

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitajakoulutus

Paula Hovattala
Susanna Komu

IKÄÄNTYVÄN MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN
Oppimateriaali hoitotyön opiskelijalle ohjauksen tueksi

Opinnäytetyö
Toukokuu 2017



OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijät
Paula Hovattala, Susanna Komu

Nimeke
Ikääntyvän mielenterveyden edistäminen – Oppimateriaali hoitotyön opiskelijalle ohjauksen tueksi

Toimeksiantaja
Karelia-ammattikorkeakoulu

Tiivistelmä

Väestö vanhenee, ja mielenterveyshäiriöistä kärsivien ikääntyvien määrä kasvaa. Mielenterveyden edistäminen käsitteenä tarkoittaa sitä, että keskitytään hyvinvoinnin edistämiseen ennemmin kuin sairauksien parantamiseen. Edistämisen tehtävänä on tukea positiivista mielenterveyttä, vahvistaa henkistä hyvinvointia, osaamista ja pärjäämistä sekä tarjota tukiasumista ja -ympäristöä. Potilaan ohjauksessa tärkeintä on ottaa huomioon potilaan omat näkemykset ja toiveet elämästä ja itsestään.

Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä opiskelijoiden tietoa ikääntyvän ihmisen mielenterveyden edistämisestä ja sen ohjauksesta sekä mahdollistaa aiheen opiskelu verkossa. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa oppimateriaali Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoille ikääntyvän mielenterveyden edistämisestä.

Oppimateriaalissa keskitytään mielenterveyden edistämistyön eri osa-alueisiin ja potilaan ohjaukseen. Opinnäytetyön tietoperustassa käsitellään lisäksi kotona asuvaa ikääntyvää, yleisimpiä ikääntyvien mielenterveyshäiriöitä ja erotusdiagnostiikkaa, mielenterveyden edistämistekijöitä sekä ohjauksen keinoja. Jatkokehittämismahdollisuutena on oppimateriaalin päivittäminen opiskelijoiden tarpeiden mukaan. Sitä voi myös hyödyntää hoitotyön ammattilaisten keskuudessa.

Kieli
suomi

Sivuja 38
Liitteet 4
Liitesivumäärä 6

Asiasanat
ikääntyvä, mielenterveyden edistäminen, potilasohjaus, oppimateriaali, hoitotyön opiskelija



THESIS
May 2017
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 50 405 4816

Authors
Paula Hovattala, Susanna Komu

Title
Mental Health Promotion in Older People – Educational Material for Nursing Students to Support Patient Counselling

Commissioned by
Karelia University of Applied Sciences

Abstract

The population is getting older and the number of older people with mental health disorders is growing. The promotion of mental health disorders is focused on promoting well-being instead of curing the disorders. The purpose of mental health promotion is to support positive mental health, well-being and coping, and to offer supported accommodation and environment. In patient counselling, the most important thing is to take into consideration the patient's own opinions and wishes.

The aim of this thesis was to increase the nursing students' knowledge of promoting mental health in older people and patient counselling. The study was practise-based by nature and the thesis assignment was to produce educational material for nursing students in the Karelia University of Applied Sciences.

The focus of the educational material is on different aspects of mental health promotion and patient counselling. The thesis discusses older people living at home, the most common mental health disorders in older people and differential diagnostics. Educational material can be updated when needed and it can also be used by health care professionals working with older people.

Language
Finnish

Pages 38
Appendices 4
Pages of Appendices 6

Keywords
older people, promotion of mental health disorders, patient counselling, educational material, nursing student

Sisältö

1	Johdanto	5
2	Kotona asuva ikääntyvä	5
3	Potilaan ohjaaminen	8
3.1	Potilasohjaus	8
3.2	Ikääntyvän ohjaaminen	9
3.3	Ohjaajan rooli	10
4	Ikääntyvän mielenterveyden edistäminen	11
4.1	Edistämistyö	11
4.2	Ravitsemus	13
4.3	Liikunta	15
4.4	Sosiaaliset suhteet	16
4.5	Hengellisyys	17
4.6	Järjestö- ja hanketoiminta	18
5	Ikääntyvän mielenterveyshäiriöt	20
5.1	Ikääntymisen haasteet	21
5.2	Riskitekijöitä	21
5.3	Päihteet	24
5.4	Erotusdiagnostiikka	24
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä	26
7	Opinnäytetyön toteutus	26
7.1	Verkko-oppimateriaali toiminnallisena opinnäytetyönä	26
7.2	Suunnittelu	28
7.3	Työskentelyn kuvaus	29
7.4	Arviointi	30
8	Pohdinta	30
8.1	Luotettavuus ja eettisyys	31
8.2	Ammatillinen kasvu	32
8.3	Jatkokehittämismahdollisuudet	34
	Lähteet	35

Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Mini Nutritional Assessment
Liite 3	Mini-Mental State Examination
Liite 4	Oppimateriaali

1 Johdanto

Mielenterveydellä tarkoitetaan mielen hyvinvointia ja voimavaroja. Mielenterveyttä kuvaa tila, jossa yksilö kestää elämän aiheuttamaa räsitusta, pystyy toteuttamaan itseään ja kykenee toimimaan yhteisön jäsenenä vastavuoroisesti. Vaikka mielenterveyden ajatellaan usein olevan yksilön ominaisuus, se koostuu kuitenkin monista asioista. Muut ihmiset, ympäristö, kulttuuri ja yhteiskunta vaikuttavat kaikki mielenterveyteen. Henkilön oma kokemus asumisen ja liikkumisen turvallisuudesta sekä asioiden hoitamisen sujuvuudesta vaikuttavat elämänhallinnan tunteeseen ja siten myös mielenterveyteen. (Haarni, Viljanen & Hansen 2014a.)

Mielenterveyden edistämässä keskitytään voimavaroihin ja positiiviseen terveyteen ja sen tavoitteena on mielenterveyden suojaavien tekijöiden vahvistaminen. Edistäminen ja mielenterveysongelmien ennaltaehkäisy tukevat toisiaan ja ne liittyvät olennaisesti toisiinsa. Niitä ei aina voi erottaa toisistaan ja usein molempia piirteitä esiintyy esimerkiksi samoissa hankkeissa. (Laajasalo & Pirkola 2012, 10.) Tässä opinnäytetyössä käsitellään yleisimpiä ikääntyvän mielenterveyttä edistäviä keinoja, mielenterveysongelmia ja niiden riskitekijöitä sekä ohjauksen keinoja ikääntyvän mielenterveyden edistämiseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä opiskelijoiden tietoa ikääntyvän ihmisen mielenterveyden edistämisestä ja sen ohjauksesta sekä mahdollistaa aiheen opiskelu verkossa. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa oppimateriaali Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoille ikääntyvän mielenterveyden edistämisestä.

2 Kotona asuva ikääntyvä

Väestön ikääntyessä mielenterveyshäiriöistä kärsivien ikääntyvien määrä kasvaa. Mielenterveyshäiriöitä ei ikääntyvillä kuitenkaan ole sen enempää kuin muullakaan väestöllä. (Leinonen & Alanen 2011, 371.) Ikääntyvällä tarkoitetaan

tässä opinnäytetyössä yli 65 vuotta täyttänyttä henkilöä. Vanhuutta kuvataan nykyisin käsitteillä varhais- ja myöhäisvanhuus, joilla tarkoitetaan myös niin sanottua kolmatta ja neljättä ikää. Kolmas ikä eli varhaisvanhuus (55–75 vuotta) kuvaa ikääntynyttä henkilöä, jolla on melko hyvä elämänlaatu terveyden, sosiaalisuuden ja henkisen aktiivisuuden osa-alueella. Myöhäisvanhuus (noin 80–85 vuotta) eli neljäs ikä kuvaa henkilöä, johon liittyvät perinteisesti miellelyhtymät puhuttaessa vanhuksista. Neljänteen ikään kuuluvalla henkilöllä voi olla jo paljon somaattisia sairauksia ja ongelmia psyykkisessä ja sosiaalisessa hyvinvoinnissa. (Hietaharju & Nuutila 2016, 175.)

Julkisten palveluiden tarve ei kuitenkaan kasva samaa vauhtia kuin ikääntyneiden määrä. Kotona asuva yli 65-vuotias ei välttämättä tarvitse julkisia palveluita. (Välikangas 2006.) 75 vuotta täyttäneistä yli 90 prosenttia asuu omassa kodissaan. Mahdollinen muutto olisi hyvä toteuttaa silloin, kun ikääntyvä on hyväkuntoinen, ja asunnon hankinnassa tulee ottaa huomioon sen sijainti ja esteettömyys. (Espoon sosiaali- ja terveystoimi 2015, 2.) Yleensä kotonaasuvat 65–75-vuotiaat ikääntyvät saavat elää aktiivisina ja hyväkuntoisina. Kun ennaltaehkäiseviin toimiin asumisympäristön ja terveyden osalta ryhdytään tässä vaiheessa, vaikutukset ovat merkittäviä. (Ympäristöministeriö 2012.) Kuitenkin väestön eliniän noustessa myös sairauksien määrä lisääntyy ja ne kasaantuvat myöhempään elämänvaiheeseen (Välikangas 2006). Osalla ikääntyneistä sairauksien kasaantuminen alkaa 75 ikävuoden jälkeen ja osalla jo aiemmin (Ympäristöministeriö 2012).

Ikääntyvän asuminen omassa tai tuetussa asunnossa lisää turvallisuuden tunnetta. Tällöin myös itsemääräämisoikeus säilyy ja hyvinvointi kasvaa. Kotona asuminen mahdollistuu, kun ikääntyvä pystyy suoriutumaan omatoimisesti tai itseohjautuvasti kotona. Ikääntyvä pärjää itsenäisesti tuen ja palveluiden avulla parhaiten silloin, kun on otettu huomioon hänen oma tahtonsa ja näkemyksensä. Perhe, ystävät ja sukulaiset ovat ikääntyvän kotona selviytymisen ensijainen tuki. (Puumalainen 2011, 2–41.)

Omaehtoinen selviäminen ja itsenäinen kotona asuminen ovat mahdollisia terveydentilan ja toimintakyvyn paranemisen vuoksi. Kotona asumista tukevia tekijöitä ovat sosiaaliset verkostot, terveet elinvuodet, ympäristön esteettömyys sekä ehkäisevät ja kuntouttavat toimenpiteet, joilla avuntarvetta voidaan mahdollisesti myöhäistää. Myös turvattu taloudellinen tilanne on merkityksellinen. Edellytyksinä kotona selviytymiselle ovat monipuoliset asumisratkaisut. Kehittämistoimenpiteitä vaativat myös kodin ulkopuoliset palvelut, jotka tukevat itsenäistä selviytymistä. Ikääntyvän asumisympäristön pysyvyydellä on positiivisia vaikutuksia sekä ikääntyvän mielialaan että selviytymiseen. Kun asuinpaikan pysyvyys mahdollistetaan, ikääntyvän elämän ennustettavuus, järjestys ja sosiaaliset suhteet tukevat terveyttä. (Välikangas 2006.)

Ikääntyvän ihmisen hoidossa yleensä huomioidaan ensisijaisesti fyysinen toimintakyky ja mahdollinen heikentynyt kotona pärjääminen. Lähestymistavan tulisi muuttua kokonaisvaltaiseksi ja tarkastella myös psyykkistä hyvinvointia ja mielenterveyttä. Ikääntyvän omaa mielipidettä olisi kuultava, jotta voitaisiin parhaiten tukea kotona pärjäämistä yksilöllisesti. Jokainen henkilö voi määritellä vain omalta osaltaan hyvän, merkityksellisen ja täysipainoisen elämän kriteerit. (Fried, Heimonen & Jokinen 2013.)

Kotona asuminen antaa suojaa ja luo tuttuuden tunnetta. Koti on elämän tuki ja turvapaikka. Koti ei muodostu pelkästä rakennuksesta, vaan siihen vaikuttavat myös puoliso, sosiaaliset suhteet, lapset ja sukulaiset sekä muistot heistä. Kodin ympäristö mahdollistaa muistisairaalle itsenäisen liikkumisen sekä erilaiset aktiviteetit ja harrastukset. Koti mahdollistaa itsenäisen päätöksen teon ja oman elämän kontrolloinnin sekä rutiinien ylläpitämisen. (Kojo 2013, 33–36.)

