



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Pia Pada ja Henna Myntti

HOITAJAN NÄKÖKULMA MASEN-  
NUSTA SAIRASTAVAN IÄKKÄÄN PO-  
TILAAN KOTIUTTAMISESTA PSYKI-  
ATRISESTA ERIKOISSAIRAANHOI-  
DOSTA AVOHOITOON

Sosiaali- ja terveysala  
2018

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Pia Pada ja Henna Myntti
Opinnäytetyön nimi	Hoitajan näkökulma masennusta sairastavan iäkkään potilaan kotiuttamisesta psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon
Vuosi	2018
Kieli	suomi
Sivumäärä	82 + 4 liitettä
Ohjaaja	Taina Huusko

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitajan näkökulmaa iäkkään masennuspotilaan tiedon ja tuen tarpeesta hänen siirtyessään psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon. Tarkoituksena oli selvittää, millaista tukea ja tietoa hoitajat antavat potilaalle hänen kotiutuessaan psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon, missä muodossa tietoa annetaan, mitä muuta tukea kotiutuva iäkäs masennuspotilas mahdollisesti saa, ja mitä asioita hoitajat kokevat haasteelliseksi kotiutusprosessissa. Tutkimuksen tavoitteena oli edistää sellaisen tiedon ja tuen saantia, mitä iäkäs masennuspotilas tarvitsee.

Tutkimuksen teoreettisessa viitekehysessä käsiteltiin ikääntymistä sekä siihen liittyviä fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia muutoksia, masennusta, iäkkään masennuksen erityispiirteitä, psykiatrista avohoitoa ja psykiatrista sairaalahoitoa. Tutkimus oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, ja sen aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Kyselylomakkeessa oli sekä strukturoituja, puolistrukturoituja että avoimia kysymyksiä. Tutkimukseen osallistuivat erään psykogeriatrisen osaston hoitajat.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että lääkitys ja sen toteuttamisen varmistaminen ennen uloskirjoitusvaihetta on yksi tärkeimmistä aiheista avohoidossa pärjäämisen kannalta. Myös jatkohoito on suunniteltava huolellisesti ja sen jatkuvuus on varmistettava. Tutkimuksessa selviää, tukea on mahdollista saada avohoidossa eri tahoilta, kuten erilaisilta mielenterveyden tukipalveluilta. Omaisten tuella on tärkeä merkitys koko hoitoprosessin ajan, ja heidät olisi osallistettava potilaan hoitoon riittävällä informoinnilla. Sekä suullinen että kirjallinen tiedonanto on tärkeää. Potilaille jäävät useimmiten epäselviksi lääkehoitoon ja somaattisiin ongelmiin liittyvät asiat, kun taas sairauden hoitoon liittyvät asiat taas tuntuivat olevan potilaille eniten selviä. Potilaan uloskirjoitusvaiheen haasteet liittyivät henkilökunnan vastuuseen, ajankäytön ongelmiin, potilaan motiivoinnin haasteellisuuteen, jatkohoitopaikan järjestämiseen sekä kotona pärjäämiseen.

---

Avainsanat ikääntynyt, masennus, psykiatrisen sairaalahoito, psykiatrisen avohoito

## ABSTRACT

Author	Pia Pada and Henna Myntti
Title	A Nurse's Point of View on Discharging an Elderly Patient from Psychiatric Specialized Medical Care to Outpatient Care
Year	2018
Language	Finnish
Pages	82 + 4 Appendices
Name of Supervisor	Taina Huusko

---

The purpose of this study was to find out a nurse's point of view on the needs of and elderly, depressed patient for information and support when transferred from psychiatric specialized medical treatment to outpatient care. The purpose was to find out what kind of support and information nurses give to a patient as they are discharged from psychiatric specialized medical care to outpatient care, in what form the information is given, what other kind of support the discharged depressed elderly patient possibly receives and what kind of things the nurses find challenging in the discharge process. A further aim was to promote the access to the kind of information the depressed elderly patient needs.

The theoretical framework addresses aging and the physical, mental and social changes related to it, depression, the special qualities of depression with the elderly, psychiatric outpatient care and psychiatric inpatient care. The study was qualitative and the material was collected with a questionnaire which included structured, half-structured and open-ended questions. The participants of the study were the nurses of a psychogeriatric ward.

The study finds that medication and ensuring the implementation of pharmacotherapy before the discharge process are the most important issues related to coping in outpatient care. Also the follow-up treatment should be carefully planned and its continuation ensured. The study shows, that it is possible to receive support from different partners, like from different mental health support services. The support of the family has a great meaning during the treatment process, and they should be included in to the treatment with sufficient amount of information. Spoken and written information are both important. In most cases issues related to medication and somatic problems remain as the most unclear things to the patients, whereas the issues related to treatment of the disorder seemed to be the most clear ones. The challenges of the discharge process concerned the responsibility of the personnel, problems with the use of time, the challenges of motivating the patient, arranging the place of follow-up treatment and coping at home.

---

Keywords	Elderly, depression, psychiatric inpatient care, psychiatric outpatient care
----------	--

# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	10
	2.1 Ikääntynyt .....	10
	2.2 Masennus .....	15
	2.2.1 Masennuksen riskitekijät.....	19
	2.2.2 Masennuksen oireet.....	20
	2.2.3 Masennuksen hoito .....	25
	2.2.4 Masennuksen itsehoito ja ehkäisy .....	32
	2.3 Ikääntynyt masennuspotilas .....	36
	2.3.1 Ikääntyneen masennuksen riskitekijät.....	37
	2.3.2 Ikääntyneen masennuksen oireet ja hoito .....	39
	2.4 Psykiatrinen avohoito.....	47
	2.5 Psykiatrinen sairaalahoito .....	49
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ ...	53
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	54
	4.1 Kohderyhmä ja aineiston kerääminen.....	54
	4.2 Työn aikataulu .....	55
	4.3 Mittarin esitestaus .....	55
	4.4 Aineiston analysointi ja tulosten raportointi .....	56
	4.5 Tutkimuseettiset kysymykset.....	57
	4.6 Välineet ja resurssit.....	58
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	59
	5.1 Potilaan kanssa käsiteltävät aiheet uloskirjoitusvaiheessa.....	62
	5.2 Tiedonanto uloskirjoitusvaiheessa .....	64
	5.3 Muut keinot potilaan tukemiseksi.....	65

5.4 Omaisten rooli.....	65
5.5 Kotiuttamisprosessin haasteet.....	67
5.6 Useimmiten potilaille epäselviksi jäävät asiat .....	68
5.7 Potilaan kotona selviytymisen tukeminen .....	69
6 POHDINTA.....	70
6.1 Oppimisprosessi.....	70
6.2 Tutkimustulokset ja johtopäätökset .....	71
6.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	73
6.4 Jatkotutkimusaiheet.....	74
LÄHTEET.....	76

**KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO**

<b>Kuvio 1.</b> Vastaajien ikä.	s. 57
<b>Kuvio 2.</b> Vastaajien sukupuoli.	s. 58
<b>Kuvio 3.</b> Vastaajien työkokemus alalla.	s. 58
<b>Kuvio 4.</b> Vastaajien äidinkieli.	s. 59
<b>Taulukko 1.</b> Hoitajan näkökulma masennusta sairastavan iäkkään potilaan kotiuttamisesta psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon.	s. 59
<b>Taulukko 2.</b> Aiheet, joita potilaan kanssa käsitellään uloskirjoitusvaiheessa.	s.60
<b>Taulukko 3.</b> Tiedonannon eri muodot potilaan uloskirjoitusvaiheessa.	s. 62
<b>Taulukko 4.</b> Muut keinot, joilla potilasta tuetaan uloskirjoitusvaiheessa.	s. 62
<b>Taulukko 5.</b> Omaisten kotiutusprosessiin osallistumisen tärkeys.	s. 63
<b>Taulukko 6.</b> Hoitajien kokemat haasteet potilaan kotiuttamisprosessissa.	s. 65

**LIITELUETTELO**

**LIITE 1.** Saatekirje suomeksi

**LIITE 2.** Saatekirje ruotsiksi

**LIITE 3.** Kyselylomake suomeksi

**LIITE 4.** Kyselylomake ruotsiksi

## 1 JOHDANTO

Vanhuusiän masennus on yleistä, mutta ei kuulu luonnolliseen vanhenemiseen. Iäkkään masennus voi usein jäädä tunnistamatta ja henkilö ilman riittävää hoitoa. (Saarela 2011, 372.) Vuonna 2014 yksinäiseksi itsensä koki 6 % yli 63-vuotiaista miehistä ja 11 % naisista. Merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta yli 65-vuotiaista miehistä koki 7 % ja naisista 9 %. Vajaa viidennes yli 63-vuotiaista miehistä ja joka neljäs naisista kokee masennusoireita. Vuonna 2014, 163 yli 65-vuotta täyttänyttä ihmistä teki itsemurhan. (THL 2017.) Iäkkäiden masennuspotilaiden kuolleisuus on lisääntynyt verrattuna masennusta sairastamattomiin iäkkäisiin. Masennuksesta toipuneiden ja masennusta sairastamattomien kuolleisuus on samaa luokkaa. (Pulsa 2001.)

Opinnäytetyön tekijöiden mielestä iäkkäiden masennus on ajankohtainen ja kasvava ongelma, myös kansanterveydellisestä näkökulmasta. Erityisesti viimevuosina iäkkäiden heikkenevä hyvinvointi ja lisääntynyt masentuneisuus on ollut laajalti keskusteluissa yhteiskunnassamme. Opinnäytetyöllämme halutaan kartoittaa hoitajan näkökulmaa iäkkään masennuspotilaan tuen- ja tiedontarpeesta kotiutusvaiheessa.

Aiheen opinnäytetyön tekijät saivat työlleen Laura Kuutin (2015) opinnäytetyön jatkotutkimusaiheena. Kuutin opinnäytetyö käsitteli masennusta sairastavien iäkkäiden potilaiden kokemuksia kotiutumisesta psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon. Opinnäytetyön tekijät halusivat tarkastella asiaa nyt hoitajien näkökulmasta.

Opinnäytetyön aiheena on siis hoitajan näkökulma iäkkään masennuspotilaan kotiuttamisesta psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon. Opinnäytetyö toteutetaan erään psykiatrisen yksikön psykogeriatrisella osastolla. Työssä käsitellään, minkälaista tietoa ja tukea iäkäs masennuspotilas hoitajan näkökulmasta tarvitsee, minkälaista tietoa hoitajat kotiutusvaiheessa antavat sekä miten ja missä muodossa



tietoa annetaan. Työssä selvitetään myös, mitkä asiat hoitajat kokevat haasteelliseksi potilaan kotiuttamisprosessissa. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi iäkkään masennuspotilaan kotiutusprosessin toimivuuden arvioinnissa ja sen kehittämisessä niin, että erityisesti haasteelliset asiat huomioidaan ja niiden sujuvuus varmistetaan.

Tutkimuksen lähestymistavaksi valittiin kvalitatiivinen tutkimus. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan kuvata tutkimusalueita, joista ei paljonkaan vielä tiedetä tai jos aiheeseen halutaan löytää uusi näkökulma tai merkitys. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on toimintatapojen, erojen ja samanlaisuuksien löytäminen tutkimusaineistosta. Kvalitatiivisen tutkimuksen tunnuspiirteitä ovat naturalistisuus, yksilöllisyys, induktiivisuus, kontekstispesifisyys ja tutkimusasetelmien joustavuus. Naturalistisuudella tarkoitetaan asioiden tarkastelua niiden luonnollisissa olosuhteissa. Yksilöllisyydellä tarkoitetaan yksilön toiveita ja tuntemuksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–67.) Induktiivisuus tarkoittaa teorialähtöisyyttä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167). Kontekstispesifisyys tarkoittaa sitä, että tutkimus liittyy tiettyihin tilanteisiin. Tämä edellyttää tarkkaa kuvausta tilanteista ja paikoista, joissa aineistot kerätään. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei myöskään pyritä yleistettävyyteen, jolloin otos on harkinnanvarainen ja siihen yritetään saada henkilöitä, jotka mahdollisimman hyvin edustavat tutkittavaa ilmiötä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67.)

## 2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään ikääntymistä ja sen vaikutuksia niin fyysiseen, psyykkiseen kuin sosiaaliseenkin toimintakykyyn. Luvussa käsitellään myös masennusta, sen oireita ja hoitoa sekä itsehoitoa ja ehkäisyä. Ikääntyneen masennusta, sen riskitekijöitä, oireita ja hoitoa käsitellään erikseen. Lopuksi käsitellään psykiatrasta avohoitoa sekä psykiatrasta sairaalahoitoa.

### 2.1 Ikääntynyt

Iällä on useita erilaisia merkityksiä: kronologinen ikä tarkoittaa kalenteri-ikää, biologinen ja fysiologinen ikä kertovat ihmisen kunnosta ja subjektiivinen ja kulttuurinen ikä taas määrittävät omien tunteiden ja odotusten mukaisesti. Tilastollisesti Suomessa ikääntyneiksi luokitellaan 65 vuotta täyttäneet henkilöt, sillä 65 vuotta on yleinen eläkeikä. Tilastollinen käsitys ei kuitenkaan ole ainoa tulkinta ikääntyneestä, vaan toimintakykyyn perustuva käsitys määrittää vanhuuden alkavaksi 75 vuoden iässä. Kaikkien hyväksymää määritelmää sille, milloin vanhuus alkaa, ei kuitenkaan ole. (Kehitysvamma-alan verkkopalvelu, 2014.)

