistä, työviihtyvyyttä sekä työkyvyn säilymistä. Aineisto kerättiin kahdesta suomalaisesta kaupungista, joissa on uudistettu vanhusten kotihoidon työn organisointia erilaisin keinoin. Tutkimuksessa oli selvitelty myös työn organisointia ja ammatillista osaamista. Molemmista kaupungeista työskentely oli toteutettu moniammatillisissa tiimeissä, näin ollen myös ammatillista osaamista oli arvioitu yksilön osaamisen lisäksi tiimin osaamisena ja moniammatillisena osaamisena. (Haapakorpi & Haapola 2008, 28.)

Yksilötasolla osaaminen oli arvioitu vahvimaksi kodinhoidossa ja henkilökohtaisessa hoivassa, keskiarvoksi oli saatu lähes neljä ja puoli, asteikolla yhdestä viiteen. Mitkään muut osa-alueet eivät olleet yltäneet kuin täpärästi neljän keskiarvoon. Selkeästi heikoimmaksi osaamisalueeksi oli arvioitu yksilötasolla mielenterveysongelmista kärsivien asiakkaiden hoito ja mielenterveyspalveluita koskeva tietämys, osaamisen keskiarvo mielenterveystyössä jäikin hieman yli kolmeen. Tiimikohtainen osaaminen oli arvioitu melko korkeaksi. Kodinhoidollinen osaaminen ja henkilökohtainen hoiva sekä sairaanhoidollinen osaaminen oli arvioitu korkeatasoiseksi, keskiarvo oli ollut yli neljän. Muiden osa-alueiden, kuten hoito- ja palvelusuunnitelma ja asiakkaan auttaminen sosiaalisissa ja taloudellisissa kysymyksissä, osaamisen arvio oli jäänyt hieman alhaisemmaksi. Keskiarvo oli ollut kuitenkin yli kolme eli tiimin osaaminen oli arvioitu kohtalaiseksi tälläkin alueella. (Haapakorpi & Haapola 2008, 28 - 29.)

Moniammatillisen osaamisen eli tiimin muiden jäsenten ammatillisen osaamisen hyödyntämisen nähtiin olevan vielä kehitysvaiheessa. Tiimin jäsenten osaamista ei tunnettu eikä sitä näin ollen osattu riittävästi hyödyntää osana omaa työtä. Moniammatillisuuden hyödyntämisen toteutumisen keskeinen tekijä on toisten ammattiryhmien osaamisen arvostaminen. Haapakorpi ja Haapola (2008, 38) toteavat Leiwoon ja Terässalmeen (1995) viitaten, kotihoidon ammattilaisten keskinäisessä arvostuksessa olevan puutteita. Huomio on kiinnittynyt erityisesti henkilöstövoimavarojen riittävyyteen. Keskeisenä johtopäätöksenä todetaan, että työn kuormittavuuden ja sisällöllisen palkitsevuuden tulee olla tasapainossa keskenään. (Haapakorpi & Haapola 2008, 3 - 5, 37 - 40.)

3 Tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön aihe on hoitajien ajatukset mielenterveys- ja päihdehoitotyöstä Perusturvakuntayhtymä Karviaisen kotihoidossa.

1. Miten kotihoidossa työskentelevät hoitajat kokevat asennoituvansa mielenterveys- ja päihdeasiakkaita kohtaan?
2. Millaiseksi kotihoidossa työskentelevät hoitajat arvioivat oman ammatillisen osaamisensa Mielenterveys- ja päihdehoitotyön osa-alueella?
3. Mitä kotihoidossa työskentelevät hoitajat ajattelevat psykiatrisen sairaanhoitajan tai päihde-työntekijän osaamisen hyödyntämisestä omassa työssään?

4 Tutkimusmenetelmät

4.1 Tutkimusmenetelmän kuvaus

Olemme valinneet tähän opinnäytetyöhön menetelmäksi sekä määrällisen että laadullisen tutkimuksen. Hoitajien ajatuksia mielenterveys- ja päihdehoitotyöstä kotihoidossa hoitohenkilökunnan näkökulmasta selvittävään opinnäytetyöhön molemmat tutkimusmenetelmät soveltuvat erinomaisesti. Tässä opinnäytetyössä määrällinen ja laadullinen tutkimusmenetelmä täydentävät toisiaan, koska haluamme selvittää kotihoidossa työskentelevien hoitajien: osaamista, tieto-taitoa ja asenteita mielenterveys- ja päihdeasiakkaita sekä heidän kanssaan tehtävää hoitotyötä kohtaan. Määrällisillä kysymyksillä saamme mitattavia tuloksia, joita laadulliset kysymykset täydentävät. Laadulliset kysymykset antavat vastaajille mahdollisuuden tuoda esiin omia ajatuksiaan tai antaa kysytyistä asioista lisätietoa.

Perusturvakuntayhtymä Karviaisen kotihoidossa työskentelee vakituisesti noin sata henkilöä, joista muodostuu tämän kyselyn perusjoukko. Perusjoukon ollessa pieni, olemme valinneet kokonaisotannon, jotta saamme riittävästi vastauksia kyselyymme. Vastaajina toimivat kotihoidon vakituiset työntekijät sekä kyselyajankohtana työsuhteessa olevat sijaiset ja keikkatyöntekijät. Sijaiset ja keikkatyöntekijät on valittu mukaan kyselyyn heiltä saatavan lisäinformaation vuoksi. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2013.)

Opinnäytetyö toteutetaan puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, johon sisältyy myös avoimia kysymyksiä (Vilka 2007, 19 - 20). Kyselylomakkeella kartoitetaan sekä perustietoja koulutustasosta, lisäopinnoista ja työkokemuksesta edellä mainitun asiakasryhmän kanssa, että asenteita, koettua osaamista ja mahdollisia epävarmuustekijöitä esimerkiksi pelkoa mielenterveys- ja päihdeasiakkaita kohtaan. Kysely tehdään yhdellä kertaa koko kohderyhmälle. Kokonaisotannassa otetaan mukaan koko perusjoukko, eikä se näin ollen ole varsinainen otantamenetelmä. Kokonaisotantaa kannattaa käyttää, jos otoskooksi tulee yli puolet tai yksi kol-

masosa koko perusjoukosta. Se on hyvä valinta myös silloin, kun vastaajien määrä on sata tai alle. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 179; Vilkka 2007, 52.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusaineisto kerätään vain tämän kerran, eikä sitä ole tarkoitus tarkastella samanlaisista näkökulmista ja samaa menetelmää käyttäen myöhemmin. Pyritään saamaan selville hoitajien tämänhetkinen tietotaso ja koettu osaaminen mielenterveys- ja päihdehoitotyössä valmiiksi laaditun kyselylomakkeen avulla. Tavoitteena on myös saada tietoa tulevia sisäisiä koulutuksia varten ja tarvittaessa kehittää arjen työhön uusia toimintatapoja. Opinnäytetyössä käytetään siis kuvailevaa poikittais- ja toimintatutkimusta kvantitatiivisena menetelmänä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 59 - 60.)

4.2 Määrällinen tutkimus

Määrällisessä tutkimuksessa tuloksia tarkastellaan pääsääntöisesti numeerisesti eli lukuina. Objektivisuus eli tutkijan pysyminen etäällä ja mahdollisimman riippumattomana tutkittavasta asiasta on oleellista. Henkilöitä tutkittaessa pitää tutkittavat asiat muuttaa rakenteellisesti yksiselitteisesti ymmärrettävään ja mitattavaan muotoon. Vilkka määrittelee asian niin että, tutkittava asia muutetaan arkikielellä ymmärrettäväksi. Samalla sen ominaisuudet vakioidaan, jotta kysymykset ja vastaukset saadaan mitattavaan muotoon ja toistensa kanssa vertailukelpoisiksi. (Vilkka 2007, 13 - 15.)

Määrälliseen tutkimukseen sisältyy mittaaminen ja mittari. Aineiston keruussa voidaan hyödyntää esimerkiksi postitse lähetettävää kyselylomaketta, jolloin myös tutkijan objektivisuus säilyy, koska hänellä ei ole suoraan kontaktia kohderyhmään. Toinen objektivisuutta korostava tilanne on kerättyjen tulosten tulkinta. Tällöin on hyvä hyödyntää ennalta tutkimuksen pohjaksi koottua materiaalia, johon saatuja tuloksia voidaan verrata. Aineiston suuruus ja vastaajien suuri määrä ovat ominaisia piirteitä määrälliselle tutkimukselle. Noin sadan henkilön vähimmäismäärä on suositeltava kerättävän aineiston kattavuuden ja laajan tietopohjan saavuttamiseksi. (Vilkka 2007, 16 - 17.) Tämän opinnäytetyön aineisto kerätään puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, jossa on myös avoimia kysymyksiä. Kysely tehdään yhdellä kertaa koko kohderyhmälle, joka on kooltaan noin 100 vastaajaa (Vilkka 2007, 52).

Määrällisellä tutkimuksella voi olla monta tavoitetta: selvittää, kuvata, kartoittaa, vertailla tai ennustaa. Tutkimus voi olla esimerkiksi syy-seuraus eli kausaalisuhteen selvittäminen tai jonkin luonnon ilmiön selittäminen muuttujien avulla. Tutkimusongelma voi olla muotoiltu hypoteesiksi, joka olettaa jotain jostakin ja jota tutkimuksella nyt lähdetään selvittämään. Määrällinen tutkimus sisältää aina teorian, joka pohjautuu lakiin tai lainalaisuuksiin ja osoittaa jonkin asian tai ilmiön säännönmukaisuuden. Teoria on pohjana määrällisen tutkimuksen

hypoteeseille, mitattaville asioille ja viime kädessä haastattelun tai kyselyn kysymyksille. (Vilka 2007, 18.)

Kyselylomake on tyypillinen määrällisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmä. Onnistunut ja oikeita asioita mittaava kyselylomake perustuu aina tutkimussuunnitelmaan ja täsmällisesti määriteltyyn asia- ja tutkimusongelmaan, jotka puolestaan edellyttävät vankkaa teoriapohjaa ja keskeisten asioiden määrittelyä. Lomake kannattaa suunnitella huolella ja testata ennen kohderyhmälle toimittamista. Lomakkeessa voi olla tilanteen mukaan monivalintakysymyksiä, avoimia ja sekamuotoisia kysymyksiä. (Vilka 2007, 62 - 63.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty puolistrukturoitua lomaketta, jossa on sekä valmiit vastausvaihtoehdot sisältäviä määrällisiä monivalintakysymyksiä että avoimia laadullisia kysymyksiä, joihin on vastattu vapaamuotoisesti omin sanoin.

4.3 Laadullinen tutkimus

Laadulliselle tutkimukselle on ominaista, että se kuvaa todellista elämää ja tavoitteena on tutkittavan asian holistinen eli kokonaisvaltainen kuvaaminen ja teoreettisten rakenteiden kehittäminen. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavia asioita ei voi yleensä määrällisesti mitata, sillä erilaiset tapahtumat muokkaavat toisiaan ja tutkittavaan asiaan saattaa löytyä monensuuntaisia suhteita. Laadullisen tutkimuksen aineisto voi koostua vain yhden henkilön haastattelusta tai joukosta yksilöhaastatteluja. Täydellisen objektiivisuuden saavuttaminen on laadullisessa tutkimuksessa miltei mahdotonta sillä tutkijan arvot ja aiheesta jo tiedossa olevat asiat nivoutuvat vääjäämättä toisiinsa vaikuttaen tutkimuksen objektiivisuuteen. Voidaankin todeta laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä olevan enemmän paljastaa tai löytää tosiasioita, eikä niinkään vahvistaa jo valmiita väittämiä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160 - 181.) Mielenterveys- ja päihdehoitotyön haasteita hoitohenkilökunnan näkökulmasta selvittelevään opinnäytetyöhön soveltuu hyvin laadullinen tutkimusmenetelmä. Tämän opinnäytetyön laadullisen osan aineisto on kerätty samalla puolistrukturoidulla kyselylomakkeella kuin määrällisenkin tutkimusmenetelmän aineisto.

4.4 Aineiston keruu, tutkimuslupa ja aikataulu

Kyselylomake on tyypillinen määrällisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmä. Kyselylomakkeen mukaan tulee liittää aina saatekirje, josta selviää kyselyn tarkoitus. Saatekirjeestä saadun informaation pohjalta vastaajilla on mahdollisuus kieltäytyä vastaamasta kyselyyn. Onnistunut ja oikeita asioita mittaava kyselylomake perustuu aina tutkimussuunnitelmaan ja täsmällisesti määriteltyyn asia- ja tutkimusongelmaan, jotka puolestaan edellyttävät vankkaa teoriapohjaa ja keskeisten asioiden määrittelyä. Lomake kannattaa suunnitella huolella ja

testata ennen kohderyhmälle toimittamista. Lomakkeessa voi olla tilanteen mukaan monivalintakysymyksiä, avoimia ja sekamuotoisia kysymyksiä. (Vilka 2007, 62 - 63.)

Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeen mukana on ollut saatekirje, jossa kerrottiin tarkemmin kyselyn tarkoituksesta osana tekeillä olevaa opinnäytetyötä. Saatekirjeestä saatavan informaation toivottiin kannustavan kohderyhmää vastaamaan aktiivisesti kyselyyn. Informaation pohjalta heillä oli myös mahdollisuus kieltäytyä vastaamasta.

Vastausaika kyselyyn oli kolme viikkoa. Saatekirje, kyselylomakkeet ja palautuskuoret toimitettiin kotihoidon eri toimipisteisiin heinäkuussa 2013. Valmis, täytetty lomake suljettiin kirjekuoreen ja kuoret kerättiin yhteen. Tiimien vastaavat sairaanhoitajat huolehtivat oman tiiminsä palautuneista kirjekuorista ja osastonhoitajat keräsivät vastausajan päätyttyä kaikkien tiimien kuoret yhteen ja toimittivat ne sisäisessä postissa Nummelan kotihoitoon.

Aineiston analyysi tapahtui loppukesän aikana ja tutkimusraportin kirjoittaminen syys- loka-kuussa 2013. Valmiit, analysoidut tulokset ja niiden pohjalta tehdyt johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset esitetään kotihoidon työntekijöille erikseen sovittuna ajankohtana kuluvan vuoden loppupuolella. Samansisältöisiä esitystilaisuuksia suunniteltiin pidettäväksi kaksi.

Tutkimuslupa haettiin Perusturvakuntayhtymä Karviaiselta kesäkuussa 2013. Opinnäytetyötä tilaajan puolelta ohjasi geriatriakeskuspäällikkö. Käytännön asioista ja yhteydenpidosta teki- jöiden kanssa ovat vastanneet osastonhoitajat, jotka ovat raportoineet työn etenemisestä geriatriakeskuspäällikölle.

4.5 Sisällönanalyysi

Avointen kysymysten analyysissä sisällönanalyysiä voidaan pitää perusprosessina, tehtäessä laadullista, aineistolähtöistä hoitotieteellistä tutkimusta. Sisällönanalyysin avulla voidaan tutkiskella tapahtumien ja asioiden merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Olennaista sisällönanalyysissä on, että erotetaan tutkimusaineistosta samankaltaisuudet ja eroavaisuudet. Luokkien, joilla aineistoa kuvataan, on oltava yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia. Laadullista tutkimusta tehtäessä sisällönanalyysi voi perustua joko induktiiviseen eli aineistolähtöiseen tai deduktiiviseen eli teorialähtöiseen päättelyyn ja se voi kohdistua joko aineiston ilmi- tai piilosisältöihin. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21 - 24.)

Tarkasteltaessa laadullista ja määrällistä metodologiaa on hyvä tietää laadun tulevan ennen määrää. Useat teokset hoitotieteen tutkimusmetodologiasta tuovat laadullisen tutkimusmetodologian teorian esiin löytävänä, kun taas määrällisen tutkimusmetodologian teoria esitetään testaavana. Voidaan siis todeta molempien tutkimusmetodologioiden olevan osa kehittämistä.

prosessia hoitotieteessä ja täydentävän toisiaan. (Janhonen & Nikkonen 2003, 11 - 13.) Usein laadullista tutkimusta tehtäessä aineistoa kerätään teemahaastatteluin, syvähaastatteluin ja havainnoiden (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 20).

Opinnäytetyön määrällisen osan analyysissä on käytetty apuna Windows Excel-ohjelmaa. Kyselylomakkeen kysymyksissä käytämme mm. Likert-asteikollisia muuttujia eli kysymyksissä on viisi vastausvaihtoehtoa välillä ”täysin samaan mieltä - täysin eri mieltä”. Edellä mainittujen lisäksi on otettu mukaan 0-asteikko, joka tarkoittaa ”en osaa sanoa”. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 128 - 131.)

4.6 Tutkimuksen etiikka ja luotettavuus

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2003) on julkaissut kaikille tutkijoille ja tieteellisille asiantuntijoille kuuluvan hyvän tieteellisen käytännön, jota heidän tulee kaikissa tieteellisissä tutkimuksissa noudattaa, jotta hyväksyttävyyden, luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden kriteerit täyttyvät. Käytäntöön kuuluu mm. rehellisen, huolellisen ja tarkan tavan jatkuva ylläpito niin tutkimustyössä kuin tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Eettiset ja avoimet toimintatavat sekä toisten tekemän työn kunnioittaminen kuuluvat myös hyvään tieteelliseen käytäntöön. Edelleen ohjeissa kuvataan, että tutkimus pitää suunnitella, toteuttaa ja raportoida niin, että edellä mainitut tieteelliset vaatimukset täyttyvät. Vastuut, velvollisuudet ja osuudet tekeillä olevasta työstä tulee myös selvittää samoin kuin käytetyt rahoituslähteet tai muut sidonnaisuudet. Tutkimusaineiston säilytyksestä ja omistajuudesta on myös oltava merkintä tutkimuksessa. Kaiken edellä mainitun lisäksi tutkijan ja hänen edustamansa tiedeyhteisön tulee aina huomioida voimassaoleva ja tutkimuksen aihepiiriin liittyvä lainsäädäntö. (Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet 2003.)

Opinnäytetyötä tehdessä ei voida välttyä eettisiltä kysymyksiltä, tuleekin pohtia mikä on kiellettyä ja mikä sallittua. Luonteenomaista eettisille kysymyksille on se, ettei niille ole olemassa yksiselitteisiä ja selkeitä vastauksia. Eettisiin kysymyksiin on mahdotonta saada vastausta mittausten tai pelkän loogisen ajattelun avulla. (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 22.) Opinnäytetyön tekeminen aloitetaan aiheen valinnalla ja jo tähän vaiheeseen sisältyy useita eettisiä valintoja. Tulee esimerkiksi pohtia aiheen tärkeyttä ja hyödyllisyyttä sekä työn tilaajalle että tutkittavalle kohderyhmälle. (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 53 - 54.)

Tästä opinnäytetyöstä ja sen tuloksista toivottiin olevan hyötyä kotihoidon hoitajien ammattitaidon ja työturvallisuuden kehittämisessä sekä mahdollisesti asenteiden muuttamisessa mielenterveys- ja päihdepotilaita kohtaan. Lisäksi toivottiin tietoa siitä, mihin aihealueisiin tulevaisissa koulutuksissa kannattaa panostaa osaamisen lisäämiseksi, jotta koulutuksesta saataisiin paras mahdollinen hyöty arjen työhön.

Yksi tutkimusetiikan perusteisiin kuuluva seikka on se, että tutkittavalle tulee taata mahdollisuus säilyä anonyyminä valmiissa tutkimuksessa (Mäkinen 2006, 114). Opinnäytetyö toteutettiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Vastaajien anonyymiuden takasimme sillä, että nimettömät kyselylomakkeet palautettiin merkitsemättömässä suljetussa kirjekuoressa kunkin työyksikön vastaavalle sairaanhoitajalle, joka sitten palautti kaikki vastaukset yhtä aikaa opinnäytetyön tekijöille. Kyselylomakkeiden mukana olevassa saatekirjeessä kerrottiin, miksi kysely tehdään, kuka tekee ja miten. Yksittäisiä vastauksia ei voida personoida, vaan ne käsiteltiin niin, että anonyymius säilyi. (Kuula 2011, 121 - 124.)

Määrällisen tutkimuksen eettisiä ongelmakohtia ovat esimerkiksi käytettävän mittarin reliabiliteetti eli luotettavuus ja validiteetti eli pätevyys. Reliabiliteetti tarkoittaa, että tutkimus on mahdollista suorittaa täsmälleen samanlaisena eri tilanteissa ja eri henkilön toteuttamana, esimerkiksi kyselyn suorittaminen saman toimijan eri toimipisteissä. Validiteetti tarkoittaa, että rakennettu mittari, tässä tapauksessa kyselylomake, mittaa todella sitä asiaa mistä halutaan saada tietoa. Lomakkeen kysymysten tulee olla yksiselitteisiä ja samalla tavalla ymmärrettäviä, jotta saatavat tulokset vastaavat parhaalla mahdollisella tavalla asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Mäkinen 2006, 87.)

Tutkimusaineiston säilyttämiseen ja myöhempään käyttöön liittyvät kysymykset tulee miettiä jo suunnitelmavaiheessa. Aineiston säilytys on osa tutkimuksen etiikkaa ja liittyy myös tutkittavien anonymiteetin säilyttämiseen. On siis tärkeää miettiä, mitkä osat kerätystä aineistosta on tutkimuksen julkaisemisen jälkeen tarkoituksenmukaista säilyttää ja miten. (Mäkinen 2006, 120.) Kyselynä kerättyä aineistoa on käytetty vain tähän yksittäiseen opinnäytetyöhön ja siinä olevien tutkimuskysymysten selvittämiseen. Tulosten analysoinnin ja työn valmistumisen jälkeen kerättyjä kyselylomakkeita ei ollut tarkoituksenmukaista säilyttää, vaan ne voitiin hävittää. (Kuula 2011, 89.)

Tutkimusaineiston käsittelyyn liittyy myös luottamuksellisuuden käsite. Lähinnä se tarkoittaa tutkimusaineiston käyttöön, käsittelyyn ja säilytykseen liittyviä kysymyksiä. Mikäli aineisto halutaan säilyttää, sille tulee hakea arkistointilupa. Kaikkia tutkimukseen osallistuneita, myös opiskelijoita sitoo ehdoton vaitiolovelvollisuus, joka perustuu henkilötietolakiin (22.4.1999/523). Tutkijan tulee aina muistaa olevansa tiedontuottaja, jota sitoo vaitiolovelvollisuus ja sekä eettiset että moraaliset säännöt tutkimustyössä. (Mäkinen 2006, 148 - 149.)

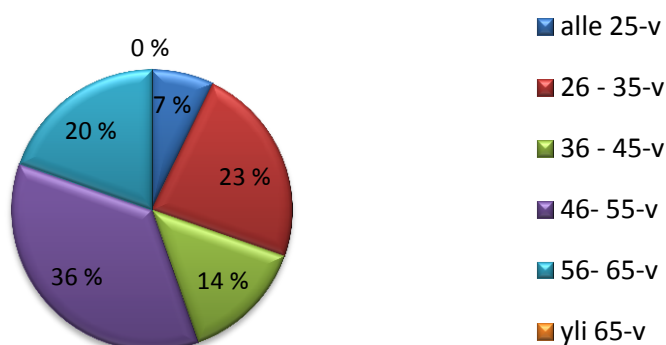
5 Opinnäytetyön tulokset

Tämä opinnäytetyö toteutettiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, johon oli sisällytetty myös avoimia kysymyksiä (Vilka 2007, 19 - 20). Kyselylomakkeessa oli 34 kysymystä, joista viisi ensimmäistä käsittelivät vastaajan perustietoja kuten ikää, koulutusta ja työvuosia. Kysymyksistä kolme oli avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeita toimitettiin peruskuntayhtymä Karviaisen kotihoidon toimipisteisiin yhteensä 97 kappaletta eli kysely tehtiin koko kohderyhmälle. Kyselylomakkeet, saatekirjeet ja palautuskuoret toimitettiin Karkkilaan, Vihtiin ja Nummelaan henkilökohtaisesti ennalta sovittuna ajankohtana. Ennen käyntiä jokaiselle työntekijälle oli lähetetty sähköpostitse tieto kyselyn ajankohdasta ja lomakkeiden toimittamispäivästä. Kyselyn vastausaika oli kolme viikkoa ja kahden viikon jälkeen henkilökunnalle laitettiin sähköpostitse muistutusviesti kyselyyn osallistumisesta. Samassa viestissä kerrottiin, milloin lomakkeet tullaan hakemaan pois toimipisteestä. Vastausajan loputtua lomakkeet noudettiin henkilökohtaisesti pois ja kuoreen suljettuja lomakkeita palautui 56 kappaletta (57,7 %). Kaikki 56 palautunutta lomaketta olivat täytettyjä, joukossa ei ollut yhtään tyhjää lomaketta. Lomakkeissa oleviin kolmeen avoimeen kysymykseen oli jätetty vastaamatta 15 lomakkeessa, lopuissa 41 lomakkeessa myös näihin kysymyksiin oli vastattu.

5.1 Määrällisten kysymysten analysointi

Perustieto-osuudessa eli viidessä ensimmäisessä kysymyksessä kartoitettiin vastaajien ikää, koulutustaustaa, työkokemusta hoitoalalla ja työkokemusta edellä mainitun asiakasryhmän kanssa. Vastanneista 36 % ilmoitti olevansa 46 - 55-vuotiaita, 22 % vastaajista oli 26 - 35-vuotiaita, 20 % oli 56 -65-vuotiaita ja 15 % oli 36 - 45-vuotiaita. Alle 25-vuotiaita oli vain 7 % vastaajista (kuvio 1).