Ikääntynyt ihminen kiinnittyy ympäristöönsä sosiaalisesti, toiminnallisesti ja henkisesti. Ympäristösiteet voimistuvat ihmisen ikääntyessä ja ikääntyvä kokee olevansa osa ympäristöä. Ympäristöolosuhteissa ei vaikuta olevan merkitystä sillä, asuuko ikääntyvä maaseudulla, kaupungissa, taajamassa vai haja-asutusalueella. Tämä korostuu etenkin silloin, kun ikääntyvä on asunut pitkään samalla paikkakunnalla ja samassa asunnossa. Kotona asuvan ikääntyvän ympäristösuhteissa ovat merkityksellisiä myös vuodenaikojen vaihtelut, luonnon tapahtumien

seuraaminen, ympäristön viihtyvyys ja esteettisyys sekä ympäristön historia ja kulttuuri. Pitkään maaseudulla asuneet seuraavat luonnon kiertokulkua ja yhdistävät sen maataloustyöhön. Tilanne on ongelmallinen silloin, kun ympäristö vaihtuu, esimerkiksi jos ikääntyvä on muuttanut omien lastensa luokse kauas omasta kotiympäristöstään. Kotiutuminen ja uusiin ihmisiin tutustuminen vie oman aikansa eikä se välttämättä onnistu lainkaan. Ympäristö, siihen liittyvät tunteet, historia sekä ihmissuhteet eivät siirry muuttavan ihmisen mukana. (Salonen 2007, 99–100.)

3 Potilaan ohjaaminen

Potilaalla on oikeus saada tietoa omasta hoidostaan ja terveydentilastaan sekä saada ohjausta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, § 3–5). Potilaan ohjaaminen on asiakastyötä, ja sen lähtökohtana on vuorovaikutus. Ohjaussuhde muodostuu hyvän vuorovaikutuksen tuloksena. Yksi onnistuneen vuorovaikutuksen edellytyksistä on hoitajan ja potilaan keskinäinen kunnioitus. Ohjausta antavan hoitajan tulee olla kiinnostunut ohjattavasta aiheesta sekä toisista ihmisistä. Hoitajan on oltava ohjaustilanteessa asiallinen, kunnioittava, kuunteleva ja potilaaseen luottava. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 24–25.)

3.1 Potilasohjaus

Olennaisin asia potilasohjauksessa on potilaan oppiminen. Ohjaustilannetta voisi kuvailla siten, että hoitaja on opettaja ja potilas on oppilas. Ennen ohjaustilannetta hoitajan täytyy ottaa selvää potilaan tiedontarpeista ja olla suunnitelmallinen. Potilaan tulee saada riittävä määrä tietoa ja hänen oma aktiivisuutensa on mahdollistettava ohjaustilanteessa. Potilas kohdataan paremmin yksilönä silloin, kun hän saa toimia aktiivisesti vuorovaikutustilanteessa hoitajan kanssa. Yksilöllinen kohtaaminen on potilaskeskeisyyttä. (Montin 2008, 6–7.) Potilaskeskeisellä lähestymistavalla tehty ohjaus auttaa potilasta löytämään uusia näkökulmia

elämäänsä ja hahmottamaan sitä uudella tavalla (Lipponen ym. 2006, 24). Esimerkkinä potilaan aktiivisuuden lisäämisestä on mahdollistaa kysymysten esittäminen (Montin 2008, 7). Potilaan yksilölliset voimavarat vaikuttavat ohjauksen muotoon. Suullisen ohjauksen lisäksi voi antaa kirjallista materiaalia ja videoita sekä ohjata käyttämään verkossa olevaa materiaalia. (Liimatainen, Hautala & Perko 2005, 49.)

3.2 Ikääntyvän ohjaaminen

Ikääntyvän muistissa tapahtuu muutoksia ja eritasoiset muistihäiriöt lisääntyvät. Yleisesti odotetaan, että ikääntyvän muisti heikkenee. Toisaalta taas ajatellaan, että ihminen viisastuu ikääntyessään ja sen edellytys on asioiden muistaminen. Tiedon prosessoinnin teorioissa oppiminen liitetään muistin osa-alueeksi, vaikka se ei olekaan suoraan verrannollinen muistiin. Oppiminen sisältää muistakin puolia kuin ainoastaan opitun muistiin painamisen ja tiedon tallentamisen. Henkilön tulee myös ymmärtää oppimansa ja liittää se aiemmin opittuun tai aikaisempiin kokemuksiin. Ilman muistia ei voi oppia, mutta opitun muistamisen edellytyksenä on opitun asian ymmärtäminen. Myös halu ja motivaatio vaikuttavat opitun pysymiseen muistissa. Henkilö tarkastelee ja prosessoi opittavaa asiaa joko pinnallisesti tai syvällisesti. Ohjaus vaikuttaa merkittävästi ikääntyvän oppimisen prosessointiin. Oppimaan oppimisessa on myös eroja sukupolvien välillä. Iän myötä ihminen kuitenkin tarvitsee oppimiseen enemmän aikaa ja kertausta. Jos näihin panostetaan, oppimistulokset ovat verrattavissa nuoremman väestön oppimiseen. (Heikkinen, Jyrkämä & Rantanen 2013, 216–221.)

Omahoidon vastuu on siirtynyt enemmän ihmiselle itselleen tai hänen läheisilleen. Ohjaamisen päämääränä ovat hyvinvointi, elämänlaatu, turvallisuus, terveys ja toimintakyky. Ikääntyvän ohjaamiseen ja neuvontaan on käytettävissä vähemmän aikaa, koska hoitoajat ovat lyhentyneet. Ohjaamistilanteen keskiössä ovat ihminen ja hänen tarpeensa. (Heikkinen ym. 2013, 460–461.) Tärkeintä ohjauksessa on ottaa huomioon potilaan omat näkemykset ja toiveet hänen elämästään ja hänestä itsestään (Lipponen ym. 2006, 24).

Jokainen ihminen on itse oman elämänsä asiantuntija. Ohjaamisessa on tärkeää dialogisuus ja voimavaralähtöisyys eli autetaan ihmistä löytämään itse ratkaisu omaan tilanteeseensa. Hoitajan tehtävä on tukea päätöksenteossa antamalla tietoa. Ikääntyvän ohjauksessa on tärkeää huomioida se, että päätöksenteko siirtyy helposti hoitohenkilökunnalle, jos ei oteta huomioon ikääntyvän muutoksia kognitiossa ja aistitoiminnoissa. Myös omaisten mielipide saattaa vaikuttaa päätöksentekoon (Heikkinen ym. 2013, 460–461.) Mahdolliset omaiset tuleekin nähdä potilaan hoidon voimavarana ja heillä on suuri merkitys henkilön sairauden parantamisessa, mutta myös sairauksien ennaltaehkäisyssä. Näin ollen hoitohenkilökunnan tulee ottaa huomioon myös heidän avun ja tuen tarpeensa. Omaisten merkitys hoitotyössä on suuri niin potilaalle kuin hoitajallekin. Ikääntyneitä hoidettaessa omaisten merkitys tiedonlähteenä korostuu silloin, kun ikääntynyt ei enää itse kykene kertomaan tilanteestaan. (Lipponen ym. 2006, 44, 53.)

3.3 Ohjaajan rooli

Potilaan omien voimavarojen löytäminen potilasohjauksessa on voimavara-keskeisen ohjauksen ydin. Hyvin suunniteltu potilasohjaus koostuu potilaan aikaisemmista kokemuksista ja tiedoista. Niitä hyödyntäen potilaat voivat oppia ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja terveyden ylläpitämisestä. Ohjauksen pääkohdat ovat potilaan selviytymisen ja arjen tarpeiden selvittäminen. Hoitajan tulee välttää dominoivaa otetta ohjauksessa. Vallan tulisi jakautua sekä hoitajalle että potilaalle. (Liimatainen ym. 2005, 12–13.)

Kotihoidon työntekijän on osattava ohjata ja tukea potilasta ja hänen omaisiaan kotona. Organisaatioiden palveluiden muuttuessa hoitajalla tulee olla tietämys erilaisista sosiaali- ja terveystalouksista. Hoitajan on osattava ohjata tarvittaessa potilasta niiden käytössä. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 22.)

4 Ikääntyvän mielenterveyden edistäminen

Mielenterveyden edistäminen käsitteenä tarkoittaa sitä, että keskitytään hyvinvoinnin edistämiseen ennemmin kuin sairauksien parantamiseen. Kohteena on koko väestö, mukaan lukien riskiryhmät. Mielenterveyden edistämässä keskitytään suojaavaan toimintaan eikä pelkästään riskitekijöihin ja olosuhteisiin. Väestön voimavaroja tunnistetaan ja vahvistetaan. (Tamminen & Solin 2013, 17–18.) Kaikki mielen ja tunne-elämän häiriöt eivät vaadi erikoisosaamista. Psykkinen pahoinvointi, surullisuus ja alakuloisuus ovat usein hoidettavissa oma-apukeinoin, samoin kuin lievät somaattiset vaivat tai sairaudet. Hyviä omahoitokeinoja voivat olla puhuminen ystäville, mielekkäiden asioiden parissa puuhailu, liikunnan lisääminen ja ihan vain lepääminen. (Suvanto 2015.)

4.1 Edistämistyö

Edistämistyössä huomioidaan myös terveydenhuollon ja sosiaalialan palvelut eikä pelkästään sairaanhoitopalveluita. Mielenterveyden edistämisen tehtävä on tukea positiivista mielenterveyttä, vahvistaa henkistä hyvinvointia, osaamista ja pärjäämistä sekä tarjota tukiasumista ja -ympäristöä. Mielenterveyshäiriöiden ehkäisyyn tarkoituksena on oireiden vähentäminen ja mielenterveyshäiriöiden vähentäminen. Yksi ehkäisykeino on mielenterveyden edistämisen malli. (Tamminen & Solin 2013, 17–18.) Yksilötasolla suojatekijöitä ovat aktiivisuus, sosiaaliset suhteet ja omasta hyvinvoinnista huolehtiminen. Palvelujärjestelmä ja kulttuuriset tekijät ovat puolestaan yhteiskunnallisen tason suojatekijöitä. (Hansen 2015, 8.)

Kukoistamisen ja riutumisen jatkumo on osoitus siitä, miten positiivinen mielenterveys vaikuttaa ihmisen mielenterveyteen ja siten hyvinvointiin. Vaikka mielenterveydessä olisikin ongelmia, ihminen voi silti kukoistaa. Kukoistamisen ja riutumisen jatkumolla on yhteys myös fyysiseen terveyteen. Kukoistavalla ikääntyvällä on vähemmän mielenterveysongelmia, vähemmän kroonisia sairauksia, matalampi riski sydän- ja verisuonisairauksiin sekä vähemmän

käyntejä terveydenhuollossa. Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyttä voidaan merkittävästi vähentää aktiivisilla mielenterveyden edistämistoiminnoilla ja ehkäisy- sekä hoitotoimenpiteillä, esimerkiksi järjestämällä tukiryhmiä läheisensä menettäneille. (Tamminen & Solin 2013, 16.)

Mielenterveyden edistämistyön tavoitteena ovat suojatekijöiden lisääminen, riskitekijöiden vähentäminen ja eriarvoisuuden lieventäminen. Suojatekijöitä ovat yksilön ja yhteisön sietokyvyn ja joustavuuden lisääminen, selviytymistaitojen parantaminen, elämänlaadun ja tyytyväisyyden parantaminen, itsetunnon ja hyvinvoinnin tunteen parantaminen, sosiaalisen tuen vahvistaminen ja fyysisen, sosiaalisen, henkisen ja hengellisen tuen antaminen. Riskitekijöitä vähennetään auttamalla itsemurhaa yrittäneitä vähentämällä heidän ahdistustaan, masennustaan, stressiään, uupumustaan, kaltoinkohteluaan, avuttomuuden tunnetaan, väkivaltaansa, päihteiden käyttöään ja itsemurha-ajatuksiaan. Eriarvoisuutta lievennetään poliittisilla keinoilla, suvaitsevaisuuskoulutuksella, leimamista vastustavilla hankkeilla ja kampanjoilla sekä järjestämällä siirtymäohjelmia tietyille ryhmille. (Tamminen & Solin 2013, 18.)

Elämän myönteisyys ja kiitollisuus ovat asioita, jotka ikääntyvien mielestä tukevat mielenterveyttä ja edistävät hyvinvointia. Fyysisen terveyden edistämisen lisäksi mielenterveyden edistäminen on yhtä tärkeää. Ikääntyvän osallisuutta yhteiskuntaan pidetään tärkeimpänä mielenterveyttä tukevana tekijänä. (Haarni ym. 2014a.) Ikääntyvän mielenterveyden ja hyvinvoinnin huolenpito osoittavat, että kaikki ihmiset voivat elää aktiivista ja tervettä elämää. Ikääntyvän mielenterveyden edistäminen auttaa hyödyntämään ikääntyvien panosta yhteiskuntaan. Tämä vähentää mielenterveyshäiriöistä aiheutuvia kuluja. Ikääntyvien keskuudessa masennusta, ahdistusta ja itsemurhia on paljon, ja ne ovat vakavia ongelmia. (Tamminen & Solin 2013, 19.)

