

OPPIMATERIAALEJA

PUHEENVUOROJA 53

RAPORTTEJA

TUTKIMUKSIA

Sirkku Koivuniemi, Hannele Palta &
Ulla Wiirilinna (toim.)

TERVEYSALAN KEHITTÄMINEN HAASTEENA

Opinnäytteitä terveysalalta I/2009



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPPIMATERIAALEJA

PUHEENVUOROJA 53

RAPORTTEJA

TUTKIMUKSIA

Sirkku Koivuniemi, Hannele Palтта &
Ulla Wiirilinna (toim.)

TERVEYSALAN KEHITTÄMINEN HAASTEENA

Opinnäytteitä terveysalalta I/2009

TURUN AMMATTIKORKEAKOULUN
PUHEENVUOROJA 53

2. korjattu painos

Turun ammattikorkeakoulu
Turku 2010

ISBN 978-952-216-138-3 (PDF)
ISSN 1459-7756 (elektroninen)
<http://loki.turkuamk.fi>

SISÄLTÖ

ESIPUHE	5
ENNALTAEHKÄISEVÄ HOITOTYÖ	
NUORTEN TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEN HAASTEET	7
<i>Marika Jokiranta, Ulla Lintunen, Hannah Liuska & Mari-Anne Mahkonen</i>	
AIVOVERENKIERTOHAIRIÖITÄ KOSKEVA OHJAUS TERVEYSNETISSÄ	15
<i>Terhi Ketonen</i>	
DEMENTIAPOTILAAN HAASTEELLISEN KÄYTTÄYTYMISEN ENNALTAEHKÄISY JA HOITO	21
<i>Hanna Ruotsalainen</i>	
OHJAUS JA OPETUS HOITOTYÖSSÄ	
LUKIOLAISTEN KOKEMUKSIA TERVEYSKASVATUKSESTA	31
<i>Johanna Tuominen</i>	
JULISTE NUORTEN TERVEYSKASVATUKSEN APUVÄLINEENÄ	38
<i>Annica Valmunen & Miia Heikura</i>	
KEHITYSVAMMAISTEN SEKSUAALIOPETUS	43
<i>Noora Lukumies, Heidi Luoti & Tiia Rantalaiho</i>	
OHJAUKSEN LAATU LAPSIVUODEOSASTOLLA	50
<i>Sanni Isometsä & Linda Nuotio</i>	

TOIMINNAN KEHITTÄMINEN

HOITOHENKILÖKUNNAN OSAAMINEN TURUN
TERVEYSKESKUSPÄIVYSTYKSESSÄ 58

Satu Jälkö, Heli Kauppinen & Sanna Lipponen

KIRJAAMINEN SYNNYTYSOSASTOLLA 65

Noora Tumpula

PITKÄAIKAISTYÖTTÖMIEN TERVEYSPALVELUIDEN
KEHITTÄMINEN 73

Elina Junnila, Iida Kesänen, Emilia Rauanheimo & Kaisa Sjöblom

TOIMITTAJAT 81

ESIPUHE

Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalueen opiskelijoiden opinnäytetyöt tehdään pääsääntöisesti yhteistyössä työelämän kanssa, sitä palvelevien tutkimus- ja kehittämishankkeiden osana.

Työelämän aitoihin kehittämistarpeisiin kohdennetut opinnäytetyöt nostavat näkyviin sekä työelämän edustajille että erityisesti ammatillisiin asiantuntijatehtäviin valmistuville niitä konkreettisia haasteita, joita AMK- tai ylemmän AMK-tutkinnon suorittaneet valmistuttu-aankin kohtaavat. Opinnäytetyöprosessissa opiskelija laajentaa ja syventää koulutuksen aikana oppimaansa, hänelle konkretisoituu toimintaympäristön monimuotoisuus ja samalla hän yhdistää teoretietojaan käytännön osaamiseen. Lisäksi opinnäytetyöt tarjoavat yhteistyökumppaneille hyvän tuen omaan kehittämistoimintaansa yhdessä ammattikorkeakoulun kanssa. Samalla myös koulutusorganisaatio saa ajantasaista ja konkreettista tietoa työelämän muuttuvista osaamistarpeista ja -vaatimuksista opetussuunnitelmien ja opetuksen kehittämiseen.

Käsillä olevassa julkaisussa *Terveysalan kehittäminen haasteena – opinnäytteitä terveysalalta 1/2009* esiteltyjen opinnäytetöiden aihealueet ilmentävät terveydenhuollon laajaa tehtäväkenttää, jossa kehittämishaasteita riittää toiminnan ja järjestelmien jatkuvasti uudistuessa. Asiantuntijatehtävissä yksi keskeinen taito on keskittyminen olennaiseen, jotta hyvät käytänteet saadaan levitettyä mahdollisimman laajasti. Artikkelin kirjoittaminen palvelee molempia tarkoituksia.

Turussa 6.3.2010

Kaija Lind

Koulutusjohtaja

Terveysala-tulosalue

Turun ammattikorkeakoulu

ENNALTAEHKÄISEVÄ HOITOTYÖ

NUORTEN TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEN HAASTEET

Marika Jokiranta, Ulla Lintunen, Hannah Liuska & Mari-Anne Mahkonen

Tutkimusten perusteella nuoret voivat pääsääntöisesti hyvin, vaikka heidän terveystottumuksissaan on parantamisen varaa. Nuorten terveys ja terveyskäyttäytyminen ovat myös sidoksissa toisiinsa ja joidenkin nuorten kohdalla yhden terveysongelman ilmeneminen voi johtaa toiseen. Nuorten terveyskäyttäytymisen haasteisiin voitaisiin vaikuttaa esimerkiksi kehittämällä koulun terveystasvatusta sekä koulun ja kodin välistä yhteistyötä. Nuorten terveyttä, terveyskäyttäytymistä ja hyvinvointia on tutkittu paljon, mutta ennaltaehkäisevään terveystasvatukseen tulisi tulosten perusteella kiinnittää lisähuomiota. Moniin kansanterveydelisesti merkittäviin terveysongelmiin on mahdollista vaikuttaa jo lapsuudessa ja varhaisnuoruudessa.

Suomessa nuorten terveyttä ja terveyskäyttäytymistä on tutkittu muun muassa Sosiaali- ja terveystasalan tutkimus ja kehittämiskeskuksen (Stakes 2007, 1) vuosittain teettämän Kouluterveyskyselyn avulla. Myös sosiaali- ja terveystasministeriö teettää joka toinen vuosi Nuorten terveystasvatutkimuksen kartoittaakseen nuorten terveyskäyttäytymistä (Rimpelä ym. 2007, 22). Kansainvälisesti nuorten terveyttä ja terveyskäyttäytymistä on tutkittu muun muassa Maailman terveysjärjestön (WHO 2008, 7) joka neljäs vuosi teettämän Koululaistutkimuksen avulla.

Suomalaisten nuorten terveystottumukset ovat Sosiaali- ja terveystasalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen Kouluterveyskysely-raporttien pohjalta muuttaneet myönteisempään suuntaan 2000-luvulla, mutta nuorten koettu terveys ja terveydentila eivät ole parantuneet. (Luopa, Pietikäinen & Jokela 2008b, 60.) WHO:n (2008, 180) tutkimusraportin mukaan nuorten terveyskäyttäytymisessä on eroja eri maiden välillä ja näihin eroihin vaikuttavat monet eri tekijät, kuten esimerkiksi sosioekonominen tausta ja kulttuuri. WHO:n mukaan nuorten terveysongelmien ennaltaehkäisyyn tulisikin kiinnittää huomiota.

TUTKIMUSTEN TOTEUTTAMINEN

Turun ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijat kartoittivat kahdessa erillisessä opinnäytetyössä nuorten terveyttä, terveystäytymistä ja terveys-
haasteita. Opinnäytetyöt toteutettiin yhteistyössä Kaarinassa sijaitsevan Salvelan-
rinteen koulun kanssa. Toiseen tutkimukseen osallistui 11–13-vuotiaita nuoria
Suomesta ja Espanjasta ja toiseen tutkimukseen 13–16-vuotiaita nuoria Suomes-
ta, Ruotsista, Hollannista ja Espanjasta. Ennalta asetettuihin tutkimusongelmiin
haettiin vastauksia kyselylomakkeen avulla, joka luotiin Salvelanrinteen koulun
aikaisemmin toteuttaman kyselyn sekä kirjallisuuskatsauksesta esiin nousseiden
aihealueiden pohjalta. Kyselylomake koostui strukturoiduista, puolistrukturoi-
duista sekä avoimista kysymyksistä. Kyselylomake oli molemmissa opinnäyte-
työissä sama, mutta vanhempien vastaajien kohdalla oli muutama täydentävä li-
säkysymys terveystäytymisestä. Kysely toteutettiin Digium-ohjelmistopalve-
lun avulla sekä sähköisessä muodossa että tulostettuna paperiversiona.

Tutkimukseen osallistui 99 suomalaista ja 27 espanjalaista 11–13-vuotiasta
nuorta ja 120 suomalaista, 29 ruotsalaista, 26 hollantilaista ja 62 espanjalais-
ta 13–16-vuotiasta nuorta. Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS-aineistonanalyyy-
siohjelman avulla muuttujia kuvaamalla sekä testaamalla viitekehystä esiin
nousseita ennako-oletuksia. Keskeisimmille aihealueille tehtiin syventäviä ana-
lyyseja. Yhdeksi tällaiseksi muuttujaksi nousi sukupuoli, koska tutkimuksen vii-
tekehysten pohjalta sukupuolien välinen vertailu koettiin tarpeelliseksi. Lisäksi
tehtiin maiden välistä vertailua.

TULOSTEN TARKASTELUA

Tässä artikkelissa tuodaan esille opinnäytetöiden tutkimusten perusteella ilmen-
neitä nuorten terveyden, terveystäytymisen ja hyvinvoinnin haasteita sekä
niihin vaikuttavia tekijöitä. Vaikka tutkimus on tehty kahdelle eri ikäryhmälle,
voidaan tuloksissa havaita yhtäläisyyksiä. Opinnäytetöiden tulokset ovat pääpiir-
teittäin samansuuntaisia kuin muissa tutkimuksissa. Molemmilla ryhmillä esiin
nousseet terveystäytymisen haasteet ovat lähes samanlaisia. Tämä osoittaa
sen, että niihin tulisi puuttua riittävän aikaisin, jolloin ne eivät vielä olisi muo-
dostuneet mahdollisiksi terveysongelmiksi.

11–13-vuotiaiden nuorten terveystäytymisen haasteet

Terveydentilaa selvittäessä kysyttiin vastaajien koettua terveyttä, sairauksia ja
oireilua sekä suuhygieniasta huolehtimista. Enemmistö sekä suomalaisista että
espanjalaisista 11–13-vuotiaista nuorista koki terveydentilansa hyväksi tai koh-
talaiseksi. Pitkäaikaissairauksien ja oireilun vähäisen esiintymisen osalta tulokset
olivat samansuuntaisia kuin vastaajien kokemukset terveydentilastaan. Tulosten
mukaan hampaiden suositusten mukainen harjaaminen oli parempaa espanjalai-

silla 11–13-vuotiailla kuin suomalaisilla. Suomalaisten vastaajien suuhygieniasta huolehtiminen oli myös selvästi heikompaa Honkalan ja Honkalan (2004, 225) tutkimukseen nähden.

WHO:n (Currie ym. 2006, 42) ja Unicefin (2007, 36) tutkimuksen mukaan suomalaiset nuoret viihtyvät koulussa heikosti verrattuna muiden Euroopan maiden nuoriin. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella koulussa viihtyminen oli kuitenkin suomalaisilla ja espanjalaisilla 11–13-vuotiailla vastaajilla hyvää tai kohtalaista. Tulosten perusteella pääosa suomalaisista ja espanjalaisista 11–13-vuotiaista vastaajista myös nukkui riittävästi ja nukahtamis- ja univaikeudet olivat vähäisiä. Kuitenkin aamuväsyneisyyden kokeminen oli kummankin aineiston vastaajilla erittäin yleistä.

Tutkimuksessa kartoitettiin myös ravitsemusta ja fyysisen aktiivisuuden määrää. Tässä aineistossa 11–13-vuotiaiden suomalaisten vastaajien kasvisten syöminen oli puutteellista, mutta parempaa espanjalaisiin vastaajiin verrattuna. Lisäksi suomalaisten 11–13-vuotiaiden vastaajien päivittäisten epäterveellisten välipalojen kulutus oli huomattavasti vähäisempää. Tulokset ovat samansuuntaiset WHO:n (Currie ym. 2006, 114, 116–117) tutkimuksen kanssa, jonka mukaan espanjalaiset 11-vuotiaat syövät päivittäin vihanneksia heikosti ja lisäksi nauttivat eniten epäterveellisiä välipaloja. Tässä tutkimuksessa suomalaisten 11–13-vuotiaiden vastaajien fyysisen aktiivisuuden määrä oli verraten hyvää, sillä he kokivat fyysisen kuntonsa hieman paremmaksi espanjalaisiin vastaajiin verrattuna ja lisäksi harrastivat enemmän kuntoa kohottavaa liikuntaa päivittäin.

Pääsääntöisesti 11–13-vuotiaat nuoret eivät olleet kokeilleet päihteitä kuten tupakkaa, alkoholia, huumeita tai alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäyttöä. Suomalaisten 11–13-vuotiaiden vastaajien tulosten perusteella näyttää siltä, että riskikäyttäytyminen tupakan ja alkoholin suhteen kasaantuu ainakin osittain tiettyihin ystäväpiireihin. Tulos on samansuuntainen Lambertin ym. (2002) tutkimusraportin kanssa, jossa todetaan, että nuoren tupakointiin liittyy muun muassa muu riskikäyttäytyminen sekä vahva yhteenkuuluvuuden tunne ystävien kanssa. Enemmistöllä suomalaisista vastaajista ei ollut tupakoivia perheenjäseniä toisin kuin enemmistöllä espanjalaisista vastaajista, joka voi osaltaan selittää myös sitä, että vuoden 2007 ESPAD-tutkimuksen (Hibell ym. 2007, 61) mukaan vertailemistamme maista espanjalaiset nuoret pitävät tupakan saamista eniten melko helppona tai erittäin helppona. Lähes kaikki vastanneet nuoret ilmoittivat myös, ettei heille ole koskaan tarjottu huumeita.

Kyselyssä kartoitettiin myös sitä, oliko vastaajille kerrottu koulussa seksistä, ehkäisystä, raskaaksi tulemisesta tai sukupuolitaudeista. Pääsääntöisesti seksuaaliterveyden aihealueista koulussa kertominen oli 11–13-vuotiaiden nuorten vastauksen perusteella puutteellista. Tulos ei välttämättä tarkoita sitä, että koulussa ei olisi kerrottu seksuaaliterveyden aihealueista, vaan syynä voi olla se, että kyseiset asiat ovat ikäryhmälle vielä hyvin vieraita ja vaikeita.

13–16-vuotiaiden nuorten terveyden ja terveystottautumisen haasteet

Suomea on aikaisemmin pidetty nuorten suun terveyden mallimaana, mutta viimeisten vuosien aikana kehitys on pysähtynyt (Eerola ym. 2004, 14–18). Aikaisempien tutkimustulosten mukaan suomalaisista nuorista hieman yli puolet harjaa hampaansa harvemmin kuin kaksi kertaa päivässä ja pojat harjaavat hampaansa harvemmin kuin tytöt (Stakes 2008; WHO 2008, 99). Lisäksi vertailtaessa tähän tutkimukseen osallistuneita maita keskenään suomalaisten suuhygieniassa on eniten puutteita (WHO 2008, 99). Samanlaiset tulokset tulivat esille myös tässä opinnäytetyön tutkimuksessa. Suomalaisista nuorista yli puolet ilmoitti harjaavansa hampaansa harvemmin kuin kaksi kertaa päivässä.

Suomalaisten nuorten ylipainoisuus on lisääntynyt vuosien mittaan ja sillä katsotaan olevan yhteys aikuisiän terveyden haasteisiin (Käypähoito 2005; Jounala ym. 2008). Tässä tutkimuksessa suomalaiset nuoret olivat ylipainoisempia muiden maiden nuoriin verrattuna. Lisäksi he olivat ylipainoisempia kuin suomalaiset nuoret keskimäärin. Nuorten ylipainoisuutta selitetään muun muassa vähäisellä liikunnan harrastamisella, epäterveellisten välipalojen syönnillä sekä epäedullisella arkirytmillä (Eerola ym. 2004, 13; Pietikäinen 2006). Vertailtaessa suomalaisia nuoria muiden maiden nuoriin, suomalaisista nuorista reilusti yli puolet söi vähintään kahtena päivänä viikossa epäterveellisiä välipaloja.

Tutkimustulosten mukaan ruotsalaiset nuoret harrastivat eniten liikuntaa, mutta heidän päivittäinen liikkumisensa oli vähäistä. Tämä tulee esille myös WHO:n (2008, 107) tutkimuksessa vertailtaessa hollantilaisia, espanjalaisia, suomalaisia ja ruotsalaisia nuoria keskenään. Anttilan ym. (2006, 7–8) artikkelissa todetaan lasten ja nuorten päivittäisen liikkumisen siirtyneen tietyin ajoin tapahtuvaksi lajiharjoitteluksi. Ruotsalaiset nuoret käyttivät päivittäin eniten aikaa viihdemedian ääressä. Tämä tulos poikkeaa esimerkiksi WHO:n (2008, 111) tutkimustuloksesta. Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmän (2008, 24) mukaan lasten ja nuorten ei tulisi istua päivittäin tietokoneen tai television ääressä kahta tuntia kauempaa.

Suomalaisilla tytöillä tunne-elämän oireiden esiintyvyys ja masennuksen yleisyys on kaksinkertainen verrattuna poikiin (Karlsson & Marttunen 2007, 7). Tämän tutkimuksen mukaan suomalaisilla nuorilla ei ollut eroa sukupuolten välillä masennusoireilun esiintyvyydessä. Huolestuttavaa on, että tutkimustulosten perusteella mielialansa huonoksi kokevilla nuorilla esiintyi muita nuoria enemmän terveyteen, terveystottautumiseen ja terveystottumuksiin liittyviä ongelmia. Kaiken kaikkiaan eri maiden nuoret kokivat pääsääntöisesti mielialansa vähintään tyytyväiseksi, mutta joukkoon mahtui muutama nuori, jotka olivat surullisia tai masentuneita.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan tutkimukseen osallistuneiden nuorten päihteiden käyttö ja päihteiden käyttötottumukset olisivat muuttuneet myönteisempään suuntaan. Suomalaisten tupakoivien nuorten määrä on vähentynyt ja raittiiden määrä noussut, kun tutkimuksen tuloksia verrataan vuoden 2007 Nuorten terveystapatutkimuksen tuloksiin (Rimpelä ym. 2007, 27, 37). Hollantilaisten ja espanjalaisten nuorten tupakointi ja säännöllinen alkoholin käyttö on laskenut verrattaessa tutkimustuloksia WHO:n (2008, 121, 125) tutkimustuloksiin. Tosin ruotsalaisilla nuorilla päihteiden käyttö on tämän tutkimuksen sekä muiden kansainvälisten tutkimusten mukaan vähäisintä.

Tutkimuksen perusteella suomalaisten nuorten sosiaalinen altistuminen huumausaineille ja huumausainekokeilut näyttäisivät lisääntyneen vuoden 2007 Nuorten terveystapatutkimuksen tuloksista (Rimpelä ym. 2007, 44) ja lukuvuonna 2006–2007 tehdyn Kouluterveyskyselyn tuloksista (Luopa ym. 2008, 29). Suomalaisten nuorten sosiaalinen altistuminen huumausaineille oli kuitenkin alhaisin verrattuna muiden tutkimusmaiden nuoriin. Espanjalaiset nuoret olivat kohdanneet eniten huumausaineiden tarjontaa ja heillä oli myös muita nuoria enemmän huumausainekokeiluja.

TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen aihe on merkityksellinen, sillä nuoruusikä luo perustan myöhemmälle terveydelle ja terveystietoisuudelle. Tutkimuksen 11–13-vuotiaista koostuva ulkomaisen aineiston pieni otoskoko heikensi tulosten vertailun luotettavuutta. Kuitenkin 13–16-vuotiaista koostuva ulkomainen aineisto oli kattava ja saatuja tuloksia voidaan ainakin osittain pitää kohderyhmän tilannetta kuvailevana. Tutkittavan ryhmän oikeuksien suojelemista pyrittiin takaamaan informoimalla ryhmää riittävästi (Eriksson 1992, 20–22; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 26–27). Koska opinnäytetyön tekijät eivät olleet konkreettisesti läsnä tutkimustilanteissa, pyrittiin saatetekstin avulla kertomaan vastaajille tutkimuksen sisällöstä, vapaaehtoisuudesta ja anonymiteetista.

Kysymyslomakkeen kysymykset muotoiltiin ymmärrettävällä tavalla ja analysointivaiheessa neljä kysymystä hylättiin vastaajien virheellisten vastausten vuoksi. Koska tutkimus oli tietokoneavusteinen kyselytutkimus, kyettiin minimoimaan aineiston käsin syöttämisestä aiheutuvat virheet (Metzger, Koblin & Turner ym. 2000, Rewn, Hornerin, Rieschin & Cauvin 2004, 130–131 mukaan). Tietokoneavusteisen kyselytutkimuksen etuina olivat myös vastausten suurempi yksityisyys sekä riskikäyttäytymisen ja sosiaalisesti epätoivottuina pidettyjen käyttäytymismallien rehellisen raportoinnin lisääntyminen (Rew, Horner, Riesch & Cauvin 2004, 130–131).

YHTEENVETO

Terveyden, terveystähtäytymisen ja hyvinvoinnin haasteiksi nousivat 11–13-vuotiaiden nuorten osalta epäterveellisten välipalojen runsas kulutus, puutteellinen suuhygienia, aamuväsyneisyyden kokeminen, riskikäyttäytymisen kasaantuminen tiettyihin yksilöihin sekä puutteet koulun antamassa seksuaalikasvatuksessa. Suomalaisten 13–16-vuotiaiden nuorten osalta terveystähtäytymisen ongelmiksi paljastuivat ylipaino, epäterveellisten välipalojen syöminen ja puutteellinen suuhygienia. Ruotsalaisten nuorten osalta suurimmiksi haasteiksi nousivat vähäinen päivittäinen liikkuminen ja runsas viihdemedian käyttö.

Hollantilaisten ja espanjalaisten nuorten terveystähtäytymisen suurimmaksi haasteeksi nousivat päihteiden käyttö. Lähes puolet hollantilaisista nuorista käytti alkoholia säännöllisesti ja neljännes nuorista oli kokeillut huumausaineita. Espanjalaisista nuorista reilusti yli kolmannes käytti alkoholia säännöllisesti ja lähes kolmannes oli kokeillut huumausaineita. Tässä tutkimuksessa huolestuttavana ilmiönä nousi esiin espanjalaisten nuorten kohtaama huumausaineiden tarjonta. Kolmannekselle espanjalaisista nuorista oli tarjottu huumausaineita kerran tai useammin.

Lapsuudessa ja nuoruudessa luodaan pohjaa elinikäiselle terveydelle ja terveystähtäytymiselle, joten ennaltaehkäisevän terveystähtäytymisen merkitys on suuri niin yksilö- kuin kansanterveystasollakin. Opinnäytetöiden tulosten perusteella nuorten terveystähtäytymisessä olisi hyvä kiinnittää huomioita muun muassa ravitsemukseen, liikuntaan, seksuaaliterveyteen ja päihteiden käyttöön. Terveystähtäytymistä suunniteltaessa olisi hyvä kartoittaa nuorten mielenkiinnon kohteita sekä tapaa, jolla he haluaisivat asioista kerrottavan. Tällä tavalla nuoret voisivat sisäistää käsitellyt aihealueet paremmin.

LÄHTEET

Anttila, R., Jyrkiäinen, P., Mäenpää, P., Niemi-Nikkola, K., Savola, J. & Komulainen, J. 2006. Liikunta tutkimus 2005–2006. Lasten ja nuorten liikunta. Suomen liikunnan ja urheilun julkaisusarja 4/06.

Currie, C., Gabhainn, S., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Pickett, W., Richter, M., Morgan, A. & Barnekow, V. (toim.). 2006. Inequalities in young people's health - Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2005/2006 survey. [Viitattu 3.3.2009.] <http://www.euro.who.int/Document/E91416.pdf>.

Eriksson, K. 1992. Broar. Introduktion till vårdvetenskaplig metod. Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi.

Eerola, A., Hasunen, K., Hausen, H., Hautamäki, O., Keskinen, H., Nordblad, A. & Pietinen, P. 2004. Terve kouluympäristö – koululaisten ravitsemus ja suun terveys. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. & Kraus, L. 2007. The 2007 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 35 European Countries. [viitattu 2.4.2009].

http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL.pdf.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. Gummerus kirjapaino Oy: Jyväskylä.

Honkala, S. & Honkala, E. 2004. Koululaisten suun terveystottumukset vuosina 1984–2002. Teoksessa Kannas, L. (toim.) Koululaisten terveys, terveystottumusten muutos. WHO-Koululaistutkimus 20 vuotta. Terveystutkimuskeskus. Jyväskylän yliopisto: Domus-Offset Oy, 225.

Jounala, M., Viikari, I., Simell, O. & Raitakari, O. 2008. Mitä tiedämme lapsen riskistä sairastua aikuisena sydän- ja verisuonitauteihin? *Duodecim* 124(1), 34–40.

Karlsson, L. & Marttunen, M. 2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 10/2007. Nuorten depressio. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Helsinki: Kansanterveyslaitos, Mielen terveyden ja alkoholitutkimuksen osasto.

Käypä hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2005. Lasten lihavuus. [Viitattu 16.3.2009.] <http://www.kaypahoito.fi>.

Lambert, M., Hublet, A., Verduyck, P., Maes L. & Van den Broucke, S. 2002. Gender differences in smoking in young people – Report on the project. Flemish Institute for Health Promotion, Brussels, Belgium. [Viitattu 21.2.2009.]

http://www.ktl.fi/attachments/tb_gender_1.pdf

Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä. 2008. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7–18-vuotiaille. Helsinki: Opetusministeriö ja Nuori Suomi ry

Luopa, P., Pietikäinen, M. & Jokela, J. 2008. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus raportteja 23/ 2008. Kouluterveyskysely 1998–2007: Nuorten hyvinvoinnin kehitys ja alueelliset erot. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Pietikäinen, M. 2006. Miksi liian moni poika on ylipainoinen? [Viitattu 22.11.2008.] http://www.slu.fi/lum/12_06/uutiset/miksi_liian_moni_poika_on_ylipai/.

Rew, L., Horner, S., Riesch, L. & Cauvin, R. 2004. Computer-assisted Survey Interviewing of School-age Children. *Advances in Nursing Science* 27(2), 129–137. [Viitattu 15.1.2009.] Saatavilla www.muodossa.com: <http://ovidsp.ovid.com>.

Rimpelä, A., Rainio, S., Huhtala, H., Lavikainen, H., Pere, L. & Rimpelä, M. 2007. Nuorten terveystapatutkimus 2007. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:63. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. (Stakes). 2007. Infopaketti Kouluterveyskyselystä.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. (Stakes) 2008. Kouluterveyskysely 2008. [Viitattu 15.3.2009.] <http://info.stakes.fi/kouluterveys/tulokset/koko2008pk.pdf>

Unicef. 2007. Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries. [Viitattu 31.3.2008.] <http://www.unicef.org/media/files/ChildPovertyReport.pdf>.

World health organization (WHO). 2008. Inequalities in young peoples health. Health behaviour in school-aged children. International report from the 2005/ 2006 survey. [Viitattu 22.11.2008.] <http://www.euro.who.int/Document/E91416.pdf>.

KIRJOITTAJAT

Marika Jokiranta, Ulla Lintunen, Hannah Liuska ja Mari-Anne Mahkonen valmistuivat Turun ammattikorkeakoulusta terveydenhoitajiksi (AMK) ja sairaanhoitajiksi (AMK) joulukuussa 2009.

Opinnäytetyön ohjaajana toimi yliopettaja, TtL Kristiina Viljanen.

AIVOVERENKIERTOHAIRIÖITÄ KOSKEVA OHJAUS TERVEYSNETISSÄ

Terhi Ketonen

Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) on yleisnimitys kaikille aivoverenkierron sairaus-tiloille. Aivoverenkiertohäiriöt ovat joko nopeasti ohimeneviä aivoverenkiertohäiriöitä tai pitkäaikaisia keskushermostollisia oireita aiheuttavia aivoverisuonten tukoksia ja aivohalvauksia. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2008b [viitattu 26.11.2008].)

Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu joka päivä noin 38 suomalaista eli vuodessa vajaat 14 000 henkilöä. Suomessa menehtyy aivoverenkiertohäiriöihin vuosittain lähes 5000 sairastunutta. Aivoverenkiertohäiriöt ovat suomalaisten kolmanneksi yleisin kuolinsyy ja kolmanneksi kallein kansantauti. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2008a [viitattu 3.7.2008].) Aivohalvauksen vuosittain aiheuttamat kokonaiskustannukset ovat arvion mukaan lähes miljardi euroa, josta yksinomaan 200 miljoonaa euroa on arvioitu kuluvan aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamaan pitkäaikaissairaanhoidon (Roine & Juntunen 2006, 49–50). Aivoverenkiertohäiriöiden on ennustettu kasvavan väestön ikääntyessä ja että vuoteen 2020 mennessä tarvitaan ainakin 100 uutta vuodeosastoa pelkästään aivohalvauspotilaille, mikäli ennaltaehkäisyä ja akuuttihoitoa ei saada tehokkaammaksi (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2008a [viitattu 3.7.2008]).

Aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijöitä ovat kohonnut verenpaine, runsas alkoholin käyttö, tupakointi, korkeat veren rasva-arvot, diabetes, liikalihavuus, vähäinen liikunta, sydänsairaudet sekä ikä, miessukupuoli ja perintötekijät (Kaste ym. 2006, 284–287). Aivoverenkiertohäiriöiden oireet ilmaantuvat hyvin äkkiä, joskus jopa muutamassa minuutissa. Oireiden ilmaantuessa tutkimuksilla on kiire, sillä aivoissa syntyy nopeasti peruttamatonta tuhoa. (Käypä hoito 2006 [viitattu 18.5.2009].)

Tämän projektin tehtävänä oli laatia Terveysnettiin työikäisille verkkosivut aivoverenkiertohäiriöiden ennaltaehkäisystä, niiden oireiden tunnistamisesta ja hoitoon hakeutumisesta. Tavoitteena on lisätä tietoa, miten jokainen voi itse ennaltaehkäistä aivoverenkiertohäiriöiden syntyä ja hakeutua hoitoon mahdollisimman pian oireiden ilmaantuessa.

Opinnäytetyö kuuluu Terveysnettihankkeeseen, jossa toimeksiantajana on Salon seudun terveyskeskus. Terveysnettihankkeen tarkoituksena on parantaa Salon seudun väestön terveyttä, toimintakykyä ja itsehoitovalmiutta tietotekniikkateknologian avulla. Projekti on ollut käynnissä vuodesta 2001 ja sitä toteuttavat ammattikorkeakoulun opiskelijat ja opettajat yhteistyössä Salon seudun terveyskeskuksen, Salon seudun sairaalan ja Salon kaupungin kanssa. Terveysnetti toteutetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon alueella tekemällä molempien käyttöön verkkosivut, joiden kautta väestöllä on mahdollisuus hakea lisää tietoa heitä kiinnostavista terveyteen ja sairauteen liittyvistä asioista. Terveysnetti jakaantuu osiin: Juniorinetti, Nuorisonetti, Perhenetti, Työikäisten netti ja Seniorinetti. (Terveysnetti 2009 [viitattu 9.1.2009].)

OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS

Projekti käynnistyi aiheen valinnalla, joka oli aluksi yleisesti aivoverenkiertohäiriöt. Projektin aiheen haluttiin olevan ajankohtainen ja palvelevan mahdollisimman monia ihmisiä. Aluksi aiheen rajausta oli vaikeaa, koska aivoverenkiertohäiriöistä löytyy paljon lähdemateriaalia sekä tutkittua tietoa. Projektin aiheeksi valittiin aivoverenkiertohäiriöiden ennaltaehkäisy ja oireiden tunnistaminen, koska aivoverenkiertohäiriöiden tehokkain ja halvin hoito on ennaltaehkäisy (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2009c [viitattu 16.1.2009]). Projekti päätettiin toteuttaa tekemällä internetsivut Terveysnettiin työikäisille aivoverenkiertohäiriöiden ennaltaehkäisystä, oireiden tunnistamisesta ja hoitoon hakeutumisesta.

Lähdemateriaalia projektia varten etsittiin sähköisten tietokantojen, Medicin, Terveysportin, Medlinen ja Cochranen avulla sekä lisäksi apuna käytettiin Google-hakukonetta. Hakusanoina käytettiin muun muassa sanoja aivoverenkiertohäiriöt, aivohalvaus, aivoinfarkti, aivoverenvuoto ja ennaltaehkäisy. Hakuja tehtiin sekä suomen- että englanninkielisillä sanoilla. Tietokannoista tehdyt haut tuottivat hyvin tulosta ja löydetyistä materiaalista valittiin lähdemateriaaliksi kymmenen tutkimusta. Tutkimuksien valintakriteerinä oli lähinnä se, että tutkimukset oli julkaistu viimeisen kymmenen vuoden aikana. Eniten hyödynnettiin Medicin ja Terveysportin kautta löytynyttä lähdemateriaalia. Haku Terveysportissa tuotti tutkimuksien lisäksi Käypä hoito -suosituksen, ohjekirjasia ja asiantuntija-artikkeleita. Lähdemateriaalia etsittiin koko ajan työn edetessä, koska työn alkaessa ei ollut riittävästi materiaalia vielä koossa. Lähdemateriaalia haettiin myös kirjallisuudesta, terveydenhuoltoalan lehdistä, hoitotieteen lehdistä sekä aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehdistä.

Joulukuussa 2008 projekti rajattiin uudestaan ja projektin valmistumisaikataulu suunniteltiin uudelleen. Projektille anottiin projektilupaa, joka saatiin helmikuussa 2009. Kirjallisen osuuden työstäminen sekä Terveysnettisivujen suunnittelu aloitettiin maaliskuussa 2009. Kirjoitusosuus alkoi tekemällä kirjallisuuskatsaus, johon valittiin keskeinen tieto aivoverenkiertohäiriöistä ja niiden riskitekijöistä sekä oireiden tunnistamisesta ja hoitoon hakeutumisesta.

Projektin kohderyhmäksi valittiin työikäinen väestö sekä heidän läheisensä. Internetsivut suunniteltiin aluksi PowerPoint-ohjelmalla ja sivuilla on tietoa aivoverenkiertohäiriöistä, niiden riskitekijöistä sekä oireiden tunnistamisesta ja hoitoon hakeutumisesta. Sivulla eritellään tarkemmin TIA-kohtaus, aivohalvaus, aivoinfarkti ja aivoverenvuoto. Aivoverenkiertohäiriöt haluttiin eritellä tarkemmin, koska aivoverenkiertohäiriöiden oireet, hoito ja seuraukset määräytyvät sen mukaisesti, mikä on vaurioalueen sijainti aivoissa (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2008b [viitattu 26.11.2008]). Internetsivuilla mainitaan kaikki riskitekijät, jotka vaikuttavat aivoverenkiertohäiriöiden syntyyn. Tarkemmin sivuilla käsitellään riskitekijöitä, jotka ovat ennaltaehkäistävissä. Kohonneen verenpaineen hoidosta haluttiin laittaa sivuille kattavasti tietoa, koska kohonnutta verenpainetta pidetään aivoinfarktin ja aivoverenvuodon tärkeimpänä riskitekijänä (Sivenius 2006 [viitattu 18.5.2009]). Sivuille laitettiin kysymyksiä, joiden toivotaan puhuttelevan ihmisiä ja kiinnittämään huomiota omaan hyvinvointiin ja terveyteen. Sivuille haluttiin laittaa tietoa siitä, miten jokainen itse voi ennaltaehkäistä aivoverenkiertohäiriöiden syntyä.

Sivujen ulkoasussa (Kuva 1) haluttiin noudattaa yhdenmukaisuutta. Päävalikko, josta selviää sivujen sisältö, seuraa jokaisella sivulla vasemmassa laidassa. Päävalikon avulla lukijan on helppo liikkua sivuilla. Sivujen värityksen haluttiin tuovan mieleen iloisuuden ja raikkauden. Fontin väriksi valittiin musta, koska se erottui parhaiten taustan väristä. Tärkeiden asioiden huomioimisessa käytettiin apuna tekstin lihavoimintia, suurempaa fonttikokoa sekä punaista fontin väriä. Projektin internetsivuilla käytetyt kuvat ovat kaikki Clip Art-kuvia, jotka ovat kaikkien saatavilla ja käytettävissä.

Projektin internetsivujen teksti jaettiin kappaleisiin ja kieliasu on aikuisille suunnattua yleiskieltä. Teksti on tiivistetyssä muodossa, jotta lukija saisi mahdollisimman paljon tietoa aivoverenkiertohäiriöistä. Sivujen loppuun laitettiin linkkejä, joiden avulla on mahdollista löytää lisää tietoa. Muiden tuottajien sivuille pyydettiin luvat sähköpostitse ja luvat saatiin kevään 2009 aikana.

Projektin luotettavuutta haluttiin lisätä internetsivujen esitestauksella kohderyhmällä, johon kuului Aivohalvaus- ja dysfasialiitossa työskennellyt lähihoitaja, useasta aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijöistä kärsivä henkilö ja aivoinfarktin itse sairastanut henkilö. Internetsivujen PowerPoint versio esiteltiin kohderyhmälle ja palaute saatiin suullisesti. Internetsivuista saatu palaute oli kannustavaa ja sivut koettiin selkeiksi. Esitestaajien mielestä sivujen teksti oli herättelevää ja opasti hyvin, miten voi itse ennaltaehkäistä aivoverenkiertohäiriöiden syntyä. Sivuille olevat kuvat koettiin kauniiksi ja rauhallisiksi sekä lisäävän mielenkiintoa tekstiä kohtaan. Sivujen avulla nousi runsaasti keskustelua verenpaineen oikeaoppisesta mittauksesta ja kaikki esitestaukseen osallistuneet kokivatkin omien aikaisempien tietojensa aiheesta olleen puutteellisia.

Opinnäyteyö lähetettiin Aivohalvaus- ja dysfasialiiton kuntoutussihteerille, joka tarkasti opinnäytetyön sekä totesi, että työ ei sisällä asiavirheitä aivoverenkiertohäiriöistä. Hän kommentoi opinnäytetyön aiheen valintaa erittäin tärkeäksi ja

ajankohtaiseksi. Hänen mielestään kirjallisessa osuudessa on selitetty aivoverenkiertohäiriöt lyhyesti ja selkeästi. Samoin oli hyvä, että työssä oli käsitelty aivoverenkiertohäiriöiden tilannetta Suomessa. Palautteen mukaan aivoverenkiertohäiriöiden hoidettavissa olevat riskitekijät oli kaikki lueteltu ja niistä oli kerrottu lyhyesti, mutta hän jäi kaipaamaan laajempaa kirjoitusta riskitekijöiden yhteisvaikutuksien merkityksestä aivoverenkiertohäiriöiden syntyyn. Kuntoutussihteerin mielestä kokonaisuudessa työn kirjallisuusosuus sekä internetsivut olivat selkeästi kirjoitettuja ja niissä oli kerrottu paljon tärkeää tietoa aivoverenkiertohäiriöistä. Internetsivuja hän piti raikkaina, väri ja kuvat olivat hänen mielestään kauniita. Internetsivut olivat hänen mielestään tehty kohderyhmää ajatellen. Internetsivut olivat itsessään jo hyvä tietopaketti, joka vielä lisäksi opasti lukijaa etsimään lisää informaatiota sivuilla mainittujen linkkien avulla.

Internetsivujen PowerPoint-versio lähetettiin toimeksiantajalle, Salon seudun terveyskeskukseen hallintoylihoitajalle, joka antoi sähköpostitse palautetta lähelle lähetyistä Terveysnettiin tulevista internetsivuista. Hänen mielestään sivut näyttivät hyviltä ja niiden sisältö oli monipuolista. PowerPoint-diat annettiin syyskuussa 2009 tradenomiopiskelijalle työstettäväksi internetsivuiksi. Projektin tuotos eli Aivoverenkiertohäiriöiden ennaltaehkäisy, oireiden tunnistaminen ja hoitoon hakeutuminen – Terveysnetti-sivut löytyvät osoitteesta <http://terveysnetti.turkuamk.fi> työikäisten osiosta.

AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖIDEN ENNALTAEHKÄISY, OIREIDEN TUNNISTAMINEN JA HOITOON HAKEUTUMINEN

Aivoverenkiertohäiriöt
Miten aivoverenkiertohäiriöt syntyvät?
TIA-kohtaus
Aivohalvaus, aivoinfarkti ja aivoverenvuoto
Aivoverenkiertohäiriöiden seuraukset

Riskitekijät ja niiden ennaltaehkäisy
Kohonnut verenpaine
Runsas alkoholin käyttö
Tupakointi
Liikahavuus
Vähäinen liikunta
Ravinto
Tyyppin 2 diabetes
Korkea kolesterolin taso
Sydänsairaudet
Elämäntapa

Aivoverenkiertohäiriöiden oireet
Hoitoon hakeutuminen
Hoito

Linkkejä
Lähteet
TERVEYSNETIIN
Tekijät



KUVA 1. Internetsivujen mallisivu.

POHDINTA

Aivoverenkiertohäiriöt ovat tällä hetkellä hyvin ajankohtainen asia, sillä Suomessa aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu vuosittain 14 000 suomalaista ja sairastuvuuden on ennustettu kasvavan väestön ikääntyessä. Aivoinfarktin riski kasvaa voimakkaasti iän karttuessa, mutta joka neljäs sairastuneista on kuitenkin työkäisiä. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2008b [viitattu 26.11.2008].) Yhden aivoinfarktipotilaan hoito tulee maksamaan yhteiskunnalle keskimäärin 60 000 euroa (Sivenius 2006, 13). Tulevaisuudessa aivoverenkiertohäiriöt tulevatkin olemaan suomalaisen terveydenhuollon suurimpia ongelmia. Sairaalahoidon ohella kustannuksia aiheutuu muun muassa sairauslomista, työkyvyttömyydestä ja ennenaikaisesta kuolemasta johtuvista työmenetyksistä. Myös aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoito ja kuntoutus ovat kuntien järjestämälle terveydenhuollolle erittäin merkittävä taloudellinen haaste.

Aivoverenkiertohäiriöiden tehokkain ja halvin hoitomuoto on ehdottomasti ennaltaehkäisy (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2008b [viitattu 26.11.2008]). Medioissa kerrotaan päivittäin terveellisistä elämäntavoista sekä annetaan ravinto- ja liikuntaohjeita. Nykyään suomalaiset nauttivat kuitenkin liikaa kaloreita ja liikkuvat liian vähän, vaikka tietävätkin tasapainoisen ruokavalion ja säännöllisen liikunnan olevan hyvän terveyden perusta. Mistä ihmiset saisivat riittävän motivaation muuttaa elämäntapojaan? Milloin terveys tulee niin tärkeäksi ihmisille, että sitä osattaisiin arvostaa ja oltaisiin valmiita luopumaan terveyttä vaarantavista tekijöistä?

Terveyspolitiikka korostaa nykyään ennaltaehkäisyä sekä väestön ja potilaiden oman vastuun ja aktiivisuuden merkitystä terveyden edistämässä ja hoidossa. Nykyisin potilas tekee yhä enemmän hoitoaan koskevia päätöksiä sekä hakee tietoa oma-aloitteisesti, erityisesti internetistä. (Leino-Kilpi 2009, 174.) Internetin myötä potilaat ovat saaneet vapauden etsiä ja löytää terveyteen liittyvää tietoa, mutta samalla heille siirtyy suuri vastuu löydetyt ja saadun tiedon ymmärtämisestä ja laadun arvioinnista. Potilaiden omatoiminen tiedonhaku tuo uusia haasteita myös hoitohenkilökunnalle, jotka joutuvat vastaamaan potilaiden kysymyksiin esimerkiksi uusista hoitomuodoista tai lääkkeistä, joista potilaat ovat saaneet tietoa internetin avulla. (Mustonen 2002, 150–151.) Hoitohenkilökunnan tehtävänä on varmistaa, että potilaiden tieto on mahdollisimman perusteltua ja turvallista sekä opastaa heitä hakeutumaan laadukkaille tietolähteille (Leino-Kilpi 2009, 179).

Sairaanhoitajan rooli potilasohjaustilanteissa on yhä merkittävä, vaikka nykyään terveyspolitiikassa korostetaankin ennaltaehkäisyn sekä väestön oman vastuun ja aktiivisuuden merkitystä terveyden edistämässä. Potilasohjauksella on vaikutusta hoidon laatuun ja potilastyytyväisyyteen. Hyvässä vuorovaikutuksessa tapahtuva ohjaus vähentää potilaiden ahdistusta ja pelkoa sekä tukee heitä kantamaan vastuuta omasta terveydentilastaan.

LÄHTEET

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto 2008a. Aivoverenkiertohäiriöt. [Viitattu 3.7.2008.] Saatavissa: <http://www.stroke.fi/> >Etusivu> Ajankohtaista.

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto 2008b. Aivoverenkiertohäiriöt. [Viitattu 26.11.2008.] Saatavissa: <http://www.stroke.fi/> >Etusivu > Tietoa sairauksista > Aivoverenkiertohäiriöt.

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto 2008c. Aivoverenkiertohäiriöt. [Viitattu 16.1.2009.] Saatavissa: <http://www.stroke.fi/> >Etusivu> Tietoa sairauksista.

Kaste, Markku; Hernesniemi, Juha, Kotila, Mervi, Lepäntalo, Mauri, Lindsberg, Perttu, Palomäki, Heikki, Roine, Risto. O & Sivenius, Juhani 2006. Neurologia. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Ketonen, Terhi 2009. Aivoverenkiertohäiriöiden ennaltaehkäisy, oireiden tunnistaminen ja hoitoon hakeutuminen. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Salo: Turun ammattikorkeakoulu.

Käypä hoito 2006. Aivoinfarkti. [Viitattu 18.5.2009.] Saatavissa: www.duoecim.fi > Käypä hoito> Aivoinfarkti.

Leino-Kilpi, Helena 2009. Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Roine, Risto O., Juntunen, Juhani & Aarnio, Pertti (et al.) 2006. Angiologia. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Sivenius, Juhani 2006. Aivoverenkiertohäiriöt. [Viitattu 18.5.2009.] Saatavissa: www.terveyskirjasto.fi > Aivoverenkiertohäiriöt.

Turun ammattikorkeakoulu. Terveysala. Salon toimipiste 2009. Terveysnetti [Viitattu 9.1.2009] Saatavissa: <http://terveysprojektit.turkuamk.fi/terveysnetti/terveysnetti.htm>.

KIRJOITTAJA

Terhi Ketonen on valmistunut Turun ammattikorkeakoulusta sairaanhoitajaksi (AMK) jouluna 2009.

Opinnäytetyön ohjaajina toimivat lehtori, TtT Tiina Pelander ja lehtori, THM Anu Nousiainen.

Terveysnetin tarkoituksena on parantaa Salon seudun väestön terveyttä, toimintakykyä ja itsehoitovalmiutta hyödyntämällä uutta tietotekniikkateknologiaa. Hanketta toteutetaan yhteistyössä Salon terveyskeskuksen, Salon aluesairaalan ja Salon kaupungin kanssa.

DEMENTIAPOTILAAN HAASTEELLISEN KÄYTTÄYTYMISEN ENNALTAEHKÄISY JA HOITO

Hanna Ruotsalainen

Dementia on oireyhtymä, jossa henkilön toimintakyky ja arjessa selviytyminen ovat vaikeutuneet muistihäiriön ja muiden kognitiivisten toimintojen heikentymisen seurauksina (Rissanen ym. 2007 [viitattu 28.11.2008]). Riski dementiaan lisääntyy iän myötä siten, että 65–69-vuotiaista 0,8 prosentilla ja 90 vuotta täytäneistä lähes kolmasosalla on dementia (Lobo ym. 2000, 4). Suomen väestön ikärakenteen vanhentumisen seurauksena dementiapotilaiden määrä lisääntyy vuosi vuodelta (Stakes 2003, 43, 90 [viitattu 18.1.2009]; Suhonen ym. 2008, 9). Stakesin ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kartoitusten mukaan noin puolella pitkäaikaishoidettavista potilaista oli dementoiva sairaus (Karppi ym. 2006, 1754; Stakes 2003, 43, 90 [viitattu 18.1.2009]).

Lähes jokaisella dementiapotilaalla on jossain vaiheessa psykiatrisia tai käytös- oireita kuten ahdistuneisuutta, aggressiivisuutta, masennus- tai psykoosioireita (Leinonen & Santala 2002, 3363). Nämä käyttäytymisessä ilmenevät oireilut ovat hoitotyön näkökulmasta haasteellista käyttäytymistä (Leinonen, Kanala & Naumanen-Tuomela 2002, 13). Hoitajalla on usein mahdollisuus omalla toiminnallaan vaikuttaa potilaaseen ja hänen ympäristöönsä niin, ettei lääkitystä oireiluun tarvita (Ervasti ym. 2008, 18; Leinonen & Santala 2002, 3363–3364).

TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSMENETELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli aikaisempien hoitotieteellisten tutkimusten avulla selvittää, millaisella toiminnalla hoitaja voi ennaltaehkäistä ja hoitaa dementiapotilaan haasteellista käyttäytymistä. Tavoitteena on lisätä hoitajien tietoa hoitotyön toiminnoista, joilla voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa dementiapotilaiden haasteellista käyttäytymistä. Tutkimus toteutettiin systemoidun kirjallisuuskatsauksen menetelmällä, jolla pyrittiin yhdistämään aikaisempien tieteellisten tutkimusten tuloksia luotettavasti ja kattavasti tiettyyn tutkimusongelmaan vastaten (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37). Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt systemoitu kirjallisuuskatsaus on julkaistu Turun ammattikorkeakoulun Terveysalan tulosalueen Salon toimipisteen, Salon seudun terveyskeskuksen, Salon aluesairaalan ja Halikon sairaalan ylläpitämällä Hoitonetti-sivustolla (<http://hoitonetti.turkuamk.fi>) sekä Sairaanhoitajapäivillä 2010 posteriesityksenä.

Alkuperäistutkimuksia haettiin sähköisistä tietokannoista Medic, Medline, Cinahl ja Doria (korkeakoulujen digitaaliset kokoelmat). Manuaalinen haku tehtiin suomalaisista hoitotieteellisistä lehdistä *Hoitotiede* ja *Tutkiva hoitotyö*. Tutkimukset systemoituun kirjallisuuskatsaukseen valittiin siten, että katsaus sisältää enintään kymmenen vuotta vanhaa tutkimustietoa graduista, väitöskirjoista tai muista alkuperäistutkimuksista. Muita sisäänottokriteereitä ovat olleet suomen- tai englanninkielisyys, tutkimustulosten vastaavuus tutkimusongelmiin, niiden yleistettävyyden eri dementoiviin sairauksiin ja soveltuvuus myös lyhyempiin hoitojaksoihin. Sisäänottokriteereihin sopivien tutkimusten laatu arvioitiin Salanterän ja Huplin (2003, 33–35) analyysikehyksen avulla. Katsaukseen valittiin viisi alkuperäistutkimusta.

TUTKIMUSTULOKSET

Ennaltaehkäisevät toiminnot

Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä aineistosta muodostettiin neljä haasteellista käyttäytymistä ennaltaehkäisevän hoitotyön toiminnan yläluokkaa, jotka olivat hoitosuunnitelman tekeminen ja ylläpitäminen, hoitajan ammattitaidon kehittäminen, hoitoympäristön muokkaaminen ja vuorovaikutus dementiapotilaan kanssa.

Hoitosuunnitelman tekeminen ja ylläpitäminen -luokka koostuu dementiapotilaan perustietoihin tutustumisesta, hoitavien toimintojen suunnittelusta sekä niiden arvioinnista. Dementiapotilaan perustietoihin tutustuminen tarkoittaa potilaan elämänhistorian selvittämistä sekä hänen persoonallisuuteensa, tarpeisiinsa, tapoihinsa ja mieltymyksiinsä tutustumista (DeYoung ym. 2002; Laitala 2008, 42; Mähönen 2001, 35). Lisäyksenä edellä mainittuihin potilaan perustietoihin Snoezelenissa selvitetään myös potilaan aistimieltymykset antamalla potilaan aisteille erilaisia stimulaatioita (Van Weert ym. 2005, 27). Laitalan (2008, 42) tutkimuksen mukaan ammatillisuuteen kuului toimintatapojen miettiminen yhdessä kollegojen kanssa. Sama toimintamalli ei välttämättä kuitenkaan toimi joka kerralla (Isola ym. 2005, 151). Mähösen (2001) tutkimukseen osallistuneista yli puolet etsi ongelmallisiin tilanteisiin ratkaisua omaisten kanssa keskustelemalla. Hoitosuunnitelmaan tulisi kirjata konkreettisia ohjeita, kuinka lähestyä potilasta päivittäisissä toimissa, esimerkiksi miten hänet kannattaa herättää, pysyykö potilas valitsemaan itse vaatteensa ja pitääkö hän musiikista tai vaikkapa aromaterapiasta (Van Weert ym. 2005, 27). Jotta hoitosuunnitelma pysyisi ajan tasalla, haasteellisen käyttäytymisen syitä ja käytettyjen hoitotyön toimintojen soveltuvuutta tulisi arvioida hoitotilanteiden jälkeen ja tehdä tarpeen mukaan muutoksia hoitosuunnitelmaan (DeYoung ym. 2002; Mähönen 2001, 37; Van Weert ym. 2005, 27).

Hoitajan ammattitaidon kehittäminen koostuu tiedon lisäämisestä ja myönteisestä asennoitumisesta dementiahoitotyöhön. Haasteellisen käyttäytymisen ennaltaehkäisemiseen hoitajalla pitää olla teoreettista tietoa, joka auttaa ymmärtä-

mään erilaiset käyttäytymistavat osaksi dementoivaa sairautta. Lisäksi tarvitaan kokemuksellista tietoa, jonka avulla hoitaja pystyy ennakoimaan potilaan käyttäytymistä. (Isola ym. 2005, 150.) Myönteinen asennoituminen dementiahoitotyöhön kuvaa hoitajalta vaadittavia ominaisuuksia kuten esimerkiksi empatia, vankka ammattitaito, erilaisuuden hyväksyminen, epäjärjestyksen sietäminen ja ”luova hulluus”. (Isola ym. 2005, 148; Mähönen 2001, 36, 40). Isolan ym. (2005, 148) tutkimuksen mukaan yksi edistyksellisen hoitotyön toiminnan muoto on persoonan käyttö, joka tarkoittaa esimerkiksi sitä, että hoitaja tekee työtä ihmisenä eikä pelkästään työntekijän roolissa. Tämä näkyy aitoutena, avoimuutena, myönteisenä elämän asenteena ja kiinnostuksena dementoituviiin (Isola ym. 2005, 148).

Hoitoympäristön muokkaaminen koostuu aistiärsykkeiden vähentämisestä, turvallisuudesta huolehtimisesta sekä ihmissuhteiden hyvinvoinnin tukemisesta. Aistiärsykeitä ovat esimerkiksi kirkkaat valot sekä kovaäänisen puheen, radion ja television aiheuttama melu (DeYoung ym. 2002; Isola ym. 2005, 150). Lisäksi dementiaapotilaat voivat aktivoitua kotiinlähtöajatuksen, kun näkevät ulko-oven. Siksi oven naamioiminen verholla saattaa vähentää ärsykettä. (Isola ym. 2005, 149–150.) Rajoitettu vaeltelu ja pienet ruokailutilat toimivat myös rauhoittavina tekijöinä. Ruokailutilassa voidaan sijoittaa tietyille, rauhallisemmille paikoille ne dementiaapotilaat, jotka herkemmin ottavat ärsykeitä ympäristöstä. (DeYoung ym. 2002.) Turvallisuudesta huolehtiminen tarkoittaa esimerkiksi esteetöntä vaeltelureittiä, lukittuja ovia ja liikkumisen havainnointia (Isola ym. 2005, 150). Dementiaapotilaan ihmissuhteiden hyvinvointia voidaan tukea kannustamalla omaisia pitämään yhteyttä potilaaseen (Mähönen 2001, 36). Koska hoitotyöntekijät ovat osa dementoituvan sosiaalista ympäristöä, myös henkilökunnan ristiriitojen selvittäminen on dementoituvan hyvinvoinnin kannalta tärkeää. Joustavan ja leppoisän ilmapiirin koettiin rauhoittavan myös dementoituvaa. (Isola ym. 2005, 150.)

Vuorovaikutus dementiaapotilaan kanssa koostuu sanattoman viestinnän hyväksikäyttämistä, keskustelusta ja potilaslähtöisestä hoitamisesta. Sanaton viestintä on ilmeiden, eleiden, koskettamisen ja katsekontaktin hyväksikäyttämistä. Hymyilyn ja kosketuksen koettiin luovan turvallisuutta ja leppoisaa ilmapiiriä (Isola ym. 2005, 150). Mähösen (2001, 36) tutkimukseen vastanneet kokivat sanattoman viestinnän eri muodot erityisen tärkeiksi dementoituvan hoidossa. Vuorovaikutustilanteessa on tärkeää hyvät käytöstavat sekä potilaan kuunteleminen (Laitala 2008, 43). Keskustelulla hoitaja voidaan valmistella dementiaapotilasta kertomalla rauhallisesti etukäteen, mitä aikoo tehdä. Lisäksi keskustelemalla hoitaja voi pyrkiä auttamaan dementiaapotilasta ratkaisemaan ongelmiaan. (Mähönen 2001, 36, 37.) Potilaslähtöinen hoitaminen yhdistettiin van Weertin ym. (2005) tutkimuksessa Snoezel-hoitoon. Potilaslähtöinen hoitaminen on potilaan yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden huomioivaa (DeYoung ym. 2002; Mähönen 2001, 36; van Weert ym. 2005, 25). Esimerkiksi hoitotoimenpiteitä voidaan siirtää myöhemmäksi, jos dementoituva kieltäytyy niistä (Mähönen 2001, 37).

Hoitavat toiminnot

Sisällönanalyysillä aineistosta muodostettiin neljä eri haasteellista käyttäytymistä hoitavaa hoitotyön toiminnan yläluokkaa: haasteellisen käyttäytymisen ylty-misen ennakoiminen, dementiapotilaan rauhoittaminen vuorovaikutuksellisilla toiminnoilla, dementiapotilaan rauhoittaminen rajoittavilla toiminnoilla ja dementiapotilaan rauhoittamatta jättäminen.