Vastaajat eriteltynä iän mukaan

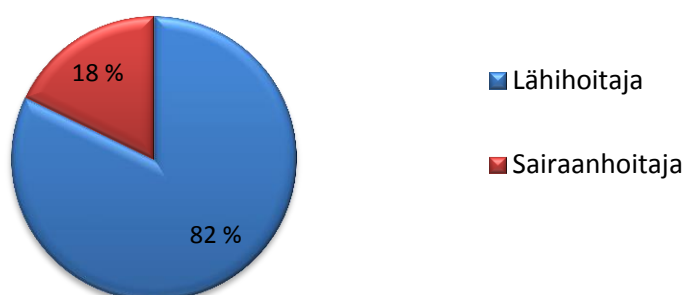


Kuvio 1: Vastaajat eriteltynä iän mukaan

Kuviossa yksi havainnollistuu kyselyyn vastanneiden hoitajien ikäjakauma. Vastaajista suurin osa on 46 - 55-vuotiaita.

Koulutustaustaa kysyttäessä vastaajista valtaosa eli 82 % oli lähihoitajia ja 18 % ilmoitti olevansa sairaanhoitaja (Kuvio 2).

Vastaajien koulutustausta

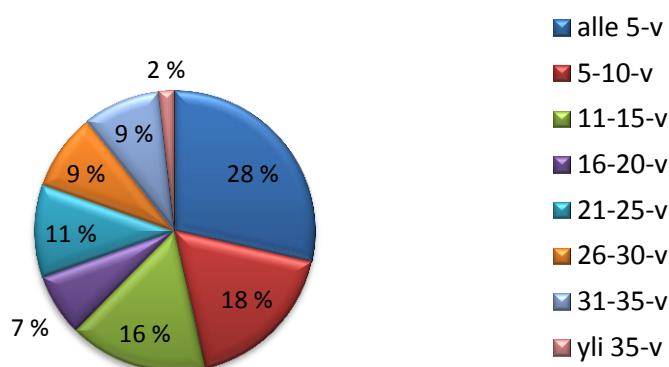


Kuvio 2: Vastaajien koulutustausta

Kuviossa kaksi nähdään kyselyyn vastanneiden hoitajien jakautuminen koulutustaustan mukaan.

Kysyttäessä työvuosien määrää hoitoalalla osoittautui, että vastaajista alle viisi vuotta hoitoalalla työskennelleitä oli 29 %, 5 - 10 vuotta työskennelleitä oli 18 %, 11 - 15 vuotta työskennelleitä oli 16 % ja 16 - 20 vuotta, 21 - 25 vuotta, 26 - 30 vuotta, 31 - 35 vuotta ja yli 35 vuotta työskennelleitä, kutakin ikäryhmää oli vajaat kymmenen prosenttia (Kuvio 3).

Vastaajat eriteltynä hoitoalalla tehtyjen työvuosien määrän mukaan

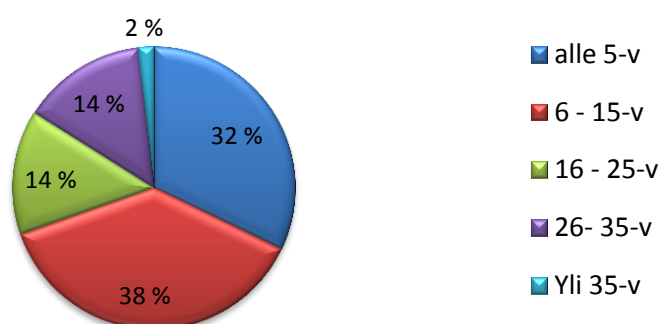


Kuvio 3: Vastaajat eriteltynä hoitoalalla tehtyjen työvuosien määrän mukaan

Kuviossa kolme havainnollistuu hoitajien hoitoalalta kertyneen työkokemuksen pituus.

Kysyttäessä kuinka pitkäksi arvioisit työkokemuksesi mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden parissa vastaajista 38 % ilmoitti työskennelleensä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden parissa 6 - 15 vuotta ja 33 % ilmoitti työskennelleensä alle 5 vuotta. 16 - 25 vuotta työskennelleitä oli 15 % samoin 26 - 35 vuotta työskennelleitä (Kuvio 4).

Vastaajat eriteltynä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyöstä kertyneen työkokemuksen määrän mukaan

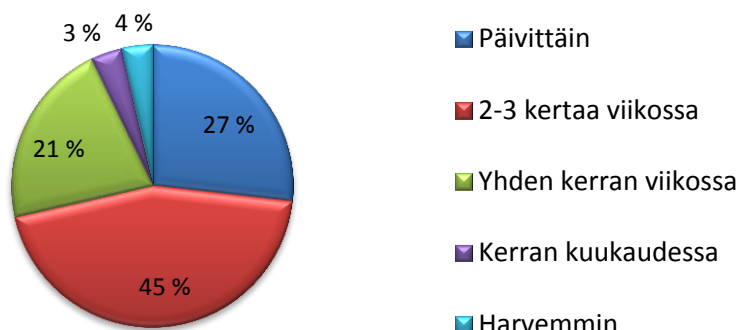


Kuvio 4: Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyöstä kertynyt työkokemus

Kuviosta neljä ilmenee hoitajien työkokemuksen pituus mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden parissa.

Perustieto-osion viimeisessä kohdassa kysyttiin, kuinka usein kohtaat mielenterveys- ja päihdeasiakkaita työssäsi. Vastanneista 45 % ilmoitti kohtaavansa mielenterveys- ja päihdeasiakkaita 2-3 kertaa viikossa ja 27 % päivittäin. 20 % vastanneista ilmoitti kohtaavansa mielenterveys- ja päihdeasiakkaita kerran viikossa. Kerran kuukaudessa, samoin kuin harvemmin kuin kerran kuukaudessa mielenterveys- ja päihdeasiakkaita kohtaavia oli molempia 4 % vastanneista (Kuvio 5).

Vastaajat eriteltynä sen mukaan kuinka usein he työssään kohtaavat mielenterveys- ja päihdeasiakkaita



Kuvio 5: Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaaminen

Kuviossa viisi havainnollistuu kuinka usein hoitajat kohtaavat työssään mielenterveys- ja päihdeasiakkaita.

Kyselylomakkeen seuraavat väittämät kartoittivat muun muassa kotihoidon henkilöstön asenteita, koettua osaamista ja mahdollisia epävarmuustekijöitä, kuten pelkoa mielenterveys- ja päihdeasiakkaita kohtaan. Vastausvaihtoehdot olivat Likertin asteikolla 1 - 6 seuraavat: 1 täysin eri mieltä, 2 melko eri mieltä, 3 en samaa enkä eri mieltä, 4 melko samaa mieltä, 5 täysin samaa mieltä ja 6 en osaa sanoa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 128 - 131).

Ensimmäisen osion väittämät 1 - 15 käsittelivät pääsääntöisesti tunteita ja ajatuksia omasta asenteesta suhteessa päihde- ja mielenterveysasiakkaisiin, alkoholismiin ja esimerkiksi asian puheeksi ottamiseen. Ensimmäisessä väittämässä pyydettiin arvioimaan, onko hoitajalla omasta mielestään riittävästi tietoa erilaisista psyykkisistä sairauksista. 66 % vastaajista ei mielestään tiennyt riittävästi ja 23 % vastaajista ilmoitti tietonsa riittäviksi.

Toinen väittämä käsitteli työturvallisuusasioita ja niiden hoitoa työpaikalla. 34 % vastaajista oli sitä mieltä, että työturvallisuusasiat on työpaikalla hyvin hoidettu. 32 % vastaajista oli asiasta melko eri mieltä.

Kolmannessa väittämässä hoitajilta kysyttiin, omaavatko he riittävästi tietoa, kuinka toimia turvallisesti haastavan asiakkaan luona. 57 % vastaajista omasi mielestään riittävästi tietoa ja 27 % vastaajista koki tietonsa riittämättömäksi.

Neljännellä väittämällä kartoitettiin hoitajien pelkoa mielenterveys- ja/tai päihdeasiakkaan luokse tehtävän kotikäynnin aikana. 20 % vastaajista myönsi tuntevansa pelkoa, 57 % ei pelännyt.

Seuraavat väittämät kartoittivat asennoitumista alkoholismiin ja alkoholin käyttöön omassa kodissa. Viidennessä väittämässä 43 % vastaajista piti alkoholin käyttöä omassa kodissaan asuvan asiakkaan omana asiana. 29 % vastaajista oli eri mieltä.

Kuudennen väittämän kohdalla alkoholismia sairautena piti 89 % vastaajista. Muut eivät osanneet sanoa kantaansa asiaan. Tarkennuksena edelliseen kysyttiin, onko alkoholismi mielestäsi itse aiheutettu sairaus? Vastausvaihtoehtoina oli kyllä ja ei. Kyllä vastauksia tuli 46 % ja ei vastauksia tuli 29 %.

Yhdeksännessä väittämässä kartoitettiin puheeksi ottamisen vaivattomuutta. 67 % vastaajista kertoi olevan helppoa ottaa puheeksi asiakkaan alkoholinkäyttö ja jutella asiasta hänen kanssaan. Melko eri mieltä puheeksi ottamisen helppoudesta oli 20 % vastaajista.

Kolme seuraavaa väittämää liittyivät käsitteiden ja testien käytön osaamiseen. Väittämässä 10 kysyttiin mini-interventio termin tuntemusta. 43 % vastaajista tunsivat termin, 34 % vastaajista ei tiennyt mitä termi tarkoittaa.

Väittämässä 11 kysyttiin, tietävätkö hoitajat, mitä Audit-testillä mitataan. 46 % vastaajista tiesi mitä Audit-testillä mitataan ja 36 % vastaajista ei tiennyt. Seuraavassa väittämässä (12) kysyttiin, miten Audit-testi tehdään. 46 % vastaajista osasi tehdä testin ja 36 % vastaajista ei osannut tehdä testiä.

Väittämä numero 13 keskittyi kotihoidon tyypillisimpään ikäryhmään. Hoitajilta kysyttiin, onko heillä omasta mielestään riittävästi tietoa alkoholin vaikutuksista ikäihmisiin. 48 % vastaajista oli sitä mieltä, että heillä on riittävästi tietoa ja 28 % vastaajista koki tietonsa riittämättömäksi.

Hoitohenkilökunnan asennetta kysyttiin väittämällä: ”Kaikki asiakkaat ja työtehtävät ovat mielestäni yhtä tärkeitä ja ne tulee hoitaa asiakasta ja hänen tarpeitaan kunnioittaen.” Melko tai täysin samaa mieltä oli 93 % vastaajista ja melko tai täysin eri mieltä ei ollut yhtään vastaajaa.

Henkilökohtaista mielipidettä kartoitti väittämä numero 1, jossa kysyttiin hoitaisiko mieluummin muita kuin mielenterveys- ja päihdeasiakkaita, jos voisi valita. 38 % vastaajista hoitaisi mieluummin muita asiakkaita. 39 % vastaajista oli asiasta eri mieltä.

Kyselylomakkeen osio kaksi sisälsi väittämiä, joilla selvitettiin pääsääntöisesti vastaajien käsityksiä omasta ammatillisesta osaamisestaan niin lääkehoidon, kirjaamisen kuin kokonaishoi-

don kannalta. Psykkisten sairauksien hoidossa käytettävien lääkkeiden tuntemusta kysyttiin väittämässä numero 16. Vastaajista 55 % ilmoitti tuntevansa lääkkeet ja 32 % vastaajista ei mielestään tuntenut yleisimpiä psykkelälääkkeitä.

Seitsemästoista väittämä tarkasteli käytännön työssä vastaantulevaa tilannetta, jossa asiakas on alkoholin vaikutuksen alainen kotikäynnillä. Väittämässä kysyttiin, tietävätkö hoitajat mitä tehdä asiakkaan lääkkeiden kanssa tässä tilanteessa. 67 % vastaajista tiesi, kuinka toimia ja 16 % vastaajista ei tiennyt.

Lisää tietoa alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista katsoi tarvitsevansa 86 % vastaajista (väittämä 18). 7 % vastaajista koki tietonsa riittäviksi. Väittämässä 19 kartoitettiin lisätiedon tarvetta vanhusten psykkisistä sairauksista. 86 % vastaajista ilmoitti tarvitsevansa lisää tietoa ja 5 % vastaajista ilmoitti tietonsa riittäviksi.

88 % vastaajista kirjasi aina, mikäli asiakas on päihtynyt hoitajan käydessä hänen luonaan. 10 % vastaajista jätti päihtymystilan kirjaamatta.

Kaksi seuraavaa väittämää mittasivat koettua teoria osaamista (väittämä 21). 64 % vastaajista katsoi omaavansa riittävät tiedot ikäihmisten yleisimpien somaattisten sairauksien ja normaalin ikääntymisen aiheuttamista muutoksista käyttäytymiseen ja vointiin. 20 % vastaajista tunsi tietonsa puutteellisiksi.