Ikääntymistä voi lähestyä monesta eri suunnasta; yleisin lähtökohta sekä tutkimuksissa että arkiajattelussa on lääketiede ja siihen liittyvä sairauskeskeinen malli. Tällä hetkellä ikääntymistä koskeva keskustelu on erityistä siitä, että aiemmin ihmisten eläminen vanhaksi ei ollut niin yleistä ja tavanomaista, kuin se nykypäivänä on. Kun keskimääräinen elinikä on kasvanut ja ihmiset elävät entistä pidempään terveinä ja hyväkuntoisina, on alettu puhumaan täysin uudesta elämänvaiheesta – kolmannesta iästä. Kolmannen iän sanotaan alkavan työuran jälkeen, joka houkuttelee keski-ikäistä työelämässä uupuneena pinnistelevää lupaavana tulevaisuudennäkömänä, johon liittyy harrastuksia, itsensä toteuttamisen mahdollisuuksia, matkustelua ja huoletonta menoa. Niin kutsuttu neljäs ikä puolestaan tarkoittaa sitä elämänvaihetta, jossa tarvitaan muiden apua ja tukea päivittäisiin toimintoihin. (Saareheimo 2012, 18–19.)

Toimintakykyä tarkastellaan fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena toimintakykynä. Toimintakyky määritellään ihmisen toiminnoiksi, joita hän toteuttaa eri tilanteissa. Toimintakyky ilmenee työkykynä, päivittäistoiminnoista selviytymisenä ja harrastustoiminnoissa. Toimintakyvyllä tarkoitetaan myös selviytymistä itselle merkityksellisistä jokapäiväisistä toiminnoista itseä tyydyttävällä tavalla omassa elinympäristössä. Terveys nähdään yksilön voimavarojen, tavoitteiden sekä ympäristön tasapainona. Voimavarojen heikentyessä toimintakyvyn ja terveyden tasapainoa voidaan palauttaa sosiaalista tukea lisäämällä, tavoitteita muuttamalla, elinympäristöä parantamalla sekä kuntouttamalla. Sopeutuminen, optimointi, valinta ja kompensointi ovat keinoja, joilla ihminen pyrkii selviytymään heikentyneen toimintakykynsä vaikutuksista. (Heimonen 2009, 9.) Sulanderin (2009) mukaan toimintakyvyn keskeinen vaikuttava tekijä on elintavat. Tupakointi, runsas alkoholin käyttö ja fyysisen aktiivisuuden vähäisyys ovat yhteydessä toimintakyvyn vajeisiin. Riittäväällä energian- ja ravinnonsaannilla on myös keskeinen merkitys toimintavaheiden ehkäisyn kannalta. Myös liikunnalla on todettu oleva suotuista vaikutus toimintakykyyn; ikääntyneillä liikunnan ei tarvitse olla raskasta hikoilua, sillä jo kävelyaktiivisuuden lisääminen riittää.

Pohjolaisen (2009) mukaan fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan elimistön kykyä selviytyä fyysistä ponnistelua vaativista tehtävistä. Fyysinen toimintakyky perustuu tuki- ja liikuntaelimistön sekä hengitys- ja verenkiertoelimistön toimintaan. Fyysisen toimintakyvyn kannalta olennaista on muutokset hengitys- ja verenkiertoelimistössä, lihas- ja luukudoksessa, nivelten liikkuvuudessa sekä tuki- ja liikuntaelimistössä. Lisäksi muutokset havaintomotorisissa toiminnoissa ja tasapainossa vaikuttavat fyysiseen toimintakykyyn. Liikuntaelimistön toimintakyvyllä taas tarkoitetaan kykyä tuottaa liikettä eri ruumiinosilla. Fyysistä toimintakykyä voidaan arvioida kyselyillä ja haastatteluilla, havainnoinnilla, toimintatesteillä ja laboratorio-mittauksilla.

Ikääntymiseen liittyy monia anatomisia ja fysiologisia muutoksia. Vanhetessa elimistö kuivuu, kuihtuu ja rasvoittuu ja 80 vuoden ikään mennessä 30–40 % esimerkiksi sydämen, aivojen, keuhkojen, munuaisten ja lihaksiston soluista katoaa. Hengitys- ja verenkiertoelimistössä valtimoverisuonet kovettuvat ja ateroskleroottisuus lisääntyy, veren virtausvastus kasvaa, sydämen läpät kalkkeutuvat, verenpaineessa tapahtuu muutoksia systolisen paineen nousuna ja diastolisen paineen laskuna. Sydämen toimintakyky vähentyy, sen maksimisyke ja iskutilavuus pienentyvät ja supistuskky heikkenee. Elimistön kyky ylläpitää normaalia ruumiinlämpöä heikentyy verenkierron muutosten ja lihasmassan vähenemisen vuoksi. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 12–13.)

Stressitilanteessa ikääntyneen elimistö tarvitsee enemmän aikaa palautuakseen stressiä edeltävälle tasolle. Hengitystoiminnat heikkenevät keuhkojen hengityskapasiteetin pienentyessä ja rintakehän elastisuuden vähentyessä. Luuston haurastuminen eli osteoporoosi jatkuu elämän loppuun saakka ja nivelten liikkuvuus vähenee. Myös nivelten rustokudos kuluu, mikä lisää alttiutta nivelrikoille. Lihaksistossa taas lihasmassa vähenee, sidekudoksen ja rasvan määrä lisääntyy ja lihassoluihin kasaantuu kuona-aineita. Tärkein syy lihasvoiman vähentymiseen on lihasatrofia eli lihasten surkastuminen, joka johtuu lihassolujen koon ja lukumäärän vähenemisestä. Hermostossa tapahtuu rappeutumista ja käskyjen kulkeutuminen hermosolusta toiseen heikkenee. Myös hermojen johtonopeus putoaa, mikä näkyy reaktioaikojen pitenemisellä. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 12–18.)

Hormonierityksen säätelyjärjestelmien toiminta heikkenee, mikä vaikuttaa elimistön sisäiseen tasapainotilaan eli homeostaasiin. Näköaistin vanhenemismuutoksiin kuuluu hämäränäön huonontuminen, silmien kuivuminen ja se, ettei silmää enää pysty tarkentamaan lähietäisyydelle. Moni ikääntynyt kärsii myös huonontuneesta kuulosta, joka on symmetristä ja molemminpuolista. Kuulon huononeminen selittyy esimerkiksi kahden korvan yhteistoiminnan huononemisena ja kuuloelimien ja

aivoihin vievien hermoratojen rappeutumisenä. Myös korvan tasapainoelinten toiminta voi heiketä, mikä vaikeuttaa tasapainon säätelyä ja näkyvyyttä kaatuilutaipumukseksi. Makuaistissa tapahtuu muutoksia karvaan ja happaman sekä suolaisen ja makean maistamisen heikentymisenä. Syljen erityys vähenee ja suu kuivuu. Nielemisvaikeuksia esiintyy, koska kurkunkansi ei peitä henkitorven yläosaa kunnollisesti ja ruokaa menee helposti niin sanotusti väärään kurkkuun. Myös hajuaisti saattaa heikentyä. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 18-20.)

Ruoansulatuskanavan toiminta heikkenee, suolen peristaltiikka hidastuu ja mahalaukun tyhjenemisaika voi pidentyä. Suolen toiminnan hidastuminen aiheuttaa ummetusta. D-vitamiini ja kalsium imeytyvät heikommin. Iho ohenee ja ryppyntyy, hikirauhaset vähenevät. Ihon suojaus toiminto heikkenee, jolloin ikääntyneelle voi helposti tulla haavoja ja hautumia. Sisäelimestön muutoksissa maksan koko pienenee ja sen läpi kulkeva verenvirtaus vähenee. Munuaisten rakenteissa ja niiden toiminnassa tapahtuu muutoksia, jotka vaikuttavat muun muassa lääkkeiden poistumiseen elimistöstä. Haiman lipaasituotannon vähentyessä ruokien sulaminen heikentyy. Immuunijärjestelmä heikkenee, jolloin infektiot ja pahanlaatuiset kasvaimet yleistyvät. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 20–27.)

Ikääntymisen mukana myös psyykkiseen toimintakykyyn tulee erilaisia muutoksia (Kelo ym. 2015, 28). Psykkisellä hyvinvoinnilla ei tarkoiteta pelkästään mielen-terveysongelmien puuttumista vaan prosessia, jossa ihminen pyrkii ylläpitämään psyykkistä tasapainoa eri elämäntilanteissa (Saarenheimo 2012). Psykkinen toimintakyky on kykyä vastaanottaa ja käsitellä tietoa, tuntea, kokea ja muodostaa käsityksiä ympärillä olevasta maailmasta sekä kykyä suoriutua älyllisistä ja henkisesti vaativista tehtävistä. Myös ihmisen omat tavoitteet, normit ja asenteet liittyvät vahvasti psyykkiseen toimintakykyyn; ihminen kykenee tekemään elämällensä suunnitelmia, tietoisia sekä vastuullisia ratkaisuja ja valintoja. Onnellisuus on ikääntyneelle ihmiselle iso asia; onnellinen ikääntynyt osaa huomioda päivittäiset ilot sekä tulevaisuutensa suunnittelun. Ikääntyneen yksinäisyys on yksilöllistä, toiset kokevat sen erittäin vaikeana ja tarvitsevat siihen tukea, kun taas toiset nauttivat siitä.

Ikääntyneen psyykkisen toimintakyvyn kannalta vuorovaikutussuhteet lähiympäristöön ovat tärkeitä. On tärkeää huomioida, että psyykinen toimintakyky on yhteydessä myös fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Psyykkisen toimintakyvyn arvioinnin kannalta on tärkeää tiedostaa ja tunnistaa myös ikääntyneen elämän osa-alueet sekä sosiaaliset verkostot. Ikääntyneen kognitiiviset eli käsittelyyn tarvittavat toiminnot (oppiminen, havaitseminen, päätöksenteko) on tärkeä tunnistaa, koska ikääntyessään ihminen tarvitsee kokonaisuuden ymmärtämistä oppiakseen, kun taas päinvastoin hänen kielellinen taitonsa saattaa parantua. Ikääntyessään ihminen alkaa muistella mennyttä elämäänsä ja vaikeita kokemuksia; tällöin ikääntynyt tarvitsee muistoillensa kuuntelijaa. Ikääntynyt pyrkii hyväksymään elämänsä sellaisena kuin se on ollut. (Kelo ym. 2015, 28–30.) Psyykkisen toimintakyvyn arviointiin kiinnittyy neljä tekijää: koettu toimintakyky, tavoitteet ja voimavarat, elämänhallinta ja tavoitteiden saavuttamisen mahdollisuudet. Arvioinnissa keskeinen menetelmä on haastattelu, jossa tärkeää on luottamuksen rakentuminen. Haastattelutilanteen on hyvä olla turvallinen ja tasavertainen. (Heimonen 2009, 59.)

Simosen (2009) mukaan sosiaalinen toimintakyky on kykyä tulla toimeen yhteiskunnassa olevien arvojen ja normien mukaisesti, selviytymistä arkipäivän toiminnoista sekä oman toimintaympäristön rooleista ja vuorovaikutussuhteista. Sosiaalista toimintakykyä arvioidaan haastattelulla, havainnoinnilla, kyselyillä, itsearviointeilla tai toisten tekemillä arvioinneilla.

Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyy mm. selviytyminen päivittäisistä toiminnoista ja vuorovaikutussuhteet (Kelo ym. 2015, 30–31). Kuisman (2017) tutkimuksen mukaan sosiaaliset suhteet tukevat iäkkään mielenterveyttä ja toimintakykyä. Tärkeitä tekijöitä ovat vastavuoroinen avun antaminen ja usko ystävien terveyttä edistävään vaikutukseen. Avun antaminen voi olla esimerkiksi huolenpitoa, asioiden hoitamista ja yhteydenpitoa omaisiin. Tärkeää on myös ystävien tervehtiminen ja yhteinen ajan vietto. Tutkimukseen osallistujat kokivat ystävien olemassaolon auttavan vaikeista elämäntilanteista selviytymisessä ja kohottavan mielialaa. Sosiaalista

kanssakäymistä haittaava tekijä on terveyden ja toimintakyvyn heikkeneminen. Sosiaaliset suhteet koettiin merkityksellisiksi liittyen minäkäsitykseen, elämän tarkoituksellisuuteen ja elämän muutosvaiheisiin. Myös ikääntyneen suhteet yhteiskuntaan sekä kyky tulla toimeen yhteiskunnan normien ja arvojen mukaisesti ovat osa sosiaalista toimintakykyä. Itsensä kokeminen vanhaksi ja tarpeettomaksi liittyy usein ikääntyneen sosiaaliseen toimintakykyyn; tämä vaikuttaa mm. kielteisesti ikääntyneen identiteettiin. Ikääntyneen ihmisen on tärkeää saada tukea sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseen esimerkiksi hoitajan antamasta tuesta ja positiivisesta palautteesta. Iäkkään saama tuki antaa hänelle voimavaroja ja tunteen oman ympäristönsä hallitsemisesta. (Kelo ym. 2015, 30–31.) Kailion (2014) pro gradu – tutkielman mukaan ikäihmiset kokevat, etteivät he juurikaan pysty vaikuttamaan palvelujen järjestämiseen. Ikäihmiset kokevat, että heidän eduistaan supistetaan ensimmäisenä eikä heidän mielipiteitään oteta huomioon. Ikäihmisten asioista päättivät suurimmaksi osaksi työntekijät ja omaiset. Näiden tekijöiden koettiin estävän osallisuutta yhteiskunnassa.