Haasteellisen käyttäytymisen ylty-misen ennakoiminen koostuu haasteellisen käyttäytymisen arvioimisesta, ärsykkeiden arvioimisesta, hoitosuunnitelman huomioimisesta sekä avun pyytamisestä. Haasteellisen käyttäytymisen ylty-misen ennakoiminen on hoitotyön suunnittelua siinä vaiheessa, kun dementiapotilaan käyttäytyminen on jo haasteellista. Haasteellista käyttäytymistä arvioidaan dementiapotilaan toimintaa seuraamalla (Isola ym. 2005, 151). Hoitajan on päätettävä, onko käytös vahingollista (DeYoung ym. 2002). Samanaikaisesti arvioidaan, mitkä tekijät tilanteen ovat laukaisseet (DeYoung ym. 2002). Mähösen (2001, 35) tutkimuksessa hoitotyöntekijöiden yleisimmin käyttämiä toimintoja oli varmistaa, että potilaalla on fyysisesti hyvä olla (Mähönen 2001, 35). Ennen tilanteeseen puuttumista hoitaja voi tarkistaa hoitosuunnitelmaan kirjatut ohjeet haasteellisen käyttäytymisen varalta (Mähönen 2001, 35.) Tarvittaessa voidaan pyytää lisää hoitajia tai vaihtaa tilanteeseen dementoituvaa miellyttävä hoitaja (DeYoung ym. 2002; Isola ym. 2005, 149). Omaisiin voidaan ottaa myös tarvittaessa yhteyttä (Laitala 2008, 42).

Dementiapotilaan rauhoittaminen vuorovaikutuksellisilla toiminnoilla tapahtuu ärsykkeiden selvittämisenä, perustelemisenä, vakuuttamisena ja ajatusten kääntämisenä muualle. Ärsykeitä pyritään selvittämään dementiapotilaan kanssa pahan olon aiheuttajasta keskustelemalla ja auttamalla häntä purkamaan ahdistavia tunteita (Laitala 2008, 43; Mähönen 2001, 40). Perusteleminen on asioiden järjestyksen muuttamista, esimerkiksi hoitaja voi perustella dementiapotilaalle omaa toimintaansa (Isola ym. 2005, 149; Mähönen 2001, 40). Seuraamuksista kertomalla hoitaja perustelee potilaalle, miksi hänen toimintansa ei ole sopivaa ja miksi se tulisi lopettaa (Mähönen 2001, 39). Vakuuttaminen tapahtuu puhumalla tai konkreettisesti osoittamalla, miten asia on (Isola ym. 2005, 149). Rauhallinen puhetapa sisältäen selkeitä, toistettavia lauseita sekä rauhallinen elekieli, kuten ei-uhkaava kehon asento, katsekontakti ja kosketus helpottavat luottamuksen syntymistä (DeYoung ym. 2002; Isola ym. 2005, 150; Laitala 2008, 43; Mähönen 2001, 41). Huomion kiinnittäminen muuhun toimintaan oli Laitalan (2008, 41) tutkimuksessa yksi yleisimmin käytetyistä hoitotyön toiminnoista haasteellisen käyttäytymisen hoidossa. Myös DeYoungin ym. (2002) ja Isolan ym. (2005, 151) tutkimuksissa potilaan huomion kiinnittäminen uusiin asioihin oli yksi hoitajien käyttämistä toiminnoista. Ajatusten kääntäminen muualle voi tapahtua myönteistä palautetta antamalla, huumorilla tai ohjaamalla potilas muuhun toimintaan (Isola ym. 2005, 148, 150; Mähönen 2001, 38).

Dementiapotilaan rauhoittaminen rajoittavilla toiminnoilla koostuu tilanteesta erottamisesta, liikkumisen rajoittamisesta ja kemiallisesta rajoittamisesta. Tilanteesta erottamisen tarkoituksena oli edistää dementiapotilaan rauhoittamista DeYoungin ym. (2002), Isolan ym. (2005, 151), Laitalan (2008, 43) ja Mähösen (2001, 42) tutkimuksissa. Dementiapotilaan liikkumista rajoitettiin vyöllä tai sidoksella potilaan istuessa tai ollessa vuoteessa (Laitala 2008, 43; Mähönen 2001, 42–43). Mähösen (2001, 42–43) tutkimukseen osallistuneet korostivat vyöllä tai sidoksella rajoittamisen johtuvan enimmäkseen turvallisuussyistä. Myös huoneeseen eristämistä käytettiin rajoittavana hoitotyön toimintana dementiapotilaan rauhoittamiseksi (Laitala 2008, 43; Mähönen 2001, 43). Kemiallinen rajoittaminen eli rauhoittavan lääkkeen antaminen mainittiin hoitotyön toimintana ainoastaan Laitalan (2008, 43) ja Mähösen (2001, 43) tutkimuksissa ja niidenkin tulosten mukaan lääkkeen antaminen on yksi harvinaisimmista rauhoittavista toiminnoista.

Dementiapotilaan rauhoittamatta jättämistä oli hermostuminen ja huomioimatta jättäminen. Hoitajan hermostuminen ja siihen liittyvä epäsiällinen toiminta esiintyi ainoastaan Mähösen (2001, 44) tutkimuksessa. Huomioimatta jättämistä esiintyi myös Laitalan (2008, 43) tutkimukseen osallistuneiden keskuudessa. Mähösen tutkimuksessa (2001, 44) rauhoittamatta jättäminen oli kokonaisuudessaan hyvin harvinaista.

POHDINTA

Ensimmäisessä tutkimusongelmassa kysyttiin, millainen hoitotyön toiminta ennaltaehkäisee dementiapotilaan haasteellista käyttäytymistä. Analysoiduissa tutkimuksissa hoitajan haasteellista käyttäytymistä ennaltaehkäisevä toiminta oli muun muassa hoitosuunnitelman tekemistä ja ylläpitämistä sekä hoitajan ammattitaidon kehittämistä. Dementiapotilaan perustietoihin tutustumisella oli yhteyksiä hoitajan asennoitumiseen dementiahoitotyöhön myös Eganin (2007, 28) tutkimuksen mukaan. Visserin ym. (2008, 52–53) tutkimuksessa hoitajien tiedon lisääminen koulutuksella ja kokemusten vaihtaminen vertaistuellalla sai myös aikaan muutoksia hoitajien asenteeseen dementiapotilaiden hoitoa kohtaan.

Jo vanhemmassa kotimaisessa hoitotieteen tutkimuksessa dementoituneen hyvä hoito sisälsi hoitajan myönteisen asennoitumisen dementiahoitotyöhön ja sen seurauksena hoito oli potilaslähtöistä. Esimerkiksi Liukkosen (1991, 41) tutkimuksessa myönteisesti ajatteleva hoitaja tuki potilaan itsekunnioitusta ja oma-toimisuutta, antoi vastuuta ja mahdollisuuden osallistua päätöksentekoon. Kanalan ja Leinosen (2001, 61) tutkimuksessa suurin osa hoitajien vuorovaikutuksesta dementiapotilaan kanssa oli ystävällistä, kohteliasta, rauhallista, omatoimisuuteen kannustavaa, yksilöllistä ja tilannesidonnaista.

Lisäksi analysoiduissa tutkimuksissa hoitajat ennaltaehkäisivät dementiaapotilaiden haasteellista käyttäytymistä hoitoympäristöä muokkaamalla. Hoitoympäristön muokkaaminen oli yksi tärkeä elementti dementiaapotilaiden hyvässä hoidossa myös Liukkosen (1991) ja McCurryn ym. (2005) tutkimuksessa. Ympäristön tulisi olla turvallinen, selkeä, rauhallinen ja kodinomainen, ja sen valaistuksella voidaan vaikuttaa esimerkiksi vuorokausirytmiiin (Liukkonen 1991, 41; McCurry 2005, 793). Hoitoympäristön muokkaamiseen liittyi analysoiduissa tutkimuksissa myös ihmissuhteiden hyvinvoinnin tukeminen, joista yksi toiminta oli omaisten kannustaminen ylläpitämään suhdetta vanhuksen kanssa. Myös Kanalan ja Leinosen (2001, 61) tutkimuksessa suurin osa hoitajista teki yhteistyötä omaisten kanssa, mikä varmasti omalta osaltaan edesauttaa omaisten suhteen ylläpitämistä dementiapotilaan kanssa.

Toisessa tutkimusongelmassa kysyttiin, miten dementiapotilaan haasteellista käyttäytymistä voidaan hoitotyön toiminnoin hoitaa. Analysoiduista tutkimuksista muodostui ensimmäiseksi yläluokaksi ”haasteellisen käyttäytymisen ylty-misen ennakoiminen”. Yhtenä hoitotyön toimintana kyseisessä kategoriassa oli varmistaa, että dementiapotilaalla on fyysisesti hyvä olla. Alzheimerin taudin Käypä hoito-suosituksessakin kehoitetaan selvittämään, onko haasteellisen käyttäytymisen takana somaattinen sairaus tai jokin muu laukaiseva tekijä, kuten kipu, ummetus, virtsaretentio tai aivoverenkiertohäiriö (Pirttilä ym. 2006 [viitattu 17.1.2009]).

Dementiapotilaan rauhoittamisessa hyödynnettiin esimerkiksi ajatusten kääntämistä muualle muun muassa huumorin ja aististimulaation keinoin. Remingtonin (2002, 320) tutkimuksen mukaan rauhoittavalla musiikilla ja käsien koskettamisella onkin selvästi rauhoittava vaikutus agitoituneisiin dementiapotilaisiin. Snown ym. (2004, 434) tutkimuksessa laventeliöljyn tuoksu ei vähentänyt dementiaapotilaiden agitaatiokäyttäytymistä. Snoezel-ohjelmassa eri tuoksujen vaikutus dementiapotilaan käyttäytymiseen testattiin yksilöllisesti (van Weert ym. 2005, 26–27).

Analysoiduista tutkimuksista haasteellista käyttäytymistä hoitavien toimintojen yläluokiksi muodostuneet ”dementiapotilaan rauhoittaminen rajoittavilla toiminnoilla” sekä ”dementiapotilaan rauhoittamatta jättäminen” löytyivät analyysissä vain kahdesta kuvailevasta tutkimuksesta (Laitala 2008, 43; Mähönen 2001, 42–44). Epäammattillista ja eettisestikin arveluttavaa toimintaa, kuten dementoituvien rajoittamista sitomalla, huoneeseen sulkemalla ja rauhoittavia tai unilääkkeitä antamalla raportoitiin myös Kanalan ja Leinosen (2001, 44–45, 47) sekä Liukkosen (1991, 42) tutkimuksissa. Mähösen (2001) mukaan kemiallista rajoittamista käytettiin kuitenkin vain hyvin harvoin. Tämä on myös Alzheimerin taudin Käypä hoito -suosituksen mukaista, koska haasteellisen käyttäytymisen hoitoon suositellaan ensisijaisesti lääkkeettömiä keinoja (Pirttilä ym. 2006 [viitattu 17.1.2009]).

Tutkimustulosten avulla hoitajat voivat arvioida omaa toimintaansa dementia-potilaan haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa ja löytää uusia menettelytapoja. Tuloksia voidaan hyödyntää terveyskeskusten vuodeosastoilla, vanhusten pitkäaikaishoitopaikoissa ja dementia-potilaiden hoitoon erikoistuneissa yksiköissä. Erityisesti hoitavia toimintoja voidaan soveltaa myös lyhyempiaikaiseen hoitoon.

Dementia-potilaiden haasteellisen käyttäytymisen hoitoon käytettyjen hoitotyön toimintojen tutkiminen on Suomessa harvinaisempaa. Tarvittaisiin lisää tutkimustietoa siitä, millaisia hoitotyön toimintoja käytetään mihinkin haasteellisen käyttäytymisen ilmenemismuotoon. Lisäksi tarvittaisiin enemmän tietoa siitä, miten lyhytaikaisessa hoidossa olevan dementia-potilaan haasteellista käyttäytymistä voidaan hoitaa esimerkiksi akuuteilla vuodeosastoilla. Tähän tutkimukseen ei löytynyt yhtäkään alkuperäistutkimusta, jossa hoitotyön toimintoja olisi tutkittu ainoastaan lyhytaikaishoitopaikoissa. Lisää tutkittua tietoa tarvittaisiin myös haasteellista käyttäytymistä ennaltaehkäisevistä hoitotyön toiminnoista. Ennaltaehkäiseviä hoitotyön toimintoja on tutkittu ulkomaalaisissakin tutkimuksissa erittäin harvoin.

LÄHTEET

DeYoung, Sandra; Just, Gloria & Harrison, Ruth 2002. Decreasing Aggressive, Agitated, or Disruptive Behavior: Participation in a Behavior Management Unit. *Journal of Gerontological Nursing* 6/2002, 22–31.

Egan, Mary; Munroe, Sally; Hubert, Camille; Rossiter, Trish; Gauthier, Annie; Eisner, Margaret; Fulford, Nicole; Neilson, Merylyn; Daros, Bonnie & Rodrigue, Carmen 2007. Caring for residents with dementia and impact of life history knowledge. *Journal of Gerontological Nursing* 2/2007.

Ervasti, Leena; Hanhela, Aila; Kauppi, Rauni; Rontti, Mia; Tolonen, Tuija; Äijälä, Raija; Perttula, Seija & Vuokila-Oikkonen, Päivi 2008. Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen hoitoympäristö. *Sairaanhoitaja* 1/2008, 16–19.

Isola, Arja; Backman, Kaisa; Saarnio, Reetta & Paasivaara 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. *Hoitotiede* 3/2005, 145–154.

Kanala, Anne & Leinonen, Päivi 2001. Dementoituvan haasteellinen käyttäytyminen ja siihen liittyvä hoitajan toiminta yksityisissä ja kunnallisissa laitoksissa. Pro gradu-tutkielma, hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.

Karppi, Pertti; Rummukainen, Maija; Jakobsson, Aino & Kautiainen, Hannu 2006. Sairaudet, toimintakyky ja lääkäriyövoima keskisuomalaisissa vanhusten hoitopaikoissa. *Lääkärilehti* 15-16/2006, 1754–1755.

Kääriäinen, Maria & Lahtinen, Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 1/2006, 37–45.

- Laitala, Outi 2008. Dementoituvan henkilön haasteellinen käyttäytyminen ja sen hoitotyön keinot dementiahoitoyksikössä. Pro gradu-tutkielma, hoitotieteen laitos, Turun yliopisto.
- Leinonen, Esa & Santala, Maire 2002. Dementiapotilaiden hankalien käytösoireiden hoitomahdollisuudet. Suomen lääkärilehti 35/2002, 3363–3366.
- Leinonen, Päivi; Kanala, Anne & Naumanen-Tuomela 2002. Dementoituvan potilaan haasteellinen käyttäytyminen – Yksilölliset ratkaisut auttavat potilaan kohtaamisessa. Sairaanhoidtaja 8/2002, 13–15.
- Liukkonen, Arja 1991. Dementoituneen perushoito laitoksessa. Hoitotiede 1/1991, 40–45.
- Lobo, A.; Launer L. J.; Fratiglioni, L.; Andersen, K.; Di Carlo, A.; Breteler, M. M.; Copeland, J. R.; Dartigues, J. F.; Jagger, C.; Martinez-Lage, J.; Soininen, H. & Hofman, A. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurology* 54/2000, 4–9.
- McCurry, Susan; Gibbons, Laura; Logsdon, Rebecca; Vitiello, Michael & Teri, Linda 2005. Nighttime Insomnia Treatment and Education for Alzheimer's Disease: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of American Geriatrics Society* 5/2005, 793–802.
- Mähönen, Tiina 2001. Hoitotyön menetelmät dementoituvien vanhusten haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa. Pro gradu tutkielma, hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.
- Pirttilä, Tuula; Aejmelaeus, Riitta; Alhainen, Kari; Erkinjuntti, Timo; Koponen, Hannu; Puurunen, Marja; Raivio, Minna; Rosenvall, Ari; Suhonen, Jaana & Vataja, Risto 2006. Alzheimerin taudin diagnostiikka ja lääkehoito. Käypä hoito 29.3.2006 [viitattu 17.1.2009]. Saatavissa www.terveysportti.fi -> hakusana: Alzheimerin taudin diagnostiikka.
- Remington, Ruth 2002. Calming Music and Hand Massage With Agitated Elderly. *Nursing Research* 5/2002, 317–323.
- Rissanen, Aimo; Karppi, Pertti; Honkimäki, Matti; Suhonen, Jaana; Hänninen, Ritva; Karhu, Kaisa; Kalliopohja, Katariina & Rahkonen, Terhi 2007. Muistipotilaiden tutkiminen ja hoito Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä 2007. Sairaanhoitopiirien hoito-ohjelmat 5.4.2007. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri [viitattu 28.11.2008]. Saatavissa www.terveysportti.fi -> hakusana: muistipotilaiden tutkiminen.
- Salanterä, Sanna & Hupli, Maija 2003. Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi. Teoksessa Lauri, Sirkka (toim.) 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki; WSOY, 21–39.
- Snow, Lynn; Hovanec, Linda & Brandt, Jason 2004. A Controlled Trial of Aromatherapy for Agitation in Nursing Home Patients with Dementia. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 3/2004, 431–437.
- Stakes 2003. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002 [viitattu 18.1.2009]. Saatavissa <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/IkaantyneidenSosTervpal2002.pdf>.
- Suhonen, Jaana; Alhainen, Kari; Eloniemi-Sulkava, Ulla; Juhela, Pirjo; Juva, Kati; Löppönen, Minna; Makkonen, Markku; Mäkelä, Matti; Pirttilä, Tuula; Pitkälä, Kaisu; Remes, Anne; Sulkava, Raimo; Viramo, Petteri & Erkinjuntti, Timo 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen lääkärilehti 10/2008, 9–22.
- Van Weert, Julia; van Dulmen, Alexandra; Spreeuwenberg, Peter; Ribbe, Miel & Bensing, Jozien 2005. Behavioral and Mood Effects of Snoezelen Integrated into 24-Hour Dementia. *Journal of American Geriatrics Society* 53/2005, 24–33.

Visser, S. M.; McCabe, M. P.; Hudgson, C.; Buchanan, G.; Davison, T. E. & George, K. 2008. Managing behavioural symptoms of dementia: effectiveness of staff education and peer support. *Aging & Mental Health* 1/2008, 47–55.

KIRJOITTAJA

Hanna Ruotsalainen valmistui Turun ammattikorkeakoulusta sairaanhoitajaksi (AMK) joulukuussa 2009.

Opinnäytetyön ohjaajina toimivat lehtori, TtT Tiina Pelander ja lehtori, TtM Anu Nousiainen.

Hoitonetin tarkoituksena on palvella terveydenhuollon henkilöstöä tarjoamalla tutkittua tietoa katsauksen muodossa erilaisista terveyteen ja terveysongelmiin liittyvistä kysymyksistä. Hoitonetin avulla hoitajilla on mahdollisuus löytää uusia, tutkittua tietoa koottuna tiiviiseen pakettiin. Sen tavoitteena on erityisesti kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyötä tutkitun tiedon avulla. Hoitonetti toteutetaan Turun ammattikorkeakoulun Salon toimipisteen, Salon terveyskeskuksen, Salon aluesairaalan ja Halikon sairaalan kanssa yhteistyönä.

OHJAUS JA OPETUS HOITOTYÖSSÄ

LUKIOLAISTEN KOKEMUKSIA TERVEYSKASVATUKSESTA

Johanna Tuominen

Opinnäytetyö ”Lukiolaisten kokemuksia terveystieteistä” on osa Lukion jaksaminen -hanketta (Luja), jonka tarkoituksena on tutkia turkulaisten lukiolaisten hyvinvointia ja jaksamista (Turun kaupunki 2008). Hankkeen toimesta eräissä Turun lukiossa toteutettiin hyvinvointikysely, joka on osaltaan ohjannut opinnäytetyön tutkimusosan aihepiirien valikointia. Opinnäytetyön tarkoituksena on ollut selvittää turkulaisten lukiolaisten kokemuksia terveystieteistä ja sitä, millä tavoilla lukiolaiset toivovat saavansa tietoa terveyteen liittyvistä asioista ja ongelmista. Tavoitteena on ollut myös selvittää, keneltä lukiolaiset haluaisivat saada tietoa ja minkälaisista lähteistä saatuna tieto olisi helpoin omaksua. Tarkoituksena on ollut tutkia, kenen antamana tieto tavoittaa lukiolaiset parhaiten ja mikä on terveydenhoitajan osuus tiedonlähteenä.

Opinnäytetyön ensimmäisessä vaiheessa tehtiin haastattelututkimus. Haastattelulomakkeen teemat perustuivat Luja-hankkeen tekemän hyvinvointikyselyn tuloksiin. Haastattelut toteutettiin kahtena ryhmähaastatteluna, joissa oli haastateltavana yhteensä yhdeksän lukiolaista. Haastattelut toteutettiin tammikuun 2009 aikana. Opinnäytetyön toisessa vaiheessa kehitettiin nuorille suunnattu hyvinvointipeli internetiin. Peli kehitettiin yhteistyössä Turun kaupungin TIE-TU-hankkeen kanssa. Pelissä keskityttiin aihealueisiin, jotka nousivat esiin kirjallisuuskatsauksesta ja opinnäytetyön ensimmäisen vaiheen haastattelun tuloksista. Pelistä pyrittiin tekemään sekä informatiivinen että viihteellinen, jotta se tavoittaisi kohderyhmänsä. Peli jää TIETU-hankkeen käyttöön ja sitä tullaan tulevaisuudessa laajentamaan ja kehittämään.

KIRJALLISUUSKATSAUS

Nuoruudessa luodaan pohja aikuisuuden terveydelle ja nuoruudessa omaksutut elämäntavat jatkuvat yleensä aikuisuudessa (Rimpelä 2005). Lukiolaiset voivat tällä hetkellä pääosin hyvin, mutta joillain osa-alueilla on kuitenkin heikkouksia. Kouluterveyskyselyiden mukaan suomalaisilla nuorilla on ongelmia stressin ja jaksamisen suhteen (Jokela ym. 2005; Tynjälä 2005). Yllättävän moni kärsii väsymyksestä ja uupumuksesta; ne ovatkin yhteydessä myös masennukseen (Miettinen 2005).

Ruokailutottumukset ovat lukiolaisilla muuttuneet terveellisemmiksi, mutta toisinaan aterioita jätetään väliin ja niitä korvataan epäterveellisillä välipaloilla (Räsänen 2004; Stakes 2007a). Liikunnan harrastaminen lisääntyy peruskoulusta lukioon siirryttäessä, mutta sen määrässä on silti edelleen parantamisen varaa: lukioikäiset pojat ovat nuorista aktiivisimpia liikunnan harrastajia, mutta heistäkin puolet harrastaa liikuntaa vähemmän kuin kerran viikossa (Stakes 2007b). Lukiolaiset käyttävät paljon aikaa myös tietokoneiden parissa ja lähes joka kotitaloudessa on jo nykyään tietokone. Pääasiassa tietokonetta ja internetiä käytetään tiedonhankintaan ja opiskeluun (Kaarela & Haikama 2001).

Seksuaalikasvatuksen määrä ja toteutustapa vaihtelee kuntien välillä, mutta yhteistä kaikille nuorille on se, että he tarvitsevat lisää tietoa seksuaaliterveydestä, kuten ehkäisystä ja ihmissuhteista. Seksuaalikasvatuksessa tulisikin pyrkiä antamaan nuorille laaja ymmärrys seksuaalisuudesta pelkän ehkäisyvalistuksen sijasta. (Liinamo, Kosunen, Rimpelä & Jokela 1999.) Tupakointi on vähentynyt 2000-luvulla ja myös raittiiden määrä on kasvanut. Sen sijaan humalahakuinen juomisen on todettu lisääntyvän iän myötä. (Rimpelä, Rainio, Huhtala, Lavikainen, Pere & Rimpelä 2007, 26–32, 37–41). Huumeokeilut ovat lisääntyneet ja noin joka viides lukiolainen on kokeillut kannabistuotteita, minkä vuoksi päihitteiden käytön ennaltaehkäisyyn tulisikin kiinnittää erityistä huomiota (Lönnqvist 2004).

Lukiolaisista noin puolet kokee, että lukion työmäärä on liian suuri ja että heillä on vaikeuksia selvitä opiskelusta. Myös väsymys on lukiolaisilla yleistä ja jopa suurempi ongelma kuin peruskoulun yhdeksäsluokkalaisilla. Koulu-uupumukseen saattaa liittyä oppimisvaikeuksia ja liian korkealle asetettuja tavoitteita, joiden saavuttamisen vaikeus aiheuttaa riittämättömyyden tunteita. (Jokela ym. 2005, 4-6; Tynjälä 2005; Miettinen 2005.) Myös mieliala on nuorten keskuudessa merkittävä ongelma sillä 10 % lukiolaisista kärsii vaikeasta tai keskivaikeasta masennuksesta. Masennuksen diagnosointia nuorilla vaikeuttaa sen oirehtiminen fyysisesti ja psyykkisesti monilla eri tavoilla. (Haarasilta & Marttunen 2000, 5-6; Pietikäinen 2006.)

Lukiot siirtyivät luokattomuuteen vuonna 1994. Luokattomuutta pidetään toimivana ratkaisuna sekä koulun että oppilaan näkökulmasta, mutta huonojakin puolia siitä löytyy. Koeviikko koetaan liian raskaaksi ja oppilaan vastuu opintojen etenemisestä on suuri, mikä aiheuttaa vaikeuksia niille opiskelijoille, jotka eivät ole valmiita kyseiseen vastuuseen. Vaihtuvat ryhmät koetaan toisaalta voimavarana, mutta toisaalta nähdään luokkahengen jäävän puutteelliseksi. Epäkohdista huolimatta lähes kaikki oppilaskunnat haluavat säilyttää lukion luokattomana. (Opetushallitus 2005, 54–59; Opetushallitus 2006.)

Terveyskasvatus on yksi hyvä keino vaikuttaa nuorten terveyteen ja elämäntapoihin. Terveyskasvatuksessa tulisi käyttää nuorille sopivia opetusmenetelmiä ja antaa ajankohtaista tietoa. Tärkeää olisi myös huomioida tapa, jolla neuvontaa annetaan. Neuvonnassa tulisi välttää saarnaamista ja epätodenmukaista opetusta ja

pikemminkin tulisi keskittyä totuudenmukaiseen tiedon antamiseen ja esimerkiksi terveydenhoitajien resurssien oikeaan kohteeseen suuntaamiseen. (Terho, Ala-Laurila, Laakso, Krogius, Pietikäinen 2000, 401–404; Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 28.)

Lukion jaksaminen -hanke on vuonna 2007 Turun kaupungin kaikissa päivälukioissa aloitettu hanke, jonka tavoitteena on projektikoordinaattorin mukaan koko opiskeluyhteisön hyvinvoinnin edistäminen. Hankkeen tarkoituksena on myös luoda uusia toimintakäytäntöjä. Näihin liittyviä osa-alueita ovat muun muassa stressinhallinta ja ergonomia sekä työhyvinvointitoiminta opettajien keskuudessa. (Mikkola 2007.) Luja-hankkeen toteuttaman hyvinvointikyselyn ja kirjallisuuskatsauksen perusteella esiin nousi muutamia huolestuttavia osa-alueita, joihin haluttiin perehtyä käsiteltävässä opinnäytetyössä. Tulokset olivat huolestuttavia muun muassa seuraavilla osa-alueilla: opiskelijoiden jaksaminen, mieliala ja mielenterveysongelmat.

TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TOTEUTUS

Tutkimuksen tarkoitus liittyi terveystiedon antamiseen, erityisesti sen sisältöön ja terveystiedon antamisen toteutukseen. Tarkoituksena oli selvittää millä tavoilla ja keneltä lukiolaiset toivovat saavansa terveyteen liittyvään tietoa. Opinnäytetyössä selvitettiin myös, millaiset tiedot lukiolaiset mielestään omaavat, minkälaisista lähteistä saatuna tieto tavoittaisi nuoret parhaiten, ja minkälainen on terveydenhoitajan rooli tiedonlähteenä ja terveystiedon antajana. Tavoitteena oli myös saada selville, millaisin keinoin nuoret toivovat ongelmatilanteisiin puuttuttavan ja mikä auttaisi ongelman esiin ottamiseksi terveydenhoitajan vastaanotolla.

Aineiston keruu toteutettiin haastattelututkimuksena eräässä Turun lukiossa. Haastattelun pohjana toimi ennalta suunniteltu teemahaastattelurunko, johon oli kerätty tutkimusongelmittain teemat ja niiden alakysymykset. Teemahaastattelun eduista korostuivat kyseistä opinnäytetyötä tehdessä erityisesti mahdollisuus tarkentaa ja esittää lisäkysymyksiä. Menetelmänä haastattelu on myös nopea tapa saada tietoa ja juuri sitä tietoa, mitä halutaan saada. Haastatteluihin osallistui yhteensä yhdeksän oppilasta kahteen ryhmään jaettuna. Ryhmät koostuivat viidestä tytöstä ja neljästä pojasta.

TULOKSET

Haastatteluiden perusteella lukiolaiset kokivat terveyteen liittyvät tietonsa hyviksi ja olivat tyytyväisiä terveystiedon opetuksen määrään lukiossa. Pakollinen terveystiedon kurssi koettiin kattavaksi, mutta lisää tietoa olisi silti toivottu muun muassa stressistä, masennuksesta ja muista mielenterveysongelmista. Oppilaiden

mielestä edellisten osa-alueiden lisäksi opettajien tai terveydenhoitajan tulisi keskustella myös ihmissuhdeongelmista ja vastakkaiseen sukupuoleen liittyvistä asioista, ei vain ehkäisystä. Pelkkä ehkäisyvalistus ei siis nuorten mielestä ollut riittävää vaan he halusivat syvällisempää tietoa parisuhteista ja niissä toimimisesta. Oppilaiden mielestä tupakkaa, huumeita ja ehkäisyä oli eri yhteyksissä käsitelty jo liikaakin. Jos edellä mainituista asioista vielä lukiossa puhuttaisiin, niin siihen tulisi heidän mielestään ottaa mukaan jokin uusi näkökulma.