Väittämä numero 22, 57 % vastaajista katsoi omaavansa riittävät tiedot alkoholin käytön aiheuttamista voinnin muutoksista (esimerkiksi tasapainohäiriö, puheen epäselvyys), ja osaavansa erottaa ne edellä mainittujen somaattisten sairauksien ja normaalin ikääntymisen aiheuttamista muutoksista. 23 % vastaajista tunsi tietonsa puutteellisiksi.

Päivittäiseen kirjaamiseen liittyi väittämä numero 23, 95 % vastaajista kirjasi aina, jos huomasi asiakkaan psykkisessä voinnissa muutoksia. Vastaajista 5 % ei osannut sanoa miten toimivat.

Kyselylomakkeen kolmannen osion väittämät liittyivät pääsääntöisesti työilmapiiriin, viihtyvyyteen, luottamukseen ja yhteistyömahdollisuuksiin tai niiden puutteeseen. Väittämässä numero 25 kartoitettiin oman työn arvostusta työpaikalla ja 71 % vastaajista oli sitä mieltä, että hänen osaamistaan ja ammattitaitoaan arvostetaan työpaikalla ja työtovereiden keskuudessa. Melko tai täysin eri mieltä oli 9 % vastaajista.

Yhteistyötä omalla työpaikalla pohdittiin väittämässä numero 26. Vastaajista 84 % oli sitä mieltä, että tietävät keneltä kysyä neuvoa, jos ovat epävarmoja työhön liittyvässä asiassa koskien mielenterveys- tai päihdeasiakasta. 5 % vastaajista ei tiennyt.

Luottamuksen ja avoimuuden kokemiseen liittyi väittämä 27, 86 % vastaajista koki työpaikansa työilmapiirin sellaiseksi, että voi vapaasti puhua kaikista mielenterveys- ja päihdeasiakaisiin ja heidän hoitoonsa liittyvistä asioista sekä omista tunteista edellä mainittujen asiakasryhmää kohtaan. 5 % vastaajista oli eri mieltä.

Omaa henkistä jaksamista pohdittiin väittämässä numero 28. Henkisesti raskaampana piti mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyötä 88 % vastaajista. 7 % oli eri mieltä. Samasta aiheesta jatkoi väittämä numero 29. Henkisesti palkitsevaksi mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden parissa tehtävän työn koki 38 % vastaajista. 21 % oli asiasta eri mieltä.

Moniammatillisuutta oman työpaikan ulkopuolelta kartoitettiin väittämässä numero 30, 30 % vastaajista päihdeklinikan toiminta ja työtavat olivat tuttuja ja he tiesivät miten yhteistyö toimii. 61 % vastaajista ei tuntenut päihdeklinikan toimintaa.

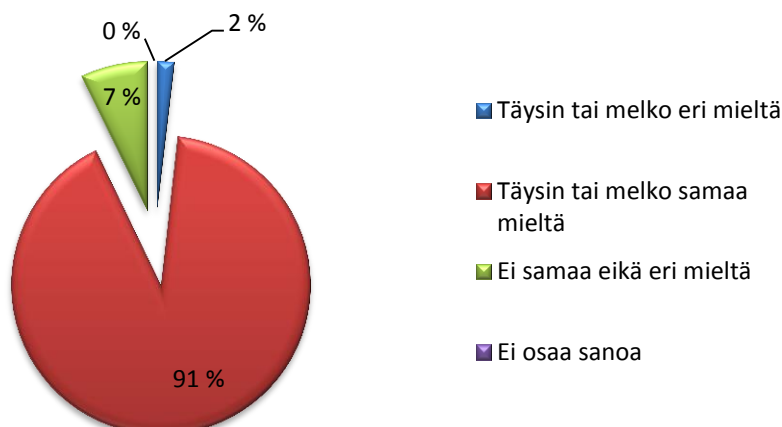
Omaa ammatillista osaamista tiedusteltiin väittämässä numero 31. Vastaajista 77 % katsoi tarvitsevänsä lisää tietoa päihdeklinikan toiminnasta. Riittävästi tietoa omasi 7 % vastaajista.

Väittämä numero 32 määritteli hoitohenkilöstön velvollisuutta. 64 % vastaajista piti velvollisuutenaan puuttua asiakkaan päihteiden käyttöön, vaikka hän asuu omassa kodissaan. 9 % vastaajista oli asiasta eri mieltä.

Lopuksi tiedusteltiin halukkuutta lisäkoulutukseen (väittämä 33). Lähes kaikki eli 91 % vastaajista ilmoitti halukkuutensa lisäkoulutukseen liittyen mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden parissa tehtävään hoitotyöhön.

Kuvioissa (6 -7) on kartoitettu hoitoalalla tehtyjen työvuosien määrän vaikutusta asenteisiin ja osaamiseen mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. Tarkemmin on kysytty lisäkoulutuksen tarvetta. Kuviot on tehty Excel-ohjelmalla.

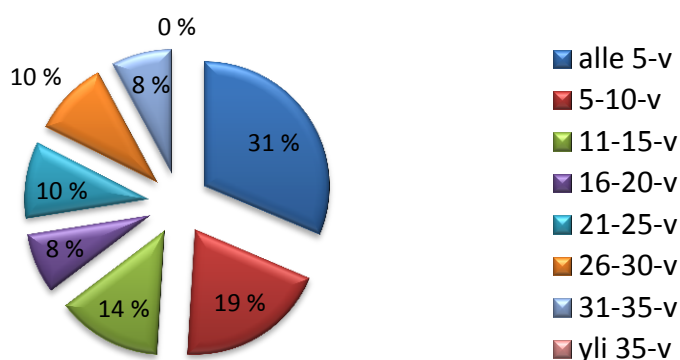
Lisäkoulutus tarve



Kuvio 6: Lisäkoulutuksen tarve

Kuviossa kuusi hoitajilta kysyttiin halukkuutta lisäkoulutukseen mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyöstä. Kaikista vastaajista 91 % tunsivat tarvitsevansa lisää koulutusta.

Lisäkoulutusta haluavien hoitajien määrä suhteessa hoitoalalla tehtyjen työvuosien määrään



Kuvio 7: Lisäkoulutusta haluavat

Kuviossa seitsemän edellisen kuvion lisäkoulutusta haluavat hoitajat (91 %) jaoteltuna alalla tehtyjen työvuosien mukaan. Kuviossa ilmenee, että puolet lisäkoulutusta haluavista hoitajista on työskennellyt alalla alle 10 vuotta. Teoriasta ilmeni, että pitkään ammatissa työskennelleillä ja iäkkäämmillä hoitajilla on riittämättömämmät taidot potilaan motivoinnissa kuin nuoremmilla ja vähemmän aikaa ammatissa työskennelleillä hoitajilla. Saatujen tulosten perusteella asenteet eroavat varsin paljon toisistaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ja osaaminen vaikuttaa asenteisiin merkittävässä määrin. (Heikkilä 2012.)

5.2 Avointen kysymysten analysointi

Avoimet kysymykset analysoimme induktiivisella sisällönanalyysillä aineistoa pelkistämällä, ryhmittelemällä ja abstrahoimalla (Kyngäs & Vanhanen 1999).



Kuvio 8: Induktiivinen sisällönanalyysi tässä opinnäytetyössä

Kuviossa kahdeksan on esitetty avointen kysymysten vastausten käsittely induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tämän opinnäytetyön aineistosta muodostui pelkistettyjä ilmaisuja yhteensä 44. Vastaukset luettiin moneen kertaan, jotta niistä muodostui hyvä kokonaiskuva. Lukiessa tehtiin tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Aineistoa luettiin uudelleen ja alleviivattiin tutkimustehtävän kannalta merkittävät ilmaisut, jotka ryhmiteltiin samankaltaisuuden perusteella alakategorioihin, joita tuli kahdeksan. Ryhmittelyä jatkettiin yläkategorioihin, joita muodostui kaksi kahden ensimmäisen tutkimuskysymyksen mukaisesti. Lopputuloksena olivat teorian tiedon kanssa yhtenevät pääkategoriat osaaminen ja asenteet. Kolmas avoin kysymys keräsi muuta asiaan liittyvää tietoa.

Kyselylomakkeen avoimet kysymykset koskivat alkoholismien määrittelyä, psykoosin oireita ja vapaata aiheeseen liittyvää tietoa. ”Määrittele omin sanoin alkoholismi?” ja ”Mainitse vähintään kaksi alkavan psykoosin oiretta.” Kolmannessa kysymyksessä kysyttiin: ”Onko sinulla vielä jotain kyselyssä esille tulleisiin aiheisiin liittyvää kerrottavaa?”

5.2.1 Alkoholismi

Alkoholismien määrittelyssä hoitohenkilöstön vastauksissa korostuivat riippuvuus, sairaus ja elämäntapa. Hoitajat määrittelivät alkoholismien pakonomaiseksi juomiseksi ja siten riippuvuudeksi. Vastaajat kuvasivat alkoholismia sairautena. Osa tätä mieltä olleista hoitajista näki alkoholismien olevan itse aiheutettu sairaus. Vastaajista osan mielestä alkoholismi on elämäntapa. Sisällönanalyysin induktiivinen analysointi päättyi samaan asiaan teorian kanssa. Teori-

assa voidaan puhua päihderiippuvuudesta, kun ihmisellä on pakonomainen tarve saada jatkuvasti tai ajoittain päihdettä (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 42).

Ihminen ei pysty sairauden vuoksi vastustamaan alkoholin käyttöönsä eikä hallitsemaan sitä...

Pakonomainen tarve juoda...

Juominen riistyy käsistä, muuttuu päivittäiseksi elämäntavaksi...

5.2.2 Psykoosin oireet

Kysymykseen alkavan psykoosin oireista vastaajat olivat pääsääntöisesti vastanneet psykoosin oireisiin liittyvän aistiharhat, harhaluulot ja käyttäytymisen muutokset. Osa vastaajista ei osannut nimetä yhtään alkavan psykoosin oiretta. Teoriassa työntekijöillä tulee olla perusvalmiudet tunnistaa ja ottaa puheeksi asiakkaan tai potilaan mielenterveys- ja päihdeongelmat. Opetukselle ja koulutukselle työn ohessa tulee määrittää minimisisällöt. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Kuuloharhat, näköharhat...

...todellisuudentaju vääristyy...

...puhe voi olla hajanaista, vaikeasti ymmärrettävää...

5.2.3 Muu asiaan liittyvä tieto

Vastauksista ilmeni koulutustarve ja yksin työskentelyn haasteellisuus esimerkiksi päihtyneiden tai psykoottisten asiakkaiden luona ja tähän liittyen pohdittiin parityöskentelyn mahdollisuutta. Omassa kodissaan asuvien asiakkaiden päihteiden käytön rajoittaminen koettiin vaikeaksi ja päihteitä käyttävän asiakkaan hoitomuodoksi nimettiin selviytymisessä tukeminen.

Kotona asiakkaiden alkoholin käyttöä on todella vaikea hallita...

Kotihoidossa on mahdotonta ”vahtia” asiakkaiden juomista... Myös humalaiset ja psykoottiset asiakkaat ovat iso haaste, kotihoidossa kun työskennellään yksin.

Koulusta lisää...

6 Johtopäätökset

6.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuskysymyksistä ensimmäisellä kartoitettiin hoitajien asenteita mielenterveys- ja päihdeasiakkaita kohtaan. Näitä mittasivat kyselylomakkeet kysymykset 1, 2, 4, 5, 7, 14, 15, 28 ja 29 (Liite 5). Tietotasoa psyykkisten sairauksien osalta kysyttäessä suuri osa (66 %) vastaajista oli sitä mieltä, että heillä ei ole riittävästi tietoa psyykkisistä sairauksista ja vain vajaa neljännes (23 %) piti osaamistaan riittävänä. Ruotsissa tehdyn vanhusien mielenterveystutkimuksen mukaan tarvitaan lisää osaamista vanhuspsykiatrian alueella sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa (Salmi & Jonasdottir-Bergman 2012). Suomessa on työorganisaatioita tutkittu Työ- ja elinkeinoministeriön toimeksiannosta kotihoidossa ja osaamisen tasoa mitattu eri hoitotyön osa-alueilla. Osaamisen keskiarvo mielenterveystyössä jäi kolmeen asteikon ollessa yhdestä viiteen. (Haapakorpi & Haapola 2008, 28 - 29.)

Työturvallisuutta ja koettua pelkoa kartoitettiin kysymyksillä kaksi ja neljä (Liite 5). Työturvallisuuden riittäväksi kokee reilu kolmannes (34 %) vastaajista ja lähes saman verran (32 %) kokee sen riittämättömäksi. Pelkoa tuntee viidennes (20 %) vastaajista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä 2009 työturvallisuudesta päivittäiset työtehtävät oli huomioitu vastaajista kolmen neljäsosan mielestä hyvin (Niskanen ym. 2009). Teoriaosuudessa kotihoidon henkilökunnan kokema turvattomuus voi ilmetä mm. pelkona tai huolestuneisuutena, joka voi lisätä työn henkistä kuormittavuutta (Niemelä & Lahikainen 2000, 21).