Päivittäisen toimintakyvyn mittaamisen välineenä on ADL (Activities of Daily Life) -mittaristo. ADL-mittaristossa pääpaino on fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa, ja ADL kysymyksiä täydentää IADL (Instrumental Activities of Daily Life) -osio, jossa pääpaino on asioiden hoitamisesta selviytymisessä. Nämä kysymykset koskettavat fyysisen toimintakyvyn lisäksi sosiaalista toimintakykyä. Iän tuomat vaikeudet ilmenevät useimmiten ensin IADL -toiminnoissa. (Simonen 2009, 66.)

## **2.2 Masennus**

Moustgaard (2015) kertoo tutkimuksessaan masennuksen olevan yleinen mielen-terveyden häiriö; vakavimmillaan se voi vaatia sairaalahoitoa sekä johtaa ennenaikaiseen kuolemaan. Masennuksen tunne on yksi ihmisen perustunteista. Mielialan hetkellinen lasku ei vaikuta ratkaisevasti elämään, mutta jos masentunut mieliala kestää viikkoja, kuukausia tai vuosia, kyseessä on sairaus. (Heiskanen, Huttunen & Tuulari 2011, 8.) Masennuksen oireyhtymästä kärsii vuoden aikana noin 5 % suomalaisista (Depressio: Käypä hoito -suositus 2016). Elämänaikaisesti noin 20 %

väestöstä arvioidaan kärsivän hoitoa vaativasta masennustilasta (Heiskanen ym. 2011, 14). Maailmanlaajuisesti masennukseen sairastutaan keskimäärin 24–35-vuotiaana (Lam 2012, 6). Masennus on yleisin yksittäinen diagnoosi uusissa työkyvyttömyyseläkepäätöksissä, ja vuonna 2009 lähes 4000 henkilöä jäi työkyvyttömyyseläkkeelle masennuksen vuoksi (Heiskanen ym. 2011, 14). Maailmanlaajuisesti masennus on neljänneksi suurin työkyvyttömyyden aiheuttaja (Lam 2012, 5).

Enemmistö masennusta sairastavista kärsii samanaikaisesti myös toisesta psyykkisestä häiriöstä, kuten päihdehäiriöstä, ahdistuneisuushäiriöstä tai persoonallisuushäiriöistä (Depressio: Käypä hoito -suositus 2016). Terveystieteissä onkin tärkeää erottaa masennustilat muista mielenterveyshäiriöistä ja varmistua, ettei masennus johdu päihdeongelmista (Isometsä 2011, 28). Masennuksen ja päihdeongelman yhteys on kaksisuuntainen: masennus voi altistaa päihdeongelmalle, ja päihdeongelman voi aiheuttaa masennusta. Masennuspotilaista 10–30 prosentilla on samanaikainen päihdeongelma, naisilla yleisemmin kuin miehillä. Päihderiippuvuus kaksinkertaistaa itsemurhariskin, joka nousee myös raittiiden jaksojen aikana, jos masennusoireisto uusiutuu. Päihdeongelman tunnistamisen apuvälineenä on hyvä käyttää esimerkiksi riskikäyttöä seulovaa AUDIT-kyselylomaketta ja riippuvuuden tasoa arvioivaa SDS-kyselyä. Kartoittamalla henkilön elämänkaarta voidaan arvioida päihdeongelman ja psyykkisten oireiden välistä yhteyttä. (Niemelä 2011, 265–272.) Riippuvuuksia voi kehittyä alkoholin ja huumeiden lisäksi esimerkiksi lääkkeisiin, työhön, seksiin, laihduttamiseen, pelaamiseen, internetiin ja urheiluun. Kun toiminta on pakonomaista ja elämää hallitsevaa, voidaan puhua riippuvuudesta. Riippuvuus kehittyy helposti, kun sen auttava keino tuo helpotusta pahalle ololle. Pakonomainen toiminta voi toimia suojana masennusta vastaan, jolloin henkilö ahdistuu, jos ei pääse harjoittamaan kyseistä toimintaa. (Myllärniemi 2011, 69.)

Joskus somaattiset sairaudet saattavat aiheuttaa masennusta (Isometsä 2011, 28). Tällaisia sairauksia ovat esimerkiksi keskushermoston sairaudet, kilpirauhasen sairaudet, syöpäsairaudet, diabetes, metabolinen oireyhtymä, aivoverenkierron häiriöt



sekä muut neurologiset sairaudet (Huttunen 2011, 301–308). Masennusta saattaa ilmetä myös lääkkeiden hättävähäikutuksena, sillä monet lääkkeet häittävät mieli-alaan tai aiheuttavat psyykkisiä oireita. Väsymystä aiheuttavia lääkkeitä ovat esimerkiksi neuroleptit, bentsodiatsepiinit, Parkinsonin taudin lääkkeet ja jotkut allergia-, sydän-, reuma- ja syöpälääkkeet. Masennusta aiheuttavia lääkkeitä ovat esimerkiksi eräät beetasalpaajat, ehkäisytabletit, Parkinsonin taudin lääkkeet ja psykoosilääkkeet. Amfetamiinihoidannaiset lääkkeet voivat aiheuttaa voimakkaita mutta lyhytkestoisia masennusreaktioita niiden lopettamisen yhteydessä. (Huttunen 2011, 312).

Perusterveydenhuollon potilaiden masennustiloista tunnistetaan noin puolet. Vain alle 40 % masennusta sairastavista on hoidon piirissä, sillä masennusta ei läheskään aina tunnisteta vastaanotolla. (Heiskanen ym. 2011, 13.) Masentuneen potilaan tunnistaminen varhain on tärkeää. Häpeän ja syyllisyyden vuoksi masentuneen ihmisen hoitoon hakeutuminen useimmiten on ongelmallista. Masentunut ihminen hakeutuu lääkäriin monesti fyysisten oireiden takia ja puhuu samalla esimerkiksi väsymyksestä, saamattomuudesta tai alakuloisuudesta, jonka vuoksi joskus onkin vaikea tunnistaa potilaan masennusta. Masennuksen oireisiin liittyy monesti myös kognitiivisia oireita kuten toiminnan ohjauksen vaikeutta. Potilaan muisti saattaa olla heikentynyt tai keskittymiskyky on alentunut. Masentunut saattaa myös kokea negatiivista suhtautumista ympäristöstään, koska häittä itse ärtyneeltä ja passiiviselta. (Kuhanen ym. 2013, 208–209.)

Potilaan masennuksen tunnistamisessa voidaan käyttää esimerkiksi Beckin masennusoiremittaria (BDI), Hamiltonin masennusasteikkoa, DEPS depressioseulaa ja Montgomery-Åsbergin masennusasteikkoa (MADRS) (Isometsä 2011, 21).

Masennustilat jaetaan tautiluokitus ICD-10:ssä masennustiloihin sekä toistuvaan masennukseen. Masennus voi olla lievä, keskivaikea, vaikea tai psykoottinen. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2016.) Muita masennuksen muotoja ovat synnytyksenjälkeinen masennus, somaattinen oireyhtymä, epätyypillinen masennustila ja vuodenaikaan liittyvä masennustila. Vaikeimpia masennustiloja ovat psykoottiset

masennukset, jolloin masennusoireiden ohella oirekuvaan liittyy myös psykoottisia oireita, kuten harhaluulot ja aistiharhat. Synnytyksen jälkeen äideillä saattaa esiintyä masennuksen oireita, sillä raskaus ja lapsen syntymä ovat kehityskriisi naisen elämässä. Niin fyysiset kuin psyykkisetkin muutokset naisessa ovat huomattavia, ja äitiin ja lapseen kohdistuu monenlaisia odotuksia. (Isometsä 2011, 22.) Pettymys ja odotusten särkyminen väsymyksessä ja herkässä tilassa voi olla laukaiseva tekijä masennukselle (Myllärniemi 2009, 130–131). Melartinin ja Vuorilehdon (2009, 34) mukaan synnytyksen jälkeistä masennusta voidaan parhaiten seuloa EPDS-lomakkeella (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Lomakkeessa väittämä numero 10 liittyy itsetuhoajatuksiin; jos vastaaja on jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen, hänelle on järjestettävä heti apua, vaikka kokonaispistemäärät olisivatkin alle viitataan masennusoireisiin. (Hakulinen-Viitanen & Solantaus 2016.) Somaattisella oireyhtymällä eli melankolisella depressiolla viitataan masennuksen alamuotoon, jonka tyypillisiä oireita ovat mielialan vaihtelut vuorokaudenajasta riippuen, ja hoidossa keskeistä ovatkin biologiset hoitomuodot. Epätyypilliselle masennustilalle tyypillistä ovat liikauniisuus, lisääntynyt ruokahalu ja sen aiheuttama lihominen. Hoidossa on pyritty välttämään niitä masennuslääkkeitä, joiden sivuvaikutuksiin saattaa kuulua väsymyksen pahentuminen. Vuodenaikaan liittyvät masennustilat taas toistuvat tietyinä vuodenaikana ja lievittyvät, kun vuodenaika vaihtuu. Niin kutsuttu kaamosmasennus liittyy talvikauteen ja pimeyteen. Hoidoista suositeltavin on kirkasvalohoito. (Isometsä 2011, 22–23.)

Olennaista masennusdiagnoosin asettamiseksi on, että masennuksen oireita esiintyy päivittäin vähintään kahden viikon ajan, ja että kymmenestä kriteerioireesta täyttyy vähintään neljä (Depressio: Käypä hoito -suositus 2016). Nämä kymmenen kriteerioiretta ovat uupumus, masentunut mieliala, kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyydentunne, mielihyvän menetys, toistuvat kuolemaan tai itsetuhoon liittyvät ajatukset tai itsetuhoainen käytös, itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys, unihäiriöt, psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys, päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunne sekä ruokahalun ja painon muutokset (Isometsä 2011, 20).

### 2.2.1 Masennuksen riskitekijät

Masennukseen ei ole yhtä syytä. Masennuksen syntyä voidaan ymmärtää etenevänä moniulotteisena prosessina, johon liittyy niin biologisia, psykologisia kuin sosiaaliakin tekijöitä. (Heiskanen ym. 2011, 5.) Näistä keskeisiä ovat perinnöllinen taipumus ja altistavat persoonallisuuden piirteet (Depressio: Käypä hoito -suositus 2016). Muita riskitekijöitä ovat esimerkiksi naissukupuoli, epävakaa tunne-elämä ja hormonaaliset muutokset (Heiskanen ym. 2011, 10). Elämäntilanteeseen liittyvät tekijät, kuten kielteiset elämäntapahtumat, ajankohtaiset elämänmuutokset, yksinäisyys tai esimerkiksi pitkittynyt stressi ja rasitus voivat laukaista masennuksen (Heiskanen ym. 2011, 5). Yksinäisyys on tunne- ja mielentila, eikä ole välttämättä yhteydessä siihen, että on todellisuudessa yksin. Ihminen voi kokea yksinäisyyttä, vaikka olisi ihmisten ympäröimä, ja fyysisesti yksin oleva voi kokea itsensä kaikkea muuta kuin yksinäiseksi. (Myllärniemi 2009, 113.) Uutilan (2011) väitöskirjan mukaan iäkkäät kokevat yksinäisyytensä aiheutuvan sosiaalisen verkoston kapeutumisesta, fyysisen toimintakyvyn heikentymisestä, kielteisistä asenteista yhteiskunnasta ja muutoksista omassa itsessään, esimerkiksi luonteen ja käytöksen muutoksista. Somaattiset sairaudet, lääkkeiden haittavaikutukset, muut mielenterveyden häiriöt ja päihderiippuvuus altistavat myös masennukselle (Heiskanen ym. 2011, 10). Masennusoireita aiheuttavia pähteitä ovat esimerkiksi alkoholi, amfetamiini, kokaiini, hallusinogeenit ja opioidit. Vaikkakin masennusoireet yleensä väistyvät käytön lopettamisen jälkeen, vieroitusoireet saattavat jatkua kauan. (Lam 2012, 35.) Päihteidenkäytöllä voidaan yrittää harjoittaa itsehoitoa, kun sietämättömälle olotilalle on pakko tehdä jotain. Oloa helpottavaan keinoon syntyy helposti riippuvuus, oli sitten kyse pähteestä tai muusta toiminnasta, kuten syömisestä tai pelaamisesta. (Myllärniemi 2009, 118–119.)