Ikääntyvän mielenterveyden sisäisiä suojatekijöitä ovat terveyden ja toimintakyvyn hyväksi kokeminen, turvallisuuden tunne, elämäkokemus ja -taidot, tunteet, vastoinikäymisten ja muutosten kanssa pärjääminen, omista asioista päättäminen ja itsensä hyväksyminen, myönteinen ja toiveikas elämänasenne,

merkityksellinen elämä, hetkessä elämisen taito, arjen vaihtelevuus, seksuaalisuus sekä ilo ja huumori. Ulkoisia suojatekijöitä ovat hyvä ravinto, ihmissuhteiden mielekkyys, ympäristön turvallisuus ja esteettömyys, riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut, toimeentulon riittävyys, arjen monipuolisuus, itsensä toteuttaminen ja muiden auttaminen, luonto ja ulkoilumahdollisuudet, taide ja kulttuuri, osallistuminen ja harrastaminen. (Hansen 2015, 9.) Ikääntyvän voimavaroina ovat elämänarvot, kuten uskonnollinen ja poliittinen vakaumus, hengellisyys, isänmaallisuus, luonnon kunnioitus ja rakkaus. Tärkeitä voimavaroja ovat myös ympäristö, sosiaalinen verkosto, isovanhemmuus ja perhe. (Valtioneuvoston kanslia 2004, 71–76.)

4.2 Ravitseminen

Hyväkuntoisen ikääntyvän ruokavalion energiamäärän on oltava sopiva energian kulutukseen nähden. Hyvä ruokavalio on monipuolinen ja värikäs, ja se sisältää riittävästi proteiinia. Suolaa käytetään kohtuudella, ja rasvat ovat hyvälaatuisia. Sairauksien aikana huolehditaan riittävästä energiansaannista ja tarvittaessa otetaan käyttöön tehostettu ruokavalio. Mahdollinen laihduttaminen tehdään hitaasti. D-vitamiinilisää käytetään ympäri vuoden 20 mikrogrammaa vuorokaudessa. Suun terveydestä huolehditaan päivittäin. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 20.) Ravinto myös aiheuttaa mielihyvää ja tuo mieleen muistoja. Ruoanlaitto on monelle tärkeä harrastus, ja seurassa syöminen vaikuttaa sosiaaliseen hyvinvointiin positiivisesti. (Hansen 2015, 17.)

Edellä mainittujen lisäksi kotona asuvan sairaan ikääntyvän ollessa kyseessä, huomioidaan painonvaihtelut ja tahaton laihtuminen ja ehkäistään niiden tapahtumista. Kotona on hyvä säilyttää pientä ruokavarastoa. Huolehditaan myös, että lihaskuntoa ylläpitävää ja energian kulutusta lisäävää liikuntaa harrastetaan riittävästi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 21.)

Aliravitsemuksella on vaikutusta ikääntyvän mielenterveysongelmien esiintymiseen (Kvamme, Gronli, Florholmen & Jacobsen 2011, 1). Riittävä ravinnonsaanti on vahvasti yhteydessä ikääntyvän terveydentilaan ja toimintakykyyn. Toimintakykyä voidaan ylläpitää esimerkiksi oikeanlaisella ravitsemustilalla. Sen avulla

myös laitoshoitoon siirtymistä voidaan lykätä ja komplikaatioita ennaltaehkäistä. Ravitsemustila voi heikentyä huonon ruokahalun ja liian vähäisen ruokamäärän vuoksi. Tästä aiheutuu painonlaskua tai painon vaihtelua sekä lihaskatoa. Heikentynyt ravitsemustila on yhteydessä heikentyneeseen toimintakykyyn ja muihin sairasteluun. Se on yhteydessä myös masennukseen, yksinäisyyteen, lonkkamurtumiin, monilääkitykseen, alkoholin liikakäyttöön ja köyhyyteen. Ravitsemustilaa voivat heikentää myös hampaattomuus, suun kuivuminen, nielemisvaikeudet ja useat lääkkeet sekä somaattiset sairaudet. Ravitsemustilan heikentyminen ja lihaskadon eli sarkopenian esiintyminen johtuvat osittain myös aiemmista elämäntavoista. Kotona asuvilla ikääntyvillä huono ravitsemustila on harvinainen, mutta se yleistyy sairauksien ja avun tarpeen lisääntyessä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 16–19.)

Hyvän ravitsemuksen tärkein tavoite on haurastumisen ehkäisy ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Liikunta edistää toimintakyvyn säilymistä ja auttaa myös hyvän ravitsemustilan saavuttamisessa. Ikääntyneiden riskitekijöitä ovat heikentynyt ruokahalu, toiminnanvajaukset, masennus, yksinäisyys ja sairaudet. Nämä riskitekijät pahentavat toistensa vaikutuksia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. 54–55.)

Aliravitsemuksen riski lisää selvästi mielenterveyden heikentymistä ja aiheuttaa mielenterveysongelmien oireita ikääntyvillä. Tyypillisimmät mielenterveysongelmat ikääntyvillä ovat ahdistuneisuus ja masennus. Somaattisten ja psykiatristen sairauksien hoidossa on hyvä muistaa ottaa huomioon myös ravitsemustila käyttämällä Mini Nutritional Assessment- eli MNA-testiä (liite 2). Samoin MNA-testiä tehtäessä on syytä ottaa huomioon mielenterveysoirehdinta. (Kvamme ym. 2011, 1–8.)

Ravitsemuksen ohjauksen lähtökohtana on ikääntyvän tarpeet. On syytä ottaa huomioon myös näkö- ja kuulo-ongelmat sekä valita ohjaustilanteelle rauhallinen ympäristö. Ravitsemuksen ja energian saannin lähtötilanne selvitetään ruokapäiväkirjan ja nestelistan avulla. Ohjauksessa selvitetään myös tyypillinen päivärhythmi, ruokailuajat, lempiruokat, liikkuminen sekä mahdolliset ongelmat. Tar-

vittaessa keskusteluun otetaan mukaan ikääntyvän ruokailuista huolehtiva henkilö. Ikääntyvälle annetaan tietoa vanhenemiseen liittyvistä ravitsemusmuutoksista. Ikääntyvän lähipiirin tai kotihoidon apua tarvitaan ruoan hankinnan avustamisessa ja apua annetaan ikääntyvän ehdoilla. Taloudellisesta tilanteesta on keskusteltava ja tarpeen vaatiessa ohjattava sosiaalityöntekijän vastaanotolle. Kotihoito tarjoaa ateriapalvelua silloin, kun ikääntyvä ei itse kykene huolehtimaan ruoan valmistuksesta. Ennen ateriapalvelun käyttöönottoa suunnitellaan yhdessä työntekijän ja ikääntyvän kanssa päivän ateriarytmi ja ruokatarvikkeiden hankinta. Varmistetaan, että riittävä energiansaanti turvataan ja selvitetään, kuka tarvittaessa auttaa ikääntyvää ruoan lämmityksessä ja tarvikkeiden hankkimisessa. Ikääntyvälle annetaan kirjallista tietoa ravitsemustarpeista, ateriapalvelusta, ateriovaihtoehtoista, ruoan tilaamisesta ja yhteyshenkilön yhteystiedoista. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 200–201.) Ravitsemuksen ohjauksessa on noudatettava tutkimukseen perustuvia ohjeita ja jätettävä huomiotta mediassa esillä olevat ruokavaliot (Patience 2016, 1182).

4.3 Liikunta

Ikääntyvän on tärkeää välttää liikkumattomuutta. Arkiliikunta on keskeisintä ikääntyvän elämässä ja ohjattu liikunta täydentää sitä. Päivittäinen ulkona kävely on parasta kestävyysliikuntaa ja se myös virkistää mieltä. Lisäksi voiman, tasapainon ja liikkuvuuden harjoittamisen on hyvä olla säännöllistä. Säännöllinen liikunta estää kaatumisia. Liikuntaharjoittelu suunnitellaan jokaiselle yksilöllisten tarpeiden mukaan, jolloin huomioidaan kokonaisvaltaisesti ikääntyvän terveydentila, lääkitys ja ravitsemus. Liikkumis- ja toimintakyvyn arviointi kuuluu osana laadukkaaseen neuvontaan, jota voidaan antaa esimerkiksi terveyskeskuksen vastaanottokäynnillä tai kotikäynneillä. Kotona asuva, toimintakyvyltään heikentynyt ikääntyvä, tarvitsee enemmän ohjattua liikuntatoimintaa. (Valtion liikuntaneuvosto 2013, 5.)

Liikunta ja fyysinen aktiivisuus lieventävät iän negatiivisia vaikutuksia kehoon ja mieleen. Liikunta on lupaava lääkkeetön hoitomuoto ikääntymisestä johtuvaan kognitiiviseen heikkenemiseen sekä hermoston rappeutumissairauksiin.

Elämäntavoilla on suuri vaikutus ihmisen ikääntymiseen. Kolme merkittävää tekijää kognition heikkenemisessä ja dementian ennaltaehkäisyssä ovat sosiaalinen verkosto, tiedollinen vapaa-ajan toiminta ja säännöllinen fyysinen aktiivisuus. Fyysisen aktiivisuuden rooli on suurin näistä tekijöistä. (Bherer, Erikson & Liu-Ambrose 2013.)

Hoitajan tulee ymmärtää yhteys liikuntakyvyn sekä psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin välillä. Ammattitaitoinen hoitaja osaa antaa käytännöllisiä ohjeita ja ohjata liikkumaan. Ikääntyvä voi esimerkiksi pelätä kaatumista, jonka vuoksi ulkoliikunta talvella voi jäädä vähäiseksi. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2015, 289.) Liikunnan ohjaajan tulee ottaa huomioon yksilölliset erot ikääntyvien toimintakyvyssä ja taidoissa. Psyykkiseen ja fyysiseen turvallisuuteen on kiinnitettävä huomiota ohjaustilanteessa ja ohjaajalla on oltava ensiaputaidot. Laadukas liikunnan ohjaus kannustaa ikääntyvää oma-aloitteisuuteen ja tuo hyvää mieltä. Ryhmäliikunta sopii ikääntyville hyvin, koska se aktivoi myös yksilön sosiaalisuutta. Liikuntaan kannustaminen ja liikunnan ohjaus voivat lisätä innostuneisuutta myös omaehtoiseen liikuntaan. Liikunta tukee ikääntyvän fyysistä minäkuvaa, mikä on merkittävä osa yksilön persoonaa ja josta rakentuu mielenterveyden perusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Opetusministeriö 2004, 13–34.) On yksilöllistä, haluaako liikkua yksin vai ryhmässä, sisällä vai ulkona. Pääasia on, että ihminen lähtee liikkeelle. (Hansen 2015, 16.)

4.4 Sosiaaliset suhteet

Yhteisöllisyys on ominaista väestölle tai kansanryhmälle. Yhteisöllisyys on sosiaalista pääomaa ja sillä on huomattu olevan positiivisia terveysvaikutuksia. Monissa ikääntyviä koskevissa terveystutkimuksissa on selvitetty minkälaisia yhteyksiä sosiaalisella pääomalla ja psyykkisellä hyvinvoinnilla on. Sosiaalisen pääoman on havaittu edistävän mielenterveyttä. Sosiaalisesti aktiivisen ikääntyvän mielenterveys säilyy paremmin muuttumattomana kuin sosiaalisesti passiivisen ikääntyvän. (Heikkinen, Jyrkämä & Rantanen 2013, 101–105.)

Sosiaalinen ympäristö erilaisine yhteisöineen koostuu ihmisistä. Sosiaalisessa ympäristössä yksilön odotetaan toimivan tietyllä tavalla. Terveystilan heikentyessä sosiaaliset kontaktit voivat kaventua ja suhteitten luominen vaikeutua. Tämä puolestaan voi johtaa yksinäisyyden kokemuksiin, jolloin sosiaalisten suhteiden laatu korvaa määrän. Sosiaalinen tuki tukee ikääntyvän hyvinvointia. Sosiaalista tukea voivat antaa läheiset ja ystävät, mutta ikääntyvän tuen tarpeen muuttuessa tukea tarjoavat myös järjestöt ja yksityisen sekä julkisen sektorin ammattiauttajat. Sosiaalisuuteen vaikuttavat myös erilaiset ympäristöt, kuten asuinympäristö ja symbolinen ympäristö. Symbolinen ympäristö on ihmisen ajatuksien luoma ympäristö. Se koostuu kielestä, tavoista, säännöistä ja merkityksistä. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 97–100.)

Yksinäisyyttä lievitetään yksilö- ja ryhmäinterventioilla. Ryhmäinterventio on osoittautunut tehokkaimmaksi keinoksi. Kotikäynnit, puhelinkontaktit ja kotieläin-terapia ovat sen toimintamuotoja. Ryhmäinterventio on tehokkainta silloin, kun osallistujat voivat itse vaikuttaa sen sisältöön. Hoitotyön keinojen avulla ikääntyvän yksinäisyyttä voidaan lievittää. Ikääntyvä kokee yksinäisyyden usein häpeällisenä asiana ja vain hän itse voi kertoa siihen liittyvistä kokemuksista ja kärsimyksistä. Yksinäisyydestä puhuminen auttaa ja lievittää yksinäisyyden kokemusta. Hoitajan tehtävä on ottaa yksinäisyys puheeksi. Se vaatii hoitajalta tietoa ikääntyvän yksinäisyydestä ja kykyä käsitellä siitä aiheutuvia ongelmia ikääntyvän ehdoilla. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 188–193.)