Alkoholin käyttöön liittyviä asenteita kartoittivat kysymykset viisi, kuusi ja seitsemän (Liite 5). Kyselyyn vastanneista vajaa puolet (43 %) vastasi, että alkoholin käyttö on kotona asuvan oma asia. Tulos on samansuuntainen kuin hoitohenkilökunnan osaamista päihdetyön alueella ja asennoitumista päihtyneisiin potilaisiin kartoittaneessa pro gradu -työssä (Heikkilä 2012). Alkoholismia sairautena piti lähes kaikki vastaajista (89 %) ja alkoholismia itse aiheutettuna sairautena piti vajaa puolet kaikista vastaajista. Viidennes vastanneista oli ollut sitä mieltä, että alkoholiasioista tiedusteleminen on potilaan yksityisasioihin puuttumista. Teoriassa painotetaan, että terveydenhuollon asiakkaaksi syystä tai toisesta hakeutuneilta ikääntyneiltä henkilöiltä tulisi selvittää alkoholin käyttö, sillä Suomessa on suuri määrä ikääntyneitä alkoholin suurkuluttajia ja määrä tulee kasvamaan väestön vanhetessa. (Aalto & Holopainen 2008; Alkoholiohjelma 2004 - 2007.)

Suomen lainsäädäntö takaa kaikille tasavertaisen kohtelun terveydenhuoltohenkilöstön taholta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Kyselyssä saamiemme vastausten perusteella laki näyttäisi toteutuvan kotihoidon henkilöstön asenteissa. Vastaajista 93 % (kysymys

14, Liite 5) vastasi, että kaikki asiakkaat ja työtehtävät ovat yhtä tärkeitä ja ne tulee hoitaa asiakasta ja hänen tarpeitaan kunnioittaen. Kuitenkin yli kolmannes (38 %) kaikista vastaajista (kysymys 15, Liite 5) vastasi, että hoitaisi mieluummin muita kuin mielenterveys- ja päihdeasiakkaita. Suurin osa vastaajista (88 %) koki myös mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyön henkisesti raskaampana kuin muiden asiakkaiden hoitotyön (kysymys 28, Liite 5). Kuitenkaan vastaajat eivät ilmoittaneet tunteneensa pelkoa, jota aiemmin kysyttiin (kysymys 4, Liite 5). Henkisesti palkitsevaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden parissa tehtävä hoitotyö oli runsaan kolmanneksen (38 %) mielestä (kysymys 29). Mielenterveyshoitotyötä tehtäessä psyykkisillä ja sosiaalisilla kuormitustekijöillä on yhteys hoitotyöntekijän kokemaan työhyvinvointiin. Kuormitustekijöillä on yhteys esimerkiksi työn hallintaan ja yhtenä työssä jaksamisen ja työhyvinvoinnin edellytyksenä voidaan pitää työn hallintaa. (Hämäläinen & Lantta 2008.)

Toinen tutkimuskysymyksistä kartoitti hoitajien omaa arviota ammatillisesta osaamisestaan mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. Ammatillista osaamista tarkoittaa tässä työssä esim. kirjaaminen, lääkehoidon osaaminen, teoriatieto eri sairauksista jne. Näitä mittasivat kyselylomakkeen kysymykset 3, 9 - 13, 16 - 23, 32 ja 33 (Liite 5). Yli puolet (57 %) vastaajista ilmoitti omaavansa riittävästi tietoa, kuinka toimia haastavan asiakkaan luona. Kyselyn tulos poikkeaa tältä osin teoriassa esiin tulleesta selvityksestä. Työterveyshuollolle tehdyn selvityksen mukaan turvallisuuskoulutus ei ollut riittävä, vastaajista neljänneksen mukaan kaikkia ei perehdytetty toimimaan turvallisesti. (Niskanen ym. 2009.)

Seuraavan osion viisi kysymystä (kysymykset 9, 10, 11, 12, ja 13, Liite 5) keskittyivät hoitajien osaamiseen alkoholinkäytön puheeksi ottamisessa, testien tekemisessä ja käytön vaikutusten arvioinnissa. Kysyttäessä alkoholinkäytön puheeksi ottamisen helppoutta, 67 % vastaajista oli sitä mieltä, että heidän on helppo ottaa puheeksi asiakkaan alkoholinkäyttö. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma painottaa, että terveydenhuoltohenkilöstöllä tulee olla perusvalmiudet tunnistaa ja ottaa puheeksi asiakkaan tai potilaan mielenterveys- ja päihdeongelmat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013) Mini-interventio termi (kysymys 10, Liite 5) oli liki puolelle vastaajista (43 %) tuttu ja 34 % vastaajista ei tiennyt termin merkitystä. Seuraavissa kahdessa kysymyksessä (11 ja 12, Liite 5) koskien Audit-testiä, 36 % vastaajista ei tiedä miten testi tehdään tai mitä sillä mitataan. Vastaavasti ensiavussa työskentelevän hoitohenkilökunnan osaamista on kartoitettu ja vajaa kymmenes perusterveydenhuollon henkilöstöstä ei tuntenut termiä mini-interventio. Sairaanhoidajien päihdeosaaminen oli heikkoa mini-interventio termin tuntemattomuuden pohjalta. Työpaikkakoulutusta tarvitaan päihdeosaamisen lisäämiseksi. (Heikkilä 2012.) Vastaajista 48 % vastasi, että heillä on riittävästi tietoa alkoholin vaikutuksesta ikäihmisiin (kysymys 13, Liite 5). Sosiaali- ja terveysministeriön suositus muistuttaa, että ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen raja on muuta aikuisväestöä alhaisempi. Alkoholinkäytön mukanaan tuomat ongelmat myös saatetaan tulkita virheellisesti. (Alkoholiohjelma 2004 - 2007.)

Vastaajista 32 % ei tuntenut psyykkisten sairauksien hoidossa käytettäviä lääkkeitä (kysymys 16, Liite 5). Teoriaosuuden mukaan myös ruotsalaisten ikäihmisten psyykkisestä oireilusta ja siihen määrätystä psykelääkkeistä hoitohenkilöstöllä ei ole riittävää osaamista. (Socialstyrelsens 2008.) Päihtyneen asiakkaan lääkehoidon toimintatavan tiesi 67 % vastaajista (kysymys 17, Liite 5). Osa vastaajista ei tiennyt asiaa tai ei vastannut (33 %). Lisätiedon tarvetta alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksiin toivovat lähes kaikki (86 %) vastaajat (kysymys 18, Liite 5). Lisäkoulutuksen tarve on tärkeä, koska alkoholin ja lääkkeiden vakavin yhteisvaikutus on kuolemaan johtava myrkytys (Raunio 2012).

Lähes kaikki (86 %) vastanneista koki tarvitsevansa lisää tietoa vanhusten psyykkisistä sairauksista (kysymys 19, Liite 5). Opinnäytetyön tulos lisätiedon tarpeesta on tärkeä, koska tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan tulisi kyetä havaitsemaan vanhusten mielenterveyden ongelmat jo varhaisessa vaiheessa pystyäkseen ohjaamaan heidät palvelujen piiriin. Tämä tarkoittaa muun muassa hoitohenkilökunnan tietoisuuden ja osaamisen lisäämistä. (Salmi & Jonasdottir-Bergman 2012.)

Asiakkaan päihtymystilan kirjaa 88 % vastaajista ja 10 % ei kirjaa (kysymykset 20 ja 23, Liite 5). Psyykkisen voinnin kohdalla vastaajista 95 % kirjaa muutokset. Teorian mukaan kirjaaminen on olennainen osa kotihoitotyötä. Tutkimuksen tulos on saaman suuntainen aiemman tutkimuksen kanssa, jossa kirjaaminen oli olennainen osa hoitotyötä. Kirjaamisen tarkoituksena on turvata hoidon jatkuvuus, hoitohenkilöstön oikeusturva ja tiedon vaihtuvuus. Hoitajan tulee kirjata kaikki potilaan hoidon toteutukseen ja potilaan vointiin liittyvät asiat päivittäin. (Nykänen & Junttila 2012; Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010.)

Somaattiset sairaudet ja normaali ikääntyminen tuovat muutoksia käyttäytymiseen ja vointiin, kuten myös alkoholin käyttö. Hoitajilta kysyttiin kykyä erottaa edellä mainitut muutokset toisistaan (kysymys 21 ja 22, Liite 5). Riittävät tiedot asiasta omaa yli puolet (noin 60 %) vastaajista. Loput (noin 22 %) eivät mielestään tiedä riittävästi. Teoriassa ikääntyneiden alkoholinkäyttöön ja sen aiheuttamiin ongelmiin tulee kiinnittää erityistä huomiota. Joskus alkoholin käytön mukanaan tuomat ongelmat saatetaan tulkita virheellisesti sairaudesta tai pelkästään vanhenemisesta aiheutuviksi. Alkoholin suurkulutuksen havaitseminen voi muodostua haasteelliseksi myös siitä syystä, että terveydenhuollon ammattihenkilö ajattelee alkoholinkäytön olevan henkilökohtainen asia, varsinkin, kun kyseessä on ikääntynyt henkilö. (Aalto & Holopainen 2008; Alkoholiohjelma 2004 - 2007.)

Kysyttäessä velvollisuudesta puuttua omassa kodissaan asuvan asiakkaan päihteiden käyttöön (kysymys 32, Liite 5) vastaajista 64 % oli sitä mieltä, että hoitajalla on velvollisuus puuttua asiaan. Muutama vastaaja oli asiasta täysin eri mieltä. Vastaavasti Sosiaali- ja terveysministe-

riön (2006) mukaan (Alkoholiohjelma 2004 - 2007) terveydenhuollon asiakkaaksi syystä tai toisesta hakeutuneilta ikääntyneiltä henkilöiltä tulisi selvittää alkoholin käyttö. Samassa selvityksessä todetaan, että Suomessa on suuri määrä ikääntyneitä alkoholin suurkuluttajia ja määrä tulee kasvamaan väestön vanhetessa. (Aalto & Holopainen 2008; Alkoholiohjelma 2004 - 2007.)

Oman osaamisen tueksi lisäkoulutusta mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyössä koki tarvitsevansa 91 % vastaajista (kysymys 33, Liite 5). Osaamisen ylläpitoon ja kehittämiseen liittyvä lisäkoulutus on ehtona ammatilliselle kehitymiselle ja työssä menestymiselle, jopa pelkästään työstä suoriutumiseksi. Ammattitaidon ylläpitäminen sisältyy jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuuteen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559; Hätönen 2011, 9 - 12.)

Työpaikan ilmapiiri ja moniammatillisuus, kuten psykiatrisen sairaanhoitajan tai päihdetyöntekijän osaamisen hyödyntäminen oman työn tueksi (kysymys 25, Liite 5). Osaamista ja ammattitaitoa arvostetaan työpaikalla ja työtovereiden keskuudessa. Vastaajista 71 % oli väittämän kanssa samaa mieltä. Ollessani epävarma työhöni liittyvässä asiassa koskien mielenterveys- ja päihdeasiakasta, tiedän keneltä kysyä neuvoa (kysymys 26, Liite 5). Vastaajista suurin osa (84 %) tiesi, keneltä kysyä neuvoa. Enemmistö vastaajista (86 %) koki työpaikan ilmapiirin (kysymys 27, Liite 5) sellaiseksi, että voivat vapaasti puhua kaikista mielenterveys- ja päihdeasiakkaisiin liittyvistä asioista. Teoriassa työhyvinvointia kartoittavassa tutkimuksessa oli selvitelty myös työn organisointia ja ammatillista osaamista. Tulokset olivat yhdenmukaisia nyt tehdyn kyselyn kanssa. Kotihoidossa työskentely oli toteutettu moniammatillisissa tiimissä, näin ollen myös ammatillista osaamista oli arvioitu yksilön osaamisen lisäksi tiimin osaamisena ja moniammatillisena osaamisena. Tuloksellisuuden takaamiseksi tiimin osaaminen on hyvin merkityksellistä, samoin moniammatillisuuden hyödyntäminen. (Haapakorpi & Haapola 2008, 13 - 14, 28 - 29).

Yhteistyötä ja päihdeklinikan toimintaa ja työtapoja ei tuntenut 61 % vastaajista (kysymykset 30 ja 31, Liite 5). Vastaajista 77 % koki tarvitsevansa lisää tietoa päihdeklinikan toiminnasta ja työtavoista. Teoria oli tässä samansuuntainen. Moniammatillisen osaamisen eli tiimin muiden jäsenten ammatillisen osaamisen hyödyntämisen nähtiin olevan vielä kehitysvaiheessa. Tiimin jäsenten osaamista ei tunnettu eikä sitä näin ollen osattu riittävästi hyödyntää osana omaa työtä. Moniammatillisuuden hyödyntämisen toteutumisen keskeinen tekijä on toisten ammattiryhmien osaamisen arvostaminen. Haapakorpi ja Haapola (2008, 38) toteavat Leiwon ja Terässalmeen (1995) viitaten, kotihoidon ammattilaisten keskinäisessä arvostuksessa olevan puutteita. Tuloksissa huomio on kiinnittynyt erityisesti henkilöstövoimavarojen riittävyteen. Keskeisenä johtopäätöksenä todetaan, että työn kuormittavuuden ja sisällöllisen palkitsevuuden tulee olla tasapainossa keskenään. (Haapakorpi & Haapola 2008, 3 - 5, 37 - 40.)