Kun elämässä tapahtuu ikäviä asioita, ihminen voi masentua tuntiessaan, ettei niistä voi selviytyä (Heiskanen ym. 2011, 9). Yli kaksi kolmasosaa vakavista masennustiloista alkaakin merkittävän kielteisen elämänmuutoksen jälkeen. Tällaisia ovat esimerkiksi suhteen katkeaminen, työttömyys, sairastuminen tai läheisen kuolema.

Laukaisevia tekijöitä voivat olla myös erilaiset pettymykset vaikkapa ihmissuh-teissa. (Heiskanen ym. 2011, 10.) Masennuksen laukaiseva elämänmuutos ei aina välttämättä ole edes kielteinen, vaan voi olla esimerkiksi koulun aloittaminen tai muutto toiselle paikkakunnalle. Erityisesti tällöin masennuksen puhkeaminen saat-taa aiheuttaa potilaassa ja läheisissä kummastusta. Näissä tilanteissa ihminen kui-tenkin menettää tutun ja turvallisen, ja joutuu sopeutumaan uuteen elämäntilantee-seen. (Myllärniemi 2009, 28.) Ihmissuhteet vaikuttavat masennuksen kehittymi-seen. Turvalliset kiintymyssuhteet auttavat selviytymään eteen tulevista vastoin-käymisistä ja kriiseistä, mutta jos niitä ei ole pystynyt käsittelemään, ne kulkevat mukana ja voivat altistaa masennukselle. Masennuksessa painottuvat menetyksen ja epäonnistumisen kokemukset. (Heiskanen ym. 2011, 9.)

### **2.2.2 Masennuksen oireet**

Masennuksen oireet ovat moninaiset, ja ne vaihtelevat yksilöllisesti. Oireet saatta-vat vaikuttaa fyysiseen, psyykkiseen tai kognitiiviseen toimintakykyyn. (Lam 2012, 25.) Masennukselle on ominaista myös esiintyä eripituisina ja erilaisina kausina (Myllärniemi 2009, 20).

Masennustilat alkavat usein esioireilla, jotka ovat lieviä ja kestävät muutamasta vii-kosta kuukauteen. Esioireet pahenevat vähitellen ja masennus saavuttaa huippunsa vasta niiden jälkeen. Tyypillisiä esioireita ovat masentunut mieliala, mielihyvän menetys, väsymys ja ahdistuneisuus. Nämä ovatkin masennuksen ydinoireita. Al-kuvaiheessa masennus voi oirehtia myös ruumiillisena, kuten päänsärkynä, puris-tuksen tunteena rinnassa tai selittämättöminä kipuina. Toistuvista masennustiloista kärsivät yleensä tunnistavat esioireet, jolloin hoitoon hakeutuminen nopeutuu. (Heiskanen ym. 2011, 11.)

Kaikki masennuksesta kärsivät eivät itse aina koe olevansa masentuneita, vaan enemmänkin ilottomia, ärtyneitä tai väsyneitä (Heiskanen ym. 2011, 5). Masentu-nut saattaa myös epäillä ja pelätä sairastuneensa ruumiilliseen sairauteen, kun ko-ettu kipu ei ole vain henkistä, vaan myös ruumiillista (Myllärniemi 2009, 24–25).

Masennuksen oireita ovat masentunut mieliala, kiinnostuksen ja mielihyvän menettäminen, väsymys, itsetuottamuksen lasku, omanarvontunnon väheneminen, itesyytökset, itsetuhoiset ajatukset ja käytös, keskittymisvaikeudet, unihäiriöt, ruokahalun muutokset ja psykomotoriset muutokset (Depressio: Käypä hoito -suositus 2016). Psykomotoriset muutokset voivat näkyä hidastumisena tai kiihtyneisyytenä. Hidastuminen näkyy jähmeytinä, hitautena ja pysähtyneisyytenä. Masentunut voi vaikuttaa silminnähden ilmeettömältä ja vanhentuneelta. Kiihtyneisyys taas näkyy motorisena levottomuutena, joka puolestaan ilmenee esimerkiksi tarkoituksettomina liikkeinä ja pakonomaisena kävelynä. (Isometsä 2011, 21.) Masennus vaikuttaa ihmisen tunteisiin, ajatteluun, käyttäytymiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Vaihtelevan mielialan valtaavat viha, suru, ahdistus ja häpeä. Ihminen tuntee itsensä avuttomaksi ja toivottomaksi. Ajatukset ovat itsekriittisiä ja huolet ylikorostuvat, muisti ja keskittymiskyky heikkenevät ja on vaikea tehdä päätöksiä. (Heiskanen ym. 2011,12.) Jos stressi ja kuormitus kasvavat liian suureksi, jatkuva hälytystila heikentää aktiivisuutta niillä aivojen alueella, jotka vaikuttavat ongelmanratkaisuun ja päämäärähakuisuuteen (Heiskanen ym. 2011, 9). Myös itsetuhoisia ja kuolemaan liittyviä ajatuksia saattaa esiintyä. Ihminen saattaa käyttäytyä välinpitämättömästi itseään kohtaan, eristäytyä, laiminlyödä velvollisuuksiaan ja motivaatio voi heikentyä. Fyysisiä oireita ovat väsymys, energian puute, unihäiriöt, ruokahalun muutokset ja niistä johtuva laihtuminen tai lihominen, ummetus, seksuaalisen kiinnostuksen väheneminen ja selittämättömät kivut. (Heiskanen ym. 2011, 12.) Ennen iloa ja tyydytystä tuottaneet asiat ja tavoitteet tuntuvat merkityksettömiltä (Myllärniemi 2009, 70). Masennuksen oireet myös vaihtelevat iän myötä. Lapsuusajan masennus näkyy enemmän somaattisina oireina ja vetäytymisenä, kun taas ikääntyneiden masennusoireet ovat enemmän melankolisia, esimerkiksi kiinnostuksen vähentyminen ja kekseliäisyyden lasku. (Lam 2012, 6.)

Yksi vaikeille masennustiloille keskeinen tekijä on itsetuhoisuus (Myllärniemi 2009, 77). Itsetuhoisuudella tarkoitetaan tahallista itsensä vahingoittamista (Partanen, Holmberg, Inkinen, Kurki & Salo-Chydenius 2015). Lievimmillään itsetuhoisuus ilmenee korostuneena itsekritiikkinä, kun taas vaikeammassa masennustilassa

potilas voi kokea itsensä niin pahaksi ja vastenmieliseksi, että viha itseä kohtaan ajaa itsetuhoiseen käyttäytymiseen (Myllärniemi 2009, 144). Itsetuhoisen käytös, itsemurhayritykset ja itsemurha ovat suoraa itsetuhoisuutta, mutta myös epäsuoraa itsetuhoisuutta esiintyy. Tällaista on esimerkiksi tahallinen henkeä uhkaavan riskin ottaminen. (Lönngqvist 2011, 316.) Vakaviin masennustiloihin liittyy noin 20-kertainen itsemurhakuolleisuus normaaliväestöön verrattuna. (Heiskanen ym. 2011, 14.) Itsemurhayritykseen päätyy jossain elämänvaiheessa ainakin 3–5 % väestöstä, riskin ollessa suurimmillaan nuoruudessa ja nuorena aikuisena (Lönngqvist 2011, 315). Vuosittain Suomessa arvioidaan tapahtuvan noin 700–800 masennuksen aiheuttamaa itsemurhaa (Heiskanen ym. 2011, 14). Naisten itsemurhayritykset ja itsetuhoisuuden vuoksi hoitoon hakeutuminen on selvästi yleisempää kuin miehillä, ja miesten itsemurhayritykset johtavat kuolemaan neljä kertaa useammin kuin naisten (Lönngqvist 2011, 318).

Itsemurha on prosessi, jonka seurauksena ihminen surmaa itsensä tarkoituksellisesti (Partanen ym. 2015, 260). Itsemurhaprosessi on jokaisella ainutlaatuinen, ja siinä on kyse pitkäaikaisista, kasautuvista ongelmista ja riskitekijöiden ajallisesti etenevästä yhteisvaikutuksesta (Lönngqvist 2011, 322). Muun muassa masentuneisuus, lisääntynyt päihteiden käyttö ja ahdistuneisuus voivat johtaa itsetuhoisuuteen tai itsemurhaan. Myös esimerkiksi ihmisen elämässä tapahtuva suuri menetys voi aiheuttaa voimattomuuden ja syyllisyyden tunteita, joista voi olla seurauksena masennus ja itsensä satuttaminen. Itsemurhayritys on pitkä prosessi, jolloin elämämpiiri saattaa olla hiljalleen kaventunut. Itsemurhariskin kärkipäässä ovat esimerkiksi vakavasti masentuneet, psykoottisesti oireilevat, elämän kriisitilanteessa olevat sekä persoonallisuushäiriöiset. Itsemurhien ehkäisemisessä on pyritty kiinnittämään huomio päihdeongelmien ja masentuneisuuden ennaltaehkäisemiseen. Itsetuhoisuuteen viittaavat jotkin ulkoiset merkit, psyykkiset piirteet ja elämäntilanteen piirteet. Ulkoisia merkkejä ovat esimerkiksi pahoinpitelyn jäljet, selittämättömät somaattiset vaivat, päihderiippuvuus ja heikentynyt itsestään huolehtiminen. Psyykkisiä piirteitä voivat olla esimerkiksi masentuneisuus, yksinäisyys, itsensä vä-

heksyminen, kehämäinen ajattelu, itsetuhoinen käyttäytyminen ja itsemurhayritykset. Elämäntilanteen piirteitä ovat mm. eristäytyneisyys, väkivaltainen käyttäytyminen tai väkivaltainen lähimmäinen, sulkeutuneisuus ja erilaiset elämänkriisit kuten menetykset. Edellä mainittujen eri asioiden ilmeneminen yhtä aikaa voi olla merkki avuntarpeesta. (Partanen ym. 2015, 260–263.)

Masentunut henkilö saattaa puhua itsensä vahingoittamisesta ja uhata itsemurhalla. Tällaista uhkausta on aina pidettävä vakavasti otettavana hätähuutona ja avunpyyntönä. (Myllärniemi 2009, 82–83.) Masentunut saattaa kokea, että hän on syyppää omaan masennukseensa, ei ansaitse apua ja hänelle olisi aivan oikein, jos hän tappaisi itsensä. Masentunut saattaa ajatella, että hänen kuolemansa on vain helpotus läheisille ja muille ihmisille. (Myllärniemi 2009, 82.) Masennuksen aiheuttamassa sietämättömän tuskaisessa ja avuttomassa tilassa ainoaksi ajatukseksi voi tulla se, että pois täytyy päästä keinolla millä hyvänsä. Tällöin kuolema ei tunnu menetykseltä, vaan pelastukselta. Kuolema vapauttaisi kaikesta sietämättömästä. (Myllärniemi 2009, 25.) Myös halu tuottaa kipua saattaa olla syy itsetuhoisuuteen (Myllärniemi 2009, 82). Henkilö saattaa toistuvasti esimerkiksi viiltää, naarmuttaa tai jopa polttaa itseään pyrkimyksensä päästä fyysisen kivun avulla eroon negatiivisista psyykkisistä tuntemuksista. Joskus tällaiseen itsetuhoisuuteen saattaa liittyä myös mielihyvää ja muita myönteisiä tunteita. (Lönnqvist 2011, 316.)

Itsemurhiin liittyvistä mielenterveyshäiriöistä yleisin on masennus, joten itsemurhariskiä on syytä arvioida aina masentunutta potilasta hoidettaessa. Hoitohenkilökunnan on osattava arvioida itsetuhoajatusten ja –pyrkimysten vakavuutta sekä kyttävä suoraan itsemurhamenetelmistä ja –tavoista; näin voidaan arvioida myös potilaan masennuksen vakavuutta. Hoitohenkilökunnan on kuunneltava herkästi potilaan puheita ja otettava ne vakavasti. Myös riskitekijöiden sekä itsemurhaväärassa olevien potilaiden tunnistaminen ovat tärkeitä. Hoitaja voi kysyä potilaalta suoraan hänen ajatuksistaan, mielialastaan, itsemurha-aikeista tai itsemurhasuunnitelmista sekä kuolemanajatuksista. (Kuhanen ym. 2013, 242–243.) Myös potilasta kuormittavista tekijöistä, kuten työttömyydestä, alkoholin käytöstä ja taloudellisista