4.5 Hengellisyys

Uskonnollisuus ja hengellisyys vaikuttavat ikääntyvän yksilön hyvinvointiin merkittävästi (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 103). Ihmisen vanhetessa hänen hengellinen ja henkinen alueensa kasvavat vahvemmaksi. Hengellisyys ei tarkoita pelkästään ”Jumalaa”. (Mäkisalo-Ropponen 2007, 119.) Hengellisyys ei välttämättä ole sidoksissa lainkaan uskontoon, vaan sen ilmenemismuotoja ovat myös luonnon tuoma virkeys ja onnellisuus. Yksilön hengellisyttä voidaan tukea kuuntelemalla, lohduttamalla ja kunnioittamalla yksityisyyttä. Myös rauhallisen ympäristön luominen ja oma rauhallinen käytös ovat ikääntyvän hengellisyyden

tukemisen keinoja. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 103.) Ikääntyminen voi lieventää nuoruusiän voimakkaita ajatuksia uskonnollisuudesta (Mäkisalo-Ropponen 2007, 119).

Hoitaja on hengellisen hoidon tärkein väline. Hoitajan tarjoama apu, läsnäolo ja kuunteleminen mahdollistavat hengellisen hoidon. Tärkeimpiä keinoja ovat keskustelu hoitajan kanssa, joskus myös seurakunnan työntekijän, vapaaehtoistyöntekijän, ystävän tai sukulaisen kanssa käyty pidempi keskustelu. Keskustelu hoitajan kanssa on usein lyhyt, mutta se on silti ikääntyvälle hyödyllistä. Lyhytkin keskustelu pitää yllä yhteyttä hoitajan ja ikääntyvän välillä. Se on usein hyödyllisempi kuin pitkä keskustelu, jossa käydään läpi kaikki huolet ja koko elämäntarina. Virret, rukoukset ja Raamatun lukeminen, hartaushetket, rippi, ehtoollinen ja öljyllä voitelu, saattohartaus ja hätäkaste ovat myös hengellisen hoidon keinoja. (Aalto & Gothoni 2009, 48–61.)

Mielenterveysongelmaisen sielunhoito ei keskity diagnoosin etsimiseen. Sielunhoidossa keskitytään autettavan yksilöllisiin tarpeisiin ja voimavaroihin. Uskonnollisia ja maailmankatsomuksellisia asioita ei tule jättää huomiotta, ja niiden kautta ihminen puhuu itsestään ja oman elämänsä historiasta. Hengelliset tarpeet voivat toisilla nousta esille hoidon alussa ja toisille vasta pahimman kriisivaiheen mentyä ohi. Luottamus ja keskusteluyhteys auttajaan syntyy usein ajan saatossa, jolloin hengellisistä asioista vasta uskalletaan puhua. Hoitaja saa apua työhönsä, omasta työryhmästä tai sairaalapastorilta, jos kokee vaikeaksi keskustella hengellisistä asioista. Hoitaja saa kertoa hoidettavalle omasta vakaumuksestaan, jos häneltä siitä kysytään. Hoitajan oma vakaumus saa hoitotyössä näkyä, mutta sitä ei saa hoidettavalle tyrkyttää. (Aalto & Gothoni 2009, 98–100.)

4.6 Järjestö- ja hanketoiminta

Suomen Mielenterveysseura on 120 vuotta vanha järjestö, ja se on näin ollen maailman vanhin mielenterveysalan kansalaisjärjestö. Suomen Mielenterveysseuran päätavoitteena on mielenterveyden edistäminen ja ongelmien ehkäisy.

(Suomen Mielenterveysseura 2017a.) Pohjois-Karjalan mielenterveysseura kriisityön tukena ja Pohjois-Karjalan kriisikeskus ovat Suomen Mielenterveysseuran paikallisjärjestöjä. Pohjois-Karjalan mielenterveysseura kriisityön tukena on perustettu tukemaan ja mahdollistamaan kriisikeskuksen toimintaa sekä järjestölähtöistä kriisityötä Pohjois-Karjalassa. (Suomen Mielenterveysseura 2017b.) Pohjois-Karjalan kriisikeskus täydentää julkisia palveluita siten, että se palvelee ongelma- ja kriisitilanteisiin joutuneita asiakkaita. Kriisikeskus tarjoaa maksutonta lyhytkestoista kriisiapua, ja sitä voi saada myös nimettömänä. Palveluita on saatavilla puhelimitse, verkossa ja vastaanotolla. (Suomen Mielenterveysseura 2017c.)

Mirakle eli Mielen hyvinvoinnin rakennuspuut ikääntyville -hankkeessa 2012–2016 tuetaan ikääntyvän mielenterveyttä voimavaralähtöisesti erilaisten toimintamuotojen ja materiaalien kautta. Se on Suomen Mielenterveysseuran hanke, joka kuuluu Eloisa ikä -ohjelmaan ja jota koordinoivat Vanhustyön keskusliitto ja Raha-automaattiyhdistys. (Haarni, Viljanen & Hansen 2014b.) Hankkeen kehittämistyötä on tehty yhdessä Eläkeliiton TunneMieli-hankkeen, Eläkkeensaajien Keskusliiton Elinvoimaa-hankkeen ja Vanhus- ja lähimmäispalvelun liiton Etsivä mieli -hankkeen kanssa. Hankkeet ovat vaihtaneet puolin ja toisin tietoa ja osaamista. (Rolfner Suvanto 2015, 7.) Mielellään-yhteistyöverkostoon kuuluu edellä mainittujen lisäksi myös Vanhustentaloyhdistys ry Mereon Etsiväpiirit -hanke ja Kotipirtti ry:n Yhressä Nääs -projekti (Suomen Mielenterveysseura 2017d).

Mirakle-hankkeen tuottamia julkaisuja ovat Seniori hyvinvointitreenit – Hyvää mieltä ja oloa ryhmästä -opas ohjaajille ja Ikääntyvä mieli – mielen hyvinvointia vanhetessa -opas. Seniori hyvinvointitreenit -opas on ohjaajia varten tuotettu ja sen avulla ikääntyvien mielenterveyttä pystytään edistämään. Opas sisältää pohdittavaa ohjaajalle itselleen sekä apukeinoja ikääntyvän mielenterveyden edistämiseksi. Seniori Hyvinvointitreenit on suunniteltua ryhmätoimintaa ikääntyville. Ryhmässä tehdään yhdessä sellaisia asioita, jotka edistävät terveyttä ja tuovat iloa arkeen. Treenit pitävät sisällään paljon erilaisia ryhmätoimintoja, joista jokainen voi valita itselle sopivia vaihtoehtoja. Hyvinvointitreenien

tarkoitus on motivoida ikääntyviä harrastusten pariin ja ohjata mukaan asuinalueiden toimintaan. Treenien kautta ikääntyvä voi saada elämäniloa ja löytää omia voimavaroja sekä huomioida toisesta ihmisestä saatavaa voimaa. Treenien kautta voi saada uusia ystäviä. Treeneissä vahvistetaan ja treenataan mieltä, sekä huolletaan fyysistä kuntoa. Hyvinvointitreenejä voivat käyttää erilaiset toimijat, kuten yhdistykset, kansalaistopisto ja suuret organisaatiot, jotka tuottavat palveluasumista. Toimijalta vaaditaan suunnitteluun ja toteutukseen kuitenkin riittävästä resursseista, kuten rahoitus, vakuutukset, asiaan perehtyneet ohjaajat ja tilat. (Hansen 2015, 3–24.)

Elämän taidon eväät -hanke on Ikäinstituutin hanke, jota Raha-automaattiyhdistys rahoittaa vuosina 2015–2017. Hankkeen tarkoituksena on antaa tietoa ikääntyvän mielen hyvinvoinnista ja kehittää yhdessä ikääntyvien kanssa keinoja hyvinvoinnin vahvistamiseksi. Hankkeessa on tarkoitus hyödyntää ikääntyvän elämäkokemusta ja elämäntaitoja sekä kannustaa konkreettisiin teoihin mielenterveyden edistämiseksi. Hanke järjestää kampanjoita, tilaisuuksia ja matalankynnyksen kohtaamispaikkatoimintaa. (Ikäinstituutti 2016.)

Järjestöjen mielenterveyden tuki on tarpeellista silloin kun ikääntyvien julkisissa palveluissa on puutteita. Esimerkiksi Mirakle-hanke on antanut apuvälineitä ikääntyville oman mielenterveyden vahvistamiseksi. Hankkeen päättyessä ei taitojen vahvistamisen tarve kuitenkaan pääty. Jatkuvuutta olisi ylläpidettävä, koska suuret ikäluokat ovat siirtymässä aktiivisista kolmannen iän toimijoista neljänteen ikään. (Haarni ym. 2014b.)

5 Ikääntyvän mielenterveyshäiriöt

Ikääntyvien yleisimpiä mielenterveysongelmia ovat mielialahäiriöt, psykoosit, ahdistuneisuushäiriöt ja elimelliset mielenterveyshäiriöt. Elimellisiin mielenterveyshäiriöihin kuuluvat neurokognitiiviset häiriöt, muistisairaudet ja elimelliset aivo-oireyhtymät. Masennustila on yleisin ikääntyvän ihmisen mielenterveysongelma. (Lönngqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2014, 681–686.)

5.1 Ikääntymisen haasteet

Ikääntyvän mielenterveysongelmien tunnistamisessa tarvitsevat apua niin ikääntyvät kuin ammattilaiset. Koska masennus ei kuulu vanhenemiseen luonnollisesti, on siihen syytä puuttua, ennen kuin ongelmat ovat yhteiskunnallisesti kalliimpia ja hankalampia hoitaa. Mielenterveyden hoitotyössä pyritään löytämään yksilöllinen ratkaisu, jossa yhdistyvät psykososiaalinen tuki ja lääkehoito. (Heikkinen ym. 2013, 378.)

Ikääntyvän masennustilan hoidosta on tutkimuksia vain vähän. Käypä hoito -suositusten ohjeita voidaan kuitenkin hoidossa soveltaa. Ikääntyvää ihmistä hoidettaessa on erityisen tärkeää yhdistää psykiatrinen ja somaattinen hoito. Lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutukset korostuvat, ja iänmukaiseen lääkkeeseen on kiinnitettävä huomiota. (Käypä hoito 2016.) Lääkkeettömillä hoitomuodoilla, kuten musiikin kuuntelemisella, on tutkimuksen mukaan hyviä tuloksia ikääntyvän masennuksen hoidossa (Chan, Wong, Onishi & Thayala 2011).

Ikääntyvä ihminen on usein fyysisesti monisairas ja sairauksien kanssa selviäminen kuluttaa henkisiä voimavaroja. Fyysisien oireiden lisäksi ikääntyvä kärsii masennuksesta ja ahdistuksesta. Niiden oirekuvaan kuuluu useita fysiologisia oireita, kuten ruokahalun heikkeneminen, unettomuus ja epäselvät kivut. Tällöin diagnoosin tekeminen hankaloituu ja psyykkisiä oireita ei saada kuriin. Ikääntyvä myös yleisimmin hakee apua näihin oireisiin somaattisen terveydenhoidon puolelta. Hän ei itse tunnista oireiden olevan psyykkisiä. (Puentes, Bradway & Ase-lage 2010, 44–45.)

5.2 Riskitekijöitä

Persoonalla on suuri merkitys ikääntyvän henkilön psyykkistä tasapainoa käsitel-täessä. Elämän aikana koetut vaikeudet voivat käsittelemättöminä vahingoittaa henkilön mielenterveyttä, ja ihmisen ikääntyessä hän voi takertua ja jäädä mu-rehtimaan niitä. (Hietaharju & Nuutila 2016, 175.) Elämäkokemukset ja haa-voittuvuus ovat tyypillisiä asioita ikääntyvälle. Kun haavoittuvuuden kohtaa ja sitä osaa käsitellä, mieli voi hyvin. Elämän muutoksia kohdatessa voimavaroina ovat

yksilölliset selviytymiskeinot. Haasteista selviytyminen kehittää ihmiselle voimavaroja, joka on turvana elämän muutoksissa. (Fried, Heimonen, Laine & Sarvimäki 2015, 6.)

Riskitekijät altistavat mielenterveysongelmille, mutta ne eivät automaattisesti huononna elämänlaatua. Riskitekijöitä voi olla yksilössä itsessään, sosiaalisissa suhteissa, yhteisössä, elinympäristössä ja yhteiskunnassa. Sairaudet, toimintakyvyn muutokset, avuttomuuden ja turvattomuuden tunne, alakulo, yksinäisyys, pitkittynyt suru ja runsas päihteidenkäyttö ovat henkilön sisäisiä mielenterveyden riskitekijöitä. Ulkoisia riskitekijöitä ovat aliravitsemus, ihmissuhteiden puuttuminen tai niiden kuluttavuus, rajoittava ympäristö ja puutteellinen koti, sosiaali- ja terveyspalveluiden puutteet, riittämätön toimeentulo, virikkeetön arki, riittämättömät vaihtoehdot, kaltoinkohtelu, menetykset ja puutteellinen tuki vaikeissa elämäntilanteissa. (Hansen 2015, 8–9.)