6.2 Kehittämisehdotukset

Tämän kyselyn tarkoituksena oli saada tietoa perusturvakuntayhtymä Karviaisen kotihoidossa työskentelevien hoitajien kokemuksista, asenteista ja osaamisen tasosta liittyen mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyöhön. Vastausten perusteella oli tarkoitus esim. suunnitella tulevien koulutusten sisältöä ja tarvittaessa uusia hoitotyön menetelmiä. Positiivisena asiana voidaan todeta että kyselyyn vastanneista hoitajista 93 % koki, että kaikki asiakkaat ja työtehtävät ovat yhtä tärkeitä sekä ne tulee hoitaa asiakasta ja hänen tarpeitaan kunnioittaen. Kuitenkin ilmeni myös monia kehittämistä vaativia osa-alueita, joista seuraavassa tarkemmin.

Kyselyn vastauksista ilmeni, että kotihoidon henkilökunnalla on tarve saada lisää koulutusta mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitoon liittyvästä hoitotyöstä. Erityisesti koulutusta katsottiin tarvittavan psyykkisten sairauksien ja lääkehoidon osalta. Lisäkoulutuksen aiheena voisi olla yleisimpien psyykkisten sairauksien oireet, hoito ja lääkehoito erityisesti. Osa hoitajista toivoi lisäkoulutusta siihen, miten erottaa niin sanotun normaalin ikääntymisen ja esimerkiksi psyykkisen sairauden tai päihteenkäytön mukanaan tuomat oireet ja häiriöt käyttäytymisessä. Varhainen toteaminen ja sitä kautta hoitoonohjaus on tärkeää ja jokaisen kotihoitotyötä tekevän tulisi tunnistaa alkavat mielenterveyteen haitallisesti vaikuttavat tekijät asiakkaan arjessa ja käyttäytymisessä.

Asenteita päihteenkäyttöön ja alkoholismiin olisi myös syytä tarkastella kotihoidon henkilöstön keskuudessa. Alkoholin riskikäytön rajat ovat ikäihmisillä alhaisemmat ja jo pienilläkin määrillä haittavaikutukset voivat olla suuret, siksi alkoholinkäyttöön tulee puuttua. Audit-testi on perustyökalu, kun halutaan ottaa puheeksi ja mitata asiakkaan alkoholinkäyttöä. Audit-testi ja mini-interventio termi olivat kuitenkin tuntemattomia neljännekselle kyselyyn vastanneista. Vajaa puolet vastaajista koki, että alkoholinkäyttö on omassa kodissa asuvan oma asia. Työpaikkakoulutus koettiin päihdeosaamisen lisäämiseksi olevan aiheellista. Koulutuksessa tulisi panostaa asenteisiin alkoholinkäyttöä kohtaan, hoitajan vastuuseen arjen hoitotyössä mm. puheeksi ottaminen ja kirjaaminen ja Audit-testin käytön opetukseen. Alkoholinkäytön ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista toivottiin lisää tietoa.

Työilmapiiri kotihoidon toimipisteissä oli pääsääntöisesti hyvä ja salli avoimen keskustelun, neuvojen ja ohjeiden kysymisen ja saamisen työtovereiden kesken. Moniammatillisuuden hyödyntäminen omassa työssä näyttäisi siis toteutuvan omalla työpaikalla, mutta ei niinkään yhteistyökumppaneiden kanssa. Ilmeni myös yhteistyön puute päihdekliniikan kanssa. Yhdeksi lisäkoulutuksen aiheeksi voisi ajatella yhteistyön hyödyntäminen päihdekliniikan ja esimerkiksi psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa.

Turvallisuus asiakastyössä koettiin pääsääntöisesti hyväksi ja pelkoa työtehtävien hoidossa ei juurikaan tunnettu. Ajoittaista pelkoa koettiin asiakaskäyntien aikana ja nimenomaan mielen-terveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa työskennellessä. Parityöskentelyn koettiin lisäävän turvallisuutta. Tiedon ja sitä kautta osaamisen lisääminen hälventää pelkoa ja tuo turvallisuuden tunnetta työhön.

Lähes kaikki vastaajat kirjaavat aina sekä asiakkaan päihtymyksen että muutokset psyykkisessä tilassa. Kuitenkin osa jättää huomiot kirjaamatta. Kirjaamiseen olisi hyvä tehdä tarkennuksia ja ohjeistuksia, jotta edellä mainitut asiakkaan kokonaisvointiin ja erityisesti lääkehoitoon vaikuttavat asiat tulisivat aina asianmukaisesti kirjattua.

6.3 Pohdinta

Tämä opinnäytetyöprosessi sai alkunsa tammikuussa 2013. Prosessi alkoi rekrytointitilaisuudella, jossa esiteltiin kaikki haettavana olevat opinnäytetyöaiheet. Mielenkiintoisia aihealueita oli useita, mutta yksi oli kiinnostavin. Jokaisen hakijan tuli tehdä yksilöhakemus, josta kävi ilmi haettu aihe, ehdotus työparista ja toissijainen aihe. Yksilöhakemuksilla ensisijaisesti hakemamme aihe oli Mielenterveys- ja päihdehoitotyön haasteet kotihoidon arjessa ja niiden kehittäminen. Ensisijainen hakutoive, samoin kuin ehdotus työparista toteutui molempien hakijoiden kohdalla, joten mielenkiintoisen aiheen työstäminen päästiin aloittamaan.

Ensimmäisenä allekirjoitettiin kirjallinen sitoumus työskentelystä opinnäytetyöhankkeessa ja tämän jälkeen sovittiin ensitapaaminen työelämän edustajien - geriatriakeskuspäällikön ja osastonhoitajien - kanssa. Toimintatavat ja tutkimusmenetelmä saatiin työelämän edustajien kanssa pääpiirteittäin sovituksi ja opinnäytetyö päästiin aloittamaan. Ensin määriteltiin teoreettinen viitekehys ja laadittiin opinnäytetyön suunnitelma. Sen jälkeen haettiin tietoa ja viimeisenä laadittiin puolistrukturoitu kyselylomake. Tiedonhaussa käytettyjä tietokantoja olivat Medic, Ebsco, Google scholar, SveMed+ ja hakusanoina olivat kotihoito, mielen-terveys- ja päihdehoitotyö, mielen-terveystyö, päihderiippuvuus, turvallisuus, turvattomuus, moniammatillisuus ja osaaminen. Opinnäytetyön nimi muutettiin mielestämme paremmin sisältöä kuvaavaksi ja uudeksi nimeksi tuli Hoitajien ajatuksia mielen-terveys- ja päihdehoitotyöstä kotihoidossa.

Opinnäytetyön suunnitelma esiteltiin suunnitelmaseminaarissa toukokuun lopussa vuonna 2013 ja suunnitelma hyväksyttiin pienin korjauksin kesäkuun 2013 alussa. Opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen se toimitettiin Karviaiseen geriatriakeskuspäällikölle tutkimuslupahakemuksen liitteenä ja samalla aloitettiin kyselylomakkeen testaus neljällä testihenkilöllä, joista kolme kommentoi kyselylomaketta. Suuria muutosehdotuksia ei tullut ja alkupu-

räistä kyselylomaketta muutettiin ainoastaan tarkentamalla yhden kysymyksen sanamuotoa. Eettisen toimikunnan lupaa ei tarvittu, koska kysely tehtiin kotihoidon henkilökunnalle. Tähän vaiheeseen saakka opinnäytetyöprojekti eteni täysin suunnitellun aikataulun mukaisesti.

Karviaisesta tutkimuslupa myönnettiin heinäkuun alussa ja kyselylomakkeet toimitettiin Karviaisen kotihoidon eri toimipisteisiin heinäkuun puolivälin tienoilla. Kyselyyn vastausaikaa oli kolme viikkoa ja kyselylomakkeet haettiin toimipisteistä pois elokuun alkupuolella. Vastausprosenttiin saattoi vaikuttaa kotihoidossa työskentelevien henkilöiden kesälomat, sijaisten vähäisyys ja siitä aiheutunut kiire. Myös kesällä voimaan tullut vanhuspalvelulaki aiheutti ylimääräistä kiirettä kotihoidon toimistossa. Edellä mainitut seikat huomioon ottaen vastausprosentti oli kuitenkin melko hyvä 57,7 %.

Omaa työskentelyämme varjosti kesän jälkeen pieni motivaatiopula ja väsymys. Omalta osaltaan tähän vaikutti myös työelämän yhteyshenkilöiden vaihtuminen organisaatiomuutoksen myötä sekä alkuperäisten aikataulujen ja suunnitelmien muutokset. Kaikesta huolimatta vastausten analysointi päästiin aloittamaan elokuussa 2013. Suunnitelmissa oli analysoida vastaukset PASW-tilasto-ohjelmalla, mutta yhteisen ajan löytäminen ohjelman käyttöä ohjaavan opettajan ja opinnäytetyön tekijöiden välillä oli kuitenkin kovin haasteellista. Aikatauluongelmien vuoksi päädyttiin hyödyntämään Excel-tilukkolaskentaohjelmaa määrällisten vastausten analysoinnissa.

Heti opinnäytetyön aiheen saatuaamme sovimme yhteiset tavoitteet ja työnjaon. Teimme tiedonhakua yhdessä ja erikseen ja päivitimme opinnäytetyötä kerran viikossa yhdessä keskustellen, yhteistyö tiivistyi kesää kohden. Vastausten läpikäyminen ja analysointi vaativat useita yhteistapaamisia. Tässä vaiheessa opinnäytetyöprosessia koemme työmäärän jakautuneen tasan kummallekin tekijälle. Oman oppimisen kannalta työ on ollut erittäin antoisa ja mielenkiintoinen. Teoreettisen viitekehyksen määrittelystä ja opinnäytetyön suunnitelman tekemisestä lähtien, olemme käsitelleet ja paneutuneet lukuisiin väitöskirjoihin, pro gradu -tutkimuksiin ja muihin hoitotieteellisiin julkaisuihin. Tietämyksemme mielenterveys- ja päihdehoitotyöstä kotihoidossa on karttunut varsin merkittävästi. Mielestämme työ onnistui hyvin. Se antaa tilaajalle arvokasta tietoa ja vastasi asetettuihin kysymyksiin kotihoidon henkilökunnan tämän hetkisestä asenteesta ja osaamisesta suhteessa mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön.

Opinnäytetyömme keskittyi tämän hetkisen tilanteen kartoittamiseen. Jatkotutkimusaiheena voisi olla kiinnostavaa tietää, mitä muutoksia lisä- ja täydennyskoulutuksella ja sitä kautta oman ammatillisen osaamisen lisäämisellä saadaan aikaan hoitajien asenteissa mielenterveys- ja päihdeasiakkaita ja heidän kanssaan tehtävää hoitotyötä kohtaan. Edellä mainittu asiakas-kunta tulee myös kotihoidossa lisääntymään, kun laitoshoitopaikkoja vähennetään ja potilaat

siirtyvät avohoitoon. Osa heistä tarvitsee psykiatrisen avohoidon lisäksi myös kotihoidon palveluita jokapäiväisistä arjen haasteista selviytyäkseen.

Lähteet

Kirjat

Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tampere: Vastapaino.

Erwin, P. 2005. Asenteet ja niihin vaikuttaminen. Helsinki: WSOY.

Haapakorpi, A. & Haapola, I. 2008. Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla - esimerkkinä vanhusten kotihoito. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Jyväskylä: Gummerus.

Heiska, J. 2010. Ennakoiva mielenterveystyö - kirja meille kaikille. Mediapinta.

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

Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita.

Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY.

Hätönen, H. 2011. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen 2. Helsinki: Educa-instituutti Oy.

Ikonen, E.-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Edita.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11, no 1/-99.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan abc. Helsinki: Tammi.

Niemelä, P. & Lahikainen, A. R. 2000. Inhimillinen Turvallisuus. Tallinna: Kirjakas/Tallprint.

Nykky, T., Heino, T., Myllymäki, E. & Rinne, T. 2010. Ikääntyminen ja päihteet. Helsinki: Kirjapaja.

Otala, L. 2008. Osaamispääoman johtamisesta kilpailuetu. Helsinki: WSOY pro.

Paunonen, M. Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Suvisaari, J., Perälä, J., Saarni, S. Psykoosit Suomessa luultua yleisempiä. KTL:n tiedotuslehti 9/2006, 8. Kirjapaino Uusimaa.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus.