asioista, tulee tiedustella. Aiempi itsetuhoisuus on paras ennakoiva varomerkki myöhemmästä itsetuhoisuudesta (Lönnqvist 2011, 316). Kielteiset elämäntapahtumat kuten menetykokemukset, ongelmat töissä tai taloudelliset ongelmat ovat riskitekijöitä itsemurhalle. Henkilöt, joilla esiintyy muita mielenterveyden häiriöitä, päihdeongelmaa tai vaikeita fyysisiä sairauksia, itsemurhariski saattaa olla suurempi. Somaattinen sairaus korostuu riskitekijänä erityisesti iäkkäillä. Itsemurhan sosiaalisia riskitekijöitä ovat naimattomuus, miessukupuoli, avioero tai leskeksi jääminen, matala koulutustaso, heikko sosiaalinen asema, yksinäisyys ja eristäytyneisyys. Masentuneen itsemurhariskiä lisää myös se, että hänelle läheinen henkilö on tehnyt itsemurhan. Myös joitain biologisia riskitekijöitä saattaa olla, kuten impulsiivinen käyttäytyminen. Itsemurhamenetelmien helppo saatavuus suurentaa riskiä, ja masentunutta ihmistä hoidettaessa onkin tärkeää varmistaa, ettei hänellä ole saatavilla välineitä itsemurhan toteuttamiseksi. Erityisesti lääkkeitä määrätessä on muistettava lääkemyrkytyksen mahdollisuus. (Lönnqvist 320–322.) Toistuvat ja voimakkaat itsemurha-ajatukset ja -suunnitelmat ovat merkki vakavasta psyykkisestä pahoinvoinnista. Kun ihminen puhuu jollekin itsemurha-ajatuksistaan, hän ilmaisee samalla luottamusta ja pyytää apua. Masentuneen, itsetuhoisen ihmisen auttaminen vaatii rauhallisuutta ja tunteiden käsittelyä. Sosiaali- ja terveydenhuollolla on keskeinen tehtävä itsetuhokäyttäytymisen ehkäisyssä ja hoidossa. Itsemurhavaarassa olevalle henkilölle on järjestettävä välittömästi psykiatrasta apua, eikä häntä saa jättää yksin. Sairaalahoidosta kieltäytyvän henkilön kohdalla on arvioitava, onko perusteita tahdosta riippumattomalle hoidolle. Sopiva hoito arvioidaan ja järjestetään yksilökohtaisesti. Useimmat itsemurhaa yrittäneet kuuluvat psykiatriseen tai päihdehuollon jatkohoitoon. Valtaosa ohjataan avohoitoon, jossa ensimmäinen hoitokäynti toteutuu jo muutaman päivän sisällä. Psykiatrasta sairaalahoitoa tarvitsevat kärsivät yleensä vakavasta masennuksesta. Aktiivinen väliintulo on tärkeää, sillä 15 % uusii yrityksensä seuraavan viiden vuoden kuluessa. Henkilön tekemä itsemurha vaikuttaa voimakkaasti hänen läheisiinsä, ja heille onkin järjestettävä jälkihoito eli postventio. Jälkihoidon tarkoituksena on antaa tilaisuus ajatusten ja tunteiden purkamiseen. (Lönnqvist 316–326.)



### 2.2.3 Masennuksen hoito

Masennuksen hoitoon kuuluvat tutkimukset, tunnistaminen ja diagnosointi, terapeutin yhteistyösuhteen kehittäminen, hoidon valinta ja seuranta. Masennuksen hoidossa on kaksi vaihetta; akuutti vaihe ja ylläpitovaihe. Akuuttivaiheessa päämääränä on oireiden lievittyminen ja poistaminen, ylläpitovaiheessa taas paremman voimien ylläpito ja uusiutumisen ehkäisy. Akuuttivaiheessa toimintakyvyn parantuminen on potilaalle merkittävä tavoite, mutta sen palautuminen täysin saattaa erityisesti vaikeammassa masennuksessa viedä aikaa. Ylläpitovaihe on erityisen tärkeä lääkehoidon kannalta, sillä lääkehoidon keskeyttäminen liian aikaisin edistää masennuksen uusiutumista. Lääkehoidon olisikin hyvä kestä ainakin kuusi kuukautta oireettomuudesta. Myös itsehoito on tärkeä osa masennuksen hallintaa. (Lam 2012, 37–41.)

Enemmistö masennusta sairastavista voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa, mutta vaikeat ja psykoottiset masennukset sekä monihäiriöiset ja itsetuhoiset potilaat on syytä hoitaa erikoissairaanhoidossa (Depressio: Käypä hoito -suositus 2016). Myös lääkeresistentti masennus vaatii erikoissairaanhoidoa, samoin tilanteissa joissa masennus uhkaa työ- ja toimintakykyä (Isometsä 2011, 25). Masennuksen hoidossa keskeistä on lääkehoito sekä psykoterapia, ja parhaat tulokset saadaan näiden yhtäaikaisesta käytöstä (Depressio: Käypä hoito -suositus 2016). Hoitomuodot määräytyvät masennuksen vaikeusasteen sekä oireiden perusteella. On otettava huomioon myös sairauden puhkeamiseen vaikuttaneet asiat. Masennus on moniulotteinen sairaus, joten myös hoidon tulee olla monipuolista. (Heiskanen ym. 2011, 11.)

Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja siihen vaikuttamiseen. Potilaan näkökulmasta hoidossa keskeistä on kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen, mahdollisuus käsitellä omaa elämää ja keventää sen kuormia. (Heiskanen ym. 2011, 5.) Sainola-Rodriguezin, Kekkosen & Pöppösen (2007) tutkimuksessa kartoitettiin näyttöön perustuvia menetelmiä, jotka psykiatrisessa sairaalahoitossa auttavat masentunutta. Tärkeimpänä menetelmänä vastaajat kokivat läsnäolon, joka toteutuukin vastaajien

mielestä hyvin. Tutkimuksen mukaan tärkeää on myös esimerkiksi itsetunnon ylläpitäminen, lääkehoidon toteuttaminen, toivon ylläpitäminen ja kärsimyksen lievitäminen, turvallisuudesta huolehtiminen, selviytymiskeinojen etsiminen ja väärityneiden ajatusten kanssa työskentely. Potilaan kanssa sovitaan yhdessä hoidon sisällöstä ja tavoitteista. Tärkeää on kartoittaa yksilölliset voimavarat ja ongelmanratkaisukeinot. Ongelmien jäsentely auttaa tavoitteiden asettamisessa, jossa keskeistä on potilaan sitoutuminen ja motivaatio hoitoon. (Isometsä 2011, 27.)

Vakavammasta masennuksesta toipuminen kestää usein kuukausia. Masennus myös toistuu herkästi, etenkin jos tiloja on ollut jo kolme tai enemmän. Riittävän hoidon aloittamisella ajoissa on suuri merkitys uusiutumisen ehkäisyssä. Mitä pidempään toipuminen kestää, sitä vakavampi masennustila on. Nopeita muutoksia ei kannata odottaa, vaan asennoitua etenemään pienin askelin. (Heiskanen ym. 2011, 11–12.) Masennustilan toipumis- eli remissiovaihe alkaa, kun oirekriteerit eivät enää täyty. Potilaille esiintyy usein jälkioireita, eli toipuminen voi olla vain osittaista. Osittaisessa toipumisessa on huomattava masennuksen uusiutumisriski. Jälkioireet alentavat toimintakykyä ja voivat hidastaa paluuta työelämään. Toipumista helpottavat asianmukaisen hoidon lisäksi aiempi hyvä psyykkinen terveys, oireiden lieväästeisuus ja myönteiset elämäntapahtumat. (Isometsä 2011, 30.) Masennuksesta toipumista tukevia tekijöitä ovat liikunta, aktiivisuuden ylläpitäminen, terveelliset elämäntavat, yhteydenpito läheisiin ja myönteisen ajattelun lisääminen. Liikunta lievittää pahaa oloa ja auttaa kohdistamaan ajatukset pois ikävistä asioista. Terveellinen ja monipuolinen ravinto sekä päihteiden välttäminen ovat hyväksi. Ystävät ja vertaistukiryhmät auttavat jaksamaan. Mahdollisia negatiivisia ajatusväristymiä olisi hyvä harjoitella kääntämään myönteisemmäksi, sillä ne ruokkivat pahaa oloa ja kielteiset ajatukset kiertävät kehää. (Heiskanen ym. 2011, 11–12.) Toipumista taas pitkittävät masennuksen vakavuus ja pitkäkestoisuus, psykoottisuuden esiintyminen, varhainen sairastumisikä, päihteiden väärinkäyttö, muut psyykkiset häiriöt, vaikeat somaattiset sairaudet, useammat sairaalahoitojaksot, vähäinen sosiaalinen tukiverkosto ja heikentynyt toimintakyky (Lam 2012, 8). Myös persoonal-

lisuushäiriöt ja tietyt persoonallisuuden piirteet vaikuttavat masennuksesta toipumiseen. Persoonallisuushäiriöitä sairastavien masennustilat ovat pitkäkestoisempia ja herkempiä uusiutumaan. Yleisimpiä masennukselle altistavia persoonallisuuden piirteitä ovat epävakauteen, perfektionismiin, estyneisyyteen sekä itsetunto-ongelmiin liittyvät piirteet. (Isometsä 2011, 31.)

Lääkehoito on keskeinen hoitomuoto erityisesti vakavissa masennustiloissa. Käytössä on useita masennuslääkkeitä, jotka ovat erilaisia niin rakenteeltaan, haittavaikutuksiltaan ja vasteeltaan. Jos yksi masennuslääke ei tehoa, kannattaa kokeilla toista lääkettä tai niiden yhdistelmää. Jos potilas on elämänsä aikana kärsinyt useammista keskivaikeista masennustiloista, lääkehoitoa suositellaan jatkuvaksi pitkäaikaisena uusiutumisen estämiseksi. (Isometsä & Leinonen 2011, 71.) Masennuslääkkeet jaetaan viiteen ryhmään: trisykliset masennuslääkkeet (serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinottoa estävät lääkkeet), SNRI-lääkkeet (uudemmat masennuslääkkeet), SSRI-lääkkeet (selektiivisesti serotoniinin takaisinoton estäjät), MAO:n estäjät ja muut, esimerkiksi agomelatiini ja bupripioni (Kuhanen ym. 2013, 270–274).

Trisyklisiä masennuslääkkeitä ovat mm. klomipramiini (Anafranil), amitriptyliini (Triptyl) ja doksepiini (Doxal). Tätä lääkeryhmää on käytetty jo 1950-luvulta saakka. Yleisimpiä masennuslääkkeistä johtuvia antikolinergisiä haittavaikutuksia ovat mm. kuiva suu, ummetus, virtsavaivat, näköhäiriöt, seksuaaliset haitat, väsymys tai vaikutukset sydämen toimintaan. Pieninä annoksina trisyklisiä masennuslääkkeitä käytetään myös kiputiloissa ja unihäiriöissä. (Kuhanen ym. 2013, 270–271.)

SNRI-lääkkeiden eli ns. uudempien masennuslääkkeiden vaikutus perustuu noradrenaliinin tai serotoniinin tai niiden molempien takaisinoton estoon. Särkylääkkeet ja verenohennuslääkkeet yhdessä SNRI-lääkkeiden kanssa voivat altistaa verenvuodoille. SNRI-lääkkeiden yleisimpiä haittavaikutuksia ovat verenpaineen muutokset, väsymys, suolisto-oireet, pahoinvointi sekä huimaus. SNRI-lääkkeitä ovat

mm. mirtatsapiini (Mirtazapin), duloksetiini (Cymbalta) ja reboksetiini (Edronax). (Kuhanen ym. 2013, 271–272.)

SSRI-lääkkeet (serotoniinin takaisinottoa estävät) lisäävät serotoniinia keskushermostossa. SSRI-lääkkeitä ovat esimerkiksi fluoksetiini (Seronil), sertraliini (Sertralin Orion) tai sitalopraami (Sepram). Masennustilojen lisäksi näitä lääkkeitä voidaan käyttää myös ahdistustilojen hoidossa. (Kuhanen ym. 2013, 272–273.) Etenkin hoidon alussa SSRI-lääkkeet voivat aiheuttaa rauhattomuutta, pahoinvointia, vatsavaivoja sekä unettomuutta. (Spoov & Syvälahti 2003, 22–23.) Muita masennuslääkkeitä ovat esimerkiksi agomelatiini (Valdoxan) ja bupripioni (Voxra). (Kuhanen ym. 2013, 274.)

Masennuksen lääkehoito jaetaan kolmeen vaiheeseen: hoitovaihe, jatkohoitovaihe ja lopetusvaihe (Huttunen 2008, 123). Lääkityksen valinnassa otetaan huomioon potilaan oirekuva, aikaisempi hoitovaste sekä haittavaikutusalttius. Jos potilas on esimerkiksi aikaisemmin hyötynyt tietystä lääkkeestä, sitä kannattaa kokeilla uusiutuvassakin masennusjaksossa. Ensisijaisesti masennuksen hoidossa käytetään SSRI-masennuslääkkeitä, koska ne ovat helppokäyttöisiä ja hyvin siedettyjä. Lääkityksen valinnassa otetaan aina huomion myös muut, samanaikaisesti käytetyt lääkkeet, koska jotkut masennuslääkkeet voivat kohottaa muiden lääkkeiden pitoisuuksia veressä. Mikäli masennukseen liittyy voimakasta unettomuutta, lääkkeeksi valitaan rauhoittava tai väsyttävä masennuslääke kuten mirtatsapiini. (Huttunen 2008, 116–117.) Rauhoittavaa tai väsyttävää masennuslääkettä käytettäessä valitaan yleensä pienempi alkuannos, jonka jälkeen annosta voidaan lisätä asteittain 2–3 vuorokauden välein. Hoitoannoksen arvioinnissa aamuisen väsymyksen määrä on sopiva mittari sekä lääkeannoksen suurentamisvauhdin, että lopullisen lääkeannoksen arvioinnissa; jos henkilö on hoidon aloituspäivien jälkeen joko aamulla tai päivällä väsynyt, annos on liian suuri. (Huttunen 2008, 119–120.)