Yksinäisyys voidaan jakaa myönteiseen ja kielteiseen yksinäisyyteen. Myönteinen yksinäisyys rauhoittaa, on vapaaehtoista ja se mahdollistaa luovuuden. Kielteinen yksinäisyys aiheuttaa kärsimystä, on ahdistavaa ja pelottavaa ja silloin ihminen kohtaa elämän menetykset ilman voimavaroja käsitellä niitä. Ikääntyvän kielteiseen yksinäisyyteen kuuluvat oman kodin menettäminen esimerkiksi laitoshoittoon siirryttäessä, läheisen ihmisen kuolema, oman toimintakyvyn heikkeneminen ja ystävien vähyys. Yksinäisyys johtaa sairasteluun ja toimintakyvyn heikkenemiseen. Se lisää dementian riskiä, masennusta ja itsemurha-alttiutta sekä ennenaikaista kuolemaa. Huono näkö ja kuulo sekä uniongelmat ja heikko ravitsemustila ovat myös yhteydessä yksinäisyyteen. (Routasalo, Pitkälä, Savikko & Tilvis 2005, 7–9.) Kuulon ja näön aistivajeet voivat altistaa harhaluuloisuusoireille (Lönqvist ym. 2014, 691).

Yksinäisyys jaetaan emotionaaliseen ja sosiaaliseen eristäytymiseen. Läheisen kiintymyssuhteen eli puolison puuttuminen tai menettäminen aiheuttaa emotionaalista yksinäisyyttä. Emotionaalisen yksinäisyyden voi poistaa ainoastaan läheinen kiintymyssuhde. Sosiaalisten kontaktien ja vuorovaikutuksen puute tai vähäisyys aiheuttavat sosiaalista yksinäisyyttä. Sosiaalista yksinäisyyttä voivat

poistaa vuorovaikutuksen lisääntyminen ja sosiaalisen verkon laajeneminen. (Uotila 2011, 19.)

Yksinäisyys, sosiaalinen eristyneisyys ja masentuneisuus ovat toisiinsa yhteydessä olevia asioita, mutta ne eivät tarkoita samaa asiaa. Yksinäisyyteen ovat yhteydessä myös masentuneisuus, ahdistuneisuus ja dementia. Leskeksi jääminen lisää selvästi yksinäisyyttä, samoin oma sairastuminen ja toimintakyvyn heikkeneminen. Läheisten ja ystävien tapaamistiheydellä ei ole merkitystä yksinäisyyden kokemisen kanssa. Suuri osa ikääntyneistä kokee itsensä yksinäiseksi. Yksinäinen ihminen kokee elämänsä tarkoituksettomana. (Routasalo ym. 2005, 8–31.)

Ahdistuneisuuden ja masennuksen riskitekijät ovat samankaltaisia. Niitä ovat naissukupuoli, krooniset terveysongelmat, terveyden kokeminen huonoksi, toimintakyvyn rajoitukset ja kognitiivisten kykyjen heikkeneminen. Leskeksi jääminen ja siihen liittyvä yksinäisyys lisäävät ahdistuneisuuden alkamista ikääntyvillä tai pahentavat jo aiemmin ilmennyttä ahdistuneisuutta. Fyysisen toimintakyvyn rajoitteet ja niistä johtuva turvattomuuden tunne altistavat myös ahdistuneisuudelle. (Kontkanen & Purhonen 2011.)

Keski-iässä koettu työstressi on yhteydessä vanhuuden terveysongelmiin. Sen vaikutuksesta ikääntyvien mielenterveysongelmiin on kuitenkin vain vähän tutkimuksia. Pitkäkestoisilla stressioireilla työelämässä on vaikutus mielenterveysongelmien esiintymiseen vanhuusiässä. Stressioireita ovat työhön liittyvät negatiiviset reaktiot, masentuneisuus, unihäiriöt, somaattiset oireet ja koetut muistiongelmat. (Tikkanen 2015.)

Keski-ikäen huono tai kohtalainen työkyky altistaa mielenterveysongelmille vanhuudessa. Mielenterveysongelmilla tarkoitetaan tässä masennusta, unihäiriötä, keskittymisvaikeuksia, aloitekyvyttömyyttä ja eristäytymistä muusta yhteiskunnasta, sekä skitsofreniaa, kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja psykoottistasoista masennusta. (Tuunanen 2014.)

5.3 Päihteet

Alkoholi-ongelmat ikääntyvillä ovat vaikeasti tunnistettavissa ja diagnosoitavissa. Ikääntyvä voi vaikuttaa muistamattomalta ja sekavalta myös alkoholin väärinkäytön vuoksi, mikä vaikeuttaa diagnosoitua. Ikääntyvän päihteiden käyttö voi näkyä hoidon tarpeen lisääntymisenä, ja se voi myös lisätä ennalta-arvaamattomia ongelmia. Häpeä ongelmasta voi johtaa salailuun ja sitä kautta vaikeuttaa ongelman tunnistamista. Hoitajan tulee kiinnittää huomiota seuraaviin seikkoihin: kaatumistapaturmat, lisääntyneet mustelmat, inkontinenssi, unihäiriöt, mielialan muutokset, kohonnut verenpaine, sokeritasapainon heittelyt, epäsiisti ulkoasu, alkoholin haju ja sosiaalisten ongelmien lisääntyminen. Tällöin päihteiden käyttö tulee ottaa puheeksi. Keskustelun tulee olla luontevaa ja avointa eikä ikääntyvä saa kokea tulevansa kuulustelluksi, koska se heikentää itsentuntoa ja hoitomyöntyvyyttä. Selvitetään ikääntyvän mahdolliset arjen ongelmat sekä huolenaiheet. Selvitetään myös mahdollisen muistivaikeuden takia lääkkeiden käytön ohjeenmukaisuus ja ikääntyvän oma käsitys päihteidenkäytöstä. On hyvä keskustella myös omaisten ja läheisten kanssa sekä mahdollisesti myös kotihoidon työntekijöiden kanssa. Puheeksioton tueksi on saatavilla erilaisia apuvälineitä. Keskustelussa tulee erityisesti kiinnittää huomiota lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksiin. (Duodecim 2017.)

5.4 Erotusdiagnostiikka

Ikääntyvän ihmisen psykiatrissa oireilua arvioitaessa on aina selvitettävä, joutuuko oireilu yleissairaudesta, esimerkiksi sydämen vajaatoiminnasta, kilpirauhas sairaudesta tai anemiasta. On myös poissuljettava neurologisen sairauden mahdollisuus, esimerkiksi aivotapahtuma, epilepsia, kallovamman tai dementia. Ikääntyvän lääkitys on aina tarkastettava, kuten myös itsetuhoisuuden tai väkivallan ilmeneminen. Psykiatrissa oireilua tutkittaessa on syytä arvoida, kuuluuko oireilu primaariseen psykiatriseen häiriöön eli skitsofreniaan tai mielialahäiriöön vai sekundaariseen oireiluun eli deliriumiin, dementiaan tai Parkinsonin tautiin. (Leinonen & Alanen 2010, 3793.)

Eryityisesti ikääntyvien ihmisten hoidossa on tärkeää tutkia somaattisten sairauksien varalta sellainen ihminen, joka ei aiemmin ole masennustiloista kärsinyt. Masennustila tulee erottaa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä mielialahäiriökyselyn avulla, jolloin henkilöltä selvitetään mahdollisia aiempia maanisia, hypomaanisia tai sekamuotoisia jaksoja. Somaattiset sairaudet saattavat aiheuttaa masennustilan oireita, joten on selvitettävä, johtuvatko oireet foolihapon tai B12-vitamiinin puutoksesta, sydäninfarktista tai aivotapahtumasta, kasvaimesta, neurologisesta sairaudesta tai endokrinologisesta sairaudesta. On myös syytä selvittää henkilön lääkkeiden ja päihteiden käyttö. Lähiomaisen kuolemasta aiheutuva surureaktio on normaali tapa käsitellä menetystä eikä kyseessä välttämättä ole masennustila. (Käypä hoito 2016.)

Psykoosien erotusdiagnoositiikassa tärkeässä osassa ovat etenevät muistisairaudet, sillä niihin kuuluu jossain sairauden vaiheessa psykoottisia oireita. Alzheimerin tautiin sisältyy usein harhaisuutta ja aistiharhoja. Skitsofrenia ja harhaluuloishäiriö sekoitetaan usein ikääntyvillä muihin psykiatrisiin sairauksiin. Harhojen sisältö on ratkaisevaa diagnoosin tekemisessä. Muistiseulat ja haastattelut ovat tärkeitä epäselvissä psykoositapauksissa. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2016.)

Mini-Mental State Examination eli MMSE-testiä käytetään muistin ja älyllisen suoriutumiskyvyn mittaamiseen (liite 3). Tämän avulla kartoitetaan myös keski-iässä alkavan skitsofrenian ja yli 60 vuoden iässä alkavan skitsofrenian muutoksia muistissa ja älyllisessä suoriutumisessa. Skitsofreniassa testitulokset huononee hitaammin kuin Alzheimerin taudissa. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2016.)

Neurokognitiiviset häiriöt ovat sairauksia, jotka aiheuttavat selvää kognitiivisten toimintojen taantumista, eivätkä ne aiheudu muusta psykiatrisesta häiriöstä, kuten esimerkiksi skitsofreniasta. Dementia eli muistisairaus on vaikea-asteinen neurokognitiivinen häiriö. Alzheimerin taudin lisäksi muistisairauksiin lukeutuvat myös esimerkiksi verisuoniperäinen muistisairaus, Lewyn kappale -tauti ja Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus. Verisuoniperäinen muistisairaus voi johtua esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöstä. (Lönnqvist ym. 2014, 551.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä opiskelijoiden tietoa ikääntyvän ihmisen mielenterveyden edistämisestä ja sen ohjauksesta sekä mahdollistaa aiheen opiskelu verkossa. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa oppimateriaali Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoille ikääntyvän mielenterveyden edistämisestä.

7 Opinnäytetyön toteutus

7.1 Verkko-oppimateriaali toiminnallisena opinnäytetyönä

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus on ammatillisen toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen tai järjeistäminen. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla ohje, opastus, ohjeistus tai jonkin tapahtuman toteuttaminen. Opinnäytetyön tuotos voi olla esimerkiksi kirja, opas tai verkkosivusto. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tärkeää yhdistää käytännön toteutus ja raportointi. Sen on hyvä olla käytännönläheinen ja työelämälähtöinen. Tutkimuksellisen asenteen tulee näkyä työssä, ja sen tulee osoittaa, että opiskelija hallitsee riittävällä tasolla alan tiedot ja taidot. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on yhdistää ammatillisia teorioita, ja työssä tulee olla tutkimuksellinen ote. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9–10.) Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöksi ei riitä ainoastaan tuotos, vaan siihen tulee yhdistää myös tietoperusta eli teoriaa aiheesta. Työssä tulee olla pohdintaa ja teorioiden yhdistämistä käytännön ratkaisuihin ja oman alan ammattikulttuurin kehittämistä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 41–42.)

Hyvä verkko-oppimateriaali on teknisesti helppokäyttöinen, ja se tukee ulkoasultaan sisällöllisiä tavoitteita. Se myös tukee yhteisöllistä ja pitkäkestoista työskentelyä ja keskittyy ydinasioihin opittavasta ilmiöstä. Laadukasta verkko-oppimateriaalia voi käyttää opiskelijan kiinnostuksen, tarpeiden ja tason mukaan. Se aktivoi opiskelijan ajattelua ja tukee oppimisen kehittymistä. (Ilomäki 2012, 11.) Tiedon ymmärtäminen ja soveltaminen ovat tärkeässä asemassa ja

opetusmenetelmät, jotka tätä tukevat, ovat välttämättömiä. Kun opiskelija opiskelee verkkoympäristössä, hänen täytyy itse säädellä omaa oppimistaan: mitä haluaa oppia, kuinka paljon aikaa käyttää siihen ja kuinka hyödyntää muita materiaaleja. Verkko-oppimateriaalin hyviä puolia ovat tiedon ajantasaisuus, videoiden ja virtuaalitodellisuuden käyttö ja materiaali on helposti muokattavissa. Verkko-oppimateriaalin laajat ominaisuudet auttavat luomaan itseohjautuvaa ja opiskelijakeskeistä opiskelua. (Kim & Jung 2010, 251–257.)