Internet-lähteet

Aalto, M. & Holopainen, A. 2008. Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. Duodecim. Viitattu 1.4.2013.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo97348&p_haku=duodecim 2008

Alaby, G. Bjurström, N. Johansson, L. Mellfors, B. Petersson, H. Wahlgren, I. Wirén, M. Rolfner Suvanto S. Hansson, M. Stig, K. Carlsson, P. 2008. Socialstyrelsen. Viitattu 17.8.2013. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8863/2008-131-6_20081316.pdf

Alkoholiohjelma 2004 - 2007. Otetaan selvää ikääntyminen alkoholi ja lääkkeet. Viitattu 4.6.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7206.pdf

Heikkilä, A. 2012. Määrällinen pro gradu -tutkielma. Alkoholin yhteys ensiavussa todettuihin tapaturmiin Ja hoitohenkilökunnan asenteet ja osaaminen päihtyneen potilaan kohtaamisessa. Itä-Suomen yliopisto hoitotieteenlaitos. Viitattu 1.4.2013. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120560/urn_nbn_fi_uef-20120560.pdf

Henkilötietolaki 22.4.1999/523. Viitattu 12.6.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

Hämäläinen, T. & Lantta, K. 2008. Pro gradu -tutkimus. Työhyvinvointi mielenterveystyössä. Tampereen yliopisto Hoitotieteen laitos. Viitattu 12.6.2013. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02340.pdf>

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Viitattu 10.3.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Laadullinen ja määrällinen tutkimus lääketieteessä. Viitattu 10.4.2013. <http://www.laakarilehti.fi/files/sv/SLL92010-805.pdf>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 9.3.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20oikeuksista>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Viitattu 9.3.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 9.3.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Niskanen, T., Kallio, H., Naumanen, P., Lehtelä, J., Liuhamo, M., Lappalainen, J., Sillanpää, J., Nykyri, E., Zitting, A. & Hakkola, M. 2009. Riskinarviointia koskevien työturvallisuus- ja Työterveys säännösten Vaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 10.3.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10024.pdf

Nykänen, P. & Junntila, K. 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos raportti 40/2012. Helsinki. Viitattu 9.6.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e63ed18f-68ca-4cfd-ac0a-fe8187528ffa>

Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Julkaisusarja D- verkkojulkaisu D-2010-7, kesäkuu 2010. Tietojenkäsittelylaitos Tampereen yliopisto. Viitattu 12.6.2013. <http://www.sis.uta.fi/cs/reports/dsarja/D-2010-7.pdf>

Perusturvakuntayhtymä Karviainen. Viitattu 12.3.2013. http://www.karviainen.fi/ikaihmissen_palvelut/kotihoito

Perälä, J. 2013. Epidemiology of Psychotic Disorders. Väitöskirja: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Helsingin yliopisto. Viitattu 24.3.2013. <http://www.julkari.fi/handle/10024/97347>

Porras, M. 2008. Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen aikuispsykiatrian vuodeosastoilla Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Tampereen yliopisto, pro Gradu -tutkielma 2008. Viitattu 9.3.2013. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02379.pdf>

Pumppu-hanke. 2013. Viitattu 8.3.2013.
<http://www.laurea.fi/fi/cofi/hankkeet/Pumppu/tietoa/Sivut/tietoahankkeesta.aspx>

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. Viitattu 9.3.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

Raunio, H. 2012. Terveysportti. Viitattu 8.6.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00715&p_haku=alkoholi_ja_laa_kkeet

Sairaanhoitajaliitto. Eettiset ohjeet. Viitattu 9.3.2013.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Salmi, P. & Jonasdottir-Bergman, G. 2012. Socialstyrelsen. Viitattu 20.4.2013.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18612/2012-2-22.pdf>

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710. Viitattu 10.3.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>

Sosiaali- ja terveysministeriö.
Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Viitattu 12.3.2013.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-24926.pdf
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut. Viitattu 10.3.2013.

Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet. 2003. Viitattu 13.4.2013.
<http://193.167.96.163/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf>

Super-liitto. Eettiset ohjeet. Viitattu 9.3.2013.
http://www.superliitto.fi/datafiles/tiedosto_ ja_teksti_fi/510_eettiset_su_net.pdf

Terveysturvalaki 30.12.2010/1326. Viitattu 3.6.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L3P25>

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. Viitattu 10.3.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Liitteet

Liite 1. Ajatuskartta

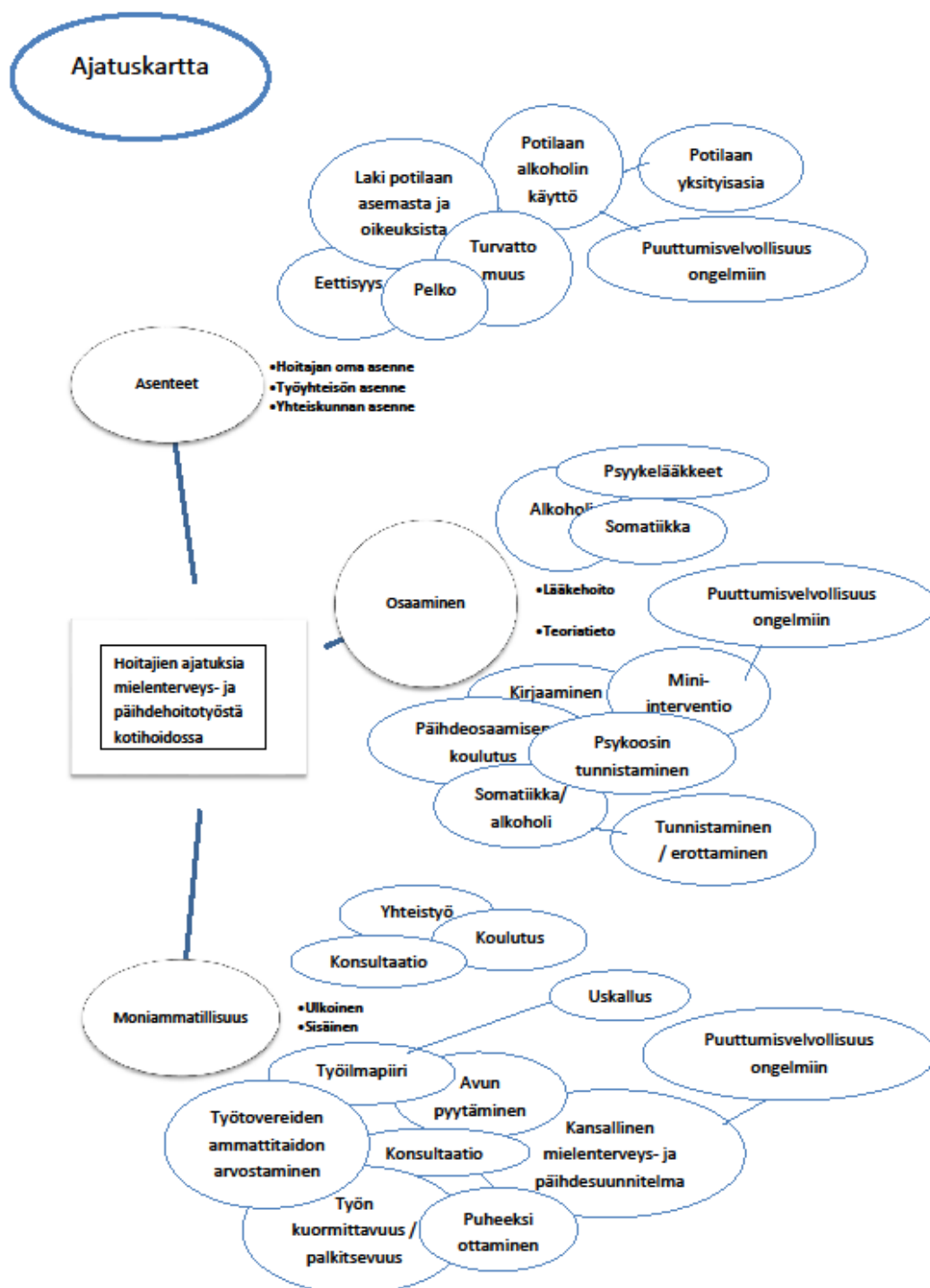
Liite 2. Tutkimuslupahakemus

Liite 3. Tutkimuslupa

Liite 4. Saatekirje

Liite 5. Kyselylomake

Liite 1 Ajatuskartta



Liite 2



Tutkimuslupahakemus

Opinnäytetyön tekijä/tekijät

Ratinen Sari

Talvitie Marjut

Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden yhteystiedot
ja osoitteet

Organisaatio/yksikkö

Laurea-ammattikorkeakoulu, Lohja

Organisaation/yksikön yhteystiedot

Laurea-ammattikorkeakoulu, Laurea Lohja
Nummentie 6, 08100 Lohja, puh. (09) 8868 7800

Koulutusohjelma

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyön ohjaaja

Opinnäytetyön ohjaajan yhteystiedot

Opinnäytetyön nimi

Hoitajien ajatuksia mielenterveys- ja
päihdehoitotyöstä kotihoidossa

Opinnäytetyön tavoitteet/tutkimusongelma

Tavoitteena on selvittää kotihoidossa
työskentelevien hoitajien ajatuksia
mielenterveys- ja päihdepotilaiden
kohtaamisesta sekä oman osaamisen
tämänhetkisestä tasosta kyseisten
asiakasryhmien hoitotyössä ja tuottaa tietoa
päivittäisen hoitotyön ja kehittämisen tueksi
Perusturvakuntayhtymä Karviaisen kotihoidon
henkilökunnalle.

Opinnäytetyön aineisto, menetelmät

Aineisto kerätään puolistrukturoitua
kyselylomaketta käyttäen
Perusturvakuntayhtymä Karviaisen kotihoidon
henkilökunnalta.

ja aikataulu

Kyselylomakkeet toimitetaan toimipisteisiin
viikolla 25. Vastausaika kyselyyn on kolme
viikkoa. Vastausajan päätyttyä lomakkeet
palautetaan erillisin ohjein opinnäytetyön
tekijöille, jonka jälkeen vastaukset
analysoidaan. Saadut tulokset esitellään vuoden
lopussa kahdessa erillisessä samansisältöisessä
tilaisuudessa Karviaisen kotihoidon
henkilökunnalle.

Tutkimussuunnitelman tiivistelmä liitteenä

Laurea Lohja
Nummentie 6, 08100 Lohja

Puhelin 09 8868 7800
Faksi 09 8868 7801

etunimi.sukunimi@laurea.fi
www.laurea.fi

Y-tunnus 1046216-1
Kotipaikka Vantaa

Nummelassa 3/6 2013

Paikka ja aika

Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden allekirjoitus/allekirjoitukset

Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus

Tutkimuslupa on myönnetty

1.12.2013

Paikka ja aika

Allekirjoitus

Opiskelijalla on opinnäytetyötä tehdessään samanlainen vaitiolovelvollisuus kuin sosiaali- ja terveysalan virkasuhteisella työntekijällä. Hän on velvollinen ehdottomasti turvaamaan opinnäytetyössään tarkastelemiensa henkilöiden intimitetin ja anonymiteetin.

Laurea Lohja
Nummentie 6, 08100 Lohja

Puhelin 09 8868 7800
Faksi 09 8868 7801

etunimi.sukunimi@laurea.fi
www.laurea.fi

Y-tunnus 1046216-1
Kotipaikka Vantaa

Liite 3

PERUSTURVAKUNTAYHTYMÄ KARVIAINEN**VIRANHALTIJAPÄÄTÖS**

Ikäihmisten palvelulinjajohtaja

01.07.2013

3 §

23/13.00/2011

Tutkimuslupa: Hoitajien ajatuksia mielenterveys- ja päihdehoitotyöstä kotihoidossa

Hakijat/asianosaiset Ratinen Sari, Talvitie Marjut /Laurea-ammattikorkeakoulu, Lohja

Selostus asiasta Sairaanhoidajaopiskelijat Sari Ratinen ja Marjut Talvitie keräivät kotihoidon hoitajien ajatuksia ja kokemuksia mielenterveys- ja päihdetyöstä kotihoidossa. Heidän opinnäytetyönsä on osa Pumppu-hanketta, joka on Etelä-Suomen alueella toteutettava EAKR-rahoitteinen hyvinvointipalveluja kehittävä teemahanke. Osahankkeiden tavoitteena on asiakkaalle saumattoman ja kattavan hyvinvointipolun luominen ja käyttöönotto. Suunnittelun tueksi tarvitaan oikea-aikaista tietoa, yhteistyötä ja tutkimusta. Kysely tehdään Karviaisen kotihoidon työntekijöille kesän 2013 aikana siitä miten kotihoidon työntekijät kokevat mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden parissa tehtävän hoitotyön kokonaisuuden. Valmistuvasta opinnäytetyöstä kerrotaan kotihoidon työntekijöille vuodenvaihteessa.

Päätös Myönnän Sari Ratiselle ja Marjut Talvitielle luvan toteuttaa kotihoidon hoitajien haastattelut tutkimussuunnitelman mukaisesti.