Oppimismenetelmistä parhaimmiksi ja mielekkäimmiksi koettiin ryhmätyöt, tutustumiskäynnit ja itse tekemällä oppiminen. PowerPoint-esitykset, ylläpuvat esimerkit ja pelottelu sen sijaan olivat oppilaiden mielestä epämieluisia opetuskeinoja. Oppilaat pitivät realistisesta, moralisoimattomasta ja totuudenmukaisesta opetuksesta. Nuorten mielestä asioista olisi hyvä keskustella, ei vain luennoida. Oppilaat arvostivat myös sitä, että heidän mielipiteensä huomioitiin esimerkiksi aihetta tai opetusmuotoa valittaessa.

Luokan ilmapiirin tulisi oppilaiden mielestä olla avoin ja rento, jotta tunnin kulkuun uskalletaan osallistua. Oppilaat toivoivat tunneilta mahdollisuutta keskusteluun ja tätäkin rento ilmapiiri edistäisi. Heidän mielestään olisi hyvä, että arkoja asioita käsiteltäessä tytöt ja pojat olisivat jaettuina eri ryhmiin, jolloin kynnys kysyä madaltuisi. Nimettömillä lapuilla esitetyt kysymykset olivat myös hyvä keino saada oppilaiden mieltä askarruttavia asioita esiin. Oppilaat toivoivat myös, että heille annettaisiin tietoa oikeaan aikaan eli aiheen ollessa ajankohtainen omassa elämässä. Tämä toisi motivaation lisäpontta ja lisäisi mielenkiintoa aiheeseen.

Terveyteen liittyvää tietoa ja opetusta toivottiin saatavan alan ammattilaisilta. Lisäksi oppilaille oli paljon lisätoiveita muun muassa terveyskasvatuksen antajaa kohtaan: häneltä odotetaan hyviä vuorovaikutustaitoja, kokemusta, ihmisläheisyyttä, ammattitaitoa ja hyviä opetustaitoja, mutta ammattinimike tai titteli ei näitä heidän mielestään taannut. Tiedon antajan uskottavuudella oli vaikutusta siihen, miten nuoret sovelsivat annettuja ohjeita ja neuvoja käytäntöön omassa elämässään. Nuoret kuitenkin tiedostivat, että muutos pitää lähteä itsestä ja omasta halusta esimerkiksi elämäntapojen muutettaessa. Oppilaat näkivät heidän oppimisensa olevan opettajan vastuulla, eivätkä niinkään vielä tässä iässä nähneet omaa rooliaan oppijana tärkeänä.

Terveystarkastuksia oppilaat pitivät kaavamaisina ja he olivat sitä mieltä, etteivät ne tarjoa merkittävästi uutta tietoa terveydestä. Oppilaiden mielestä terveydenhoitajalle ei terveystarkastuksen yhteydessä ole helppo kertoa ongelmista, koska terveydenhoitaja on melko etäinen henkilö. Kynnystä kertoa ongelmista madaltaisi terveydenhoitajan parempi tavoitettavuus ja se, että häntä näkisi koulun arjessa enemmän, jolloin hän tuntuisi tutummalta henkilöltä. Toisaalta oppilaat kaipaivat terveydenhoitajalta suoraa puuttumista terveysongelmiin ja palautetta terveydentilasta. He pitivät häntä hyvänä vaihtoehtona keskusteluun aiheista, joista ei esimerkiksi kotona pysty keskustelemaan. Nuoret olivat kuitenkin sitä

mieltä, että terveydenhoitajan vastaanotolle on vaikea päästä, koska hänellä on hoidettavanaan niin paljon oppilaita. Nuoret myös totesivat, että kouluterveydenhuoltoon pitäisi saada lisää resursseja, jotta terveydenhoitaja pystyisi paremmin vastaamaan oppilaiden tarpeisiin.

Tutkimuksen perusteella nuoret ovat harjaantuneita tiedonhankinnassa ja hankkivat paljon tietoa itsenäisesti muun muassa internetistä. He myös käyttävät lähdekritiikkiä tietoa hakiessaan. Vanhemmat olivat oppilaille myös hyvä tiedonlähde ja he halusivatkin keskustella asioistaan vanhempien kanssa, mikäli välit kotona olivat hyvät. Erilaiset kirjalliset esitteet, joita muun muassa saa terveystarkastuksissa, jäivät nuorten kertoman mukaan helposti lukematta, mikäli niissä käsitelty tieto ei liittynyt juuri sillä hetkellä omaan elämään.

POHDINTA

Terveyskasvatustunneilla tulisi käsitellä nuorten mielestä tärkeitä ja ajankohdaisia asioita. Lisäksi tulisi painottaa opetuksessa niitä osa-alueita, joiden tiedot koetaan puutteellisiksi. Puutteellisten tietojen täydentämisen avulla pystyttäisiin myös vaikuttamaan paremmin yleisiin asenteisiin ja vääriin luuloihin. Oppimismenetelmien valinnassa tulisi hyödyntää laajaa valikoimaa ja huomioida myös sopivassa määrin oppilaiden toiveita. Luokan ilmapiiri tulisi olla mahdollisimman keveä, mutta asiallinen, jolloin oppilaiden olisi mieluisaa esittää ajatuksia ja kysymyksiä. Ajatusten esille tuomiseksi opettajien tai terveydenhoitajien kannattaisi käyttää monia eri menetelmiä, jos yksi menetelmä ei tunnu synnyttävän haluttua tulosta. Haastavaa on myös samalla pitää yllä mielenkiintoa ja motivaatiota aiheesta riippumatta.

Oppilaat arvostavat hyvää ammattitaitoa ja kokemusta. Tämän vuoksi tulisikin huomioida terveyskasvattajien riittävät tiedot ja taidot terveyttä koskevia asioita opettaessa. Opetuksessa, tapahtuipa se ryhmissä tai henkilökohtaisesti vastaanotolla, tulisi huomioida myös yksilöllisyys. Annettavan tiedon tulisi olla nuorille ajankohtaista ja tietoa tulisi antaa tilanteissa, jotka ovat oppilaille sopivia. Kaikille ryhmille ja luokille ei sovi samat opetusmenetelmät ja tavat käsitellä eri aiheita. Osa oppilaista piti esimerkiksi suoraa puuttumista terveysongelmiin vastaanotolla hyvänä keinona vaikuttaa nuoren terveyskäyttäytymiseen, mutta tässäkin täytyy huomioida jokaisen yksilölliset piirteet ja esimerkiksi ongelman laajuus.

Vaikkakin tiettyä pohjarunkoa tulisi noudattaa, asiakkaan yksilöllisyys tulisi huomioida terveystarkastuksissa, etteivät ne muistuttaisi niin paljon toisiaan. Jotta oppilaiden tarpeisiin pystyttäisiin vastaamaan heidän toivomallaan tavalla, olisi resursseja lisättävä. Tämä antaisi myös terveydenhoitajille mahdollisuuden toteuttaa työtään vapaammin ja laadukkaammin. Resurssien lisäämisen myötä olisi mahdollista myös havaita paremmin syrjäytymisvaarassa olevat nuoret ja keskustella nuorten kanssa enemmän heidän ongelmistaan. Terveydenhoitajien tavoittamisen ja saatavuuden parantamisen avulla voitaisiin näin oleellisesti

vastata paremmin nuorten tarpeisiin. Terveystieteiden heikko tavoitettavuus nostaa nuorten kynnystä kertoa ongelmistaan ja ottaa tarvittaessa yhteyttä terveydenhoitajaan.

Opinnäytetyön toisessa vaiheessa kehitettiin nuorille hyvinvointipeli, jonka aihealueet valikoituivat kerätyn tiedon perusteella. Aihealueet olivat seksuaalisuus, masennus, syömishäiriöt ja päihteet. Aiheet olivat lukiolaisten mielestä mielenkiintoisia ja niistä toivottiin saatavan lisää tietoa. Nuoret viettävät paljon aikaa tietokoneen ääressä ja sen käyttö on lisääntynyt viime vuosien aikana, joten sitä päätettiin käyttää hyväksi suunniteltaessa nuorille toimivaa terveystieteiden opetusmenetelmää. Koska nuoret suosivat internetiä tiedonlähteenä, heille kehitettiin hyvinvointipeli, jonka tarkoituksena oli tarjota luotettavaa tietoa eri terveyteen liittyvistä osa-alueista mahdollisimman mukaansatempaavalla tavalla. Peli on löydettävissä osoitteesta <http://www.tkukoulu.fi/-tietu/hype/index.php>.

LÄHTEET

Haarasilta, L. & Marttunen, M. 2000. Nuorten masennus – tietoa nuorilla ja heidän perheilleen [viitattu 25.4.2008]. <http://www.ktl.fi/publications/2000/nuortenmasennus.pdf>.

Jokela, J., Luopa, P., Puusniemi, R., Räsänen, M. & Sinkkonen, A. 2005. Nuorten elinolot, koulutyö, terveys ja terveystottumukset Varsinais-Suomessa [viitattu 29.3.2008]. <http://www.terveys2015.fi/aluekierros/tausta-aineisto/varsinais-suomi.pdf>.

Kaarela, L. & Haikama, T. 2001. Tytöt, pojat ja Internet [viitattu 12.5.2009]. <http://www.cs.uta.fi/ipopp/www/ipopp2001/haka/sis.htm>.

Liinamo, A., Kosunen, E., Rimpelä M. & Jokela, J. 1999. Seksuaaliopetus peruskoulujen yläasteilla [viitattu 28.4.2008]. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/ltk/ltk.avaa?p_artikkeli=sll11872&p_haku=seksuaaliopetus. Terveysportti > Lääkäriin tietokannat > Seksuaaliopetus peruskoulujen yläasteilla

Lönnqvist J. 2004. Nuoret ja huumeet: Yksi ei kokeilekaan, toinen jää koukkuun. Kansanterveyslaitos, mielenterveyden ja alkoholin tutkimusosasto [viitattu 10.5.2008]. http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2001/8-9_2001/nuoret_ja_huumeet__yksi_ei_kokeilekaan,_toinen_jaa_koukkuun/.

Miettinen M. 2005. Koulu-uupumus – tutkittu juttu [viitattu 24.05.2008]. <http://info.stakes.fi/kouluterveyslehti/FI/Uutisarkisto/2005/koulu-uupumus.htm>.

Mikkola S. 2007. TS: LUJA-hanke edistää lukion terveyttä ja hyvinvointia [viitattu 28.3.2008]. <http://www.turunsanomat.fi/mielipiteet/?ts=1,3:1009:0:0,4:9:0:1:2007-06-03;4:8:0:0;4:139:0:0;4:140:0:0;104:9:463386,1:0:0:0:0>.

Opetushallitus 2005. Luokattoman lukion toimivuus 2005 [viitattu 31.3.2008]. <http://www.edu.fi/julkaisut/luokluktoim.pdf>.

Opetushallituksen raportit 2006. Luokaton lukio toimiva ratkaisu: opiskelijat viihtyvät luokattomassa lukiossa [viitattu 31.3.2008]. <http://www.oph.fi/pageLast.asp?path=1,436,24368,36943,36944,49138>.

- Pietikäinen, M. 2006. Kouluterveyskysely kielii masennuksesta [viitattu 26.4.2008]. <http://spektri.oph.fi/SubPage.asp?path=580,645,57734>.
- Rimpelä, A. 2005. Nuorten terveys. Terveyskirjasto, Duodecim [viitattu 20.4.2008]. http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00046&p_ylataso=&p_osio=. Terveysportti > Lääkärin tietokannat > Nuorten terveys
- Räsänen, M. 2004. Kouluterveyskysely: Epäterveelliset välipalat ja hampaiden harjaamisen laiminlyöminen. Stakes [viitattu 21.4.2008]. http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/2F27A519-4DF9-4EC3-82E0-70D82401CA17/0/v%C3%A4lipalat_ja_hampaat.pdf.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002. Kouluterveydenhuolto 2002, Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Helsinki.
- Stakes 2007a. Ravitsemus: Tuloksia kouluterveyskyselystä [viitattu 21.4.2008]. http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/085ADF74-E46E-46BA-896F-16BEFB7D8454/0/ktk_ravitsemus2007.ppt.
- Stakes 2007b. Liikunta: Tuloksia kouluterveyskyselystä [viitattu 21.4.2008]. http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/F2B4C034-28AC-4624-B736-DF643A20CB10/0/ktk_liikunta2007.ppt
- Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogus, H. & Pietikäinen, M. 2000. Kouluterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim.
- Turun kaupunki 2008. Lukion jaksaminen – opiskeluyhteisön hyvinvoinnin kehittämishanke 2007-2009 [viitattu 25.10.2009]. <http://www.turku2011.fi/public/default.aspx?contentid=85852&nodeid=4786>.
- Tynjälä, J. 2005. Nuorten terveydenpalapeli hahmottuu vähitellen [viitattu 21.4.2009]. http://www.slu.fi/lum/05_05/uutiset/nuorten_terveyden_palapeli_hahmo/.

KIRJOITTAJAT

Johanna Tuominen valmistui Turun ammattikorkeakoulusta terveydenhoitajaksi (AMK) joulukuussa 2009.

Opinnäytetyön ohjaajana toimi yliopettaja, TtL Kristiina Viljanen.

JULISTE NUORTEN TERVEYSKASVATUKSEN APUVÄLINEENÄ

Annica Valmunen & Miia Heikura

Terveyden edistäminen on määritelty prosessiksi, jonka tavoite on auttaa eri keinoin ihmisiä saavuttamaan entistä paremmat mahdollisuudet hallita terveyttään ja terveystottumuksiaan. Terveyden edistämässä ei odoteta, että ihmiset muuttavat hetkessä kaikkia terveystottumuksia, vaan tavoitteena on, että ihmiset muuttavat päivittäisiä valintojaan pikkuhiljaa pysyvimmiksi terveystottumuksiksi ja tavoiksi. Jotta terveysongelmia voidaan ennaltaehkäistä, tarvitaan ajankohtaista ja luotettavaa tietoa terveydestä ja tekijöistä, joilla terveystottumuksiin voitaisiin vaikuttaa positiivisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 15.)

Nuorten terveyskäyttäytyminen sekä lisääntyneet terveysongelmat ovat olleet esillä viime aikoina yhteiskunnassamme. Nuorten yleisimpinä terveysongelmina ja haasteina ovat tuoreimpien tutkimusten mukaan lihavuus, huono ravitsemus, liikunnan ja levon vähäisyys, kasvaneet mielenterveysongelmat, päihteiden käyttöön liittyvät ongelmat ja seksuaalietoisuuden puute. Lasten ja nuorten terveyskäyttäytymiseen ja toimintatapoihin vaikuttavat pitkälti vanhempien toimintatavat ja heidän antamansa toimintamallit. Valitettavan usein perheen terveysongelmat heijastuvat nuoren terveyteen ja näkyvät nuoren terveyskäyttäytymisessä ja terveyteen liittyvissä ongelmissa. Lapsena ja nuorena opitut terveystottumukset vaikuttavat aikuisiän hyvinvointiin ja terveysvalintoihin. Tämän takia nuorilla esiintyviin terveysongelmiin olisi siis puututtava riittävän varhain, tehokkaasti ja nopeasti. (Rimpelä ym. 2004.) Vanhempien rooli terveystottumusten edistämiseksi on ensiarvoisen tärkeää, mutta myös koulun rooli terveystottumusten edistämiseksi on suuri. Terveyttä edistävällä toiminnalla voidaan parantaa nuorten terveystottumuksia sekä toimintatapoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 15.)

Terveyskasvatus ja terveysneuvonta ovat olennainen ja tärkeä osa terveydenedistämistä. Niiden avulla pyritään vaikuttamaan ihmisten terveyteen antamalla ajankohtaista ja luotettavaa tietoa terveydestä ja kannustamaan ihmisiä muuttamaan terveystottumuksiaan yhä terveellisempään suuntaan. Yksilön terveyttä edistettäessä parannetaan samalla yhteisön ja ympäristön terveyttä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 14–15.) Terveyden edistäminen on suunta, johon pyritään nyky-yhteiskunnassa ja tulevaisuudessa yhä enemmän. Terveystottumusten edistämiseen ja terveysneuvontaan tulisi kehittää lisää uusia ja toimivia toimintamalleja, jotta terveyden edistäminen olisi mahdollisimman selkeää, tehokasta ja tuottaisi parhaita mahdollisia tuloksia. Opinnäytetyö Toimintamalli nuorten terveystottumusten edistämiseksi

tuksen tueksi antaa uuden välineen nuorten parissa työskenteleville. Tämä väline on eräänlainen terveydenedistämisluste. Julistetta voidaan käyttää apuna myös muissa ikäryhmissä.

OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS

Opinnäytetyö on osa Turun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämishanketta Terveysneuvonnan uudet menetelmät. Se toteutettiin yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun ja Turun ammatti-instituutin henkilökunnan ja opiskelijoiden kanssa. Tavoitteena oli kehittää uusia välineitä nuorten terveysneuvontaan. Opinnäytetyön tuloksena syntyi terveydenedistämisluste, jonka aihepiireiksi valittiin kirjallisuudessa ja tutkimuksissa esiin nousseet nuorten ajankohtaiset terveysongelmat. Niiden pohjalta luotiin tavoitteet terveystottumusten muutoksia varten. Terveysneuvonnan lisäksi koottiin opinnäytetyössä tietopakettit terveyskasvatukseen tueksi. Tietopakettien sisältöä testattiin terveyskasvatustunneilla. Tietopakettien avulla pyrittiin antamaan nuorille ajankohtaista, yksinkertaista ja oikeaa tietoa erilaisista terveyteen liittyvistä osa-alueista sekä syventämään tunnilla opittua tietoa. Opinnäytetyön toteutukseen osallistui kaikkiaan kolme Turun ammatti-instituutin ryhmää, jotka osallistuivat terveyskasvatustunneille ja toimintamallin testaamiseen.

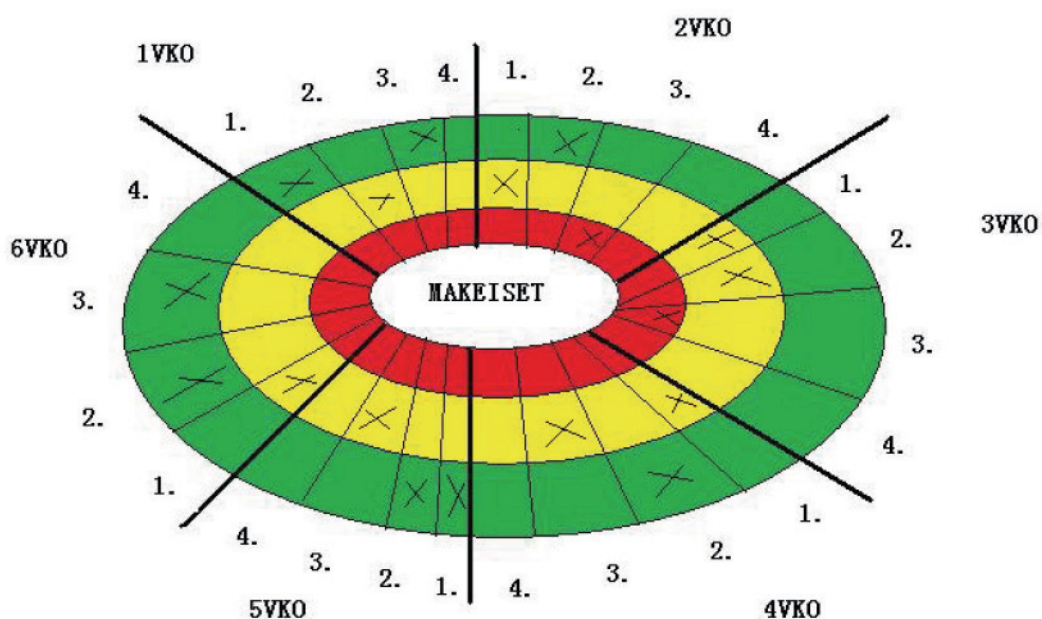
Opinnäytetyö on kirjallisuuspohjainen, joten varsinaisia tutkimusongelmia työssä ei ollut. Työssä käytettiin kirjallisuuskatsausta ohjaavia kysymyksiä, joiden avulla kerättiin tietoa nuorten terveydestä ja terveyskäyttäytymisestä sekä hahmotettiin opinnäytetyön toteutusta ja tavoitteita. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta kartoitettiin nuorten ajankohtaisia terveysongelmia, joita olivat lihavuus, huono ravitsemus, liikunnan ja levon vähäisyys, kasvaneet mielenterveysongelmat, päihteiden käyttöön liittyvät ongelmat ja seksuaalitietoisuuden puute. Kirjallisuuskatsaus ja opiskelijoiden toiveet määrittivät terveyskasvatustuntien, tietopakettien ja terveydenedistämislusteen sisältöä. Kirjallisuuskatsaus nuorten terveydestä, ajankohtaisista terveysongelmista sekä terveyden edistämisestä koottiin pääasiassa keväällä ja syksyllä 2008. Terveysneuvonnan kehittämisen ja sen testaamisen terveyskasvatustuntien yhteydessä toteutettiin keväällä 2009. Syksyllä 2009 arvioitiin terveydenedistämislusteen, kootun oppimateriaalin ja terveyskasvatustuntien onnistuneisuutta ja kerättiin palautetta sekä kehittämisehdotuksia jatkotyöskentelyä varten.

TERVEYDENEDISTÄMISLUSTE TERVEYDENEDISTÄMISEN TUKENA

Opinnäytetyössä kehitettiin terveydenedistämisluste terveyskasvatukseen apuvälineeksi, terveyskasvatustuntien tueksi ja nuorten terveyskäyttäytymisen arvioimiseksi. Lusteen tarkoituksena on antaa oppilaille apuväline omien terveystottuu-

musten seurantaan sekä terveystieteiden integroituna palauttaa mieleen opittuja asioita terveydestä. Julisteen tavoitteena on antaa apuväline opettajille sekä terveysalan ammattilaisille, kun nuorten terveystottumusten ja terveystottumuksien kartoitetaan ja niihin pyritään vaikuttamaan. Julisteen tarkoituksena oli myös antaa työkalu terveydenedistäjille nuorten terveydenedistämiseen ja motivointiin. Julisteen kehittämisessä kriteereinä olivat kiinnostava ulkoasu sekä toimiva ja tuloksia tuova kokonaisuus. Julistetta testattiin ja kehitettiin jatkuvan palautteen avulla. Terveystieteiden tunteja pidettiin yhteensä kolmelle eri ryhmälle. Kaikki osallistujat olivat suurin piirtein saman ikäisiä, 16–19-vuotiaita ja kävivät samaa kurssia. Tunteja pidettiin yhteensä kahdeksan jokaiselle eri ryhmälle. Tunnit toteutettiin kahden tunnin paketeissa neljänä kertana.

Terveydenedistämisen julisteen osa-alueille sovittiin oppilaiden kanssa yhteiset tavoitteet ja kriteerit. Oppilaat täyttivät julistetta kuuden viikon ajan niin, että jokaisella viikolla oppilaat pohtivat terveystottumuksiaan ja mahdollisia muutoksia tottumuksissaan suhteessa yhteisiin kriteereihin ja tavoitteisiin ja pyrkivät viikkojen kuluessa parantamaan terveystottumuksiaan.



KUVIO 1. Makeisten käyttö.

PUNAINEN: En ole vähentänyt makeisten käyttöä yhtään.

KELTAINEN: Olen vähentänyt makeisten käyttöä hieman (olen esimerkiksi jättänyt ostamatta päivittäisen suklaapatukan).

VIHREÄ: Olen tämän viikon ajan vähentänyt huomattavasti makeisten käyttöä.

Terveystiedon tunnit olivat tärkeä osa toimintamallin toteutuksessa. Terveystiedon tunnit toteutuivat aikataulun mukaisesti ja onnistuneesti. Terveystiedon liittyvistä aiheista syntyi runsaasti keskustelua. Oppituntien jälkeen pidettiin loppukoe. Koekysymykset oli jaettu neljään osa-alueeseen: uni ja lepo, ravitseminen ja liikunta, mielenterveys ja päihitteet sekä seksuaalisuus. Arvioinnissa käytettiin numerista arviointi-asteikkoa (1–5). Opiskelijat osasivat vastata suurimpaan osaan kysymyksistä.

Eniten vaikeuksia tuottivat seksuaalisuuteen ja mielenterveyteen liittyvät kysymykset. Tulos oli yllättävä, koska aiemmin tehdyn alkukartoituskyselyn mukaan suurin osa heistä jo tiesi ”kaiken” seksuaalisuudesta ja siihen liittyvistä asioista. Etenkin näihin osa-alueisiin tulisi jatkossa puuttua, jotta voitaisiin paremmin ehkäistä sukupuolitauteja sekä tahattomia raskauksia. Tärkeää olisi myös kehittää jatkossa terveydenedistämistä toimivaksi seksuaalisuuden ja mielenterveysosoiden näkökulmasta. Terveystiedon tuntien yhteydessä kerättiin jatkuvaa palautetta opiskelijoilta ja vastaavalta opettajalta. Palaute koski lähinnä terveydenedistämistä toimivuutta ja sen ohjeistusta. Palautteiden mukaan oppilaat olivat tyytyväisiä opetukseen ja pitivät koottuja tietopaketteja kiinnostavina.

POHDINTA

Nuorten terveystietämistä kartoittava tutkimus on keskittynyt pääasiassa peruskoululaisiin ja lukiolaisiin nuoriin. Ammatti-instituutissa opiskelevien nuorten terveystietämistä on tutkittu melko vähän. Tutkimustieto antaa kuitenkin suuntaa myös ammatti-instituutissa opiskelevien nuorten terveystietämisestä. Tietoa etenkin ammatti-instituuttien nuorten terveydentilasta ja terveysongelmista on syytä kuitenkin kartoittaa lisää. Terveystietämiseen tulee puuttua riittävän ajoissa, jotta nuoren olisi helpompi vaikuttaa terveystietämisensä, eivätkä terveysongelmat kasautuisi myöhempään aikuisikään.

Nuorten terveysongelmat ovat moniulotteisia ja haastavia. Terveystietämisen tulee ottaa huomioon, että pysyvät muutokset parempaan terveystietämiseseen vaativat jokaiselta omaa halua ja motivaatiota. Nuoren kohdalla terveydenedistäminen edellyttää vanhempien, koulun ja oppilaan välistä yhteistyötä. Tietopaketit ja terveydenedistämistä toimivat esitellyssä opinnäytetyössä terveystietämisen ja terveydenedistämisen lähtökohtana. Niiden tarkoituksena on luoda toivoa elämäntapojen muutokseen ja korostaa sitä, että jokainen voi vaikuttaa omaan terveyteensä valintojensa kautta.

Kehitetty toimintatapa sopii mainiosti henkilöille, jotka haluavat tarkkailla, arvioida ja mahdollisesti muuttaa omaa terveystietämistään jollakin terveyden osa-alueella. Terveystietämistä toimivat sopii hyvin myös pitkäaikaisten terveystietämisen kartoittamiseen ja arvioimiseen. Terveystietämistä toimivat on pilottimalli, joka vaatii vielä kehittämistä ja testaamista. Käyttäessämme terveystietämistä toimivat terveystietämistä toimivat tukena kiinnitimme huomiota siihen,

että oppilaat olivat pääosin motivoituneita ja innostuneita. Kehittämiskohteissa terveydenedistämisyulisteen suhteen nousivat julisteen ulkoasun selkeyttäminen sekä selkeämpi ohjeistus. Terveyskasvatusjulistetta on tarkoitus testata, arvioida ja kehittää edelleen. Arvioiminen on ensiarvoisen tärkeää, jotta tiedetään, onko julisteesta ollut hyötyä, ja että kannustaako ja tukeeko se nuoria terveystottumuksissa, elämäntavoissa ja muutostavoitteissa.

Toimintamallia kehitettäessä ja terveystuntunteja pidettäessä keskeiseksi asiaksi nousi terveystuntunteiden näkökulmasta se, että terveystuntunteihin ja terveyden edistämiseen voi omalla työskentelyllään vaikuttaa positiivisesti. Terveystuntunteiden tulee suunnitella tunnit niin, että niissä on aikaa keskusteluun ja kysymyksiin, jonka kautta oppiminen paranee ja syvenee. Nuorille tulee antaa edelleen lisää tietoa terveydestä sekä malleja siitä, miten terveyteen voidaan vaikuttaa positiivisesti. Kohderyhmänä nuoret ovat motivoituneet ja innostava ryhmä, jonka kanssa yhteistyön tekeminen on antoisaa ja opettavaista.

LÄHTEET

Mannerheimin Lastensuojeluliitto 2008. Mannerheimin Lastensuojeluliiton hyvinvointiohjelma [viitattu 16.3.2009] <http://mll-fi-bin.directo.fi/@Bin/bbca55145f14f0c06226b87d-7c5a0896/1237201430/application/pdf/6060083/Hyvinvointiohjelma.pdf>

Rimpelä, A., Lintonen, T., Pere, L., Rainio, S., Rimpelä, M. 2004. Suomalaisten nuorten terveys 1977–2003. Lääkärilehti 59(44): 4229–4235 [viitattu 11.2.2009]. <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2004/SLL442004-4229.pdf>

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2006:19. Helsinki [viitattu 23.1.2009].

KIRJOITTAJAT

Annica Valmunen ja Miia Heikura valmistuivat Turun ammattikorkeakoulusta terveydenhoitajiksi (AMK) ja sairaanhoitajiksi (AK) joulukuussa 2009.

Opinnäytetyön ohjaajana toimi yliopettaja, TtL Kristiina Viljanen.