Verkko-oppimateriaalilla tarkoitetaan verkossa olevaa kirjoitettua tekstiä, ääntä, kuvaa ja liikkuvaa kuvaa, kolmiulotteisia elementtejä tai kaksi- tai kolmiulotteista oppimismaisemaa tai näiden yhdistelmiä. Materiaaliin voi kuulua tehtäviä, joista voi saada palautetta. Oppimateriaali voi olla myös opettajan ja opiskelijoiden yhdessä laatima. (Kalliala 2002,14). Verkko-oppimista käytetään nykyisin usein lähiopetuksen tukena. Se mahdollistaa opiskelijan itsenäisen opiskelun myös silloin, kun hän ei ole läsnä lähiopetuksessa. (Keränen & Penttinen 2007, 20–21.) Nykykäsityksen mukaan oppiminen on oppijakeskeistä, jolloin oppija on aktiivinen toimija. Oppija valikoi itse, mihin asioihin syventyy omien tarpeiden ja kiinnostuksen mukaan. Verkko-oppimateriaali tarjoaa linkkejä, joista pääsee syventymään aiheeseen. Verkko-oppimateriaalin tulee toimia itsenäisenä materiaalina ilman opettajan ohjeita. (Kalliala 2002, 31–59.)

Opinnäytetyön tuotos on jaettu kolmeen osioon, jotka ovat kotona asuva ikääntyvä, mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden uhkatekijät. Osioiden alla on esitetty tietoperustan keskeiset asiat, sekä annettu opiskelijoille pohtimistehtäviä, linkkejä lisämateriaaliin ja videoihin. Oppimateriaali etenee tietoperustan mukaisesti loogisessa järjestyksessä. Tuotoksessa on käytetty valmista Prezi-mallia työn pohjana, Pixabay-kuvapankista otettuja kuvia ja sinne on laitettu verkkolinkit Mielenterveystalon ”Miten ikääntynyt voi tukea omaa mielen hyvinvointia?” -videoon, Vanhustyön keskusliiton ”Ikäihmisten masennusta kannattaa hoitaa” -videoon ja ”Ikäihmisten liikunnan asiantuntijat” -videoon. Kuvakaappaus tuotoksen alunäkymästä on liitteessä 4.

7.2 Suunnittelu

Opinnäytetyöpäiväkirja on henkilökohtainen dokumentointi opinnäytetyöprosessista. Opinnäytetyöprosessi on laaja kokonaisuus ja sitä tehdään pitkällä aikavälillä, joten opinnäytetyöpäiväkirja helpottaa muistamaan omat työvaiheet. Opinnäytetyöraportti kirjoitetaan muistiinpanojen pohjalta, joten opinnäytetyöpäiväkirja auttaa kirjoittamaan raportin totuudenmukaisesti. Päiväkirjaan kannattaa kirjoittaa kaikki ideoinnit ja aihealueeseen liittyvät pohdinnat. Muistiinpanoihin kannattaa kirjata ylös kaikki aiheeseen liittyvät artikkelit ja teokset. Opinnäytetyöraporttiin on hyvä kirjata opinnäytetyön ideat, tavoitteet ja toteuttamistavat sekä niihin liittyvät muutokset. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 19–20.)

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin Opparistartissa keväällä 2016. Tuolloin päätettiin valita toiminnallinen opinnäytetyö. Aiheita tiedusteltiin Karelia-ammattikorkeakoulun opettajilta ja aiheeksi valittiin ikääntyvän mielenterveyshoitotyö. Aihe on erittäin kiinnostava, ja se tulee vahvistamaan ammatillista kasvua sairaanhoitajuuteen. Tavoitteista ja suunnitelmista keskusteltiin paljon ennen työn aloittamista. Hoitotyön opettajan kanssa tavattiin keväällä, myöhemmin syksyllä ja talvella. Tapaamisessa kuultiin hänen ajatuksia toiminnallisen opinnäytetyön sisällöstä ja sovittiin keväällä alustavasti, että opinnäytetyön tuotos on opasvideo gerontologisen hoitotyön harjoitteluun menevälle opiskelijalle. Ensimmäisessä tapaamisessa keskusteltiin opinnäytetyön aikataulusta. Tietoperusta tehdään syksyn 2016 aikana ja tuotos on valmis keväällä 2017. Aiheeseen tutustuminen, aihe suunnitelman sekä tietoperustan kirjoittaminen aloitettiin keväällä 2016.

Pienryhmätapaamisessa heränneen keskustelun perusteella järjestettiin tapaaminen hoitotyön opettajan kanssa uudelleen syksyllä 2016. Tuolloin sovittiin, että videon sijaan tuotos onkin verkko-oppimateriaali gerontologisen hoitotyön kurssin Moodle-verkkoympäristöön. Tästä on enemmän hyötyä tuleville opiskelijoille. Opinnäytetyön tuotos toteutetaan sellaisena, että se on opiskelijoiden käytettävissä rajattomasti eikä se ole sidottu aikaan eikä paikkaan. Tällainen tukee parhaiten itsenäistä opiskelua. Verkossa oleva oppimateriaali on helppo

päivittää ajantasalle ja sitä on helppo muokata opiskelijoiden oppimista tukemaan. Tavoitteena on tuottaa sellainen oppimateriaali, jota itsekkin haluaisimme käyttää.

7.3 Työskentelyn kuvaus

Opinnäytetyön tekeminen ajoittuu aikavälille 2016–2017. Opinnäytetyön suunnitelman tekeminen aloitettiin keväällä 2016 ja työskentelyä jatkettiin syksyllä 2016. Tietoperustaa kirjoitettiin syksyn aikana vain vähän ja aiheeseen paneuduttiin paremmin talvella. Tällöin työparina työskentely oli mahdollista. Tässä vaiheessa valmistui suurin osa kirjallisesta työstä. Tietoperusta ja toiminnallinen osio valmistui talvella 2017. Opinnäytetyö esitettiin seminaarissa huhtikuussa 2017. Oppimateriaali tehtiin ilmaisohjelmalla, joten kuluja tästä työstä ei aiheutunut. Artikkeleiden tai tutkimusten saamiseksi käytettiin maksuttomia palveluita.

Opinnäytetyön aihe rajattiin koskemaan ensin ikääntyvän mielenterveyshoitotyötä, sitten ikääntyvän mielenterveyden edistämistä ja viimeisenä kotona asuvan ikääntyvän mielenterveyden edistämistä ja ohjausta. Aiheen rajaaminen oli aluksi hankalaa, mutta sen myötä työn tekeminen helpottui suuresti. Tiedonhakuun käytimme pääasiassa Google Scholaria, Cinahlia ja Medicia sekä Finnaa.

Tietoperustan pohjalta tehtiin oppimateriaali gerontologisen hoitotyön Moodle-verkkoympäristöön. Toimeksiantajan edustaja antoi ohjeeksi tuottaa sellainen oppimateriaali, jota itsekkin haluaisimme käyttää. Materiaali toteutettiin Prezi-ohjelmalla ja siinä esitellään ikääntyvän mielenterveyttä edistäviä tekijöitä.

Prezi-ohjelma on ilmainen verkkopalvelu, jossa voi rakentaa visuaalisen verkkoympäristön esimerkiksi esitelmälle. Oppimateriaali muodostuu tietoperustasta sekä esittelemme siinä myös aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja julkaisuja. Materiaalin on tarkoitus tukea oppitunneilla läpikäytyjä asioita, olla materiaalina tunneilta poissaolleille opiskelijoille ja syventää hoitotyön opiskelijan näkemystä ikääntyvän mielenterveyden edistämisestä.

Käytimme Preziä ensimmäistä kertaa tätä työtä tehdessämme. Ohjelman käyttö opeteltiin ohjevideoiden avulla. Prezillä saa tehtyä visuaalisesti näyttävän esityksen, joka silti etenee loogisesti. Oppimateriaalia koottiin siinä vaiheessa, kun opinnäytetyön suunnitelma oli hyväksytty. Opinnäytetyön tietoperusta oli tuolloin lähes valmis. Noin kahden viikon ajan opinnäytetyön raporttia ja tuotosta tehtiin rinnakkain. Sen jälkeen toimeksiantajan edustajan tapaamisessa saimme palautetta ja korjausehdotuksia. Muutamia toiveita sisältöön liittyen esitettiin. Oppimateriaali esiteltiin hänen oppitunnillaan ja siitä saatiin palautetta opiskelijoilta. Palautteen perusteella panostettiin enemmän kuviin ja oppimateriaalin tekstiä vähennettiin. Toimeksiantajan toiveesta työhön lisättiin myös sisällysluettelo, maininta tekijänoikeuksista sekä lyhyt johdanto aiheeseen. Näiden muutosten jälkeen tuotokseen oltiin tyytyväisiä.

7.4 Arviointi

Verkko-oppimateriaali on kattava ja toimii itsenäisenä kokonaisuutena gerontologisen hoitotyön kurssin sisällä. Materiaali on helppokäyttöinen, ja se mahdollistaa itsenäisen opiskelun. Se syventää lähiopetuksessa läpikäytyjä asioita, mutta toimii itsenäisenä materiaalina ikääntyvän mielenterveyden edistämisestä. Oppimateriaalissa on verkkolinkkejä lisämateriaaleihin, joita olemme hyödyntäneet opinnäytetyön tietoperustassa. Oppimateriaalissa halusimme panostaa sen visuaalisuuteen ja käyttömukavuuteen.

8 Pohdinta

Keskeisiä käsitteitä tässä opinnäytetyössä ovat ikääntyvä, mielenterveyden edistäminen, potilasohjaus, oppimateriaali ja hoitotyön opiskelija. Mielenterveyshäiriöt ovat mielestämme edelleen arka aihe, josta puhutaan vieläkin liian vähän. Kokemuksemme mukaan etenkin ikääntyvien on hankala hakea apua mielenterveysongelmiin, kun taas nuorempi väestö suhtautuu asiaan avoimemmin.

Mielenterveys on uusiutuva luonnonvara. Se kuluu ja uusiutuu koko ajan. Ennen ajateltiin virheellisesti mielenterveyden olevan kuin eväspaketti, jonka jokainen saa kotoa lähtiessään mukaansa ja josta syödään, kunnes se loppuu. Nykyisin ymmärretään mielenterveyden uusiutuva luonne. Arkielämän pienet myönteiset kokemukset lisäävät mielenterveyttä, ja pikku harmit kuluttavat sitä yhtä lailla. Mielenterveyden tärkeitä kulmakiviä ovat toiset ihmiset, ihmissuhteet ja myönteiset onnistumisen kokemukset elämässä. Ihminen tarvitsee toista ihmistä kaikissa elämänvaiheissaan. Ihmisyys toteutuu parhaiten yhteisyyden kautta. (Tamminen & Solin 2013.)

8.1 Luotettavuus ja eettisyys

Tieteellisen tutkimuksen on tarkoitus tuottaa luotettavaa tietoa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Tutkimuksen tulokset julkaistaan tutkimuksessa, mikä osoittaa sen uskottavuuden. Uskottavuutta lisää myös se, että tutkija on perehtynyt aiheeseen riittävän kauan ja on pitänyt siitä tutkimuspäiväkirjaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Tutkimusprosessi kirjataan niin, että toinen tutkija pystyy kirjauksen perusteella seuraamaan tutkimusprosessia (Yardley 2000, Kylmän & Juvakan 2007, 129 mukaan). Tämä lisää vahvistettavuutta, kuten sitä lisää myös tutkimuspäiväkirjan hyödyntäminen (Malterud 2001, Kylmän & Juvakan 2007, 129 mukaan). Refleksiivisyyden edellytys on, että tutkija tuntee omat lähtökohtansa tutkijana. Kun tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä johonkin muuhun vastaavanlaisen tilanteeseen, se kuvaa tutkimuksen siirrettävyyttä. (Mays & Pope 200, Malterud 2001, Horsburgh 2003, Kylmän & Juvakan 2007, 129 mukaan.) Lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä tutkijan antaman kuvailevan tiedon perusteella (Lincoln & Cuba 1985, Kylmän & Juvakan 2007, 129 mukaan).

Tähän opinnäytetyöhön valitut lähteet ovat korkeintaan 10 vuotta vanhoja, ja ne ovat hoitoalan kirjallisuutta, pro gradu -tutkielmia, väitöskirjoja, tieteellisiä artikkeleita ja tutkimuksia. Yli 10 vuotta vanhoja lähteitä käytettiin harkiten. Luotettavuutta ja vahvistettavuutta lisää se, että oppimispäiväkirjaa pidettiin koko työskentelyn ajan ja sieltä säännöllisesti tarkastettiin aiemmin haettuja lähteitä ja

ajatuksia työn etenemisestä. Tietoperustassa lähdeviitteitä on käytetty asianmukaisesti, ja ne löytyvät myös lähdeluettelosta. Oma pohdinta on selvästi erotettavissa varsinaisesta tietoperustasta.