Päätöksen peruste Hallintosääntö 10 § kohta 3

Päiväys ja allekirjoitus Vihti 01.07.2013

vs. Ikäihmisten palvelulinjajohtaja, geriatriakeskuspäällikkö

Oikaisuvaatimusohjeet Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) ja kunnan jäsen. Oikaisuvaatimus tehdään perusturvakuntayhtymä Karviaisen yhtymähallitukselle (Perusturvakuntayhtymä Karviainen, Asemantie 30, PL 114, 03101 Nummela, faksi 09 4258 2593, sähköposti posti@karviainen.fi). Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä ja siitä on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava.

Jos viranhaltijalla, työntekijällä tai viranhaltija- tai työntekijäyhdistyksellä on oikeus panna asia vireille työtuomioistuimessa, viranhaltija tai työntekijä ei voi saattaa sitä oikaisuvaatimuksena käsiteltäväksi.

Päätöksen nähtävänäpito Tämä päätös on nähtävänä 9.7.2013 virka-aikana Ptky Karviaisen hallinnossa, Asemantie 30, Nummela.

PERUSTURVAKUNTAYHTYMÄ KARVIAINEN

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Ikäihmisten palvelulinjajohtaja

01.07.2013

3 §

Tiedoksianto asianosaisille ja muille

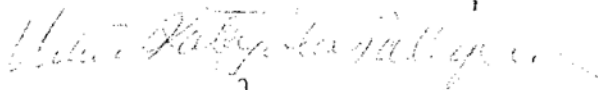
Pvm
2.7.2013tiedoksiantotapa
posti

kenelle

Marjut Talvitie ja Sari Ratilainen,

Kotihoidon osastonhoitajat,
kotiutustiimin vastaava

Tiedoksiantaja



toimistos sihteeri

Liite 4 Saatekirje

Hei sinä hoitotyön ammattilainen ja kollega kotihoidossa!

Olemme Lohjan Laurea ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita ja teemme opinnäytetyön, jonka aiheena on: Hoitajien ajatuksia ja kokemuksia mielenterveys- ja päihdehoitotyöstä kotihoidossa. Tämä opinnäytetyö on osa Pumppu-hanketta, joka on Etelä-suomen alueella toteutettava EAKR-rahoitteinen hyvinvointipalveluja kehittävä teemahanke. Länsi-Uudenmaan alueella Pumppu-hankkeessa on monia osahankkeita, joiden kaikkein päämääränä on lopulliselle asiakkaalle saumattoman ja kattavan hyvinvointipolun luominen ja käyttöönotto. Suunnittelun tueksi tarvitaan oikea-aikaista tietoa. Tiedonkeruuta varten olemme aloittaneet tämän yhteistyön. Tutkimuslupa on myönnetty perusturvakuntayhtymä Karviaiselta 1.7.2013.

Mielenterveys- ja päihdehoitotyö on ajankohtainen aihe ja asiakkaiden/potilaiden määrän ennustetaan lisääntyvän niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossakin. Työntajasi Perusturvakuntayhtymä Karviainen haluaa omalta osaltaan jo nyt varautua lisääntyvään tarpeeseen mm. henkilöstönsä työolosuhteita ja mahdollista koulutustarvetta kartoittamalla. Opinnäytetyömme tavoitteena on siis saada tietoa siitä, miten sinä omassa arkityössäsi, koet mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden parissa tehtävän hoitotyön kokonaisuudessaan. Haluamme saada asiasta laajalti tietoa ja toivomme, että vastaat rehellisesti ja avoimesti kysymyksiin, jotka olemme aiheesta laatineet. Nyt olemme kiinnostuneita kuulemaan nimenomaan sinun omia mielipiteitäsi ja kokemuksiasi. Oheisessa kysymyslomakkeessa on 34 kysymystä ja niihin vastaaminen vie aikaa noin 15 minuuttia.

Kysely

Kysely tehdään kaikille Karviaisen kotihoidossa (Nummela, Vihti, Karkkila) oleville hoitajille, niin vakituisille kuin kyselyaikana työsuhteessa oleville sijaisille. Vastausaikaa on kolme viikkoa (vkt 30 - 32). Valmiit vastauslomakkeet suljetaan liitteenä olevaan kirjekuoreen, joka suljetaan. Tiimien sairaanhoitajat keräävät kaikki oman tiimin kuoret ja toimipisteen osastonhoitaja vastaavasti kaikkien tiimien kuoret. Kuoret toimitetaan vastausajan loputtua yhtä aikaa meille opiskelijoille. Vastauslomakkeet ja niissä olevat tiedot käsitellään niin, että kenenkään yksittäisen vastaajan tietoja ei voi eriyttää, vaan vastauksista tehdään yhteenveto. Yksittäiset kyselylomakkeet eivät siis sellaisenaan palaudu työnantajalle. Toivomme, että vastaat mahdollisimman rehellisesti ja niin kuin itse kysytyn asian koet.

Kyselyn tuloksista tullaan kertomaan teille kaikille työn valmistuttua vuodenvaihteessa. Kyseleyn vastaaminen on vapaaehtoista ja mikäli et jostain syystä halua osallistua, oletko ystävällinen ja palautat kuitenkin tyhjän kyselylomakkeen suljetussa kirjekuoreessa em. ohjeistuksen mukaan.

Opinnäytetyötä ja tätä kyselyä koskeviin kysymyksiin vastaamme näin kesäaikaan mieluiten sähköpostitse osoitteessa sari.ratinen@laurea.fi ja marjut.talvitie@laurea.fi.

Yhteistyö- ja kesäterveisin,

opiskelijat Sari Ratinen ja Marjut Talvitie

sekä ohjaavat opettajat Laurea Lohja ammattikorkeakoulussa Ulla Lemström ja Anu Elorinne

Liite 5 Kyselylomake

Hoitajien ajatuksia mielenterveys- ja päihdehoitotyöstä kotihoidossa

Kyselylomake

Kyselyn ensimmäisessä osiossa kartoitetaan taustatietoja. Ympyröi sinulle parhaiten sopiva vaihtoehto.

1. Ikä

alle 25-v. 26-35 v. 36-45 v. 46-55 v. 56-65 v. yli 65 v.

2. Koulutustausta

perushoitaja lähihoitaja sairaanhoitaja muu

3. Työvuodet hoitoalalla

alle 5 v. 5-10 v. 11-15 v. 16-20 v. 21-25 v. 26-30 v. 31-35 v. yli 35 v.

4. Kuinka pitkäksi arvioisit työkokemuksesi mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden parissa? Työkokemukseksi lasketaan kaikki työpaikat ja tehtävät, joissa olet työskennellyt em. asiakkaiden kanssa.

alle 5 v. 6-15 v. 16-25 v. 26-35 v. yli 36 v.

5. Kuinka usein kohtaat mielenterveys- ja päihdeasiakkaita työssäsi?

päivittäin 2-3 kertaa viikossa 1 kertaa viikossa kerran kuukaudessa harvemmin

Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä?

Arvioi väittämiä asteikolla 1-5. Numero 1 tarkoittaa, että olet täysin eri mieltä väittämän kanssa. Numero 2 tarkoittaa sinun olevan melko eri mieltä väittämän kanssa. Numero 3 tarkoittaa että et ole samaa, etkä eri mieltä väittämän kanssa. Numero 4 tarkoittaa sinun olevan melko samaa mieltä ja numero 5 tarkoittaa, että olet täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Numero 6 tarkoittaa, että et osaa sanoa mielipidettäsi väittämästä.

- 1 = täysin eri mieltä
 2 = melko eri mieltä
 3 = en saamaa enkä eri mieltä
 4 = melko samaa mieltä
 5 = täysin samaa mieltä
 6 = en osaa sanoa

Vastaa väittämiin rastittamalla eniten omaa mielipidettäsi vastaava numero.

Osio 1

| Numeroiden selitykset | täysin eri mieltä | melko eri mieltä | en samaa enkä eri mieltä | melko samaa mieltä | täysin samaa mieltä | en osaa sanoa |
|--|-------------------|------------------|--------------------------|--------------------|---------------------|---------------|
| Väittämät | | | | | | |
| 1. Minulla on riittävästi tietoa erilaisista psyykkisistä sairauksista. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Työturvallisuusasiat on työpaikallani hyvin hoidettu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Minulla on riittävästi tietoa, kuinka toimia itseni kannalta turvallisesti haastavan asiakkaan luona. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Kun menen kotikäynnille mielen-terveys- ja/tai päihdeasiakkaan luokse, minua pelottaa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Alkoholin käyttö ja määrä on omassa kodissaan asuvan asiakkaan oma asia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Alkoholismi on mielestäni sairaus. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

7. Jos vastasit melko tai täysin samaa mieltä, niin onko alkoholismi mielestäsi itse aiheutettu sairaus?

Ympyröi valitsemasi vastausvaihtoehto.

Kyllä

Ei

8. Määrittele omin sanoin alkoholismi?

Vastaa väittämiin rastittamalla eniten omaa mielipidettäsi vastaava numero.

| Numeroiden selitykset | täysin eri mieltä | melko eri mieltä | en samaa enkä eri mieltä | melko samaa mieltä | täysin samaa mieltä | en osaa sanoa |
|--|--------------------------|-------------------------|---------------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------|
| Väittämät | | | | | | |
| 9. Minun on helppo ottaa puheeksi asiakkaan alkoholinkäyttö ja jutella asiasta hänen kanssaan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Tiedän mitä termi mini-interventio tarkoittaa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Tiedän mitä Audit-testillä mitataan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Tiedän miten Audit-testi tehdään. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Minulla on riittävästi tietoa alkoholin vaikutuksista ikäihmisiin. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Kaikki asiakkaat ja työtehtävät ovat mielestäni yhtä tärkeitä ja ne tulee hoitaa asiakasta ja hänen tarpeitaan kunnioittaen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Jos voisin valita, hoitaisin mieluummin muita kuin mielenterveys- ja päihdeasiakkaita. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Vastaa väittämiin rastittamalla eniten omaa mielipidettäsi vastaava numero.

Osio 2

| Numeroiden selitykset | täysin eri mieltä | melko eri mieltä | en samaa enkä eri mieltä | melko samaa mieltä | täysin samaa mieltä | en osaa sanoa |
|---|--------------------------|-------------------------|---------------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------|
| Väittämät | | | | | | |
| 16. Tunnen yleisimmät psyykkisten sairauksien hoidossa käytettävät lääkkeet. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Jos asiakas on alkoholin vaikutuksen alainen mennessäni kotikäynnille, tiedän mitä teen hänen lääkkeidensä kanssa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Luulen, että tarvitsisin lisää tietoa alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Luulen, että tarvitsisin lisää tietoa vanhusten psyykkisistä sairauksista. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Kirjaan aina, mikäli asiakas on päihtynyt käydessäni hänen luonaan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Minulla on riittävät tiedot ikäihmisten yleisimpien somaattisten sairauksien ja normaalin ikääntymisen aiheuttamista muutoksista käyttäytymiseen ja vointiin. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Minulla on mielestäni riittävät tiedot alkoholin käytön aiheuttamista voinnin muutoksista (esim. tasapainohäiriö, puheen epäselvyys), ja osaan erottaa ne em. somaattisten sairauksien ja normaalin ikääntymisen aiheuttamista muutoksista. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 23. Kirjaan aina, jos huomaan asiakkaan psyykkisessä voinnissa muutoksia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|

24. Mainitse vähintään kaksi alkavan psykoosin oiretta?

Osio 3

| Numeroiden selitykset | täysin eri mieltä | melko eri mieltä | en samaa enkä eri mieltä | melko samaa mieltä | täysin samaa mieltä | en osaa sanoa |
|--|-------------------|------------------|--------------------------|--------------------|---------------------|---------------|
| Väittämät | | | | | | |
| 25. Mielestäni osaamistani ja ammattitaitoani arvostetaan työpaikallani ja työtovereideni keskuudessa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. Jos olen epävarma työhöni liittyvässä asiassa koskien mielenterveys- tai päihdeasiakasta, tiedän keneltä kysyä neuvoa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. Mielestäni työpaikkani työympäristö on sellainen, että voin vapaasti puhua kaikista mielenterveys- ja päihdeasiakkaisiin ja heidän hoitoonsa liittyvistä asioista sekä omista tunteistani em. asiakasryhmää kohtaan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. Mielestäni mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyö on henkisesti raskaampaa kuin muiden asiakkaiden hoitotyö. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. Mielestäni on henkisesti palkit- | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| sevaa tehdä työtä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden parissa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. Päihdeklinikan toiminta ja työtavat ovat minulle tuttuja ja tiedän miten yhteistyö toimii. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. Luulen, että tarvitsisin lisää tietoa päihdeklinikan toiminnasta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32. Minulla on velvollisuus puuttua asiakkaan päihteiden käyttöön, vaikka hän asuu omassa kodissaan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33. Haluaisin lisäkoulutusta liittyen mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden parissa tehtävään hoitotyöhön. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

34. Onko sinulla vielä jotain kyselyssä esille tulleisiin aiheisiin liittyvää kerrottavaa? Tarvittaessa käytä tämän lomakkeen kääntöpuolta.

Kiitos vastauksestasi.