KEHITYSVAMMAISTEN SEKSUAALIOPETUS

Noora Lukumies, Heidi Luoti & Tiia Rantalaiho

Artikkeli pohjautuu Turun ammattikorkeakoulussa valmistuneeseen opinnäytetyöhön Seksuaaliopetus 9–16-vuotiaille kehitysvammaisille. Opinnäytetyö toteutettiin projektina, joka alkoi toukokuussa 2008 Hakastaron koululta tulleen pyynnön jälkeen. Hakastaron koulu on Salossa sijaitseva peruskoulu kehitysvammaisille lapsille ja nuorille, missä oppilaiden ikäjakauma on 6–18 vuotta. (Rintala 9.9.2008, henkilökohtainen tiedonanto.) Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalueen Salon toimipisteen opiskelijoita toivottiin toteuttamaan seksuaaliopetustunteja, jotka voisi toteuttaa esimerkiksi opinnäytetyönä. Pynnön taustalla oli Hakastaron koululla ilmenneet ongelmat oppilaiden seksuaalikäyttäytymisessä.

Opinnäytetyössä käsiteltiin Hakastaron koululla yleisimmin esiintyviä kehityshäiriöitä, joita ovat autismin kirjoon kuuluvat kehityshäiriöt sekä ADHD. Työn ulkopuolelle jätettiin muut kehitysvammat ja kehityshäiriöiden taustalla olevat lääketieteelliset syyt. Työssä tarkasteltiin kehitysvammaisten oppimista ja opettamista kirjallisuuden avulla. Seksuaalisuuteen liittyvistä asioista käsiteltiin niitä, joista oppitunnit koostuivat. Seksuaaliopetusta ja sen sisältöä käsiteltiin sekä yleisellä tasolla että kehitysvammaisten tarpeet huomioiden.

Projektin tavoitteena oli lisätä Hakastaron koulun oppilaiden tietotasa seksuaalisuuteen liittyvistä aiheista. Projektin tehtävä oli toteuttaa heille oppitunnit murrosikäen, puhtauteen ja seurusteluun liittyvistä asioista.

KEHITYSHÄIRIÖT JA KEHITYSVAMMAISTEN OPPIMINEN

Kehityshäiriöillä tarkoitetaan yksilön kehityksessä ilmeneviä poikkeavuuksia, jotka aiheuttavat ongelmia henkilön jokapäiväisissä toiminnoissa. Poikkeavuuksia saattaa ilmetä esimerkiksi sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja arkipäivän toiminnot voivat olla kapea-alaisia ja kaavamaisia. (Terveyskirjasto 2009 [viitattu 24.3.2009].) Kehitysvammaisuus voidaan määritellä sellaiseksi fyysiseksi tai psyykkiseksi vajavuudeksi, joka rajoittaa pysyvästi yksilön suorituskykyä arjessa (Kaski ym. 2002, 20). Sitä voidaan toisaalta pitää yläkäsitteenä eri tavalla ilmeneville ja erilaisista syistä johtuville vaikeuksille oppia ja hoitaa jokapäiväisiä toimia. Kehitysvammaisuudessa älyllisten toimintojen heikkous tarkoittaa puutteita päättelykyvyssä, ymmärryksessä, kyvyssä tehdä havaintoja ja ratkaista ongelmia. (Seppälä 2007 [viitattu 9.10.2008].)

Autismin kirjoon kuuluvia kehityshäiriöitä ovat autismin lisäksi Aspergerin oireyhtymä, Touretten syndrooma, Rettin oireyhtymä ja disintegratiivinen kehityshäiriö (Seppälä 2007 [viitattu 9.10.2008]). Näille yhteisiä piirteitä ovat kommunikaatiovaikeudet sekä ongelmat vuorovaikutuksessa ja sosiaalisissa suhteissa (Virtanen 2000, 20). ADHD määritellään yläkäsitteeksi erilaisille tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriöille, joille on ominaista käyttäytymisen impulsiivisuus, kärsimättömyys ja vaikeus keskittyä (Leslie ym. 2008, 163; Michelsson ym. 2000, 17).

Oppiminen on aivoissa tapahtuvaa toimintaa, ja tämän vuoksi yksilön oppimisvalmius on riippuvainen hänen aivojensa ominaisuuksista. Oppiminen on aktiivista toimintaa, jossa luodaan uusia taitoja ja asioille uusia merkityksiä. Oppimisella ei kuitenkaan tarkoiteta pelkästään tietojen ja taitojen hankkimista, vaan myös jo olevien, kenties virheellistenkin, taitojen ja tietorakenteiden korjaamista. Kehitysvammaisen, kuten kenen tahansa muunkin, oppimiseen vaikuttaa hänen aiempi oppimishistoriansa eli se, millaisen oppimistavan hän on omaksunut, millaiset tieto- ja taitovarastot hänellä on uuden oppimisen pohjaksi ja miten hän on oppinut luottamaan omiin kykyihinsä oppijana. (Ikonen 1999, 63, 74.)

Kehitysvammaisen oppilaan oppimisvaikeuksia pyritään helpottamaan erilaisin keinoin, kuten strukturoimalla opetus (Ikonen & Suomi 1998, 161–163), tukemalla oppimismotivaatiota (Ikonen & Höylä 1999, 213–214) ja valitsemalla jokaiselle sopivat kommunikaatio- (Matero 2004, 228) ja opetusmenetelmät (Ikonen & Suomi 1998, 155) sekä jokaiselle sopiva oppimateriaali (Fadjukoff 2003, 168–169).

KEHITYSVAMMAISTEN SEKSUAALISUUS JA SEKSUAALIOPETUS

Seksuaalisuutta on vaikea määritellä, koska se on koko elämän kestävä ja kehittyvä prosessi, joka ilmenee eri tavoin eri ikäkausina ja jokainen kokee sen omalla tavallaan. Seksuaalisuuden kehittymiseen vaikuttavat perimä, kasvatus, kulttuuri sekä yksilön omat kokemukset. Seksuaalisuuteen kuuluvat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen, kulttuurinen ja älyllinen ulottuvuus. Seksuaalisuuden pitäisi olla ihmiselle aina mahdollisuus ja positiivinen asia. (Aaltonen ym. 1999, 176–177; Bildjuschkin & Ruuhilahti 2008, 10–11; Kosunen 2007, 119–121; Niinivirta 2008; Virtanen 2002, 21–22.)

Kehitysvammaisilla on täysin samat seksuaaliset tarpeet kuin kenellä tahansa henkilöllä, mutta kehitysvammasta riippuen vamma voi vaikeuttaa seksuaalisuuden ilmaisemista tai vaikuttaa seksuaalisuuden kokemiseen. Kehitysvammaiset eivät välttämättä koe seksuaalisuutta niin yksityisenä asiana kuin muut, koska heidän vammansa vuoksi heidän itsemääräämisoikeuttaan on totuttu rajaamaan ja avustaja voi olla läsnä intiimeissäkin tilanteissa. Kehitysvammaisen fyysinen ja psyykinen kehitys voi olla epätasapainossa eli kehitysvammainen voi fyysisesti

olla jo aikuinen, mutta psyykkinen kehitys on lapsen tasolla. Toisaalta ympäristö leimaa kehitysvammaisen helposti lapseksi, eikä ymmärrä tai hyväksy kehitysvammaisen seksuaalisia tarpeita. Seksuaalisuus ei ole kehitysvammaiselle ongelma, mutta ympäristö saattaa tehdä siitä sellaisen. Usein yhteiskunnassa sekä seksuaalisuus että kehitysvammaisuus ovat tabuja, joten ne yhdessä muodostavat tuplaongelman. Kehitysvammaisilla vamma voi vaikeuttaa seksuaalisuuden ilmaisemista ja kokemista. Lisäksi kehitysvammaisten seksuaalitiedot ovat usein puutteellisia, joten seksuaalisuudesta on tärkeä antaa tietoa kehitysvammaisille (Niinivirta 2008).

Seksuaaliopetus tarkoittaa ryhmälle, esimerkiksi koululuokalle, seksuaalitiedon opettamista, ja siihen kuuluu vuorovaikutuksen mahdollisuus. Opetus pohjautuu opetussuunnitelmaan. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2008, 16).

OPPITUNTIEN TOTEUTTAMINEN

Projektin tuloksena syntyi kolme oppituntia Hakastaron koulun oppilaille sekä seksuaaliopetusmateriaalia, jota voidaan tulevaisuudessa hyödyntää kehitysvammaisten seksuaaliopetuksessa. Oppituntien toteutus aloitettiin suunnittelemalla tuntien aiheita tehdyn kirjallisuuskatsauksen sekä Hakastaron koulun tarpeiden pohjalta.

Tunnit pidettiin kahdelle eri luokalle, jotka olivat selvästi eritasoisia. Ryhmään I kuului 9–16-vuotiaita tyttöjä ja poikia, joilla oli lieviä ja keskivaikeita oppimisvaikeuksia sekä autismin kirjon kuuluvia kehityshäiriöitä (Kotiluoto 18.2.2009, henkilökohtainen tiedonanto). Ryhmässä oli seitsemän oppilasta, joista tyttöjä oli kolme ja poikia neljä. Ryhmässä II oppilaat olivat 11–16-vuotiaita, joilla oli keskivaikeita oppimisvaikeuksia (Kotiluoto 18.2.2009, henkilökohtainen tiedonanto). Ryhmässä II oppilaita oli yhteensä 12, joista tyttöjä oli neljä ja poikia kahdeksan. Opetettavia asioita käsiteltiin suppeammin ja yksinkertaisemmin ryhmän II kuin ryhmän I kanssa.

Ensimmäisen tunnin aihe oli murrosiän muutokset. Tunnin tavoitteena oli, että oppilaat tietävät murrosiässä tapahtuvista muutoksista sekä oppivat hyväksymään niitä. Tavoitteena oli myös tietää, mihin toisen kehossa ei saa koskea. Lisäksi tunnistettiin eri-ikäisiä ihmisiä kuvista ja tavoitteena oli tunnistaa oma kehitysvaihe. Opetusmenetelminä käytettiin kuvia, joita näytettiin piirtoheittimellä, ja keskusteltiin murrosiän muutoksista niiden avulla. Lehtileikkeiden ja vastaavasti toisen ryhmän kanssa palapelin avulla havainnollistettiin, miltä eri-ikäiset ihmiset näyttävät.

Aihe kiinnosti oppilaita, sillä he jaksoivat kuunnella häiritsemättä muita. Luokan omalta opettajalta saadun palautteen perusteella opetuksen taso oli ryhmälle sopiva. Sanaston käyttö oli selkeää ja oppilaiden ymmärryskykyä vastaavaa. Osa kykeni tekemään tehtävän melko itsenäisesti, mutta toisia piti auttaa ja motivoida enemmän.

Toisen tunnin aiheena käsiteltiin hygienian hoitamiseen liittyviä asioita. Tavoitteena oli tuntee erilaisia hygienian hoitoon käytettäviä tuotteita sekä välineitä ja oppia huolehtimaan omasta hygieniasta. Toisen tunnin aiheisiin kuuluivat myös kuukautisasiat, joita käsiteltiin vain tyttöjen kanssa, ja tavoitteena oli oppia käyttämään terveysiteitä. Oppitunneilla opetusta tuettiin kuvin ja esinein. Oppilaat seurasivat opetusta mielenkiinnolla, eivätkä häirinneet sitä. Asiat saattoivat olla ennestään jo melko tuttuja, minkä vuoksi oppilaat eivät vaikuttaneet aivan niin kiinnostuneilta kuin murrosiän muutoksia käsittelevällä tunnilla.

Kolmannella tunnilla käsiteltiin parisuhdetta ja läheisyyttä. Tunnin tavoitteena oli oppia lähestymään vieraita ja tuttuja ihmisiä yhteiskunnan normien mukaisesti. Tuntiin liitettiin myös turvakasvatusta ja tavoitteena oli, että oppilaat ymmärtävät ei-sanan käytön ja merkityksen. Tavoitteita oli lisäksi seurustelun pelisääntöjen tunteminen, masturbaation hyväksyttävyyden sekä raskauden ja sukupuolitautien ehkäisy kondomiin tutustumisen avulla. Opetusmenetelminä käytettiin tarinaa, kuvia puheen tukena ja lisäksi oppilaat pääsivät tutkimaan kondomia. Oppilaat olivat tälläkin tunnilla mukana tarkkaavaisesti kuunnellen.

POHDINTA

Kehitysvammaisuuteen suhtautuminen on vaihdellut eri aikakausina ja eri kulttuureissa. Vielä nykypäivänäkin kehitysvammaisuutta voidaan hävetä ja piilotella, ja toiset voivat ajatella vammaisen lapsen syntymän olevan jopa rangaistus. (Louhiala 1995, 52.) Vammaisuutta pidetään usein ongelmana yhteiskunnassa ja kun vammaisuuteen liitetään vielä seksuaalisuus, voidaan puhua tuplaongelmasta, joka on eettisesti hyvin haastava aihe. Yhteiskunnassa vallitsevat asenteet tekevät vammaisten seksuaalisuudesta tabun, jonka olemassa oleminen haluttaisiin kieltää. (Niinivirta 2008.) Ympäristö koettaa usein normalisoida kehitysvammaisten elämää eli elämästä koetetaan kaikin keinoin tehdä niin normaalia kuin se vamman sallimissa rajoissa vain voi olla. Siitä huolimatta, vaikka toiset kehitysvammaiset haluaisivat aikuistuttuaan perustaa perheen ja saada lapsia, kehitysvammaisten perheen perustamiseen on suhtauduttu kriittisesti. (Louhiala 1995, 53–54.)

Opetettavat aiheet ovat olleet eettisesti arkoja ja osittain yhteiskunnassa tabuina pidettyjä. Tämän vuoksi näistä asioista kehitysvammaisille kertominen on vaatinut rohkeutta. Opetettavista asioista on puhuttu mahdollisimman neutraalisti ja häpeilemättä ja samalla on koetettu ottaa huomioon koko kohderyhmä kunnioittaen samalla heidän yksityisyyttään. Jotta asioista on pystytty puhumaan avoimesti, on omia asenteita pitänyt miettiä opetettavia asioita sekä kohderyhmää kohtaan. Oppimateriaali ja opetusmenetelmät pyrittiin valitsemaan mahdollisimman hyvin kohderyhmälle sopivaksi.

Tunteja pidettäessä tutustuttiin oppilaisiin ja opittiin hiljalleen tunnistamaan heidän erityispiirteitään. Oppilaista tunnistettiin ominaisuuksia, joista on saatu tietoa kirjallisuuskatsausta tehtäessä. ADHD-diagnoosin saaneet oppilaat eivät jaksaneet pysyä kauaa paikallaan tai keskittyä kuuntelemiseen ja tehtävien tekkoon (Michelsson ym. 2000). Autismin kirjoon kuuluvista oppilaista osa reagoi voimakkaasti esimerkiksi aggressiivisella käyttäytymisellä seksuaaliopetuksen aiheuttamaan muutokseen päiväjärjestyksessä. Osa taas vetäytyi omiin oloihinsa, eikä kommunikoinut tuntien aikana muiden kanssa. (Ikonen & Suomi 1998; Kaski ym. 2002.)

Teoriaosan tietojen avulla oppilaiden käyttäytymistä pystyttiin ymmärtämään paremmin ja sen kautta hyödyntämään teoriaa käytännössä oppilaiden oppimisen tukena. Oppilaat alettiin nähdä erilaisina oppijoina ja huomattiin, millaisia erityistarpeita kullakin oppilaalla oli. Ryhmästä esimerkiksi tunnistettiin niitä oppilaita, jotka tarvitsivat enemmän ohjausta kuin muut ja huomioitiin erilaiset kommunikaatiotavat, kuten kommunikaattorin käyttäminen. Tunneilla tehtyjen havaintojen perusteella seuraavien tuntien materiaalia muokattiin oppilaille sopivammaksi, koska materiaalin muokkauksen oppilaiden tarpeita vastaavaksi on todettu olevan tarpeellista (Fadjukoff 2003).

Opetuksessa käytettiin paljon kuvia puheen tukena, koska kuvan on osoitettu olevan tärkeä kehitysvammaisten oppimista tukeva tekijä (Fadjukoff 2003). Oppimateriaali kokonaisuudessaan oli selkomateriaalia, koska oppiminen on kehitysvammaisille yleensä normaalia vaikeampaa ja selkomateriaali helpottaa oppimista (Rix 2004). Ikonen (1995) totesi kehitysvammaisten ottavan vertauskuvat kirjaimellisesti ja tämä huomattiinkin oppitunneilla. Tarpeen mukaan oppitunneilla puhuttiin kullekin oppilaalle yksityisesti juuri hänelle tarpeellisista asioista, koska kehitysvammaisten opetuksessa yksilöllisyyden huomioiminen on tärkeää (Ikonen & Suomi 1998).

Kirjallisuuskatsausta ja tuntisuunnitelmia tehdessä huomattiin se, että ajantasaista suomenkielistä tietoa kehitysvammaisten seksuaaliopetuksesta ja kehitysvammaisten seksuaalikasvatusmateriaalia on melko vähän saatavilla. Kehitysvammaisten seksuaaliopetuksesta tarvittaisiinkin lisää tietoa. Kaikkien niiden, jotka ovat kehitysvammaisten kanssa tekemisissä, tulisi saada tietoa kehitysvammaisten seksuaaliopetuksesta silloin, kun sitä tarvitsee. Myös kehitysvammaisille suunnattua seksuaalikasvatusmateriaalia tulisi olla enemmän saatavilla ja varsinkin erityiskoulujen käytettävissä, jotta asioista olisi helpompi keskustella oppilaiden kanssa. Kehitysvammaisille suunnattua seksuaaliopetusta olisi tärkeä lisätä ja kehittää tulevaisuudessa, jotta kehitysvammaisten tietotaso seksuaaliasioista olisi kehitysvammaisen rajoitteet huomioon ottaen lähes samaa luokkaa kuin valtaväestöllä. Lisäksi seksuaaliopetukseen liitettyllä turvakasvatuksella voitaisiin mahdollisesti välttää kehitysvammaisiin kohdistuvaa hyväksikäyttöä.

LÄHTEET

- Aaltonen, M., Ojanen, T., Vihunen, R. & Vilén, M. 1999. Nuoren aika. Porvoo: WSOY.
- Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. 2008. Seksiä vaatteet päällä. Helsinki: Tammi.
- Fadjukoff, P. 2003. Yksilöllinen oppimateriaali HOJKS:n tukena. Teoksessa Ikonen, O. & Virtanen, P. (toim.) HOJKS II: Yksilölliset opetussuunnitelmat ja opetus. Juva: WS Bookwell Oy. 167–178.
- Ikonen, O. 1999. Oppimisesta. Teoksessa: Ikonen, O. (toim.) Kehitysvammaisten opetus – mitä ja miten? Kehitysvammaliitto ry. Helsinki: Hakapaino Oy. 63–108.
- Ikonen, O. 1995. Oppimisesta ja oppimisvaikeuksista. Teoksessa Ikonen, O. (toim.) Erilainen oppija 1 – Erityisopetuksessa kehitettyjä arviointi- ja opetusmenetelmiä. Juva: WSOY. 13–27.
- Ikonen, O. & Höylä, N. 1999. Oppilaan oppimisvalmiudet ja opettaminen. Teoksessa Ikonen, O. (toim.) Kehitysvammaisten opetus – mitä ja miten? Kehitysvammaliitto ry. Helsinki: Hakapaino Oy. 211–247.
- Ikonen, O. & Suomi, A. 1998. Kasvatuksellinen kuntoutus ja opetus. Teoksessa Ikonen, O. (toim.) Autismi: teoriasta käytäntöön. Juva: Ateena kustannus Oy, 154–187.
- Kaski, M. (toim.), Manninen, A., Mölsä, P. & Pihko, H. 2002. Kehitysvammaisuus. Porvoo: WSOY.
- Kosunen, E. 2007. Seksuaalisuudesta virtaa. Teoksessa Huttunen, J. & Mustajoki, P. (toim.) Elämä pelissä. Jyväskylä: Duodecim. 119–131.
- Kotiluoto, R. luokanopettaja. Henkilökohtainen tiedonanto 18.2.2009. Hakastaron koulu.
- Leslie, L., Lambros, K., Aarons, G., Haine, R. & Hough, R. 2008. School-Based Service Use by Youth With ADHD in Public-Sector Settings. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 3/2008. 163–177.
- Louhiala, P. 1995. Terveys, arvot ja oikeudet. Helsinki: Yliopistopaino.
- Matero, M. 2004. Autismi. Teoksessa Malm, M., Matero, M., Repo, M. & Talvela, E-L. (toim.) Esteistä mahdollisuuksiin – Vammaistyön perusteet. Porvoo: WSOY. 219–235.
- Michelsson, K., Saresma, U., Valkama, K. & Virtanen, P. 2000. MBD ja ADHD: Diagnostiikka, kuntoutus ja sopeutuminen. Juva: PS-kustannus.
- Niinivirta, M. 2008. Oikeus seksuaalisuuteen – autismin kirjo ja seksuaalisuus. Luento. Eskoon palvelukeskus. 27.8.2008.
- Rintala, R. rehtori. Henkilökohtainen tiedonanto 9.9.2008. Hakastaron koulu.
- Rix, J. 2004. Building on similarity: a whole class use for simplified language materials. *Westminster Studies in Education*. 1/2004. 57–68.
- Seppälä, H. 2007. Kehitysvammaisuuden määritelmä. Kehitysvammaliitto [viitattu 9.10.2008]. Saatavissa: <http://verneri.net/yleis/tietopankki/kehitysvammaisuus/mita-kehitysvammaisuus-on.html>.

Terveyskirjasto 2009. Lapsuusiän laaja-alainen kehityshäiriö. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [viitattu 24.3.2009]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01872&p_ylataso=&p_osio=&p_haku=lapsuusi%E4n%20laaja-alainen%20kehitysh%E4iri%F6

Virtanen, J. 2002. Kliininen seksologia. Vantaa: WSOY.

Virtanen, P. (toim.) 2000. Autististen lasten opettaminen. Kehittyvä koulutus 4/2000. Opetushallitus. Helsinki: Hakapaino Oy.

KIRJOITTAJAT

Noora Lukumies, Heidi Luoti ja Tiia Rantalaiho ovat Turun ammattikorkeakoulun Terveysalan opiskelijoita. He valmistuvat terveydenhoitajiksi (AMK) ja sairaanhoitajiksi (AMK) keväällä 2010.

Opinnäytetyön ohjaajina toimivat lehtori, TtT Tiina Pelander ja lehtori, TtM Jaana Uuttu.

OHJAUKSEN LAATU LAPSIVUODEOSASTOLLA

Sanni Isometsä & Linda Nuotio

Artikkeli pohjautuu Turun ammattikorkeakoulussa tehtyyn opinnäytetyöhön, joka oli havainnointitutkimus ensisynnyttäjille annettavan ohjauksen laadusta lapsivuodeosastoilla. Tutkimuksessa selvitettiin ohjauksen laadun lisäksi myös keinoja, joilla kätilöt ja lastenhoitajat tukevat varhaista vuorovaikutusta ja perhekeskeisyyttä. Tutkimuksessa kartoitettiin myös isien huomioon ottamista ohjaustilanteissa. Tulosten mukaan ohjauksen laatu lapsivuodeosastoilla oli vaihtelevaa. Ohjauksen kattavuus oli kohtalaista, mutta puutteita oli erityisesti yksilöllisyyden ja oppimisen varmistamisen osa-alueilla. Eri menetelmien käyttö hallittiin hyvin, mutta kirjallisen ohjausmateriaalin hyödyntäminen puuttui lähes kokonaan. Vuorovaikutuksen toimivuuteen hoitajat kiinnittivät selkeästi huomiota ohjaustilanteissa. Erilaisia keinoja perhekeskeisyyden tukemiseen käytettiin paljon silloin, kun isä oli mukana ohjauksessa. Perhekeskeisyys kuitenkin unohtui isän ollessa poissa osastolta. Yleisesti isät otettiin erittäin hyvin huomioon ohjauksessa. Varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen oli lapsivuodeosastoilla käytössä monenlaisia keinoja, mutta niitä hyödynnettiin vain harvoin.

Suomessa ja kansainvälisesti on tehty paljon tutkimuksia yleisesti ohjauksen laadusta ja sen osa-alueista. Tärkeimmiksi ohjauksen laatua määritteleviksi osa-alueiksi tutkimuksista nousevat yksilöllisyys, vuorovaikutus, ohjauksen kattavuus ja oppimisen varmistaminen. Lisäksi Suomessa on otettu erityiseksi tutkimusalueeksi juuri lapsivuodeosastoilla tapahtuvan hoidon ja ohjauksen laatu. Lapsivuodeosastojen toimintoihin suuntautuvat tutkimukset on tehty pääosin Turun ja Kuopion yliopistoissa hoitotieteen laitoksilla. (Hannula 2003; Kalam-Salminen 2005.) Muutamia kansainvälisiäkin tutkimuksia löytyy lapsivuodeajan ohjauksesta (Emmanuel, Creedy & Fraser 2001; Rea, Gomes dos Santos & Sanchez-Moreno 2007).

Tässä artikkelissa esitellään marraskuussa 2008 Turun ammattikorkeakoulussa tehty opinnäytetyö Ensisynnyttäjille annettavan ohjauksen laatu lapsivuodeosastolla. Se on tehty yhteistyössä Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) naistenklinikan kanssa. Tutkimus on osa TYKSin naistenklinikan tutkimusta synnyttäjien tyytyväisyydestä samaansa hoitoon. Opinnäytetyössä keskitytään tutkimaan, toteutuvatko useassa eri tutkimuksessa määritellyt ohjauksen laatua määrittelevät kriteerit käytännössä. Lisäksi selvitetään varhaisen vuorovaikutuksen sekä perhekeskeisyyden ja erityisesti isän roolin tukemisen toteutumista. Aihe on tärkeä, jotta voitaisiin saada selville, miten käytännön työssä hyödynnetään tutkimustuloksia. Lisäksi tutkimuksen avulla selviää osa-alueita, joissa henkilökunnalla on koulutuksen tarvetta.

TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimusajankohta oli syys-lokakuu 2008 ja tutkimuspaikkoina lapsivuodeosastot. Tähän havainnointitutkimukseen valittiin sattumanvaraisesti lapsenhoidon ja imetyksen ohjaustilanteita. Havainnoitaviksi pyrittiin valitsemaan mahdollisimman paljon ohjaustilanteita, joissa oli mukana myös lapsen isä. Havainnoitavia tilanteita oli yhteensä kolmesta, seitsemän lastenhoidon ohjausta ja kuusi imetysohjausta. Ohjauksen antajana oli yhdeksässä tilanteessa kättilö ja neljässä tilanteessa lastenhoitaja. Ohjaustilanteet kestivät kymmenestä minuutista puoleen tuntiin. Havainnointitapana käytettiin tarkkailevaa havainnointia eli kohteen ulkopuolista havainnointia. Siinä tutkija ei osallistu tutkimuskohteen toimintaan, vaan toimii ulkopuolisena tarkkailijana. (Vilka 2006, 43.) Havainnoinneissa käytettiin kahta rinnakkaishavainnoijaa, jolloin tuloksista saadaan riippumattomampia havainnoitsijan mielipiteistä ja tunnetiloista. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä, koska tuloksista pystytään empiirisessä tutkimuksessa tekemään päätelmiä vasta aineiston alustavan läpikäymisen jälkeen. (Hirsjärvi 2007, 208–209; 216–217.)

OHJAUKSEN LAATUA MÄÄRITTELEVIEN OSA-ALUEIDEN TOTEUTUMINEN

Hoitajat huomioivat äidin vireystilan hyvin. Suurimmassa osassa tilanteita hoitajat mukautuivat tilanteen muuttuessa ja luottivat omiin havaintoihinsa äidin vireystilan ja mielialan arvioinnissa. Hoitajat ottivat hyvin huomioon myös perheen toiveet ja mielipiteet. He antoivat äidin esimerkiksi päättää itse imetyksen. Kaikki hoitajat vastasivat perheiden kysymyksiin ja toivottuja asioita käsiteltiin kattavasti. Yksilöllisiä ratkaisuja hoitajat eivät etsineet juuri lainkaan. Muita vaihtoehtoja saatettiin mainita, mutta niitä ei esitelty. Aiempaa osaamista ja kokemuksia hoitajat kartoittivat eniten kyselemällä niistä ohjaustilanteen alussa. Vain puolet hoitajista jatkoi kyselemistä ja kartoittamista tilanteen edetessä pidemmälle.

Suurin osa hoitajista mietti ohjaustilanteelle sopivan paikan, jotta tilanne olisi mahdollisimman kiiretön. Suurin osa ohjauksista toteutettiin kuitenkin aamulla, jolloin hoitajien ruuhkautuva työmäärä näkyi tilanteissa. Hoitajat pyrkivät luomaan ohjaustilanteesta rauhallisen myös omalla olemuksellaan, muun muassa istumalla potilaan viereen, puhumalla rauhallisesti, kuuntelemalla keskeyttämättä potilasta, olemalla hermostumatta häiriötekijöistä ja ottamalla katsekontaktia. Toisaalta yhdessä tilanteessa hoitaja sai aikaan rauhattoman ilmapiirin puhumalla nopeasti, toimimalla hosuen ja vastaamalla kännykkäänsä kesken ohjauksen. Hoitajat motivoivat potilaita kannustamalla heitä omatoimisuuteen. Hoitajat käyttivät myös henkistä tukemista ja lohduttamista. Jos hoitaja ei antanut perheen toimia omatoimisesti tai ei antanut palautetta heidän toiminnastaan, ohjattavien motivaatio laski.

Vain harva hoitajista tarjosi automaattisesti perheille vaihtoehtoisia toimintatapoja. Kaikki hoitajat kuitenkin vastasivat perheiden kysymyksiin sekä antoivat vaihtoehtoja perheen esitettyä selkeästi mielenkiintoa niiden saamiseen. Jos perhe pyysi vaihtoehtoja muista kuin perusasioista, loppuivat hoitajan tiedot useimmissa tilanteissa, jolloin vaihtoehtoja ei voitu antaa. Lähes kaikki hoitajat antoivat äitien soveltaa oppimaansa, jos äiti teki aloitteen siihen itse. Kukaan hoitajista ei kehottanut äitiä kokeilemaan toimintatapojen soveltamista. Hoitajat kuitenkin arvioivat rakentavasti äitien kehittämää sovelluksia ja kaikki hoitajat perustelivat antamia ohjeita jollain tavalla. Yli puolet hoitajista viittasi ohjauksessaan kotiutumisen jälkeiseen aikaan tai mahdollisiin ongelmiin tulevaisuudessa.