Masennuslääkkeiden hoitovaikutus kehittyy 2–6 viikossa ja ensimmäiset myönteiset vaikutukset näkyvät jo 1–3 viikossa. Lääkkeen vaikutusta arvioidaan oirekyselyiden avulla. Lääkeannosta suurennetaan, mikäli tavanomaisella annostuksella

ei ole ollut vaikutusta 2–3 viikon aikana. Noin 7 %:lla aikuisista joidenkin masennuslääkkeiden poistuminen elimistöstä on hidasta, jonka takia jo pienikin lääkeannos voi aiheuttaa haittaoireita, tai jopa myrkytysoireita. Lääkkeen hidas poistuminen elimistöstä johtuu ihmisen geneettisistä ominaisuuksista, joka todennetaan laboratoriotutkimuksella. Masennuksen hoidossa ruokahalu ja unettomuus lievittyvät yleensä ensin, kun taas ajattelukyky ja mieliala kohenevat vasta, kun lääkettä käytetään 1–2 kuukautta. Jos lääkitys ei kuuden viikon aikana vähennä oireita selvästi, lääkeannosta voidaan suurentaa, lääke vaihtaa johonkin toiseen tai yhdistää rinnalle toinen lääke. Jos käytetyllä lääkkeellä ei ole ollenkaan toivottua vaikutusta, siirrytään toisen tai kolmannen masennuslääkkeen käyttöön. Jos lääkkeellä on hyvä hoitovaste, lääkkeen käyttöä kannattaa jatkaa ainakin noin 6 kuukautta. (Huttunen 2008, 119–122.)

Kun lääkehoito lopetetaan, se täytyisi tehdä asteittain annosta vähentäen; näin voidaan lievittää masennuslääkkeiden lopettamisvaiheen kiusallisia lopetusoireita. Lopetusoireita ovat mm. päänsärky, hikoilu, väsymys, pistelyn ja puutumisen tunne, ärtyisyys sekä masentuneisuus. Kun tämän kaltaiset oireet esiintyvät 1–4 viikon kuluessa lääkkeen lopetuksesta, on yleensä aina kyse lopetusoireista. Riippuen lääkkeestä, oireet voivat ilmaantua 1–3 vuorokauden kuluessa, tai vasta 2–3 viikon kuluessa. Lopetusoireita ei läheskään kaikilla ilmene, mutta joillakin ne voivat olla hyvinkin kiusallisia; ne ovat voimakkaimpia ensimmäisten päivien aikana ja lieviytyvät sitten asteittain muutamissa päivissä. Mikäli oireet ovat henkilöllä hyvinkin kiusallisia, pieni annos kyseistä lääkettä lievittää oireita. Mikäli henkilöllä esiintyy toimintakykyä häiritsevää ahdistuneisuutta tai masennusoireet voimistuvat kahden kuukauden kuluttua masennuslääkkeen lopettamisesta, ei kyse ole ainakaan pelkästään lopetusoireista. Tällöin kyseessä on lääkehoidosta hyötyvän henkilön masennusoireiden voimistumisesta ja on merkki siitä, että lääkettä on tarpeellista jatkaa. (Huttunen 2008, 121–122.)

Toinen keskeinen masennuksen hoitomuoto on psykoterapia, joka näyttää tutkimusten mukaan auttavan masennuksesta toipumiseen hyvin (Lam 2012, 51). Se

voidaan toteuttaa joko lyhytkestoisena, tai erityisesti pitkäaikaisissa ja toistuvissa masennustiloissa jopa vuosia kestäväna terapiana (Kampman 2011, 282). Psykoterapian tavoite on lievittää psyykkisiä häiriöitä ja poistaa ihmissuhdeongelmia. Psykoterapia pyrkii lisäämään ongelmanratkaisutaitoja sekä tukemaan psyykkistä kasvua ja kehitystä. Psykoterapiassa käytetyt menetelmät perustuvat tutkittuihin teorioihin. (Kontunen 2011, 85.) Psykoterapia virittää ja ylläpitää toivoa, ja sen vaikutus rakentuu hyvään terapeutiseen yhteystyöhön potilaan ja terapeutin välillä (Lam 2012, 51). Parhaimmillaan terapeutti alkaa vähitellen edustaa potilaalle toivoa ja uutta alkua. Psykoterapiassa potilasta tuetaan kohtaamaan käsittelemättä jääneet asiat ja kokemukset elämässään. (Myllärniemi 2009, 137.) Psykoterapia onkin yksilöllinen ja ainutlaatuinen prosessi (Kontunen 2011, 85). Tärkeää on myös pyrkiä tarkastelemaan masennuksen laukaisseita tekijöitä ja ymmärtää, miten tila alkoi ja kehittyi (Heiskanen ym. 2011, 11–12). Psykoterapia onkin räätälöitävä yksilöllisesti ja yksityiskohtaisesti jokaiselle, sillä masennukselle altistavat tekijät ja kokemukset ovat henkilökohtaisia ja moninaisia (Myllärniemi 2009, 135). Hyötyyn vaikuttaa keskeisesti se, miten henkilö itse uskoo mahdollisuuksiinsa saada apua psykoterapiasta (Kampman 2011, 287). Hyvä hoitotulos saavutetaan usein jo lyhyillä, alle 20 käyntikerran terapioilla, mutta tarpeen tullen käytetään laajempia hoitokokonaisuuksia (Kontunen 2011, 85). Psykoterapia voi toteutua yksilöterapiana, pariterapiana tai ryhmässä. Ryhmäterapiasta potilas saa vertaistukea, mutta masennuksen aiheuttama ahdistuneisuus ja eristäytyminen saattavat tehdä yksilöterapiasta tehokkaamman muodon. (Lam 2012, 51.) Vertaistueella tarkoitetaan järjestettyä tukea, jossa samassa elämäntilanteessa olevat kertovat ongelmistaan ja etsivät yhdessä selviytymiskeinoja. Vapaaehtoisuus, vertaisuus ja auttaminen ovat keskeisiä toisen ihmisen tukemisessa. Vertaistukiryhmässä ei keskitytä pelkästään kriisien käsitteelyyn, vaan luodaan myös yhteisöllisyyttä ja ystävyysuhteita. (Kiikkala 2011, 180.)

Hyödyllinen keino edistää masennuksen hoitoa perusterveydenhuollossa ovat säännölliset tapaamiset masennushoitajan kanssa. Masennushoitaja seuraa potilaan tilaa, tarjoaa psykososiaalista tukea ja tukee hoitomyöntyvyyttä. Masennushoitaja

voi tarjota myös lyhyitä psykoterapeuttisia interventioita, mutta varsinaisen psykoterapeuttisen hoidon tarjoaminen perusterveydenhuollossa on vähäistä ajan- ja koulutuksenpuutteen vuoksi. (Isometsä 2011, 25.)

Masennukseen on käytettävissä myös muita hoitomuotoja. Sähköhoito (electroconvulsive therapy, ECT) on tehokas ja hyvin siedetty hoitomuoto vaikeaan, psykoottiseen ja lääkeresistenttiin masennukseen (Lam 2012, 75). Indikaatioita sähköhoidolle ovat suuri itsemurhariski, psykoottisuus, hyvä aiempi vaste sähköhoidolle, lääkkeiden huono sietokyky, raskaus ja potilaan toivomus (Lam 2012, 80). Potilas saa sähköhoitoa laskimoanestesiassa 2–3 kertaa viikossa (Isometsä & Leinonen 2011, 81). Potilas saa hoitoa kaiken kaikkiaan 6–10 kertaa, joskus myös kauemminkin (Spoov & Syvälahti 2003, 38). Kevyen nukutuksen aikana potilaan päähän johdetaan sähkövirta, joka aiheuttaa epileptistyyppisen sähköpurkauksen aivoissa vaikuttaen aivojen aineenvaihdunnan ja välittäjäaineiden toimintaan. Näin purkaus palauttaa näiden toimintojen häiriintyneen tasapainotilan ja helpottaa potilaan oloa. (Mielenterveystalo 2017.) Sähköhoidon yleiset haittavaikutukset liittyvät anestesiaan ja hoidon aiheuttamaan lyhyeen kouristukseen. Haittavaikutuksia voivat olla pahoinvointi, päänsärky ja lihassäryt. Lyhytaikaista muistinmenetystä saattaa myös esiintyä. (Lam 2012, 81.) Hoitomuotona sähköhoito on turvallinen, sillä haittavaikutukset eivät ole pitkäaikaisia (Isometsä & Leinonen 2011, 81). Komplikaatioiden vaaraa kuitenkin lisää potilaan kohonnut aivopaine tai hiljattain sairastettu sydän- tai aivoinfarkti. Hoitoa jatketaan sähköhoidon jälkeen masennuslääkkeillä. (Spoov & Syvälahti 2003, 38.)

Kirkasvalohoito koostuu säännöllisistä, päivittäisistä altistuksista keinotekoiselle valolle yleensä 30 minuuttia kerrallaan. Paras ajankohta valohoidolle on aamulla heti ylösnousun jälkeen. (Lam 2012, 77–78.) Oikea sijainti kirkasvalohoitolaitteeseen nähden on tärkeää. Potilaan täytyy esimerkiksi istua tarpeeksi lähellä riittävän valoannoksen saamiseksi. Kirkasvalo voidaan antaa myös hoituhuoneessa, jossa valonlähteet sijoitetaan kattoon ja jossa voi siten liikkua vapaasti. Valohoito perustuu valon vaikutuksiin, mutta näköaistimusta ei edellytetä. Silmiä ei kuitenkaan saa

suojata, jotta valo pääse kasvoille ja verkkokalvoille asti. (Partonen 2011, 387.) Valohoito saattaa aiheuttaa haittavaikutuksina päänsärkyä, pahoinvointia, silmien epä-mukavuutta ja unettomuutta, mutta haitat jäävät yleensä vähäisiksi. (Lam 2012, 77–78.)

TMS eli transkraniaalinen magneettistimulaatiohoito tarkoittaa aivoalueiden stimulointia sähkösilman avulla (Isometsä 2014). Magneettikenttää vaihdellaan nopeasti pään ulkopuolella, jolloin aivojen hermosolut aktivoituvat hoidosta aiheutuvan heikon sähkövirran avulla (Mielenterveystalo 2017). TMS:ssä stimulointihoito kohdistuu useimmiten vasemmalle aivopuoliskolle, mutta joskus myös oikealle aivopuoliskolle. Vasemmalle aivopuoliskolle kohdistuvaa stimulointia kutsutaan korkeafrekventtiseksi hoidoksi ja oikealle aivopuoliskolle kohdistuvaa matalafrekventtiseksi hoidoksi. On myös käytetty hoitoa, jossa nämä kaksi hoitomenetelmää yhdistetään; tätä kutsutaan bilateraaliseksi hoidoksi. TMS on tutkitusti vaikuttava hoitomuoto masennuksen hoidon akuuttivaiheessa; hoitovasteen pysyvyyttä ei kuitenkaan vielä tunneta riittävästi. Hoitokertoja on yleensä 10–16. Transkraniaalisen magneettistimulaatiohoidon riskit sekä haittavaikutukset ovat vähäisiä. Hoitomuodon rajoittavana tekijänä on hoidon saatavuus hoitolaitteiden ja henkilöstökulujen kustannusten vuoksi. (Isometsä 2014.)

#### **2.2.4 Masennuksen itsehoito ja ehkäisy**

Masennusta sairastavan on tärkeää rytmittää päivänsä sekä yrittää noudattaa päivärutiineja väsymyksestä huolimatta. Päivärytmit ovat osa masennuksen itsehoitoa. (Kivelä 2009, 219–220.) Liikkuminen säännöllisesti on tärkeää, koska sillä on keskeinen merkitys niin fyysisen kuin psyykkisenkin hyvinvoinnin ylläpitämisessä. Liikunta ylläpitää mielialaa ja lievittää masennuksen oireita aktivoimalla elimistön autonomisen hermoston toimintaa ja nostamalla vireystilaa. Liikunta lisää itsehallinnan tunnetta ja saattaa parantaa itsetuntoa jossain määrin. Se voi auttaa myös viemään ajatukset pois negatiivisista asioista. Liikunta on tehokkainta silloin, kun se on kohtuullisesti rasittavaa, mikä tietenkin on hyvin yksilöllistä. Tutkimusten



mukaan liikkuminen kaksikin kertaa viikossa suojaa jo masennusoireilulta. Uupumuksesta, aloitekyvyttömyydestä, mielihyvän vähenemisestä ja muista masennusoireista kärsivästä saattaa tietenkin olla vaikeaa aloittaa uutta liikuntaharrastusta. Siitä ei kannata tehdä pakkoa, eikä asettaa liian suuria tavoitteita ja odotuksia itselleen. Liikkeelle kannattaakin lähteä pienin askelin, esimerkiksi arkiliikunnan kautta. Liikuntaharrastuksen aloittamisessa on tärkeää valita sellainen liikuntamuoto, josta nauttii. Jotkut liikkuvat mieluummin yksin, jotkut seurassa. Liikunnan aloittaminen kannattaa aloittaa rauhallisesti ja määrää lisätä oman jaksamisen mukaan. Kannattaa myös kiinnittää huomiota arkiliikkumiseen esimerkiksi valitsemalla portaat hissien sijasta ja vaihtamalla auto pyörään. (Leppämäki 2011, 207–212.)