Eettinen näkökanta on merkittävä tutkimuksia ja opinnäytetöitä tarkasteltaessa (Steinke 2004, Kylmän & Juvakan 2007, 137 mukaan). Eettisyyden puutokset tutkimuksessa voivat aiheuttaa sen, että tutkimus on merkityksetön. Tutkimuksen tekijän on pohdittava eettisiä kysymyksiä koko prosessin ajan. Tutkijan on ymmärrettävä tutkimusetiikan taustatekijät. (Kylmä & Juvakka 2007, 137.) Esi-merkkeinä väärinkäytöksistä ovat tulosten vääristely, keksityt tulokset ja plagiointi (Karjalainen & Saxén 2002, Kylmän & Juvakan 2007, 137 mukaan).

Opinnäytetyöprosessin aikana on toimittu luotettavasti ja eettisesti siten, että toiminta on ollut avointa ja vääristelemätöntä. Opinnäytetyön ohjausryhmissä on käyty säännöllisesti ja toimeksiantajan edustajan kanssa on pidetty yhtettä. Ohjausryhmissä on saatu palautetta työstä, minkä mukaan siihen on tehty muutoksia. Perusteltuja rajauksia on tehty opinnäytetyön prosessin vaiheissa ja opinnäytetyötä on rajattu. Opinnäytetyön aiheen valinta on tullut toimeksiantajalta, ja sen tulos on toimeksiantajan toiveiden mukainen. Näin ollen se noudattaa eettisiä periaatteita. Opinnäytetyöprosessiohjeen mukaisessa järjestyksessä on edetty ja aihe-suunnitelma, opinnäytetyön suunnitelma ja raportti sekä tuotos on tehty ohjeiden mukaan. Toimeksiantosopimus on täytetty (liite 1). Sovittuihin tapaisiin on osallistuttu ajallaan ja opinnäytetyö on tehty ennaltasovitun aikataulun mukaan.

8.2 Ammatillinen kasvu

Aiheen rajaus on osoittautunut suurimmaksi haasteeksi opinnäytetyön teossa. Aihe on alusta asti ollut äärimmäisen mielenkiintoinen, mutta työmäärä on tuntui ensimmäisen puolen vuoden ajan aivan liian suurelta. Aiheen lopulliseen rajautumiseen oltiin tyytyväisiä. Tiedon etsiminen ja työn kirjoittaminen muuttui mielekkäämmäksi ja kokonaisuus hahmottui selkeämmin. Edistävän toiminnan koettiin olevan hyödyllisempää sekä potilaan että hoitajan näkökulmasta.

Opinnäytetyön tietoperusta on kattava. Aiheesta on niin paljon tietoa olemassa, että työtä olisi voinut jatkaa vielä syvällisemmin. Aiheen rajaus on kuitenkin onnistunut, koska edistävää näkökulmaa ei esimerkiksi gerontologisen hoitotyön oppitunneillamme ehditty käsittelemään. Aiheesta on opittu paljon ja oma osaaminen on syventynyt mielenterveyden edistämisessä ja ohjaustyössä. Tiedonhakuprosessi on opettanut paljon tutkitun tiedon etsimisestä ja lähteiden kriittisestä arvioinnista. Tieteellisiä tutkimuksia on opittu lukemaan ja soveltamaan siitä saatua tietoa hoitotyön tarpeisiin.

Kokonaisvaltainen mielenterveydenhoito kärsii ikääntymiseen ja mielenterveysongelmiin liittyvistä myyteistä ja stigmoista. Tämä on otettava huomioon hoitotyön koulutuksessa ja opiskelijoita on ohjattava positiivisen ja näyttöön perustuvaan toimintatapaan hoidettaessa ikääntyviä mielenterveyshäiriöisiä. Mielenterveyshäiriöiden, kuten masennuksen ja ahdistuksen, sekä mielenterveyden heikentymisen, kuten dementian ja deliriumin, ajatellaan kuuluvan välttämättömänä ikääntymiseen. Opiskelijoiden tietämystä ja asennetta mielenterveyshäiriöisiä kohtaan halutaan muuttaa paremmaksi. Häpeä ja ongelmien kieltäminen estävät ikääntyviä hakemasta apua mielenterveyshäiriöihin. (Puentes ym. 2010, 44–45.)

Stigma-sana on kreikkaa ja tarkoittaa leimaa tai haavaa. Mielenterveyshäiriöinen ja hänen omaisensa voivat joutua stigmatisoinnin kohteeksi missä tahansa. Kanssaihmissen asenteet jotakin ”poikkeavaa” kohtaan ovat syvällä heidän sisimmässään. Leimautuminen aiheuttaa sosiaalista syrjäytymistä. Etenkin länsimaisissa kulttuureissa koetaan ikäsyrjintää, mikä on yksi stigmatisoinnin muodoista. (Rolfner Suvanto 2015, 14-15.) Mielenterveysongelmista kärsivä ikääntyvä voi siis joutua kantamaan häpeän leimaa häiriöidensä tai sairautensa takia ja joutua ikäsyrjinnän kohteeksi.

Uuden tiedon saaminen hoitotyön opiskelijoille on tärkeää. Mielenterveyshoitotyön ja edistävän mielenterveyshoitotyön osuuteen on syytä panostaa opiskelussa. Hoitotyössä on tärkeää nähdä ihminen kokonaisuutena ja ottaa huomioon hänen elämäntarinansa. Näin on mahdollista hoitaa ihmistä eikä vain hänen

sairauttaan. Verkko-oppimateriaali tukee hoitotyön opiskelijan ammatillista kasvua sairaanhoitajana ja ohjaajana.

Opinnäytetyöprosessin aikana on opittu paljon uutta tietoa mielenterveyden edistämisestä. Oma ajattelu ikääntymisestä on laajentunut ja samoin ymmärrys tämänhetkisen elämän vaikutuksista vanhuuteen. Mielenterveyden edistäminen käsitteenä on avautunut syvällisemmin ja sen kokonaisvaltainen hyöty ihmisen elämän kannalta on tullut meille selkeämmäksi. Konkreettisia työkaluja edistämistyöhön ja sen ohjaukseen on saatu.

8.3 Jatkokehittämismahdollisuudet

Oppimateriaalista toivotaan olevan hyötyä tuleville hoitotyön opiskelijoille, mutta työstämme voi olla hyötyä myös hoitoalan ammattilaisille. Jatkokehittämismahdollisuuksia aiheesta löytyy runsaasti, mutta tärkeimpänä on mielenterveysongelmien ennusmerkkien havaitseminen ja varhainen puuttuminen. Oppimateriaalin kehittämismahdollisuuksina on oppimateriaalin päivittäminen ja laajentaminen. Tähän opintojakson opettajalla on mahdollisuus, koska oppimateriaalia on helppo muokata ja täydentää.

Prezi-materiaaliin voi vaihtaa visuaalisen ilmeen, eli esimerkiksi taustakuvan ja värimaailman. Materiaalissa olevia kuvia ja videoita voi vaihtaa, lisätä tai poistaa. Sisältöä voi muokata esimerkiksi vaihtamalla tai lisäämällä pohdinta osioiden kysymyksiä sekä laajentamalla tietoperustaa. Mielenterveyden edistämisen lisäksi aihetta voisi jatkossa käsitellä ehkäisevästä näkökulmasta. Sen lisäksi päihteidenkäytön ja syrjäytymisen ongelmiin voisi perehtyä laajemmin.

Lähteet

- Aalto, K. & Gothoni, R. 2009. Ihmisen lähellä. Hengellisyys hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja.
- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E.-L. & Vihunen, R. 2015. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Bherer, L., Erickson, K. & Liu-Ambrose, T. 2013. A Review of the Effects of Physical Activity and Exercise on Cognitive and Brain Functions in Older Adults. *Journal of Aging Research*, 2013, Article ID 657508. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3786463/>. 29.11.2016.
- Duodecim. 2017. Ikääntyvän päihteiden käyttäjän hoito ja ohjaus. http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=ik%C3%A4%C3%A4ntyv%C3%A4%20p%C3%A4ihde. 8.2.2017.
- Espoon sosiaali- ja terveystoimi. 2015. Iäkkäiden asuminen Espoossa – kuinka järjestäisin asumiseni? Vanhusten palvelut. <http://www.espoo.fi/download/noname/%7BA3008CA8-B431-401E-8E29-9218736193DB%7D/32265>. 30.1.2017.
- Fried, S., Heimonen, S. & Jokinen, P. 2013. Ikääntyminen ja mielen hyvinvointi. Katsaus kirjallisuuteen. Ikäinstituutti. <http://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/ikääntyminen-ja-mielen-hyvinvointi.pdf>. 1.11.2016.
- Fried, S., Heimonen, S., Laine, M. & Sarvimäki, A. 2015. Vanhuuden mieli. Ikäinstituutti. http://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Vanhuuden_mieli_kirja_final.pdf. 11.1.2017.
- Haarni, I., Viljanen, M. & Hansen, M. 2014a. Ikääntyvä mieli, mielen hyvinvointia vanhetessa. Suomen Mielenterveysseura. http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/ikaantyvamieli_final.pdf. 1.11.2016.
- Haarni, I., Viljanen, M. & Hansen, M. 2014b. Ikääntyvien ihmisten mielenterveyden edistäminen 2.0. Suomen Mielenterveysseura. <http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/inline/ikaantyvienmielenterveydenedistaminen2014.pdf>. 11.1.2017.
- Hansen, M. 2015. Seniori hyvinvointitreenit, opas ohjaajille. Suomen Mielenterveysseura. http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/seniori_hyvinvointitreenit_final_web.pdf. 11.1.2017
- Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. 2013. Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Sanoma pro oy.
- Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Ikäinstituutti. 2016. Elämän taidon eväät -hanke. <http://www.ikainstituutti.fi/mielen-hyvinvointi/elamantaidon-eva-at-hanke/>. 26.1.2017.
- Kalliala, E. 2002. Verkko-opettamisen käsikirja. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.
- Keränen, V. & Penttinen, J. 2007. Verkko-oppimateriaalin tuottajan opas. Jyväskylä: WSOYpro.

- Kim, J. & Jung, H.-Y. 2010. South Korean Digital Textbook Project. <https://www.mackin.com/cms/uploads/SouthKoreanDigitalTextbook-Project.pdf>. 8.2.2017.
- Kojo, M. 2013. Kodin merkitys muistisairautta sairastavalle miehelle. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-201304041389>. 11.1.2017.
- Kontkanen, J. & Purhonen M. 2011. Ahdistunut vanhus. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column_1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99374. 26.4.2016
- Kvamme, J.-M., Gronli, O., Florholmen, J. & Jacobsen, B. 2011. Risk of malnutrition is associated with mental health symptoms in community living elderly men and women: The Tromsø Study. BMC Psychiatry. Research article. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=66580775&site=ehost-live>. 12.1.2017.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Käypä hoito. 2016. Vanhusten depression hoito. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023> 29.11.2016.
- Laajasalo, T. & Pirkola, S. 2012. Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Raportti 47/2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/90874/URN_ISBN_978-952-245-686-1.pdf?sequence=1. 30.1.2017
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Leinonen, E. & Alanen, H.-M. 2010. Milloin vanhus tarvitsee psykiatrista sairaalahoitoa? Suomen Lääkärilehti 65 (46), 3793. <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2010/SLL462010-3791.pdf>. 13.1.2017.
- Leinonen, E. & Alanen, H.-M. 2011. Psykiatrista hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin mihin on varauduttu. Duodecim 127 (4), 371. http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66379/psykiatrista_hoitoa_tarvitsevien_2011.pdf?sequence=1. 26.4.2016.
- Liimatainen, L., Hautala, P. & Perko, U. 2005, Potilasohjausta kehittämässä - innostusta ja innovaatiota. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen M. 2006. Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala.
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2014. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.
- Duodecim. 2016. Mini-Mental State Examination. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/extra/amh/mmse.pdf>. 29.11.2016.
- Montin, L. 2008. Potilasohjauksen lähtökohdat. Turku: Turun yliopisto.
- Chan, M. F., Wong, Z. Y., Onishi, H. & Thayala, N. V. 2011. Effects of music on depression in older people: a randomised controlled trial. Journal of Clinical Nursing 21 (5-6), 776-783. <http://search.ebsco->

- host.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104515639&lang=fi&site=ehost-live. 29.11.2016.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2007. *Tarinat työn tukena*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Illomäki, L. 2012. *E-oppimateriaalit oppimisen ja opettamisen tukena*. Illomäki, L. (toim.). *Laatua e-oppimateriaaleihin. E-oppimateriaalit opetuksessa ja oppimisessa*. http://www.oph.fi/download/144415_Laatua_e-oppimateriaaleihin_2.pdf. 8.2.2017
- Patience, S. 2016. Advising patients on nutrition and healthy eating. *British Journal of Nursing*, 25 (21), 1182-1186. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=119694567&site=ehost-live>. 26.1.2017.
- Puentes, W., Bradway, C. & Aselage, M. 2010. Older Adult Mental Health: Teaching Senior-Level Baccalaureate Nursing Students What They Need to Know. *Journal of Gerontological Nursing*, 36, (7). <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=105049258&site=ehost-live>. 12.1.2017.
- Puumalainen, P. 2011. *Ikääntyneiden asuminen ja hyvinvointi*. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110124/urn_nbn_fi_uef-20110124.pdf. 30.1.2017.
- Rolfner Suvanto, S. 2015. *Vanhuspalveluiden ja psykiatrian välimaastossa*. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.
- Routasalo, P., Pitkälä, K., Savikko, N. & Tilvis, R. 2005. *Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Tutkimusraportti 3. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke*. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Salonen, K. 2007. *Haastava sosiaalinen vanhustyössä – avopalvelutyöntekijöiden näkemyksiä kotona asuvien vanhusten sosiaalisesta olomuotoisuudesta*. Jyväskylän yliopisto. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161475.pdf>. 13.1.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Opetusministeriö. 2004. *Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveystoiminnan laatusuositukset*. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:06. http://stm.fi/documents/1271139/1359637/Ikaantyneiden_ihmisten_ohjatun_terveystoiminnan_laatusuositukset_fi.pdf/a49b1808-d348-49ab-99e5-5beead20e1bb. 26.1.2017.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2016. *Vanhusten vaikeat psykoosit – skitsofrenia ja harhaluuloisuushäiriö*. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo99373#s5. 29.11.2016.
- Suomen Mielenterveysseura. 2017a. *Organisaatio ja toiminta*. <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveysseura/organisaatio-ja-toiminta>. 11.1.2017
- Suomen Mielenterveysseura. 2017b. *Mielenterveysseura*. <http://www.mielenterveysseurat.fi/pohjois-karjala/mielenterveysseura/>. 26.1.2017.
- Suomen Mielenterveysseura. 2017c. *Pohjois-Karjalan kriisikeskus*. <http://www.mielenterveysseurat.fi/pohjois-karjala/>. 26.1.2017.