Kukaan hoitajista ei automaattisesti toistanut ohjaamaansa asiaa. Kertausta vanhemmat saivat aina pyytäessään sitä. Hoitajat toistivat ohjausta myös tilanteissa, joissa näkivät vanhempien toimivan virheellisesti. Esimerkiksi äidin imetyksen ollessa vääränlainen sen merkitystä toistettiin. Eri ohjausmenetelmiä hoitajat käyttivät paljon suullisen ohjauksen rinnalla. Yleisin oli konkreettinen ”kädestä pitäen” -näyttämisen. Kukaan hoitajista ei antanut kirjallisia ohjeita ohjauksensa tueksi. Vain yksi hoitaja mainitsi osastolla jaettavasta ohjelehtisestä, josta potilas voisi hakea lisätietoa. Kukaan hoitajista ei maininnut muista mahdollisista tietolähteistä, kuten internetistä, kirjallisuudesta tai vertaistukiryhmistä. Osa hoitajista ei varmistanut oppimista millään keinolla.

Perhekeskeisyys otettiin pääosin hyvin huomioon isien ollessa mukana ohjaustilanteissa. Jos isä ei ollut paikalla, häntä ei mainittu kertaakaan. Kun isä oli mukana, ohjaus oli tasavertaista ja katsekontakti huomioitiin. Osassa ohjaustilanteita isän roolia korostettiin. Hoitaja pyrki ottamaan isän mukaan aktiiviseksi toimijaksi ja ohjasi tiettyjä asioita myös pelkästään isän kannalta. Äitiä tuettiin uuteen rooliinsa lähes poikkeuksetta. Hoitajat kyselivät äidin tuntemuksia ja kertoivat niiden olevan normaaleja. Hoitajat kannustivat äitejä onnistumisten kautta. Esimerkiksi yksi hoitaja kehotti ohjauksen lopulla äitiä katsomaan vauvaansa ja sanoi, että ”vauva on nyt rauhallinen ja tyytyväinen sinun hoitoosi”.

Kun isä oli paikalla ohjauksessa, sai hän pääosin hyvinkin yksilöityä ohjausta. Ajoittain neuvot ja ohjeistukset kohdistettiin vain isälle, esimerkiksi kylvetykseen liittyen. Hoitajat kannustivat isää lähinnä kehumalla heidän toimintaansa. Hoitajat myös kannustivat isää yrittämään uudelleen, jos he tunsivat epäonnistuneensa. Kaikki hoitajat etsivät isille omia tehtäviä. Useimmiten isät innostuivat hoitajan ideoista ja jäivät luultavasti miettimään asiaa. Hoitajat kannustivat perheitä jakamaan itsenäisesti tehtäviä vanhempien kesken ja hyväksyivät valmiit tehtäväjaot. Isien hoitajilta saama palaute oli todella rakentavaa. Kukaan hoitajista ei tyrmännyt isän toimintatapaa, vaan heille selvitettiin perustellusti, miten toimintaa kannatti muuttaa.

Hoitajat korostivat omassa toiminnassaan varhaisen vuorovaikutuksen tärkeyttä, mutta vain yksi hoitaja kertoi sanallisesti vanhemmille, miksi sen tukeminen on tärkeää. Muut hoitajat eivät perustelleet varhaisen vuorovaikutuksen tärke-

ytä mitenkään, eivätkä tuoneet esille sen vaikutuksia. Varhaiseen vuorovaikutukseen liittyy tiivistä vierihoito, josta perheille ei juuri lainkaan puhuttu. Hoitajat keskittyivät enemmän kertomaan vauvantahtisuudesta, jonka edellytyksenä onnistunut vierihoito on. Vauvantahtisuuteen kannustettiin kertomalla, mitä se käytännössä tarkoittaa, mitä etuja siitä on vauvalle ja äidille sekä tukemalla äitiä henkisesti sen toteuttamisen aikana. Äitejä tuettiin vierihoidon toteuttamiseen myös omatoimisuutta lisäämällä. Hoitajat kertoivat paljon vauvan tavasta viestiä tarpeitaan, mutta heille ei kerrottu tarkemmin, miten vauvan viesteihin tulisi reagoida. Vauvan tarvitsemaan turvallisuuden tunteeseen hoitajat keskittyivät opettamalla vanhemmille otteita ja käsittelyä. Hoitajat myös kannustivat vanhempia leperteleämään, silittelemään ja pitämään vauvaa lähellä.

JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Hoitajat kyselivät ohjaustilanteissa hyvin vähän potilaiden mielialaa ja tunteita. Kuitenkin äidit ovat aikaisempien tutkimusten perusteella juuri tätä toivoneet enemmän (Hannula 2003, 93; Iivarinen 2007, 38–40). Hoitajat kartoittivat tilanteen yksilöllisesti ja hyvin tilanteen alussa, mutta vain puolet jatkoi sitä läpi ohjauksen. Aiempiin tutkimuksiin verraten tulokset ovat samansuuntaisia, vaikka kartoitus ohjauksen edetessä on todettu jo niissä riittämättömäksi (Hannula 2003, 93; Kalam-Salminen 2005, 114). Yksilöllisiä ratkaisuja ei pohtinut kukaan hoitajista, vaikka vaihtoehtoja käytiin pintapuolisesti läpi erityisesti vanhempien pyynnöstä. Kansainvälisissä tutkimuksissa on aiemminkin tullut esiin, että potilaat arvioivat hoitajien tietotason riittämättömäksi ohjauksen toteuttamiselle (Hundley ym. 2000; Rea ym. 2007).

Toimivan vuorovaikutussuhteen luomiseen hoitajat kiinnittivät selvästi huomiota. He pyrkivät tekemään tilanteesta kiirettömän ja saivat aikaan avoimen ilmapiirin lähes kaikissa havainnointitilanteissa. Pohdittavaa on, miten aamulla ruuhkautuvia ohjaustilanteita voitaisiin välttää. Hoitajat olivat lisäksi erittäin kannustavia omatoimisuuteen. Tulos on jopa hieman yllättävä, koska hoitajat oli arvioitu aiempien tutkimustulosten mukaan joustamattomiksi ja heidän kannustuksensa omatoimisuuteen vain kohtalaisen hyväksi (Ingram, Johnson & Greenwood 2002; Kyngäs 2003).

Aikaisemmassa tutkimuksessa on tuotu esiin ongelma, että ohjauksen kattavuus jää potilaiden vastuulle ja tarvittava pohjatieto päätöksentekoon ei ole riittävää (Hundley ym. 2000). Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, ettei ohjaus tässä suhteessa ole parantunut. Perheet joutuivat vaatimaan vaihtoehtoja, ennen kuin hoitaja niitä esitteli. Vaihtoehtoja kuitenkin annettiin aina niitä pyydettyä, vaikkakin perustelut ja vertailu jäivät usein puuttumaan. Pohjatietojen ja perustelujen ollessa puutteellisia, jää pohdittavaksi perheiden tekemien päätösten edellytykset olla laadukkaita. Kirjallisen materiaalin laajalaisempi käyttö voisi olla ratkaisu itsenäisen päätöksenteon mahdollistumiseen.

Havainnollistamista äidit kaipaivat lisää aiemmissä tutkimuksissa (Iivarinen 2007, 38–40). Tässä tutkimuksessa hoitajat havainnollistivat ohjaustaan hyvin ja monilla eri keinoilla.

Tässä tutkimuksessa ohjausta ei toistettu automaattisesti, mutta kuitenkin aina tarvittaessa. Kertauksen tarvetta määriteltiin havainnoimalla, kysymällä ja kehittämällä perheitä pyytämään sitä tarvittaessa. Erilaisia keinoja ohjauksen havainnollistamiseen oli käytössä useita, jolla taattiin oppimisen varmistaminen. Tutkimusten mukaan potilaat kaipaavat enemmän tietoa muista informaatiolähteistä, jolloin oppimista voidaan varmistaa myös omatoimisesti. Muiden informaatiolähteiden avulla äidit voivat myös kartoittaa oppimisen puutteita ja kysellä niistä hoitajilta. (Kyngäs 2003.) Hoitajat eivät kuitenkaan, lähes poikkeuksetta, edes maininneet muita tietolähteitä.

Ohjauksen kattavuus oli tulosten valossa vain kohtalaista ja erityisesti perusteluissa oli puutteita. Tässä täytyy ottaa huomioon, että tutkimusmateriaali koostuu vain pienestä osasta kunkin potilaan saamaa ohjausta osastolla olonsa aikana. Perustelut eivät mahdollisesti puuttuneet kokonaan, vaan ne on voitu kertoa aiemmin tai myöhemmin. Perhekeskeisyyttä ja varhaista vuorovaikutusta tulisi kuitenkin tukea yhtä vahvasti joka ohjaustilanteessa. Suullisen ohjauksen tueksi käytettiin vähän muita tarvittavia tietolähteitä, joista tärkein on kirjallinen materiaali. Materiaalin saatavuus internetistä voisi tehostaa ohjausta.

Perhekeskeisyyttä tuettiin hyvin, kun isä oli läsnä ohjaustilanteessa. Aikaisemmissakin tutkimuksissa perhekeskeisyyden huomiointia on kaivattu lisää hoitajien kokiessa sen kuitenkin vaikeaksi. (Hannula 2003, 88; Kallio-Kökkö 2004, 33; Kalam-Salminen 2005, 46, 98.) Hoitajat myös tukivat vanhempia kasvamaan uuteen rooliin. He antoivat positiivista palautetta ja konkreettisia esimerkkejä onnistumisista. Lisäksi hoitajat rohkaisivat, erityisesti isiä, toimimaan vauvan kanssa sekä ehdottivat tehtäviä tai esimerkkejä tehtävienjaosta. Uuteen rooliin sopeutumisessa auttoi myös vanhempien tuntemusten kysely ja niistä keskustelu. Nämä kaikki keinot löytyvät myös aikaisemmista tutkimuksista (Kalam-Salminen 2005, 46, 98; Iivarinen 2007, 38–40).

Aikaisemmassakin tutkimuksessa isät ovat kokeneet olonsa ulkopuoliseksi osastolla ollessaan ja toivoneet enemmän yksilöityä ohjausta (Kaila-Behm 1997). Tässä tutkimuksessa isät otettiin erityisen hyvin huomioon heidän ollessaan paikalla. Ohjaus oli myös yksilöityä, isän tarpeista lähtevää. Ulkopuolisuuteen on ehdotettu ratkaisuksi isälle omien tehtävien etsimistä (Kaila-Behm 1997, 92; Iivarinen 2007, 38–40; Inberg, Axelin & Salanterä 2008). Tässä hoitajat onnistuivat erityisen hyvin. Kaikille isille ainakin ehdotettiin omia tehtäviä ja hoitajat kunnioittivat perheiden omia tehtävien jakoja. Isät on arvioitu aiemmin epävarmoiksi toiminnastaan ja helposti syyllisyyttä tunteviksi (Kaila-Behm 1997, 139–141). Hoitajat reagoivat tähän antamalla paljon positiivista ja rakentavaa palautetta. Tulos isien huomioimisesta on hyvin positiivinen yllätys. Siihen on

selvästi kiinnitetty viime vuosina entistä enemmän huomiota. Tästä eteenpäin hoitajat voisivat laajentaa isien huomioimista myös tilanteisiin, joissa he eivät ole osastolla läsnä.

Varhaista vuorovaikutusta tulisi tukea kannustamalla äitejä toteuttamaan vierirhoitoa, joka mahdollistaa vauvantahtisesti toimimisen (Hannula, Leino-Kilpi & Puukka 2006; Launonen 2006; Iivarinen 2007, 31–33). Aikaisempien tutkimusten mukaan äidit eivät ole olleet tyytyväisiä vierihoidon toteuttamisen tukemiseen (Erlandsson & Fagerberg 2005; Kalam-Salminen 2005, 87). Tässä tutkimuksessa hoitajat kertoivat perheille hieman vauvantahtisuudesta. Paljon kuitenkin jäi sanomatta, esimerkiksi perusteluja toiminnan taustalle ja vauvan viesteihin reagoimista ei havainnoiduissa tilanteissa käsitelty juuri lainkaan. Tulisikin pohtia, miten tietoisia hoitajat ovat varhaisen vuorovaikutuksen tärkeydestä. Hoitajat selvästi osaavat itse toimia varhaista vuorovaikutusta tukien, mutta eivät osaa pukea toimintaansa sanoiksi ja hyödyntää sitä ohjauksessa. Juuri tämä viestittää koulutuksen tarpeesta. Aikaisemmissakin tutkimuksissa on jo todettu, että hoitajien täytyisi tietää tarkkaan, mitä varhainen vuorovaikutus on ja miksi se on tärkeää, jotta he voisivat tukea perheitä sen toteuttamisessa (Mäntymaa 2006, 14; Inberg ym. 2008).

Suullisen yksilöohjauksen toteutuksen tukena ei käytetty kirjallista materiaalia tai informaatiota muista tietolähteistä. Jatkossa olisikin syytä miettiä syitä, miksi niitä ei hyödynnetty ja keinoja niiden käytön yleistymiseen. Voisi tutkia millaista materiaalia tällä hetkellä on lapsivuodeosastoilla käytettävissä ja millainen niiden laatu on. Lisäksi voisi kysyä perheiltä, millaista materiaalia he ovat kaivanneet ja kuinka paljon he etsivät tietoa lapsivuodeaikaan liittyvistä asioista esimerkiksi internetistä. Varhaisen vuorovaikutuksen ja perhekeskeisyyden vähäistä tukemista selitetään usein resurssien puutteella. Olisikin tärkeää tutkia ja vertailla eri sairaaloiden välillä, miten toimintaympäristö vaikuttaa perhekeskeisyyden ja varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen toteutukseen. Tutkimus voitaisiin toteuttaa osittain kansainvälisesti, jotta saataisiin laajemmin tietoa erilaisista toimintamalleista ja niiden vaikutuksista. Tulosten avulla voitaisiin pohtia, löytyykö tuen puutteelle myös muita selityksiä. Lisäksi saataisiin konkreettisia toimintaympäristön parantamiskeinoja.

LÄHTEET

Emmanuel, E., Creedy, D. & Fraser, J. 2001. What mothers want: a postnatal survey. Australian College of Midwives Incorporated Journal 14(4), 16–20.

Erlandsson, K. & Fagerberg, I. 2005. Mothers' lived experiences of co-care and part-care after birth, and their strong desire to be close to their baby. Midwifery 21(5), 131–138.

Hannula, L. 2003. Imetysnäkemykset ja imetyksen toteutuminen – Suomalaisten synnyttäjien seurantatutkimus. Turun yliopiston julkaisuja C 195. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

- Hannula, L., Leino-Kilpi, H. & Puukka, P. 2006. Imetyksestä selviytyminen ja lisäruoan käyttö synnytyssairaalassa – äitien näkökulma. *Hoitotiede* 18(4), 175–185.
- Hirsjärvi, S. 2007. Tutkimustyyppit ja aineistonkeruun perusmenetelmät & Aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätökset. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (toim.) *Tutki ja kirjoita*. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 186–225.
- Hundley, V., Rennie, A.-M., Fitzmaurice, A., Graham, W., van Teijlingen, E. & Penney, G. 2000. A national survey of women's views of their maternity care in Scotland. *Midwifery* 16(4), 303–313.
- Inberg, E., Axelin, A. & Salanterä, S. 2008. Keskosvauvan ja vanhempien varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen hoitotyön menetelmin. *Hoitotiede* 20(4), 192–202.
- Ingram, J., Johnson, D. & Greenwood, R. 2002. Breastfeeding in Bristol – Teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery* 18(2), 87–101.
- Ivarinen, T. 2007. Äitien ja heidän puolisoitensa arviointeja imetysohjauksesta sairaalassa. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kaila-Behm, A. 1997. Miehestä esikoisen isäksi. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yh-teiskuntatieteet 49. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kalam-Salminen, L. 2005. Hoidon laatu lapsivuodeosastoilla Suomessa ja Virossa - Näkökulmia asiakaskeskeiseen laatuun ja sen kehittämiseen. Turun yliopiston julkaisuja C 238. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kallio-Kökkö, S. 2004. Äitien kokemuksia imetysohjauksen toteutumisesta äitiys- ja lastenneuvoloissa. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kyngäs, H. 2003. Patient education: perspective of adolescents with a chronic disease. *Journal of Clinical Nursing* 12(5), 744–751.
- Launonen, K. 2006. Varhainen vuorovaikutus kielen kehityksen perustana. *Suomen lääkirilehti* 61(37), 3719-3724.
- Mäntymaa, M. 2006. Early Mother-Infant Interaction. Determinants and Predictivity. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Lasten psykiatrian laitos. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6604-7.pdf>
- Rea, M., Gomes dos Santos, R. & Sanchez-Moreno, C. 2007. Quality of infant feeding counselling for HIV+ mothers in Brazil: challenges and achievements. *Acta Paediatrica* 96(1), 94–99.
- Vilkkä, H. 2006. *Tutki ja havainnoi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

KIRJOITTAJAT

Sanni Isometsä ja Linda Nuotio valmistuivat Turun ammattikorkeakoulusta kättilöiksi (AMK) ja sairaanhoitajiksi (AMK) joulukuussa 2009.

Opinnäytetyön ohjaajana toimi lehtori, KL Anneli Nirkkonen-Mannila.

TOIMINNAN KEHITTÄMINEN

HOITOHENKILÖKUNNAN OSAAMINEN TURUN TERVEYSKESKUSPÄIVYSTYKSESSÄ

Satu Jälkö, Heli Kauppinen & Sanna Lipponen

Julkisen vallan on perustuslain mukaan turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistettävä väestön terveyttä (Finlex, 2004(b)). Terveysterveysten huollon suurena haasteena on turvata terveydenhuollon palvelut niitä tarvitseville kaikkina vuorokauden aikoina.

Päivystys tulee lain mukaan järjestää terveyskeskusten virka-ajan ulkopuolella palvelemaan kiireellistä ensiapua sekä hoitoa tarvitsevia potilaita. Voimavarojen käytön tehostamiseksi sekä ylläpitokustannusten pienentämiseksi päivystyksiä on viime vuosina alettu keskittää yhä enemmän suurempiin yksiköihin eli yhteispäivystyksiin. Syinä yhteispäivystyksiin siirtymisille ovat toiminnan laadun kehittämistarpeet, ammattitaitoisen henkilökunnan saannin turvaaminen, pyrkimys tehokkaaseen voimavarojen käyttöön sekä turvallisuuden lisääminen. (Koponen & Sillanpää 2005, 104–105.) Yhteispäivystys on aiheuttanut myös ongelmia, etenkin ruuhkautuminen on yksi iso ajankohtainen ongelma (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2005, 40–42).

Terveyskeskuspäivystyksessä annettavalla hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen jälkeen toteutettuja kiireellisiä lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön suorittamia tutkimuksia ja hoitoja. Tutkimukset tai hoidot tapahtuvat välittömästi tai viimeistään vuorokauden sisällä asiakkaan yhteydenotosta terveyskeskuspäivystykseen. (Elonen 2008, 6.) Terveyskeskuspäivystyksen suurimman potilasryhmän muodostavat monisairaat vanhukset (Seppänen & Strandberg 2008).

Päivystystyössä hoitajien ammatillinen osaaminen nousee arvokkaaksi, sillä työ on luonteeltaan vaihtelevaa ja työtilanteet muuttuvat jatkuvasti (Paakkonen 2008). Päivystyspoliklinikan tyypillisinä piirteinä voidaankin pitää kiireistä työtahtia sekä yllätyksellisiä tilanteita (Rasimus 2002, 93). Ammatillinen koulutus harvoin kattaa sellaista erityisosaamista, jota päivystyspoliklinikatyöskentely usein vaatii (Paakkonen 2008). Ammattihenkilölain mukaan hoitajien tulee täydentää ja päivittää osaamistaan säännöllisin väliajoin (Finlex 1994).

Hoidon tarpeen arvioinnin avulla selvitetään jokaisen päivystykseen hakeutuneen potilaan tilanne. Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitietojen tai lähetteen perusteella. (Finlex 1019 /2004.) Hoidon tarpeen ar-

vioinnin apuvälineenä voidaan käyttää triagea, jolla tarkoitetaan potilaiden luokittelua eri kiireellisyysluokkiin (Aalto & Leino 2008, 3; Säämänen 2008, 89; Kantonen, Kauppila & Kockberg 2007). Triagen avulla pyritään asettamaan kiireellistä hoitoa tarvitsevat henkilöt etusijalle ja samalla erottamaan sellaiset henkilöt, jotka eivät tarvitse päivystysluonteista hoitoa (Lahden kaupunginsairaalan Triage-potilasryhmittely 2009; Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2008; van Veen ym. 2008; Kangasmetsä & Manninen 2007, 8).

Turun kaupungin terveystoimi huolehtii väestövastuisesti Turun 170 000 asukaahan terveydestä. Kullekin turkulaiselle on osoitettu asuinpaikan mukaan omat terveysasemat. (Turun kaupunki, 2008a; 2008b.) Virka-aikana arkipäivisin terveydenhoito tapahtuu ensisijaisesti omalla terveysasemalla. Muina vuorokauden aikoina terveyskeskuspäivystys palvelee kiireellistä hoitoa tarvitsevia. (Turun terveyskeskuspäivystys 2008; Perusterveydenhuolto ja hammashuolto 2006.)

TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia osaamiskartoitus Turun terveyskeskuspäivystyksen hoitohenkilökunnan osaamisesta apuvälineeksi Turun terveyskeskuspäivystyksen hoitotyön kehittämiseen. Tarkoituksena oli selvittää, mitä asioita kukin kyseessä olevista terveydenhuollon ammattilaisista hallitsi ja mikä oli osaamisen taso. Tarkoituksena oli myös kartoittaa töiden jakautumista Turun terveyskeskuspäivystyksessä sekä hoitotyöntekijöiden työnkuvaan sekä mahdollista lisäkoulutuksen tarvetta.

Tutkimusongelmat

- Mikä on Turun terveyskeskuspäivystyksessä työskentelevien hoitotyöntekijöiden ammatillisen osaamisen taso?
- Millaista lisäkoulutusta Turun terveyskeskuspäivystyksen hoitotyöntekijät tarvitsevat?
- Miten työt jakautuvat Turun terveyskeskuspäivystyksen työntekijöiden kesken?

TUTKIMUSMENETELMÄ, AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI

Tutkimus oli laadultaan kvantitatiivinen ja aineisto kerättiin strukturoidun kyselylomakkeen avulla. Kysymykset muodostettiin kirjallisuuden ja aiemmin tehtyjen kyselyiden pohjalta. Opinnäytetyön tekijät kävivät myös tutustumassa päivystyksen toimintaan ja tekivät samalla havaintoja kyselylomakkeen laatimista varten. Tavoitteena oli laatia kyselylomake mahdollisimman täsmälliseksi, selkeäksi ja helppolukuiseksi.

Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS 16 for Windows -tilastointiohjelman avulla. Aineisto jaoteltiin pääotsikoiden mukaan, joita olivat 1) hoidon tarpeen arviointi, 2) ohjaus, opetus ja puhelinneuvonta, 3) työnjako ja tehtävien siirrot, 4) hoitotyön sisältö, 5) asiakaspalvelu ja vuorovaikutustaidot, 6) väkivalta-, uhka- ja onnettomuustilanteet sekä 7) täydennyskoulutus. Vastauksia käsiteltiin vastaajien koulutustason perusteella kahdessa pääryhmässä vastaajien anonymiteetin säilymiseksi ja tutkimustulosten selventämiseksi. Näitä kahta ryhmää käsiteltiin aineiston tulosten tarkastelussa usein rinnakkain, jolloin niiden välisten erojen havainnointi oli selkeää. Ryhmät olivat sairaanhoitajat (n = 18) ja lähihoitajat (n = 7). Ryhmittelyn jälkeen sairaanhoitajien ryhmä oli huomattavasti isompi kuin lähihoitajien. Vastaajista (N = 25) 80 % oli naisia ja 20 % miehiä. Kyselyn vastausprosentti oli 58,1 %.

Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Erityistä huomiota kiinnitettiin eettisiin näkökulmiin tutkimuksen aineistojen keruu- ja analysointivaiheessa. Tutkimuksesta saatavan hyödyn tuli olla huomattavasti suurempi kuin haitan eikä tutkimus myöskään saanut vahingoittaa vastaajia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23; Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 1997, 27.) Saatekirjeessä ja kyselylomakkeita jaettaessa vastaajille kerrottiin tutkimuksen sisällöstä sekä osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja anonymiteetin säilymisestä.

Jos tutkimuksen kato on suuri tai perusjoukko ei ole käytettävissä, tutkimuksen luotettavuudessa ja pätevytydessä tulee ongelmia (Taanila, 2008). Jokainen Turun terveyskeskuspäivystyksen sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, lähihoitaja sekä perushoitaja saivat kyselylomakkeen täytettäväkseen, jolloin otoksen oli mahdollista edustaa parhaiten perusjoukkoa. Kyselyn vastausprosentti (58 %) oli kuitenkin sen verran alhainen, että sillä on vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen. Vaikka tuloksia ei juuri voida yleistää, ne antavat kuitenkin hyvin tietoa kohde-ryhmästä. Kohteesta johtuviin virhetekijöihin, kuten väsymykseen, kiireeseen ja rehellisesti vastaamiseen eivät opinnäytetyön tekijät juurikaan voineet vaikuttaa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 206–212; Taanila, 2008.)

TUTKIMUSTULOKSET

Tulosten perusteella Turun terveyskeskuspäivystyksessä hoitajien ammatillinen osaaminen on tasokasta. Osaaminen oli tasaista eri osa-alueita verratessa niin sairaanhoitajilla kuin lähihoitajillakin. Keskihajonta oli suhteellisen vähäistä kaikissa osa-alueissa, joka saattaa osaksi johtua myös siitä, että otos oli pienehkö. Tasokkainta osaaminen oli hoitotyön sisällön hallinnassa.

Keskeisimmät tutkimustulokset kohdistuivat hoitajien korkeatasoiseen ammatilliseen osaamiseen sekä epäselkeään työnjakoon henkilökunnan keskuudessa. Tuloksista selviää myös, että lähes jokainen hoitaja oli saanut työnkuvaan liittyvää täydennyskoulutusta viimeisen kahden vuoden aikana ja että motivaatio täydennyskoulutusta kohtaan oli suuri.

Eniten täydennyskoulutusta koettiin tarvittavan väkivaltatilanteiden hallintaan. 84 % vastaajista koki väkivaltaa päivystyksessä vähintään viikoittain. Tutkimuksessa kaikki vastaajat olivat kokeneet väkivaltatilanteita työssään ja päivittäistä väkivaltaa koki 28 % vastaajista. Tutkimuksessa päivittäistä tai viikoittaista väkivaltaa koki yhteenlaskettuna 84 %. Vaikka väkivaltatilanteita kohdataan päivystystyössä paljon, lähihoitajat eivät tarvinneet mielestään kovinkaan paljon täydennyskoulutusta niiden hallintaan. Sairaanhoitajista puolestaan suurin osa vastaajista koki täydennyskoulutuksen tarpeelliseksi.

Alle puolet tutkimusjoukosta vastasi avoimeen kysymykseen, joka koski täydennyskoulutuksen tarvetta. Vastaajista ($f = 10$) kaikki yhtä lukuun ottamatta olivat sairaanhoitajia. Kysymyksellä haluttiin selvittää, mihin asioihin he haluaisivat täydennyskoulutusta jo kysytyjen asioiden lisäksi. Täydennyskoulutustarpeet olivat monipuoliset ja erityisesti esille nousi tarve saada koulutusta uusiin hoitokäytäntöihin ja käypähoitosuosituksiin ($f = 4$). Tämän lisäksi toivottiin omaan jaksamiseen suuntautuneita koulutuksia ja kuntoutuksia sekä erilaisten erikoisalojen luentoja ($f = 1$). Myös triageen ($f = 1$) sekä lasten lääke- ja nestehoitoon ($f = 1$) koettiin tarvittavan täydennyskoulutusta.

Hoitotyön sisällössä sairaanhoitajat hallitsevat parhaiten kanyloinnin ($n = 18/100\%$) ja 94,4 % käyttää sitä työssään. Tämän jälkeen hoitajat kokivat hallitsevansa parhaiten virtsatieinfektion hoitamisen sekä laboratorionäytteiden oton. Lähes kaikki (88,9 %) sairaanhoitajat osaavat hoitaa kouristelevaa potilasta. Heistä 88,9 % käyttää taitoa myös työssään. Lähihoitajista kaikki (100 %) osaavat hoitaa sekä sydänperäisiä oireita että aivohalvausta sairastavaa potilasta. Niin sairaanhoitajilla kuin lähihoitajillakin hoitotyön sisällössä heikointa osaaminen oli intuboinnin hallinnassa. Sairaanhoitajista lähes jokainen (88,9 %) käyttää työssään ensiaputaitoja, kun taas lähihoitajista vain hiukan yli puolet (57,1 %) käyttää niitä työssään. Kaikki päivystyksen hoitajat kokivat hallitsevansa ajantasaisten ensiaputaidot vähintään ”melko paljon”. Elvytyksen osaamisessa oli hoitajien kesken hajontaa, kuitenkin kaikki osasivat sitä ainakin ”jonkin verran”.