Terveellisessä ruokavaliossa ratkaisevat jokapäiväiset valinnat ja kohtuus kaikessa. Energiansaannin ja -kulutuksen välillä täytyy olla tasapaino, ja lisäksi elimistö tarvitsee riittävästi suojaravintoaineita. Hiilihydraatit, proteiini ja rasva ovat energiaravintoaineita. Hyviä hiilihydraattilähteitä ovat kasvikset, marjat ja hedelmät, pähkinät ja siemenet sekä täysjyvävilja. Nämä sisältävät esimerkiksi runsaasti vitamiineja ja kivennäisaineita sekä kuituja. Puhdistettua viljaa, esimerkiksi sokeria, vaaleaa pastaa ja valkoisista jauhoista tehtyjä leipiä kannattaa välttää. Hyviä proteiininlähteitä taas ovat kala, kanamuna, siipikarjanliha, pähkinät ja palkokasvit. Pekonia ja muita prosessoituja lihavalmisteita on hyvä välttää, ja punaista lihaa käytettävä kohtuudella. Rasvoista terveellistä on pehmeä rasva, jota sisältävät esimerkiksi kasviöljyt, kala ja pähkinät. Kovan rasvan saantia on syytä rajoittaa, ja sen lähteitä ovat rasvaiset maitovalmisteet, juustot ja punainen liha. Jokaisella aterialla on syytä syödä monipuolisesti kasviksia. On hyvä suosia vähäsuolaisia vaihtoehtoja valitsemalla tuoreita ruokia prosessoitujen sijaan. Myös muiden mausteiden käyttäminen ruoanlaitossa suolan sijasta on kannattavaa. Paras janojuoma on vesi, sillä sokeroituneet juomat antavat tyhjää energiaa ja kuluttavat hampaita. Kalsiumia ja D-vitamiinia saa syömällä kalaa, maitotuotteita ja vitamiinoituja rasvoja. (THL 2014.)

Liiallisen alkoholin nauttimisen välttäminen, terveellinen ruokavalio, ystävät sekä erilaiset ryhmät auttavat estämään fyysisen kunnon romahtamista ja tuovat iloa elämään; esimerkiksi erilaiset ryhmät tuovat uusia ystäviä, jotka ovat tai ovat kokeneet saman tilanteen. Masennus on paraneva sairaus eikä sitä saa hävetä. (Kivelä 2009, 219–220.)

Masennuksen ehkäisyssä keskeistä on riittävä liikunta ja uni, terveellinen ruokavalio ja humalahakuisen alkoholinkäytön välttäminen (Depressio: Käypä hoito -suositus 2016). Masennuksen puhkeamiseen liittyy monia tekijöitä; osaan tekijöistä voidaan vaikuttaa ja osaan ei; esimerkiksi perinnöllisiin ominaisuuksiin ei ole mahdollista itse vaikuttaa. Vaikeissa elämäntilanteissa olevia henkilöitä voidaan tukea ja näin ehkäistä sairastumista. Masennukseen mahdollisesti johtavaa yksinäisyyttä ja eristäytyneisyyttä voidaan ehkäistä esimerkiksi omaisten, ystävien, seurakunnan ja järjestöjen toiminnan taholta. Fyysisten sairauksien hyvä hoito, taloudellisten asioiden järjestäminen, harrastuksen ja erilaiset sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut yhdessä ehkäisevät sairastumista. Oman arjen järjestäminen mielekkääksi auttaa jaksamaan. (Kivelä 2009, 127–128.)

Masennustilojen hoidossa esiintyy monia haasteita. Varhainen tunnistaminen ja hoitoon pääsy on vajavaista; tutkimuksen mukaan Suomessa vain joka viiden saa riittävää hoitoa masennusoireisiin, ja puolet vakavaa masennusta sairastavista eivät päädy hoidon piiriin lainkaan. Hoitamaton masennus lisää ennen aikaisen eläköitymisen ja itsemurhien riskiä. Usein hoitona on tarjolla vain lääkitystä, vaikka 60 % potilaista toivoo psykoterapeuttista hoitoa. (Heiskanen ym. 2011, 14.) Tiivis ja pitkäkestoinen psykoterapia on myös kallista, eikä monella ole siihen varaa (Mylärniemi 2009, 157). Yksilöllisesti sopivien hoitomenetelmien löytäminen vie aikaa, ja potilas saattaa keskeyttää tehottomalta tuntuvan hoidon. Potilaan muut ongelmat, kuten päihderiippuvuus, ahdistus- tai persoonallisuushäiriö tai somaattiset sairaudet saattavat hankaloittaa hoitoa. Ongelmia aiheutuu myös, jos masentunut pääsee erikoissairaanhoidon liian myöhään ja jos paranemisen seuranta on osin

puutteellista. Terveystenhoitojärjestelmä on pirstaleinen, aikojen saaminen on rajallista ja hoitohenkilökunnan osaamista masennukseen liittyen olisi lisättävä. (Heiskanen ym. 2011, 13–14.)

Masennus heijastuu myös potilaan läheisten ihmisten elämään tehden siitä ahdistavan ja raskaan (Myllärniemi 2009, 17). Masennus onkin läheisten kannalta yksi kuormittavimmista mielenterveyshäiriöistä, ja myös muiden perheenjäsenten riski sairastua masennukseen on suurentunut (Jähi, Koponen & Männikkö 2011, 183). Läheiset saattavat hankaloittaa hoitoa tuntiessaan itsensä väsyneiksi, avuttomiksi ja turhautuneiksi (Heiskanen ym. 2011, 14). Masentunut saattaa oireidensa takia käyttäytyä tavalla, joka heikentää sosiaalista tukiverkostoa, mikä edelleen pahentaa masennusta. Ennusteen kannalta tärkeää on se, millaisena potilas itse kokee tukiverkostonsa. (Isometsä 2011, 31.) Läheiset tarvitsevat tietoa masennuksesta sairautena, sen hoidosta ja saatavilla olevista palveluista. He haluavat ymmärtää sairautta ja selvittää, miten itse voisivat toimia sairastuneen oloa helpottaakseen. Läheiset saattavat pohtia omaa osuuttaan sairastumisprosessissa ja tuntea jopa syyllisyyttä tilanteesta. (Jähi ym. 2011, 184.) Läheiset tarvitsevatkin tietoa ja tukea ammattilaisilta, varsinkin jos heillä ei ole voimavaroja hakeutua vertaistuen piiriin (Heiskanen ym. 2011, 14). Sairastuneen koko perheen tapaaminen hoidon yhteydessä tukee kaikkien selviytymistä (Jähi ym. 2011, 193.)

Masennustiloihin yhä liittyvät väärinkäsitykset ja niihin pohjautuva leimaava asennoituminen saattavat kuormittaa potilasta ja hidastaa toipumista vaikuttaen esimerkiksi potilaan itsetuntoon. Kielteisiä asenteita ei kokonaan voida ehkäistä yhteiskunnassamme, mutta niitä voidaan lievittää edistämällä tietämystä masennuksesta. Leimaaviin asenteisiin on pyritty vaikuttamaan erilaisilla hankkeilla, kuten Pohjalaiset masennustalkoot- ja Pohjanmaa-hankkeilla. Pohjanmaa-hanke esitteli keväällä 2016 Stakesin ja Suomen Mielenterveysseuran kanssa koulutuksen, jonka pyrkimyksenä oli mielenterveyden lukutaitojen lisääminen ja työvälineiden antaminen mielenterveys- ja päihdeongelmaisten ymmärtämiseen ja auttamiseen. (Aromaa 2011, 159–166.)

### 2.3 Ikääntynyt masennuspotilas

Vanhuusiän masennus on yleistä, mutta ei kuulu luonnolliseen vanhenemiseen. Iäkkään masennus voi usein jäädä tunnistamatta ja henkilö ilman riittävää hoitoa. (Saarela 2011, 372.)

Vuonna 2014 yksinäiseksi itsensä koki 6 % yli 63-vuotiaista miehistä ja 11 % naisista. Merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta yli 65-vuotiaista miehistä koki 7 % ja naisista 9 %. Vajaa viidennes yli 63-vuotiaista miehistä ja joka neljäs naisista kokee masennusoireita. Vuonna 2014, 163 yli 65-vuotta täyttänyttä ihmistä teki itsemurhan. (THL 2017.) Iäkkäiden masennuspotilaiden kuolleisuus on lisääntynyt verrattuna masennusta sairastamattomiin iäkkäisiin. Masennuksesta toipuneiden ja masennusta sairastamattomien kuolleisuus on samaa luokkaa. (Pulska 2001.)

Tyypillisesti ikääntyneen masentuessa esiintyy valitusta älyllisten toimintojen tai muistin heikentymistä, vaikka ne eivät todellisuudessa ole heikentyneet. Kykenemättömyys keskittymiseen, ajattelemiseen ja muistamiseen johtuu masentuneen energian puutteesta, mikä on tyypillistä masentuneella iäkkäällä. Ikääntyneillä voi esiintyä myös masennusta, mikä on alkanut jo nuoruusiällä; tällöin ikääntynyt kokee oireensa normaaliksi, koska on jo niin tottunut niihin. (Kelo ym. 2015, 123–126.) Iäkkään masennus jää helposti tunnistamatta vanhenemismuutosten, muiden sairauksien ja muistiongelmien vuoksi. Iäkkäälle masennuspotilaalle on tyypillistä pienten asioiden kokeminen erittäin raskaaksi, esimerkiksi paidan päälle pukeminen voi tuntua ylivoimaiselta. Iäkäs ei välttämättä tunne olevansa oma itsensä, hänellä esiintyy levottomuutta, ruokahaluttomuutta ja hän voi olla myös ärtynyt sekä kokea, ettei hänestä ole mihinkään. Iäkäs masennuspotilas ei välttämättä näytä surulliselta tai itke. Oirekuva ei siis ole tyypillinen eikä helposti tunnistettavissa. (Saarela 2011, 373–374.) Vaikea masennus voi viedä iäkkään toimintakyvyn nopeasti ja on useammin psykoottinen kuin nuoremmilla (Leinonen & Alanen 2017).

### 2.3.1 Ikääntyneen masennuksen riskitekijät

Ikääntyneiden masennukset tulevat usein esiin somaattisten ja neurologisten sairauksien yhteydessä, kun sairauden tuoma kuormitus lisää myös masennuksen riskiä. Geneettinen alttius, rakenteelliset aivomuutokset ja verenkiertohäiriöt, psyykinen toimintavaje, somaattiset sairaudet ja fyysiset toimintavajeet kuten huono kuulo ja näön heikkeneminen, ovat riskitekijöitä iäkkäiden masennukselle. (Saarela 2011, 372–373.) Kivimäen (2010) pro gradu –tutkielmassa kartoitettiin vanhustyötä tekevien hoitajien tietoa kuulon ja näön heikentymisestä ikääntyessä. Hoitajien mielestä kuuloaistin heikentymisellä on selvä yhteys päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen ja se saattaa johtaa masennukseen tai psykoottisiin oireisiin. Iäkkäillä yleiset lonkkamurtumat, niiden hoito ja leikkauksen jälkeinen kipu saattavat aiheuttaa ahdistuneisuutta ja altistaa masennukselle. Pakon edessä tapahtuva laitoshoittoon joutuminen vaikuttaa negatiivisesti iäkkääseen. Terveysteen liittyviä masennusta laukaisevia tekijöitä iäkkäällä ovat heikkenevä terveys ja aistitoimintojen huonontuminen, somaattiset sairaudet, sairaalaan joutuminen, lääkkeiden käyttö, kiputilat, krooninen stressi, riippuvuudet ja alkoholin ongelmakäyttö. (Saarela 2011, 372–373.) Helldán ja Helakorpi (2014) raportoivat tutkimuksessaan, että raittiiden eläkeläisten osuus on pienentynyt merkittävästi vuodesta 1985. Tutkimuksen mukaan vähintään kerran viikossa alkoholia juovien eläkeläisten osuus on kasvanut selvästi, ja vähintään 8 alkoholiannosta viikossa käyttää joka neljäs 65–69-vuotias. Taittosen (2011) pro gradu –tutkielman mukaan ikäihmisten alkoholinkäyttö tunnustetaan kotihoidossa. Alkoholinkäyttö on kasvanut ja on yleisempää kaupungin vuokra-asunnoissa. Tutkielman mukaan ikääntynyt asiakas juo pääasiassa yksin eikä juuri poistu asunnoltaan. Suurimpana syynä ikääntyneiden päihteiden käyttöön nähtiin virikkeiden puute ja yksinäisyys. Myös sekakäytön koettiin lisääntyneen.

Ikääntymiseen liittyy monia henkisesti kuormittavia elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä. Näitä ovat muun muassa yksinäisyys, taloudelliset ongelmat, heikentynyt terveydentila niin fyysisesti kuin psyykkisestikin, sekä univaikeudet. Heikkoon psyykkiseen terveydentilaan ovat yhteydessä muun muassa alkoholinkäyttö sekä

koettu henkinen ja fyysinen väkivalta. (Kaskela, Pitkänen, Solin, Tamminen, Valkonen & Kaikkonen 2017.) Perhe-elämään ja elämäntilanteeseen liittyviä masennusta laukaisevia tekijöitä iäkkäällä ovat esimerkiksi eläkkeelle jääminen, asuinpaikan muutos, taloudelliset vaikeudet, menetykset ja erot, yksinäisyys, omaishoitajana toimiminen ja muiden perheenjäsenten, kuten omien lasten, ongelmat. (Saarela 2011, 373.)