- Suomen Mielenterveysseura. 2017d. Mielellään -verkosto. <http://www.mielenterveysseura.fi/lang-opt/kehitt%C3%A4mistoiminta/ik%C3%A4ihmiset/mielell%C3%A4%C3%A4n-verkosto#>. 26.1.2017.
- Suomen muistiasiantuntijat ry. 2017. Mini Nutritional Assessment. http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/testit/mna_mini_finnish.pdf. 12.1.2017.
- Tamminen, N. & Solin, P. 2013. Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluissa. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-913-8>. 26.4.2016.
- Tuunanen, M. 2014. Keski-ikäisen työkyvyn yhteys mielenterveyteen vanhuudessa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-201412153501>. 29.11.2016.
- Tikkanen, V. 2015. Keski-ikässä koetun työstressin yhteys mielenterveysongelmiin ikääntyneillä. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-201506262457>. 29.11.2016.
- Uotila H. 2011. Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Tampereen yliopisto. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66801/978-951-44-8553-4.pdf?sequence=1>. 11.1.2017.
- Valtion liikuntaneuvosto. 2013. Liikunta ja ikääntyminen – liikkeellä voimaa vuosiin. http://www.liikuntaneuvosto.fi/files/344/Liikkeella_voimaa_vuosiin_2014.pdf. 24.1.2017.
- Valtioneuvoston kanslia. 2004. Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. http://vnk.fi/documents/10616/622938/J3304_ik%C3%A4%C3%A4ntyminen%20voimavarana.pdf/7660c14f-763b-485e-9a56-eff59c1bfd7c. 26.1.2017.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>. 29.11.2016.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Välikangas, K. 2006. Kuntien toiminta ikääntyneiden kotona asumisen ja palvelujen kehittämisessä. Ympäristöministeriö. <http://hdl.handle.net/10138/38796>. 31.10.2016.
- Ympäristöministeriö. 2012. Ehdotus ikääntyneiden asumisen kehittämissuunnitelma vuosille 2012–2015. <http://hdl.handle.net/10138/41334>. 1.11.2016.

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Karelia-ammattikorkeakoulu
Toimeksiantajan edustaja:	Susanna Rosell
Osoite:	Tikkarinne 9, 80200 Joensuu
Puhelinnumero:	(013) 260 600
Sähköposti:	susanna.rosell@karelia.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1401421 Paula Hovattala 1401459 Susanna Komu
Puhelinnumero:	050 3724345 Paula, 050 5648721 Susanna
Sähköposti:	paula.hovattala@edu.karelia.fi susanna.komu@edu.karelia.fi


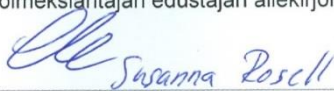

Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Ikääntyvän mielenterveyden edistäminen
Toteutusmuoto	Toiminnallinen. Tuotos on oppimateriaali gerontologisen hoitotyön opintojaksolle opiskelijoiden käyttöön.
Aikataulu	kevät 2017
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	Ei kustannuksia

Toimeksiantajan sitoumukset	
Toimeksiantajalla on oikeus päivittää tuotosta.	

Opiskelijan sitoumukset	
Sitoudumme pysymään aikataulussa ja noudattamaan opinnäytetyön ohjeita ja eettisiä periaatteita. Tekijänoikeudet työhön säilyvät meillä.	

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	Heli Koponen, Raija Tanskanen

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

Allekirjoitukset	
Päiväys	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys
8.2.2017	 Paula Hovattala Susanna Komu
Päiväys	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys
10.2.2017	 Susanna Rosell
Päiväys	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys
8.2.2017	 HELI KOPONEN RAIJA TANSKANEN

Mini Nutritional Assessment

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]Nestlé
Nutrition Institute

Sukupuoli:		Euroni:		
Sukupuoli:	ikä:	Paino, kg:	Pituus, cm:	Päivämäärä:

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Lopullisen tuloksen kokonaispistemäärä.

Seulonta

A Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia? 0 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti 1 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman 2 = ei muutoksia	<input type="checkbox"/>
B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana 0 = painonpudotus yli 3 kg 1 = ei syytä 2 = painonpudotus 1-3 kg 3 = ei painonpudotusta	<input type="checkbox"/>
C Liikkuminen 0 = vuode- tai pyörätuolipöytä 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 = istuu ulkona	<input type="checkbox"/>
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psykologisia stressiä tai akuutti sairaus? 0 = kyllä 2 = ei	<input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiset ongelmat 0 = dementia tai masennus 1 = heikot oireet 2 = ei ongelmia	<input type="checkbox"/>
F1 Painoindeksi eli BMI (= paino / pituus ² kg/m ²) 0 = BMI on alle 19 1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21 2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23 3 = BMI on 23 tai enemmän	<input type="checkbox"/>

JOS ET VOI LASKEA BMI:Ä, KORVAA KYSYMYS F1 KYSYMYKSELLÄ F2.
ÄLÄ VASTAA KYSYMYKSEEN F2, JOS OLET JO VASTANNUT KYSYMYKSEEN F1.

F2 Pohkeiden ympäräysmita (PYM), cm 0 = PYM on alle 31 cm 3 = PYM on 31 cm tai enemmän	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Seulonnan tulos (Maksimi 14 pistettä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12-14 pistettä:	Normaali ravitsemustila	
8-11 pistettä:	Riski virheravitsemukselle kasvanut	
0-7 pistettä:	Äliravitse	

Ref. Vellas B, Wilks R, Aleman G, et al. Overview of the MNA[®] - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2008; 12:456-458.

Rubenstein LZ, Hanker JD, Salva A, DGoni Y, Velaz E. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geriatr* 2001; 26A: M395-397.

Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA)[®]: Review of its Use and Development. *What does it tell us?* *J Nutr Health Aging* 2009; 13:496-497.

Kaiser MJ, Bauer JM, Rasmach C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging* 2002; 13:762-768.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Suisse/France, Trademark Owners

© Nestlé, 1994, Revision 2005. H07200 12/00 10M

Erämylly Seos Oy:t: www.mna-eremyly.com -4/ruuilla.

Mini-Mental State Examination

MMSE-TESTILOMAKE

Tutkittava: _____
Syntymäaika: _____
Tekijä: _____
Pvm: _____

Seuraavassa on erilaisia pieniä muistiin ja älyllisiin toimintoihin liittyviä tehtäviä. Aloitamme kysymyksillä, kuten:

	Väärin	Oikein
1. Mikä vuosi nyt on?	0	1
2. Mikä vuodenaika nyt on? (talvi = joulukuu, tammikuu, helmikuu kevät = maaliskuu, huhtikuu, toukokuu kesä = kesäkuu, heinäkuu, elokuu syksy = syyskuu, lokakuu, marraskuu; aina +/- 1vko)	0	1
3. Monesko päivä tänään on?	0	1
4. Mikä viikonpäivä tänään on?	0	1
5. Mikä kuukausi nyt on?	0	1
6. Missä maassa olemme?	0	1
7. Missä läänissä olemme?	0	1
8. Mikä on tämän paikkakunnan nimi?	0	1
9. Mikä on tämä paikka, jossa olemme? (Sairaalan/terveyskeskuksen nimi, kotiosoite)	0	1
10. Monennessako kerroksessa olemme?	0	1

Mini-Mental State Examination

11. Seuraavassa pyydän Teitä painamaan mieleenne kolme sanaa, kun olen sanonut ne, toistakaa perässäni.

(Kaksi vaihtoehtoista sarjaa)

PAITA-RUSKEA-VILKAS

RUUSU-PALLO-AVAIN

PAITA	RUUSU	0	1
RUSKEA tai	PALLO	0	1
VILKAS	AVAIN	0	1

(Merkitään ensimmäisellä kerralla muistetut sanat. Jos ensimmäisessä toistossa tulee virheitä, sanoja kerrataan, kunnes kaikki kolme sanaa on opittu. Toistoja___. Enintään 5 kertaa)

12. Nyt pyydän Teitä vähentämään 100:sta 7 ja saamastanne jäännöksestä 7 ja edelleen vähentämään 7, kunnes pyydän Teitä lopettamaan.

93	0	1
86	0	1
79	0	1
72	0	1
65	0	1

(Kysymys voidaan toistaa kerran, jos sitä ei heti ymmärretä. Jos henkilö tekee välillä virheen, mutta jatkaa siitä oikein vähentäen 7 virheellisestä luvusta, tulee vääriä vastauksia 1. Kynää ja paperia ei saa käyttää.)

13. Mitkä olivat ne kolme sanaa, jotka pyysin Teitä painamaan mieleenne.

(Sanojen järjestyksellä ei ole merkitystä)

PAITA	RUUSU	0	1
RUSKEA tai	PALLO	0	1
VILKAS	AVAIN	0	1

14. Nyt kysyn Teiltä kahden esineen nimeä.

- | | | |
|---|---|---|
| a) Mikä tämä on? – näytetään <i>rannekelloa</i> | 0 | 1 |
| b) Mikä tämä on? – näytetään <i>lyijykynää</i> | 0 | 1 |

15. Nyt luen Teille lauseen. Pyydän Teitä toistamaan sen perässäni:

EI MITÄÄN MUTTIA EIKÄ JOSSITTELUA. 0 1

(Annetaan piste vain, jos lause on täysin oikein. Lausetta ei saa toistaa.)

16. Seuraavaksi annan Teille paperin ja pyydän Teitä tekemään sille jotain.

(Paperi asetetaan pöydälle tutkittavan eteen)

Ottakaa paperi vasempaan käteenne. Taittakaa se keskeltä kahtia ja asettakaa polvienne päälle.

(Ohjeita ja lausetta ei saa toistaa eikä henkilöä saa auttaa)

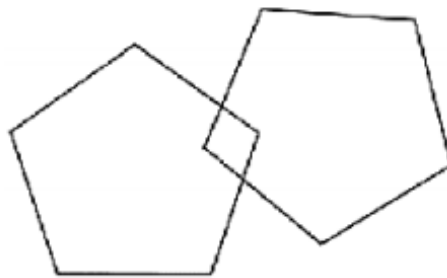
Ottaa paperin vasempaan käteen	0	1
Taittaa sen	0	1
Asettaa paperin polville	0	1

Mini-Mental State Examination

17. Näytän Teille tekstin "SULKEKAA SILMÄNNE". Pyydän Teitä lukemaan sen ääneen ja noudattamaan sen ohjetta. 0 1
(Annetaan piste vain jos sekä lukee tekstin että sulkee silmänsä)

18. Kirjoittakaa kokonainen lyhyt lause mielenne mukaan 0 1
(Yksi piste, jos lause on ymmärrettävä ja siinä on ainakin subjekti ja predikaatti. Kirjoitusvirheet eivät vaikuta)

19. Voisitko piirtää tämän kuvion alapuolelle samanlaisen kuvion.
(Annetaan piste, jos kaikki sivut ja kulmat ovat tallella ja leikkauspinta on neliskulmainen.)



MMSE-TESTIN PISTEMÄÄRÄ

/30

Suomen Alzheimer-tutkimusseura ja Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijaryhmä

Oppimateriaali

Ikääntyvän mielenterveyden edistäminen

Susanna Korju ja Paula Hovattala