Avoimella kysymyksellä selvitettiin, mitä töitä Turun terveystieteiden keskuksen päivystyksessä on siirretty henkilöryhmien välillä. 16 vastaajaa ($f = 19$) vastasi, että ”rativerien” otto on siirretty ammattiryhmältä toiselle. Aineistosta nousi vahvasti esille myös, että työtehtävistä laboratorionäytteiden otto ($f = 6$) ja virtsatieinfektion toteaminen sekä lääkehoidon aloitus siihen liittyen ($f = 5$) on siirretty henkilökunnan välillä. Turun terveystieteiden keskuksen päivystyksessä on myös siirretty henkilökunnan välillä kipsaukset, haavojen liimaus sekä lääkityksen aloitus lasten korvakipuun yöaikaan (kaikissa $f = 4$). Sekä sairaanhoitajien että lähihoitajien

työnkuvaan kuului ”melko paljon” tai ”paljon” lääkärin avustamista. Kysyttäessä halukkuutta ottaa itselleen lääkäriltä töitä tuli useassa vastauksessa ilmi, että töitä haluttaisiin ”paljon” lisää, jos siitä saisi lisää palkkaa, mutta ilman lisäpalkkaa töitä ei haluttaisi lainkaan.

KEHITTÄMISEHDOTUKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Hoitohenkilökunta oli saanut täydennyskoulutusta hyvin viime vuosien aikana, mutta silti hoitajat kokivat täydennyskoulutuksen olevan tarpeen. Toiveet täydennyskoulutusten aiheiksi olivat monipuoliset. Erityisesti tutkimustuloksista nousi esille tarve saada täydennyskoulutusta väkivaltilanteisiin. Tulosten perusteella täydennyskoulutuksissa tulisi ottaa aiempaa enemmän huomioon työntekijöiden ammatilliset koulutustarpeet.

Vastausten perusteella hoitajat kokivat, ettei päivystyksen henkilökunnan välinen työnjako ollut kovinkaan selkeää ja tämän vuoksi kehittämisehdotuksena olisi, että päivystyksen työntekijöiden työnkuvia pyrittäisiin selkeyttämään, jos asia koetaan ongelmaksi.

Jatkossa olisi hyvä avata terveyskeskuspäivystyksessä asioivien lasten hoitoa ja henkilökunnan suhtautumista lapsipotilaisiin. Toisena jatkotutkimusehdotuksena olisi toteuttaa sama kysely jonkin toisen kaupungin päivystyksessä ja vertailla sieltä saatuja tuloksia Turun terveyskeskuspäivystyksestä saatuihin tuloksiin. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia hoitajien täydennyskoulutuksen tarvetta muutamana vuoden kuluttua, jolloin nähtäisiin koulutustarpeen muutokset.

LÄHTEET

Aalto, J., & Leino, L. 2008. Triage hoitajien kokemana yhteispäivystyksessä. [Viitattu 12.02.2009.] <http://209.85.135.104/search?q=cache:b3Y9oNxxqz8I:www.hus.fi/default.asp%3Fpath%3D1,28,820,13120,11437,12914,12915,23044+terveyskeskusp%C3%A4ivystys,+hoitajan+osaaminen&hl=fi&ct=clnk&cd=2&gl=fi>.

Elonen, A-K. 2008. Sairaanhoidajien asenteita kohdattaessa päihtynyt potilas terveyskeskuspäivystyksessä. [Viitattu 25.12.08.] https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/1004/2008_elonen_aki_kristian.pdf?sequence=1.

Finlex 2004 (a). Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004. [Viitattu 01.03.2009.] <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>.

Finlex 2004 (b). Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kansanterveyslain muuttamisesta. [Viitattu 05.04.2008.] <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2005/20050096?search%5Bpika%5D=Laki%20kansanterveyslain%20muuttamisesta%20855%2F2004&search%5Btype%5D=pika>.

Finlex 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 559/1994. [Viitattu 19.04.2009.] <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.

Heikkinen, H.L.T. 2001. Narratiivinen tutkimus – todellisuus kertomuksena. Teoksessa Aalto, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II*. Jyväskylä: PS-kustannus, Gummerus Kirjapaino Oy, 116–132.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2005. Päivystystoiminta ja terveydenhuollon tarkoituksenmukaisen työnjaon edistäminen Helsingissä ja HUS-piirissä. Kansallisen terveydenhuoltohankkeen mukainen Etelä-Suomen Läninhallituksen myöntämä kehittämishanke 2004–2005 [Viitattu 28.12.2008.] <http://209.85.129.132/search?q=cache:dCJN4ZnoDpsJ:www.hus.fi/default.asp%3Fpath%3D1,46,616,617,618,11215,13328,13331+P%C3%A4ivystystoiminta+ja+terveydenhuollon&hl=fi&ct=clnk&ccd=1&gl=fi>.

Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Otavan Kirjapaino Oy: Keuruu.

Kangasmetsä, M., & Manninen, J. 2007. Sairaanhoitajavastaanotto yhteispäivystyksessä. Toimintamalliehdotus Keski-Suomen sairaanhoitopiirin NOVA-hankkeeseen. [Viitattu 11.01.2009.] <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/6295/TMP.objres.579.pdf?sequence=1>.

Kantonen, J., Kauppila, T., & Kockberg, I. 2007. Päivystyksen organisaatiomuutokset vähensivät lääkärissäkäyntejä Kokeilu Vantaan terveyskeskuspäivystyksessä. Suomen lääkirilehti 9/2007 vsk 62. s. 897–901 [Viitattu 30.03.2009.] <http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000027753>.

Koponen, L., & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: vastapaino.

Lahden kaupunginsairaalan triage-potilasryhmittely 2009. [Viitattu 27.11.2008.] [http://www.lahdentietotekniikka.fi/www/images.nsf/files/5F3D859F63F92DECC225743A00349E51/\\$file/avoterveyden_%20triage290408.pdf](http://www.lahdentietotekniikka.fi/www/images.nsf/files/5F3D859F63F92DECC225743A00349E51/$file/avoterveyden_%20triage290408.pdf).

Paakkonen, H. 2008. The Contemporary and Future Clinical Skills of Emergency Department Nurses. [Viitattu 29.03.2009.] <http://www.uku.fi/vaitokset/2008/isbn978-951-27-1222-9.pdf>.

Paunonen, M., & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Perusterveydenhuolto ja hammashuolto 2006. [Viitattu 03.03.2009.] http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;55264;55275;117031;23197;102514;56069;106959;106960.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2008. Hoidon kiireellisyyden arviointi käyttöön päivystyksessä. [Viitattu 27.11.2008.] http://www.phsotey.fi/opt/ajankohtaista/ajankohtaista_tarkemmin.php?id=352.

Rasmus, M. 2002. Turvattomuus työtoverina. [Viitattu 19.4.2009.] <http://www.uku.fi/vaitokset/2002/isbn951-781-937-4.pdf>.

Seppänen, M-L., & Strandberg, T. 2008. Vanhusten lääkehoito-ongelmia päivystyksessä. [Viitattu 14.02.2009.] http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=tab00230.

Säämänen, J. 2008. Ensihoito-osaamisen kehittäminen täydennyskoulutuksen avulla. Tampereen yliopistopaino Oy: Juvenes Print, Tampere.

Taanila, A. 2008. Luotettavuus ja pätevyys. [Viitattu 08.11.2008.] Saatavissa <http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/t/luote.html>.

(a) Turun kaupunki. 2008. Perusterveydenhuolto. [Viitattu 25.12.2008.] <http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=4491&culture=fi-FI&contentlan=1>.

(b) Turun kaupunki. 2008. Terveysasema. [Viitattu 25.12.2008.] <http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=4491&culture=fi-FI&contentlan=1>.

Turun terveystieteiden päivystys. Perehdytyskansio. 2008.

van Veen, M., Steyerberg, E., Ruige, M., van Meurs, A., Roukema, J., van der Lei, J., & Moll, H. 2008. Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study. [Viitattu 07.03.2009.] http://www.bmj.com/cgi/content/full/337/sep22_1/a1501.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.

Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. 2007. [Viitattu 04.03.2009.] www.fsd.uta.fi/laki_ja_etiikka/etiikka_lait.html.

KIRJOITTAJAT

Satu Jälkö, Heli Kauppinen ja Sanna Lipponen valmistuivat Turun ammattikorkeakoulusta terveydenhoitajiksi (AMK) ja sairaanhoitajiksi (AMK) joulukuussa 2009.

Opinnäytetyön ohjaajana toimi yliopettaja, TtL Kristiina Viljanen.

Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Turun terveystoimen kanssa ja se kuului Terveystieteiden uudet menetelmät -hankkeeseen.

KIRJAAMINEN SYNNYTYSSOSASTOLLA

Noora Tumpula

Hoitotyön elektronisesta kirjaamisesta on keskusteltu lähivuosina sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Vuosina 2001–2007 toteutetun Kansallisen terveys-hankkeen tavoitteena oli turvata hoidon saatavuus, laatu ja riittävä määrä koko maassa. Hankkeen yhtenä tavoitteena oli myös potilastietojen kirjaaminen sähköisesti ja yhdenmukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.) Hoitotyön kirjaamisen prosessimalli on hyväksytty moniammatillisen sähköisen potilaskertomuksen ylärakenteeksi (Sonninen & Ikonen 2007, 75–76).

Maailman terveysjärjestö (WHO) ja monet kansainväliset järjestöt ovat esittäneet, että hoitotyön kirjaamisen tulee rakentua hoidollisen päätöksenteon prosessimallin mukaan (Ensio & Saranto 2004, 36; Saranto & Ensio 2007, 32; Hopia & Koponen 2007, 6; Sonninen & Ikonen 2007, 75). Hoitotyön päätöksentekoa on tutkittu 1960-luvulta lähtien (Lehti, Lauri & Heinonen 1996, 1; Lungren-Laine & Salanterä 2007, 26). 70-luvulla hoitotyön prosessi tuli WHO:n hoitomallina Suomeen, mistä asti kirjaamista on jäsenneily mallin mukaan. Suomessa on sovellettu mallia neljän vaiheen mukaan, jotka ovat potilaan tilanteen ja hoitotyön tarpeen arviointi, hoidon tavoitteiden asettaminen, hoitotyön toteutus ja hoitotyön arviointi. (Hopia & Koponen 2007, 6–7.) Prosessimallin tavoitteena on potilaskohtainen ja yksilöllinen hoito (Ensio & Saranto 2004, 39). Yura ja Walsh kuitenkin toteavat, ettei hoitotyön toiminta käytännössä etene prosessin vaiheiden mukaisesti, vaan monia asioita tapahtuu samanaikaisesti. He esittävät, ettei vaiheita voida erotella toisistaan keinotekoisesti. (Yura & Walsh 1988, 40.) Prosessimalli on siis enemmänkin ajattelun apuväline kuin toimintaohje (Yura & Walsh 1988, 40; Hallila 1998, 41; Kärkkäinen & Eriksson 2004, 231).

Kirjaamisen rakenteisessa mallissa hoitoa kuvataan sähköisessä potilaskertomusjärjestelmässä hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan. Rakenteisella muodolla tarkoitetaan tietokoneen ymmärtämää esitystapaa, missä jokainen tieto on omassa tietokentässään. (Saranto & Ensio 2007, 32.) Elektronisesta rakenteisesta kirjaamisesta on saatu tutkitusti positiivisia tuloksia (Björvell, Wredling & Thorell-Ekstrand 2003, 408; Kärkkäinen & Eriksson 2005, 206; Rosendal Dalmer ym. 2006, 529–531). Mallin mukainen kirjaaminen tekee kirjaamisesta yhtenäisempää ja kattavampaa ja se säästää raporttiaikaa (Ikonen, Ensio & Saranto 2004, 19–20). Suullisesta raportoinnista onkin jo luovuttu kokonaan monissa yksiköissä (Vaapio 2006, 10). Tiedon helppo saatavuus sekä yhteiskäyttö eri ammattiryhmien välillä nähdään hyödyllisenä asiana (Lento 2006, 40; Wilskman, Koivukoski, Knuutila & Isotalo 2007, 12).

Hoitajat ovat myös kritisoineet elektronisen potilaskertomuksen toimivuutta. Työskentelyä ovat häirinneet järjestelmän hitaus ja käyttökatkokset (Ekström 2006, 41; Lento 2006, 41). Otsikoinnin osittaiset päällekkäisyydet koetaan hankaloittaviksi, monen eri järjestelmän yhtäaikainen käyttö koetaan vaikeaksi ja jotkut kokevat sähköisen kirjaamisen vievän aikaa potilailta (Lento 2006, 41–46). Systemaattisen kirjaamisen pilotoinnissa on myös ilmennyt, että hoitajat kokevat kirjaamiseen menevän enemmän aikaa kuin aiemmin (Pykälämäki 2008, 46). Järjestelmän rakenne ja kirjaamisen malli ovat tehneet kirjatusta tiedosta hyvin pirstaleista ja siirtyminen näytöstä toiselle hoitokertomuksen sisällä on epäloogista (Ala-Hiiri & Kettunen 2008, 47). Tavoitteiden laatiminen koetaan turhauttavana, koska niiden ajatellaan olevan itsestään selviä (Mäkilä 2007, 36–37).

Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) naistenklinikalta saatiin tutkimusaiheeksi kartoittaa ja kuvailla, toteutuuko hoitotyön kirjaamisen prosessimalli päivittäisessä kirjaamisessa hoitokertomuksissa synnytysosastolla. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen toteutuu Miranda-potilastietojärjestelmän hoitokertomuksissa. Tutkimus toteutettiin Ina Leinon ja Noora Tumpulan opinnäytetyönä Hoidollisen päätöksenteon prosessimallin mukaisen kirjaamisen ilmeneminen Miranda-potilastietojärjestelmässä synnytysosastolla. Opinnäytetyössä vastattiin kysymykseen Miten hoitotyön kirjaamisen prosessimalli tulee ilmi Mirandaan kirjatuihin hoitotiedoissa synnytysosastolla? Alaongelmat olivat: Miten Mirandaan kirjatuihin hoitotiedoissa ilmenee a) hoidon tarpeen määrittely? b) hoidon suunnittelu eli tavoitteiden määrittely? c) hoitotyön toiminnot? d) hoidon arviointi? (Leino & Pulli 2008, 19.)

TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄ SEKÄ AINEISTON ANALYYSI

Tutkimuksen näyte valittiin sattumanvaraisesti. Tutkimusjoukko koostui kahdestakymmenestä toukokuun ensimmäisestä hoitokertomuksesta, jotka tulostettiin Miranda-potilastietojärjestelmästä synnytysosastolta. Tarkoituksena oli saada näytteeseen enimmäkseen kokeneen vakinaisen henkilökunnan kirjauksia. Siksi kuukaudeksi valittiin toukokuu, jolloin kesäsijaiset eivät vielä yleensä ole aloittaneet työskentelyään osastolla.

Dokumenteista oli jo etukäteen poistettu potilaiden henkilötiedot, joten opinnäytetyön tekijät eivät nähneet potilaiden henkilötietoja koko prosessin aikana. Tutkimukseen valittiin deduktiivinen lähestymistapa, jolloin analyysin lähtökohtana on teorettinen viitekehys (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 24). Tutkimuksen teorettisena viitekehyyksenä toimi hoitotyön prosessimalli, jonka pohjalta laadittiin analyysirunko. Aineistot analysoitiin sisällönanalyysillä, sillä se sopii aineistolähtöiseen laadulliseen tutkimukseen (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21).

Analyysirunko (mukaellen Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2007.):

Hoidon tarpeen määrittely

- potilaan tilanne ja/tai lääketieteellinen diagnoosi
- tulosyy
 - hoitajan havainnot potilaasta
 - potilaan kokemus tilanteesta
- potilaan ja hänen läheistensä voimavarat
- mahdolliset tarpeet
 - riskien ennakointi ja ennaltaehkäisy

Hoitotyön tavoite

- näkyviin kirjaaminen
 - tarvelähtöisyys
- potilaan omat tavoitteet ja toiveet
- aikasuunnitelma tilanteen arvioinnista suhteessa tavoitteisiin

Hoitotyön toiminnot

- suunnitellut toiminnot eli keinot
 - jos on, tekijä ja aikataulu
- toteutuneet toiminnot
 - suunniteltujen toimintojen toteutuminen jos niitä on
 - muiden kuin suunniteltujen toimintojen toteutuminen
 - voinnin yksityisohtainen kuvaus
 - potilaan ohjaus

Hoidon arviointi

- asetettujen tavoitteiden saavuttaminen, jos niitä on
- potilaan kokemus
- potilaan oma arvio toteutuneesta hoidosta
- potilaan tilassa tapahtuneet muutokset
 - tavoitteiden ja toimintojen päivitys
- mahdolliset uudet tarpeet ja/tai voimavarat

Hoitotyön päätöksenteko

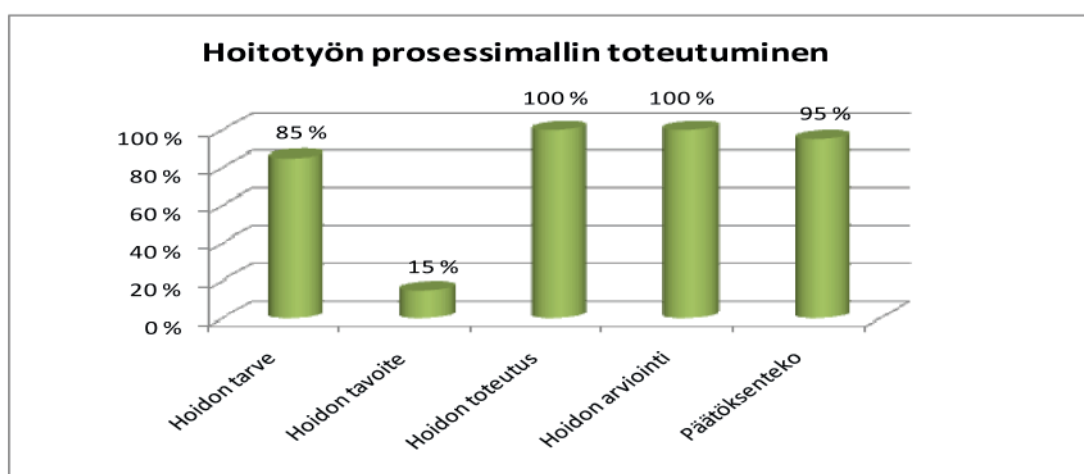
- kirjattujen asioiden perustelevminen

Lähdemateriaalin läpikäynnin jälkeen hoitokertomukset kirjoitettiin kokonaisuudessaan uudestaan tietokoneelle prosessimallin vaiheiden jaottelemana. Yksi lause tai ajatuskokonaisuus saattoi tulla useaan kohtaan analyysirunkoa sisältönsä perusteella. Kaikki kahdestakymmenestä hoitokertomuksesta muodostetut analyysit käytiin läpi systemaattisesti ja niistä laskettiin eri prosessimallin vaiheiden sekä niiden eriteltyjen sisältöjen prosenttiosuudet koko aineistosta. Määrällistä

näkökulmaa haluttiin hyödyntää tulosten esittelyn selkeyttämiseksi ja monipuolistamiseksi, vaikka kyse olikin pääasiassa kvalitatiivisesti toteutetusta tutkimuksesta (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 35). Viimeisessä analyysiprosessin vaiheessa poimittiin kutakin hoitotyön prosessin vaihetta mahdollisimman hyvin kuvaavia autenttisia esimerkkejä, joissa esiintyvät nimet muutettiin anonymiteetin säilyttämiseksi. Alkuperäisistä hoitokertomuksista tarkistettiin vielä lainauksien oikeellisuus kirjoitusvirheineen.

TULOKSET

Hoitotyön prosessimallin toteutuminen kirjaamisessa



KUVIO 1. Hoitotyön prosessimallin ja päätöksenteon toteutuminen synnytysosaston hoitokertomuksiin kirjattujen merkintöjen sisällössä.

Hoitotyön prosessimalli ei toteutunut synnytysosaston henkilökunnan kirjaamisessa rakenteellisesti niin kuin sen kirjallisuuden mukaan tulisi toteutua. Käytännön kirjaamisessa prosessimallin vaiheita ei eritelty, mutta niitä kyllä löytyi yhden virkkeen tai ajatuskokonaisuuden sisältä. Sisällöllisesti, otsikoinneista välittämättä, hoitokertomuksista löytyi hoidon tarpeen määrittelyä seitsemästoista kahdestakymmenestä kertomuksesta. Hoidon suunnittelutietoja ja alussa asetettuja tavoitteita löytyi kirjattuna vain kolmesta hoitokertomuksesta. Kaikista hoitokertomuksista sen sijaan löytyi eritasoista hoitotyön toteutuksen sekä arvioinnin kirjaamista. Kirjattua hoitotyön päätöksentekoa aineistosta löytyi kattavasti.

Hoidon tarpeen määrittelyä löytyi lähes jokaisesta hoitokertomuksesta. Potilaan tilanne ja/tai lääketieteellinen diagnoosi määriteltiin noin puolessa aineistosta. Yleisimmin oli kirjattu synnyttävän naisen raskausviikot sekä kuinka mones raskaus ja synnytys naisella oli meneillään. Tulossyö oli kirjattu näkyviin suurimpaan osaan hoitokertomuksista ja se oli tavanomaisesti määritelty sekä kätilön että

potilaan näkökulmasta. Tulotilanteessa potilas oli usein kertonut supistustensa tiheydestä ja voimakkuudesta ja kätilö oli arvioinut esimerkiksi kohdunsuun tilannetta ja ottamaansa KTG-käyrää. Potilaan ja hänen läheistensä voimavaroja ei oltu yleensä tulotilanteessa huomioitu kirjaamisessa.

Hoidon tavoitteita kirjattiin näkyviin erittäin vähän. Ainoastaan yhdessä hoitokertomuksessa tavoitteet olivat potilaan yksilöllisiin tarpeisiin perustuvia ja siinä oli huomioitu myös potilaan omat tavoitteet sekä toteutuksen aikasuunnitelma.

Hoitotyön toimintoja löytyi hoitokertomuksista vaihtelevasti. Suunniteltuja toimintoja eli keinoja oli kirjattu hieman alle puoleen hoitokertomuksista, mutta tekijä tai aikataulu löytyi näistä vain muutamasta. Kaikkiin hoitokertomuksiin oli kirjattu toimintoja, joita ei oltu suunniteltu etukäteen. Kätilöt olivat kirjanneet suoritettut toiminnot erittäin tarkasti. Toimintoihin liittyi usein lääkitystiedot, lääkärin tekemät toimenpiteet sekä kivunlievitysmenetelmät.

Potilaan voinnin yksityiskohtaista kuvausta oli löydettävissä jokaisesta hoitokertomuksesta. Synnytyksen etenemisestä sai usein hoitokertomusten perusteella selkeän kuvan. Voinnin kuvauksen kirjaaminen oli aina potilaan tilaa tai tuntemuksia arvioivaa. Synnyttävän naisen olemista, liikkumista ja pärjäämistä oli seurattu ja kirjattu tarkasti. Myös potilaan kipua, sen kokemista ja muuttumista sekä supistusten voimakkuutta ja tiheyttä oli määritelty ja kuvattu dokumenteissa. Lisäksi ravitsemukseen liittyvät tiedot sekä erityis olivat osa voinnin kuvaamisen kirjaamista.

Potilaan ohjausta löytyi kirjattuna alle puolesta hoitokertomuksesta. Se oli kuitenkin niukahkoa sisältäen lähinnä merkintöjä keskustelun käymisestä tai ohjauksen toteuttamisesta. Sen sijaan keskustelujen ja ohjaustilanteiden sisältöä tai arviota siitä, oliko potilas ymmärtänyt ohjauksen ja kokenut hyötyvänsä siitä, ei kirjattu näkyviin.

Hoidon arvioinnin kirjaaminen oli kattavaa. Hoitokertomuksista lähes kaikkiin oli kirjattu näkyviin myös potilaan kokemuksia ja tuntemuksia synnytyksen edetessä. Kaikista hoitokertomuksista löytyi kuvausta potilaan tilassa tapahtuneista muutoksista, jotka usein olivat kohdunsuun tilanteen seuranta sekä kuvausta sikiön sydänäänten vaihteluista. Tavoitteiden ja toimintojen päivytyksiä oli kirjattu näkyviin kolmeen neljäsosaan koko aineistosta. Niihin sisältyivät esimerkiksi synnyttävän naisen toive levosta, toisenlaisesta kivunlievityksestä tai hoitotyön ammattilaisen päätöksenteon perusteella tehtyjä valintoja sen hetkisen hoidon muuttumisesta. Uusia voimavaroja kirjaamisessa kuvastivat lähinnä tukihenkilön läsnäolo ja avunanto.

Analysoidun aineiston kirjaamisessa tuli hyvin ilmi hoitotyön päätöksenteko. Kirjatut asiat oli perusteltu ajoittain hyvinkin kattavasti ja johdonmukaisesti. Toisista merkinnöistä varsinaiset perustelut sen sijaan puuttuivat. Päätöksenteko korostui kirjaamisessa erityisesti normaalista poikkeavissa tilanteissa.

TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU

Akuutilla synnytysosastolla esiintyy nopeaa toimintaa vaativia tilanteita, jolloin synnyttäjän fysiologisissa toiminnoissa tapahtuu äkillisiä muutoksia. Tällöin hoidon kirjaamisessa keskitytään erityisesti potilaan tilan seurantaan ja tehtyjen toimenpiteiden sekä niiden vaikutusten arviointiin. (Lauri & Lehti 2000, 21–22.) Koko tutkimusmateriaali sisälsi tällaisia merkintöjä. Hoitotyön prosessi etenee teoriassa rationaalisesti ja loogisesti. Näin ei hoitotyön todellisuudessa kuitenkaan tapahdu, vaan päätöksiä tehdään useita kertoja hoidon aikana, kun tilanteet ja ympäristö muuttuvat. (Lungrén-Laine & Salanterä 2007, 30.) Hoitotyön päätöksenteolla oli tärkeä asema analysoitujen hoitokertomusten kirjaamisessa.

Rakenteisen kirjaamisen koulutuksen myötä hoitajien väliset yksilölliset erot kirjaamisessa ovat yleensä vähentyneet ja kirjaaminen on muuttunut tavoitteellisemmaksi, potilaslähtöisemmäksi sekä kokonaisvaltaisemmaksi (Ala-Hiiri & Kettunen 2008, 47). Analysoiduissa hoitokertomuksissa kirjaamisen laatu oli vaihtelevaa, mikä ilmeni esimerkiksi äidinkielellisen ilmaisun ja merkintöjen yksityiskohtaisuuden eroina. Laadulliset erot saattaisivat tasoittaa, mikäli prosessimallin mukaista kirjaamista tuotaisiin enemmän esille ja opastettaisiin sen käyttöä.

Mäkilän (2007, 36–37) tulokset tukevat tutkimuksen tuloksia heikosti liittyen kirjattuihin tavoitteisiin. Hänen mukaansa tavoitteiden kirjaaminen on koettu vaikeaksi ja turhauttavaksi, sillä tavoitteet ovat yleensä itsestään selviä. Synnytyksen tavoitekin lienee niin selkeä, ettei sitä koeta tarpeelliseksi kirjata. Synnytyksen hoito on niin yksilöllistä ja tilanteen mukaan etenevää, ettei sen kulkua edes voi ennustaa eikä aikataulua suunnitella. Myös Vaapio (2006, 25) on saanut samansuuntaisia tuloksia hoidon toteutuksen kirjaamisesta kuin tässä tutkimuksessa. Voinnin seuranta ja tehdyt toimenpiteet on kirjattu kattavasti. Huolimatta siitä, että Vaapio (2006, 25) on havainnut voinnin kirjaamisen tapahtuvan usein vain hoitajan näkemyksen perusteella ja että potilaan kokemukset on otettu huomioon harvemmin, tutkimuksen tuloksista selvisi, että synnytysosastolla potilaan kokemus otettiin laajalti huomioon päivittäisessä kirjaamisessa. Jokaisesta hoitokertomuksesta löytyi potilaan voinnin yksityiskohtaista kuvausta, joka on aina potilaan tilaa tai tuntemuksia arvioivaa, mikä on toistunut muissakin tutkimuksissa. Hoidon arviointi on usein kuvattu osana toteutuneen hoidon kirjaamista (Ala-Hiiri & Kettunen 2008, 47) ja hoitajat ovat kokeneet niiden erittelemisen omien otsikoidensa alle vaikeaksi (Pykälämäki 2008, 46).

Prosessimallin mukainen kirjaaminen kehittää kirjaamista potilaiden tarpeista lähteväksi, kun aikaisemmin on totuttu kirjaamaan hoitajakeskeisesti (Wilskman ym. 2007, 13). Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että synnytysosaston kirjaamisessa oli puutteita toukokuussa 2007 koskien lähinnä hoidon alussa asetettujen tavoitteiden kirjaamista. Koulutuksen avulla saatettaisiin saada aikaiseksi muutos, joka johtaisi potilaslähtöisempään kirjaamiseen erityisesti hoitoa suunniteltaessa ja tavoitteita määritettäessä niissä puitteissa, joissa se on mahdollista

akuutilla osastolla (Björvell, Wredling & Thorell-Ekstrand 2003; 402-404, 408; Rosendal Dalmer ym. 2006, 525, 530). Myös Kärkkäinen ja Eriksson (2005, 206) ovat tulleet tutkimuksessaan siihen tulokseen, että kirjaamiskoulutuksen jälkeen hoitajat kirjaavat entistä potilaslähtöisemmin ja ottavat huomioon kunkin potilaan yksilölliset tarpeet.

Jatkuvan kirjaamisen arvioinnin avulla saadaan hyvin kuvaa kunkin yksikön kirjaamisen tasosta, minkä perusteella on mahdollista ryhtyä toimenpiteisiin tilanteissa, joissa kirjaamisessa huomataan esiintyvän ongelmia (Lauri & Lehti 2000, 22). On huomattu, että tehostetun opetuksen ja pienryhmissä tapahtuvan ohjauksen avulla saadaan aikaan muutosta (Lauri & Lehti 2000, 22; Vaapio 2006, 35). Jotta kirjaamista voidaan kehittää, tulee henkilökunnan motivaatiota ylläpitää sekä taata jatkuva dialogi hoitotyön kirjaamisen vastuuhenkilöiden ja yksittäisten työntekijöiden välillä (Ala-Hiiri & Kettunen 2008, 47). Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää synnytysosaston kirjaamisen kehittämisessä, sillä se antaa kuvaa toukokuussa 2007 vallinneesta kirjaamisen tilasta kyseisellä osastolla.

LÄHTEET

Ala-Hiiri, T. & Kettunen, P. 2008. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen pilotoinnit – Efficia. Sairaanhoidaja – Sjuksköterskan 9/2008, 47.

Björvell, C., Wredling, R. & Thorell-Ekstrand, I. 2003. Improving documentation using a nursing model. *Journal of Advanced Nursing* 4/2003, 402–410.

Ekström, A. 2006. Sähköinen kirjaaminen tuli taloon – kirjaamisen kehittäminen Kiskon vanhainkodissa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 43. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Hallila, L. 1998. Hoitotyön prosessi ja päätöksentekoprosessi hoitotyön kirjallisessa suunnittelussa. Teoksessa: Hallila, L. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 40–45.

Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Johdanto. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen – Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoidajaliitto ry, 5–9.

Ikonen, H., Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön kirjaamisen strukturoitu malli. *Sairaala-viesti* 2/2004; 18–21.

Kärkkäinen, O. & Eriksson, K. 2004. Structuring the documentation of nursing care on the basis of a theoretical process model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2/2004, 229–236.

Kärkkäinen, O. & Eriksson, K. 2005. Recording the content of the caring process. *Journal of Nursing Management* 3/2005, 202–208.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY; 21–43.

Lauri, S. & Lehti, T. 2000. Hoitotyön kirjaaminen teoriassa ja käytännössä. Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan 8/2000, 19–22.

Lehti, T., Lauri, S. & Heinonen, S. 1996. Hoitotyön kirjaamisen sisältö ja laatu: seurantatutkimus Turun yliopistollisessa keskussairaala. Turku: Turun yliopistollinen keskussairaala.

Leino, I. & Pulli, N. 2008. Hoidollisen päätöksenteon prosessimallin mukaisen kirjaamisen ilmeneminen Miranda-potilastietojärjestelmässä synnytysosastolla. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Lento, P. 2006. Elektroninen potilaskertomus osana hoitajan arkea. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto.

Lundgrén-Laine, H. & Salanterä, S. 2007. Hoitotyön päätöksenteko – muuttavatko sähköiset järjestelmät sairaanhoitajan päätöksenteon näkyväksi? Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen – Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoitajaliitto ry, 25–34.

Mäkilä, M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko – näkyvää vai ei? Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen – Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoitajaliitto ry, 35–40.

Pykälämäki, H. 2008. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen pilotoinnit 2000+. Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan 9/2008, 46.

Rosendal Dalmer, M., Ankersen, L., Geissler Nielsen, B., Landberger, G., Lippert, E. & Egerod, I. 2006. Nursing documentation audit – the effect of a VIPS implementation programme in Denmark. Journal of Clinical Nursing 5/2006, 525–534.

Saranto K. & Ensio, A. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Sairaalaviesti 2/2007, 32–33.

Sonninen, A-L. & Ikonen, H. 2007. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 75–79.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Arviointiryhmä: Kansallinen terveyshanke ei onnistunut parantamaan perusterveydenhuoltoa [viitattu 21.11.2008].

Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/15799/index.htx>.

Vaapio, S. 2006. Seutukunnallinen hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotto ja hoitotyön kirjaamisen kehittäminen. Pori: Porin seudun kunnat ja Länsi-Suomen lääninhallitus

Wilskman, K., Koivukoski, S., Knuutila, M. & Isotalo, M. 2007. Sähköinen kirjaaminen tulee - Mikä muuttuu hoitotyössä? Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan 6-7/2007, 12–14.

Yura, H. & Walsh, M. B. 1988. Hoitotyön kehittäminen. Helsinki: WSOY.

KIRJOITTAJA

Noora Tumpula valmistui Turun ammattikorkeakoulusta kättilöksi (AMK) ja sairaanhoitajaksi (AMK) joulukuussa 2009.

Opinnäytetyön ohjaajana toimi lehtori, KL Anneli Nirkkonen-Mannila.

PITKÄAIKAISTYÖTTÖMIEN TERVEYSPALVELUIDEN KEHITTÄMINEN

Elina Junnila, Iida Kesänen, Emilia Rauanheimo & Kaisa Sjöblom

Suomessa työttömyys ja pitkäaikaistyöttömyys ovat lisääntyneet (Eronen, Londen, Perälähti, Siltaniemi & Särkelä 2006, 17). Joulukuun 2008 lopussa työttömiä työnhakijoita oli 233 800 ja heistä pitkäaikaistyöttömiä oli 41 800 (Työ- ja elinkeinoministeriö 2008, 1). Maamme työttömyysaste oli vuoden 2009 syyskuussa 7,3 % ja työttömien määrä on edelleen kasvussa (Tilastokeskus 2009).

Yleisesti suomalaisten terveydentilan ja hyvinvoinnin voidaan katsoa kohentuneen. Kuitenkin väestöryhmien väliset erot ovat kasvaneet ja alempien sosioekonomisten luokkien edustajat voivat yhä huonommin. (Stakes 2008a; Lahelma & Koskinen 2002.) Jotta sosioekonomisia terveyseroja voitaisiin kaventaa, tulisi kaikilla väestöryhmillä olla yhdenvertaiset mahdollisuudet terveyspalveluiden käyttöön (Keskimäki, Koskinen & Teperi 2002). Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa kuntia ohjataan kehittämään terveydenhuoltoa siten, että kaikilla kunnan asukkailla on yhdenvertainen mahdollisuus terveyspalvelujen tavoittamiseen, omaa terveyttä koskevaan päätöksentekoon osallistumiseen sekä asianmukaisen terveyttä ja terveyden edistämistä koskevan tiedon saamiseen (STM 2001, 27–30).

Työttömien terveys ja koettu terveys on huonompi kuin työssäkäyvillä. Myös kuolleisuus on korkeampi. (Mannila & Martikainen 2005, 64.) Pitkäaikaissairastavuus ja vakavat mielenterveyden ongelmat ovat työttömillä työssäkäyvää väestöä yleisimpiä (STM 2008b, 23). Terveydellisten ongelmien lisäksi taloudelliset ja sosiaaliset ongelmat ovat yleisiä (Kalimo & Vuori 1992, 16.) Kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet työttömyyden lisäävän itsemurhakuolleisuutta ja itsemurhayrityksiä sekä naisilla että miehillä (Gunnell ym. 1999; Kposowa 2001).

Työttömät kokevat terveytensä, erityisesti mielenterveytensä, heikommaksi kuin työssä käyvät. Pitkäaikaissairaudet, kuten tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä sydän- ja verisuonitaudit, ovat yleisempiä työttömien kohdalla (Vuori, 1997). Työttömistä 30 prosentilla on jokin työ- tai toimintakykyä haittaava sairaus tai vamma. Puolet työttömistä on vähintään lievästi ylipainoisia (BMI \geq 25) ja sokeariaineenvaihdunnan häiriöt ovat työttömillä yleisempiä kuin työssäkäyvillä. (Helakorpi ym. 2007.) Merkittävästä ylipainosta kärsivien osuus työttömien keskuudessa on miehillä 19 % ja naisilla 25 % (Heliövaara & Rissanen 2007, 56).

Työttömillä on todettu olevan keskimääräistä vähemmän suositusten mukaisia ravitsemustottumuksia. Sosioekonomisen aseman on epäilty vaikuttavan työttömien epäterveellisiin ruokailutottumuksiin, tietoa terveellisestä ravitsemuksesta ei ole riittävästi ja toisaalta taloudellinen tilanne ei mahdollista kalliimpien kevytuotteiden ja erityisesti talviaikaan tuoreiden kasvisten käyttöä. (Roos, Prättälä & Paalanen 2007.) Työttömät tupakoivat keskimääräistä enemmän: 40 % työttömistä tupakoi päivittäin (Helakorpi ym. 2007). Myös alkoholin suurkuluttajia löytyy työttömien keskuudesta enemmän kuin väestöstä yleensä (Poikolainen & Paalanen 2007).

Vuosina 2006 ja 2007 sosiaali- ja terveysministeriö lähetti kuntiin määrärahojen käyttöä ohjaavat kirjeet, joissa määrätään pitkäaikaistyöttömien terveystarkastustoiminnan aloittamisesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon on toimittava suunnitelmallisesti työttömien terveyden ja työkyvyn ylläpitämiseksi ja palauttamiseksi. Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltoa tulee tehostaa yhteistoiminnassa työvoiman palvelukeskusten tai työvoimatoimistojen kanssa. (STM 2008a.) Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes ovat yhteistyössä toteuttaneet Pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujen kehittämishanketta (PTT 2007–2010). Hankkeen tarkoituksena on luoda toimiva, organisoitu pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluita koskeva järjestelmä, jossa käytetään hyväksi hankkeen aikana löydettyjä, toimiviksi todettuja malleja. Hankkeessa on mukana 18 paikallis-alueellista osahanketta, jotka pyrkivät luomaan pitkäaikaistyöttömien erityistarpeet huomioon ottavia toimintamalleja. Malleja pyritään kehittämään siten, että niitä voidaan myöhemmin käyttää ko. paikkakunnilla ja myös valtakunnallisella tasolla (Stakes 2008, 3).

Raisio ilmoittautui Stakesin pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishankkeen kehittämisverkoston jäseneksi toukokuussa 2007. Turun ammattikorkeakoululta tiedusteltiin kiinnostusta yhteistyöhön ja sopimus yhteistyöstä terveystarkastustoiminnan toteuttamiseksi astui voimaan 1.10.2007. Terveystarkastusta on tarjottu pitkäaikaistyöttömille osana työllistämisprosessia heidän osallistuessaan aktivointi-istuntoon työ- ja elinkeinotoimistossa. Myös kuntouttavassa työtoiminnassa olevia on ohjattu terveystarkastuksiin. Mahdollisuutta terveystarkastukseen on tarjottu kaikille pitkäaikaistyöttömille. 115 henkeä on ohjattu tarkastukseen vuosien 2007–2008 aikana ja osallistumisprosentti on ollut hyvä. (Savola 2009.)

Terveystarkastukseen sisältyy pituuden, painon ja vyötärön ympäryksen mittaaminen, näön ja kuulon testaus, verenpaineen mittaaminen sekä ihon kunnon kartoitus. Keskustelemalla ja erilaisia mittareita käyttämällä kartoitetaan asiakkaiden mielialaa ja elämäntapoja. Terveystarkastus sisältää laboratoriokokeita sekä PEF/FEV1-mittauksen tupakoiville ja astmaatikkoille. Asiakkaita ohjataan terveystarkastuksessa esiin tulleiden tarpeiden mukaan jatkohoitoon ja -tutkimuksiin. (Sopimus pitkäaikaistyöttömien ja toimeentuloturva-asiakkaiden terveystarkastusten järjestämisestä Raision kaupungin ja Turun ammattikorkeakoulun välillä 2008.)

TERVEYSTARKASTUSTEN VAIKUTUKSET ASIAKKAIDEN NÄKÖKULMASTA

Opinnäytetyön ”Pitkäaikaistyöttömille Raisiossa tarjottavien terveystarkastusten vaikutukset asiakkaiden näkökulmasta” tarkoituksena oli selvittää terveystarkastusten vaikutuksia asiakkaiden terveyteen ja terveystottumuksiin heidän näkökulmastaan. Tutkimus toteutettiin keväällä 2009 kvantitatiivisena kyselytutkimuksena käyttäen strukturoitua kyselylomaketta. Aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla. Vastauksia pyydettiin kaikilta terveystarkastuksessa syksyn 2007 ja kevään 2008 välisenä aikana käyneiltä asiakkailta, joita oli yhteensä 80. Täytettyjä kyselylomakkeita saatiin 37. Vastaajista 16 oli naisia ja 21 miehiä.

Tutkimuksen keskeisimmät tulokset osoittavat, että enemmistö asiakkaista koki saavansa terveystarkastuksessa uutta tietoa terveydestään ja riittävästi tietoa terveellisistä elämäntavoista. Terveystarkastusten myönteiset vaikutukset näkyivät ruokatottumusten muuttumisena terveellisemmiksi sekä päihteiden käytön vähentymisenä. Ruokailutottumuksissa muutokset näkyivät kasvisten ja hedelmien syönnin sekä täysjyväviljatuotteiden ja kasvirasvavalmisteiden käytön lisääntymisenä. Päihteiden käytön kohdalla merkittävä osa vastaajista oli vähentänyt alkoholin tai tupakkatuotteiden käyttöä terveystarkastuksen jälkeen. Vähiten terveystarkastus vaikutti työttömien liikuntatottumuksiin, vaikkakin hyötyliikuntaan kiinnitettiin terveystarkastuksen jälkeen aiempaa enemmän huomiota. Jatkotutkimuksiin terveystarkastusten perusteella ohjattiin puolet vastanneista, joista kuitenkin kolmannes jätti menemättä heille ohjattuun tahoon.

Terveystarkastukset koettiin yleisesti positiivisiksi ja hyödyllisiksi. Aiempia tutkimustuloksia myötäillen työttömät ovat valmiita muuttamaan elintapojaan saadessaan riittävästi asianmukaista terveysneuvontaa ja -ohjausta. Tutkimuksemme naiset osoittautuivat hieman miehiä motivoituneimmiksi terveydestään huolehtimisessa. Terveysneuvonnan asianmukaisiin toteutustapoihin tuleekin kiinnittää erityisesti huomiota. Jatkohoidon tarpeellisuuden perusteluun tulisi paneutua aiempaa enemmän, jotta sitä tarvitsevat hakeutuisivat palveluiden pariin.

TYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMUKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Opinnäytetyön ”Raision pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelut – työntekijöiden kokemuksia ja kehittämisehdotuksia” tarkoituksena oli selvittää työntekijöiden kokemuksia pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluista Raisiossa ja kartoittaa kehittämisehdotuksia toiminnalle työntekijöiden näkökulmasta. Tutkimusongelmat olivat: Minkälaisia kokemuksia työntekijöillä on pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluista? Minkälaisia kehittämisehdotuksia työntekijöillä on pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujen kehittämiseen?

Opinnäytetyön aineisto kerättiin teemahaastattelulla, joka toteutettiin ryhmähaastatteluina. Haastattelu kohdennettiin tiettyihin ennalta valittuihin teemoihin, jotka olivat samat jokaisessa ryhmähaastattelussa. Haastatteluryhmiä oli neljä ja haastateltavat olivat sosiaalityöntekijä, työvoimaohjaaja, kuntoutusohjaaja, lääkäri, osastonhoitaja, diabeteshoitaja, astmahoitaja ja kaksi Turun ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijaa ja opettaja. Ryhmähaastattelut nauhoitettiin ja aineiston analyysi aloitettiin litteroimalla aineisto. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti.

Työntekijöiden kokemusten osalta haastatteluaineistosta nousi selkeästi esille kokemukset pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujen järjestämisestä ja niiden merkityksellisyydestä sekä kokemukset pitkäaikaistyöttömistä asiakasryhmänä. Tutkimustulokset osoittavat, että työntekijät ovat pääosin tyytyväisiä pitkäaikaistyöttömille järjestettyihin terveyspalveluihin. Pitkäaikaistyöttömille suunnatussa terveyspalveluissa toimivaksi koettiin erityisesti yhteistyö eri työntekijöiden välillä. Haastateltavat kokivat, että asiakkaiden ohjautuminen työvoimatoimiston kautta pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluihin toimii hyvin, sillä siten asiakkaita saadaan hyvin tavoitettua. Rasion pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluiden työntekijät kokivat järjestetyn terveyspalvelun merkitykselliseksi niin asiakkaan kuin eri toimijoidenkin näkökulmasta. Työn merkityksellisyyden kokemisessa monien sairauksien ja erilaisten terveysongelmien löytyminen nousi keskeiseksi. Työntekijöiden kokemusten mukaan matalan kynnyksen terveyspalvelut ovat pitkäaikaistyöttömille tarkoituksenmukaisia ja pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelut olisi tärkeää vakinaistaa kunnan perusterveydenhuollon toimintaan.

Aineistosta nousi esille kaksi pääaluetta kehittämiskohteiksi: toiminnan sisällön kehittäminen ja toiminnan järjestämisen kehittäminen. Toiminnan sisällön kehittämiseksi haastateltavat ehdottivat asiakkaita aktivoivia toiminnallisia menetelmiä, palautteen keräämistä ja motivointia sekä vaikuttavuuden seuranta. Toiminnan järjestämiseen liittyvät kehittämisehdotukset olivat toiminnan sujuvuuden ja jatkuvuuden parantaminen sekä vaikuttavuuden seurannan kehittäminen. Työntekijöiden kokemusten mukaan masennus ja moniongelmaisuus tekevät asiakkaiden motivoinnista ja sitoutumisesta haasteellista ja monet olivatkin havainneet, että asiakkaat jättävät tulematta varatuille vastaanottoajoille. Työntekijät kokivat, että pitkäaikaistyöttömien motivointia ja sitouttamista tulisi kehittää esimerkiksi järjestämällä ryhmätoimintaa. Lisäksi työntekijät kokivat, että seuranta tulisi kehittää, jotta saataisiin tietoa asiakkaiden jatkohoitojen ja elämäntapamuutosten toteutumisesta.

Seuranta ehdotettiin toteuttavaksi esimerkiksi ottamalla asiakkaaseen yhteyttä puolen vuoden kuluttua terveystarkastuksesta tai seuraamalla jatkokäyntien toteutumista. Työntekijät kokivat toiminnan jatkuvuuden olevan puutteellista, sillä terveystarkastuskäyntejä on vain muutama ja käyntimäärä on joidenkin asiakkaiden kohdalla koettu riittämättömäksi. Haastateltavat ehdottivat jatkuvuuden turvaamiseksi terveystarkastuskäyntien lisäämistä. Pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujen yhdeksi keskeisimmäksi kehittämisehdotukseksi osoittautui pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon keskittäminen yhdelle terveydenhoitajalle.

RYHMÄTOIMINTAKOKEILU TYÖTTÖMIEN TERVEYDENEDISTÄMISEN TUKENA

Opinnäytetyön toisessa osassa suunniteltiin ja toteutettiin ryhmätoimintaa pitkäaikaistyöttömille naisille Raisiossa. Yhteistyössä Raision yhdyshenkilöiden kanssa kohderyhmäksi valittiin terveystarkastuksessa käyneet pitkäaikaistyöttömät naiset, sillä ”Pitkäaikaistyöttömille Raisiossa tarjottavien terveystarkastusten vaikutukset asiakkaiden näkökulmasta”-opinnäytetyössä naisten havaittiin olevan miehiä motivoituneempia terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitoon ja parantamiseen.

Ryhmätoimintaan kutsuttiin pitkäaikaistyöttömiä naisia terveystarkastuksessa todettujen terveysongelmien pohjalta, joita olivat esimerkiksi kohonnut verenpaine, kohonneet kolesteroliarvot, ylipaino ja kohonnut verensokeri. Kutsuja lähetettiin yhdyshenkilön kautta 17 kappaletta. Ryhmätoimintaa järjestettiin kahdena peräkkäisenä tiistaiaamupäivänä Raision terveystarkastuksen tiloissa ja yhdelle tapaamiskerralle oli varattu aikaa kolme tuntia. Kutsutuista kaksi osallistui ryhmätoimintaan molemmilla tapaamiskerroilla. Keskeisinä aihepiireinä olivat terveellinen ravitsemus, liikunta ja painonhallinta. Aiheita käsiteltiin sydänterveyden näkökulmasta ja jaettavaa materiaalia oli hankittu Sydänliitolta. Lisäksi tapaamiskerroilla oli mahdollisuus verenpaineen, verensokerin, vyötärön ympäryksen ja painon mittaukseen. Ryhmänvetäjinä oli kummallakin kerralla neljä terveydenhoitajaopiskelijaa. Ryhmätoiminta suunniteltiin toteutettavaksi noin 10 hengen ryhmälle. Lisäksi suunnitelma tehtiin joustavaksi ja helposti muunneltavaksi, jotta osallistujien esittämät toiveet ja odotukset tulisivat huomioitua toteutuksessa.

Ryhmätoiminnan suunnitelman ja toteutuksen arvioinnin haasteena on se, että toimintaan osallistui kaksi henkilöä ja suunnitelma oli vähintään 10 hengen ryhmälle. Ryhmätoiminnan suunnitelma osoittautui toimivaksi pienelläkin ryhmällä toteutettuna muunneltavuuden ja joustavuuden vuoksi. Saatujen palautteiden perusteella ryhmätoiminta oli tarkoituksenmukaista ja kiinnostavaa. Osallistuneet toivoivat lisää vastaavanlaista maksutonta toimintaa, joka toteutuisi esimerkiksi kerran kuukaudessa. Etenkin vertaistuki ja keskustelumahdollisuus koettiin tärkeäksi. Osallistuneiden vähäinen määrä saattaisi johtua ryhmätoiminnan aikaisesta ajankohdasta, kutsun myöhäisestä lähettämisaikankohdasta ja henkilökohtaisen tiedottamisen puuttumisesta. On myös mahdollista, että ryhmätapaamisten sisältö ei herättänyt pitkäaikaistyöttömien naisten mielenkiintoa. Ryhmätapaamisissa onnistuttiin luomaan avoin ja keskusteleva ilmapiiri. Osittain ilmapiirin avoimuutta voidaan selittää osallistujien vähäisellä lukumäärällä ja heidän avoimella asennoitumisellaan. Lisäksi osallistujat kokivat ryhmän vetäjät tasavertaisiksi heidän kanssaan, jolloin keskustelu oli luontevaa. Ryhmänvetäjiä oli osallistuneisiin nähden enemmän ja se mahdollisti myös henkilökohtaisen terveysneuvonnan ja motivoinnin.

POHDINTA

Terveystarkastuksissa käyneet työttömät olivat pääasiassa tyytyväisiä tarkastuksiin ja kokivat ne hyödyllisiksi. Suurin osa koki saaneensa uutta tietoa terveydentilastaan. Myös terveellisiä elämäntapoja koskeva terveystarkastus koettiin riittäväksi. Terveystarkastuksen rooli osana terveystarkastuksia voidaankin nähdä työttömien kohdalla erittäin keskeisenä, sillä aiempien tutkimusten mukaan työttömien epäterveelliset terveystottumukset johtuvat osittain tiedon puutteesta. Muutoksia terveystottumuksissa terveystarkastuksen jälkeen raportoitiin ravitsemuksen, liikunnan, tupakoinnin sekä alkoholin käytön osalta. Jatkohoitoon ja -tutkimuksiin terveystarkastuksen perusteella ohjattiin puolet vastaajista, mutta jopa kolmasosa ilmoitti, ettei ollut kuitenkaan hakeutunut jatkohoitoon. Jatko-toimenpiteiden tarpeellisuuden perusteluun tulisikin jatkossa kiinnittää enemmän huomiota.

Pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujärjestelmässä tulisi kiinnittää huomiota työttömien tavoittamiseen varhaisessa vaiheessa, jolloin olisi mahdollista ennaltaehkäistä pitkäaikaistyöttömyyden haitallisia vaikutuksia ihmisen hyvinvointiin ja terveyteen. Haastateltavien kokemusten mukaan pitkäaikaistyöttömille suunnatut terveyspalvelut ovat tarkoituksenmukaisia ja tuloksellisia. Toiminta vaatii kuitenkin kehittämistä etenkin jatkuvuuden näkökulmasta. Asiakkaiden vähäiseen motivaatioon oli havahduttu, ja tulevaisuudessa motivoinnin ja sitouttamisen edistämiseen tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota. Hyviksi motiivoinnin keinoiksi todettiin henkilökohtainen vaikuttaminen, konkreettiset tutkimustulokset, toistuvat mini-interventiot ja motivoiva haastattelu.

Osallistuminen opinnäytetyön toisessa osassa järjestettyyn ryhmätoimintaan oli lukumäärällisesti vähäistä. Osittain vähäisen osallistujamäärän syynä voi olla henkilökohtaisen tiedonannon puuttuminen. Osallistujat olivat kuitenkin tyytyväisiä järjestettyyn toimintaan ja toivoivat lisää vastaavanlaista maksutonta ryhmätoimintaa. Yksi ryhmätoiminnan suuri haaste on pitkäaikaistyöttömien tavoittaminen, motivointi ja sitoutuminen ryhmätoimintaan.

Tutkimustulokset ovat hyödynnettävissä pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujen kehittämistyössä. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää ja soveltaa valtakunnan tasolla suunniteltaessa pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluja kunnissa. Tulokset antavat viitteitä siitä, mitkä osa-alueet palvelujärjestelmässä tarvitsevat kehittämistä ja mitkä osa-alueet ovat pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujärjestelmässä haasteellisia. Samalla selviää, kuinka paljon voimavaroja pitäisi keskittää esimerkiksi motivointiin, jatkuvuuteen ja palvelujen järjestämiseen.

LÄHTEET

- Eronen, A., Londen, P., Perälähti, A., Siltaniemi, A. & Särkelä, R. 2006. Sosiaalibarometri 2006. Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.
- Gunnel, D., Lopatatzidis, A., Dorling, D., Wehner, H., Southall, H. & Frankel, S. 1999. Suicide and unemployment in young people: Analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. *British Journal of Psychiatry* 175(9):263–270.
- Helakorpi, S.; Patja, K.; Prättälä, R. & Uutela, A. 2007. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2006. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 1/2007. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heliövaara, M. & Rissanen, A. 2007. Lihavuus ja painonhallinta. Teoksessa Prättälä, R. & Paalanen, L. (toim.) 2007. Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007. [viitattu 9.4.2009] http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b02.pdf
- Kalimo, R. & Vuori, J. 1992. Työttömyys ja terveys. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Keskimäki, I., Koskinen, S. & Teperi, J. 2002. Terveyspalvelujen mahdollisuudet kaventaa terveyseroja. Teoksessa Kangas, I., Keskimäki, I., Koskinen, S., Manderbacka, K., Lahelma, E., Prättälä, R. & Sihto, M. (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 282.
- Kposowa, A. J. 2001. Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychological Medicine* 31(1):127–138.
- Lahelma, E. & Koskinen, S. 2002. Suomalaisten suuret sosioekonomiset terveyserot - haaste terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle. Teoksessa Kangas, I., Keskimäki, I., Koskinen, S., Manderbacka, K., Lahelma, E., Prättälä, R. & Sihto, M. (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 21–22.
- Mannila, S. & Martikainen, P. 2005. Työttömyys. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.). Suomalaisen terveys. Saarijärvi: Saarijärven offset oy.
- Poikolainen, K. & Paalanen, L. 2007. Alkoholin käyttö. Teoksessa Prättälä, R. & Paalanen, L. (toim.) 2007. Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007. [viitattu 9.4.2009] http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b02.pdf
- Roos, E., Prättälä, R. & Paalanen, L. 2007. Ruokatottumukset. Teoksessa Prättälä, R. & Paalanen, L. (toim.) 2007. Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007. [viitattu 9.4.2009] http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b02.pdf
- Savola, E. 2009, sosiaaliohjaaja, Raision sosiaali- ja terveyskeskus. Henkilökohtainen tiedonanto 5.2.2009.
- Stakes 2008. Pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujen kehittämishanke. Raportti: Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut kunnissa keväällä 2008. [viitattu 12.12.2008] <http://info.stakes.fi/tyottomienterveysdenhuolto/FI/index.htm>
- STM 2001. Terveys 2015 [viitattu 28.3.08]. <http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>

STM 2008a. Pitkäaikaistyöttömien terveyden ja työkyvyn edistäminen [viitattu 4.4.2008.]. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/14519/index.htm>

STM 2008b. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2008:16 [viitattu 20.4.2009] http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3702.pdf&title=Kansallinen_terveyserojen_kaventamisen_toimintaohjelma_2008__8211_2011_fi.pdf

Tilastokeskus 2009. Syyskuussa työllisiä 75 000 vähemmän kuin vuosi sitten [viitattu 21.10.09]. http://www.stat.fi/til/tyti/2009/09/tyti_2009_09_2009-10-20_tie_001_fi.html

Työ- ja elinkeinoministeriö, 2008. Työllisyyskatsaus 2008. [viitattu 15.2.2009]. <http://www.tem.fi/files/21483/JOULU08.pdf>

Vuori, J.1997. Työttömyys, työkyky ja työllistyminen [viitattu 23.3.2008]. <http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Tiedonvalitys/Verkkolehdet/Tyoterveiset/1997-03/04.htm>

KIRJOITTAJAT

Elina Junnila, Iida Kesänen, Emilia Rauanheimo ja Kaisa Sjöblom valmistuvat Turun ammattikorkeakoulusta terveydenhoitajiksi (AMK) ja sairaanhoitajiksi (AMK) keväällä 2010.

Opinnäytetyön ohjaajana toimi yliopettaja, TtL Kristiina Viljanen.

Opinnäytetyöt liittyvät Turun AMK:n ja Raision sosiaali- ja terveystieteiden yhteistyöhankkeeseen, jonka tarkoituksena on kehittää pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluita.

TOIMITTAJAT

Ulla Wiirilinna, KL toimii hoitotyön ja Degree Programme in Nursing koulutusohjelmien koulutuspäällikkönä Salon toimipisteessä.

Hannele Palta, TtL, VTM toimii ensihoidon ja hoitotyön koulutusohjelmien koulutuspäällikkönä Turun toimipisteessä.

Sirkku Koivuniemi, VTM toimii lehtorina ja viestintävastaavana Terveysala-tulosalueella.