Polun (2013) ikääntyneiden elinpiirin laajuuden yhteyttä masennusoireisiin tutkivassa pro gradussa selvitettiin, onko elinpiirin laajuudella yhteys masennusoireisiin ja selittävätkö tätä yhteyttä esimerkiksi fyysinen aktiivisuus, sairaudet ja liikkumiskyky. Tutkimuksessa selvisi, että masennusoireita kokevilla ikääntyneillä elinpiiri oli merkitsevästi pienempi, kuin niillä, jotka masennusoireita eivät kokeneet. Korkea ikä, heikko taloudellinen tilanne, sairaudet ja heikko liikkumiskyky sekä fyysisen aktiivisuuden vähäisyys olivat yhteydessä sekä elinpiirin pienentymiseen, että masennusoireisiin. Taloushuolien kasvaessa yhä useampi suomalainen joutuu tinkimään välttämättömistä hankinnoista, kuten ruuasta ja lääkkeistä. Suurinta kasvu on kuitenkin ollut 54–74-vuotiaiden ikäluokassa; 18 prosenttia ikäluokasta on joutunut tinkimään perustarpeistaan ja heistä joka kymmenes on pelännyt ruuan loppuvan ennen kuin rahaa tulee lisää. (Murto & Pentala 2017.)

Myös kuoleman hyväksymisen vaikeus ja vääjäämättä lähestyvän kuoleman pelko voivat olla ikääntyneelle psyykkisesti hyvin kuormittavia. Yhteiskunnassa pidetään ihanteena saada kuolla vanhana hyvän elämän päätteeksi, ja useat vanhat ihmiset ilmaisevat olevansa valmiita lähtemään, kun aika on. Kaikki eivät kuitenkaan ole valmiita hyväksymään kuolemaa, ja vanheneminen ja kuolema saattavat jopa merkitä heille toistensa synonyymejä. Kuoleman hyväksyminen on riippuvainen ikääntyneen menneestä elämästä, kokemuksista, terveydestä ja sopeutumiskyvystä. Kaikki kuolemaan liittyvä saattaa tuntua uhkaavalta, jos ikääntyneellä ei enää ole nuoruudenaikaisia voimia selviytyä kriisitilanteista. Yksinäisyys ja pelko oman itsensä menettämisestä ja pitkittyvästä kuolemasta ahdistavat ja kivut saattavat verryttää voimia. Lapset saattavat asua kaukana ja muut läheiset ja ystävät saattavat

olla jo kuolleet. Erityisesti tällöin hoitohenkilökunnan tehtävä on tukea vanhusta, auttaa hyväksymään elämän rajallisuus ja elää kuolinprosessi yhdessä hänen kanssaan. (Härkönen 1898, 27–28.) Oman lähestyvän kuoleman aiheuttamaa surua ja masennusta on joskus vaikea erottaa toisistaan. Masennuskin kuuluu osana kuoleamisen kriisiin, kun kuolevan saattaa vallata epätoivo ja toivottomuus. Kuolevasta saattaa tuntua, ettei hän ole toteuttanut kaikkia mahdollisuuksiaan ja hän saattaa syyllistää itseään kelvottomuudesta ja laiminlyönneistä. Kuolevan ihmisen masennusta saattaa kuitenkin olla vaikea havaita ja erottaa surusta, sillä monet masennuksen fyysiset tuntemukset, kuten kivut, väsymys, pahoinvointi ja unihäiriöt saattavat johtua sairaudesta ja fyysisestä voinnista. Käyttäytyminen ja tuntemukset on siis helppo panna fyysisen voinnin syyksi. Kuoleva ihminen tarvitsee toisen ihmisen läsnäoloa, ja häntä olisi hyvä rohkaista puhumaan tunteistaan. Keskustelussa olisi hyvä painottaa menneen elämän hyviä asioita, iloja ja onnistumisia. Kuolevan omanarvontuntoa, itsemääräämisoikeutta ja aktiivisuutta olisi tuettava. Kuolemiseen sopeutuminen ja sen hyväksyminen on mahdollista, kun ihmistä tuetaan ajallaan purkamaan kaikki kriisin herättämät tunteet. Jokaisella voi olla myös henkilökohtaisia selviytymiskeinoja, kuten esimerkiksi usko tai vakaumus. Ahdistus hiipuu, ja jäljellä olevat voimavarat voi käyttää elämiseen, jolloin jokainen uusi päivä on lahja. (Härkönen 1989, 156–161.)

Iäkkäiden masennus on merkittävä ongelma myös yhteiskunnalle. Mielen terveyden häiriöt kokonaisuudessaan ovat arviolta kustantaneet noin 4,2 miljardia euroa vuonna 2004 (Ehkäisevä mielen terveytyö kunnissa 2009) ja pelkästään masennuslääkkeiden korvauksia maksettiin 44,5 miljoonaa euroa (Suomen lääketilasto 2011).

### **2.3.2 Ikääntyneen masennuksen oireet ja hoito**

Masennusta pidetään iäkkäiden yleisimpänä mielen terveyden häiriönä, jonka taustalla saattaa olla esimerkiksi heikko somaattinen terveydentila ja erilaiset menetykset. Masennusta saattaa liittyä myös erilaisiin sairauksiin, kuten aivohalvauksen jälkitilaan tai dementiaan. (Leinonen & Koponen 2010, 159.) Tärkeää on ikääntyneen

lääkityksen tarkistaminen ja mahdollisten masennusta aiheuttavien lääkkeiden vaihtaminen muihin lääkkeisiin. Masennusta aiheuttavia lääkkeitä ovat esimerkiksi rasvaliukoiset beetasalpaajat, opioidit ja kortikosteroidit. (Kivelä 2014, 64.)

Masennuksen merkit voivat näkyä iäkkäässä fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn ja aktiivisuuden muutoksina sekä tunne-elämän ja ajattelutavan muutoksina. Fyysisiä muutoksia ovat unen muutokset, ruokahalun muutokset, energian ja motivaation puute ja seksuaalisuuden muutokset. Psyykkisiä muutoksia ovat keskittymisen ja päätöksenteon vaikeudet, levottomuus tai hidastuminen, muistiongelmien ja vetäytyminen sosiaalisista kontakteista. Tunne-elämän ja ajattelutavan muutoksia ovat arvottomuuden ja syyllisyyden tunteet, ärtyisyys ja kärsimättömyys, yksinäisyyden tunne ja somaattisten sairauksien vaikutusten yliarvioiminen. (Saarela 2011, 374.)

Tavallisimpia ikääntyneen masennusoireita ovat somaattisten oireiden valittaminen, ruokahaluttomuus, psykomotorinen estyneisyys tai kiihtyneisyys, itsetuhoisuus ja erilaiset harhaluulot liittyen esimerkiksi köyhyyteen tai merkityksettömyyteen. Estyneisyys voi ilmetä esimerkiksi toimintojen hidastumisena. Masentunut iäkäs potilas voi menettää nopeasti fyysisen ja sosiaalisen toimintakykynsä. Pitkittyneeseen masennukseen liittyy lisääntynyt kuolemanriski itsemurhien ja verisuonisairauksien vuoksi. (Leinonen & Koponen 2010, 159–160.) Pulskan (2001) tutkimuksen mukaan masennuksen oireista erityisesti painon lasku näyttää ennustavan kuolleisuutta. Vanhusten itsemurhayritykset päättyvät kuolemaan useammin kuin nuorempien, ja iäkkäistä itsemurhan tehneistä vain pieni osa on saanut asianmukaista hoitoa. Masennuksen oireiden ja itsemurhavaaran hankala tunnistaminen ovat keskeinen ongelma iäkkäiden itsemurhien ehkäisemisessä. (Leinonen & Koponen 2010, 159–160.)

Aholan ja Raitavuon (2010) mukaan iäkkään masennusoireet saattavat helposti sekoittaa fyysisten sairauksien oireisiin. Esimerkiksi masennukseen liittyvät kognitiiviset häiriöt voidaan sekoittaa muistihäiriöihin, varsinkin kun masentuneella vanhuksella saattaa esiintyä unohtelua ja kysymysten toistelua (Leinonen & Koponen



2010, 159). Masennus onkin erityisen yleistä muistipotilailla. Lähes joka toisella Alzheimerin tautia sairastavilla esiintyy jonkinasteista masennusta. Masennuksen ja muistisairauksien oireet ovat varsinkin muistisairauden alkuvaiheessa samankaltaisia: haluttomuutta, aloitekyvyttömyyttä ja toimintakyvyn laskua. Iäkkäiden masennuksessa nimenomaan muistivaikeudet ja yleinen hidastuminen korostuvat, ja vastaavasti muistisairastuneilla on usein masennusoireita jo ennen selvää häiriötä. Vakavin masennuksen aiheuttama muistihäiriö on näennäisdementia, jossa vakava masennus on aiheuttanut muistin ja henkisten kykyjen dementiatasoisien heikentymisen. (Saarela 377–379.)

Masennuksen erottaminen somaattisista sairauksista saattaa vaatia erilaisia kokeita, kuten laboratoriokokeita, neuroradiologisia ja -fysiologisia tutkimuksia (Terveysportti 2015.) Tutkimukset käynnistyvät yleensä perusterveydenhuollossa, missä tehdään alustava kartoitus sekä erilaisia muistitestejä. Perusverikokeilla pystytään kartoittamaan yleistä terveydentilaa. (Saarela 2011, 380.) Potilaan sekä myös omaisten haastattelun avulla saadaan esiin oireita ja potilaan ajatusmaailmaa. Iäkkään puhetta ja huokailua on hyvä kuunnella tarkasti. (Saarela 2011, 374.) Masennus olisi tärkeää tunnistaa varhain, jotta ikääntyneen elämänlaatu paranisi ja masennuksen kesto lyhenisi (Ahola & Raitavuo 2010).

Iäkkään masennuksen arvioimiseksi käytetään laboratoriotutkimuksia sekä neurofysiologisia ja -radiologisia tutkimuksia. Masennuksen taustalla voi olla myös virustulehdus, joka saadaan selville täydellisestä verenkuvasta. Erityisesti iäkkään masennuksen arvioinnissa täytyy poissulkea hypoglykemia, hypokalemia ja hyperkalemia, jotka voivat olla iäkkään masennuksen oireiden taustalla. Myös kortisolien, tyreotropiinin ja kilpirauhashormonien määritykset tulee selvittää. Iäkkään masennustutkimuksessa on tärkeä selvittää iäkkään unta; onko vilkeuni lisääntynyt tai REM-viive lisääntynyt. Lisäksi aivojen magneettikuvaus tai tietokonekerroskuvaus sekä EEG-tutkimus olisi syytä toteuttaa, jottei masennusta sekoiteta dementoivaan aivosairauteen. (Koponen & Leinonen 2008, 138.) Tietokonetomografialla voidaan sulkea pois monet muut aivosairaudet, ja magneettikuvaus antaa tarkempaa

tietoa aivojen rakenteesta. Magneettikuvassa voidaan arvioida mm. Alzheimerin taudissa usein kutistuvan hippokampuksen kokoa sekä aivoverenkiertohäiriöiden määrää. Taudinmääritys voi kuitenkin joskus olla niin vaikeaa, ettei muistisairautta pystytä löytämään tai poissulkemaan ennen kuin masennus on saatu hoidetuksi ja elimellinen sairaus voidaan todeta. Joskus sairauden lopullinen luonne paljastuu vasta vuosien seurannalla. (Saarela 2011, 380.)

Iäkkäiden potilaiden masennuksen tutkimisessa on suositeltavaa käyttää myöhempiä masennusseulaa (GDS-15 tai GDS-30). Myös masennuskyselyä BDI-21 voidaan käyttää. BDI-mittarissa on 21 kohtaa, joissa jokaisessa on 3 vaihtoehtoa. Vaihtoehdot käsittelevät mm. tulevaisuuden pelkoa, itsensä arvostamista, itkemistä, ruokahaluja, syyllisyydentunteita ja kiinnostusta seksiin. Maksimipisteasteikko on 30–63, joka tarkoittaa vakavia masennusoireita, 17–29 pistettä kohtalaisia, 10–16 lieviä ja alle 10 ei lainkaan masennusoireita. Pistemäärät ovat vain suuntaa antavia eivätkä määritä masennusdiagnoosia, vaan kuvaavat sen hetkisiä masennusoireita. (Melartin & Vuorilehto 2009, 32–34.) GDS (geriatric depression screening scale) on kehitetty iäkkäiden masennuksen arviointiin. Kysymykset ovat KYLLÄ ja EI – kysymyksiä, joihin iäkäs voi itse vastata, mutta myös toinen henkilö voi lukea äänneen kysymykset tutkittavalle ja näin täyttää testin toisen puolesta. Testissä arvioidaan masennusoireita viimeisen viikon ajalta. Pisteistä 0–10 tarkoittaa normaalia, 11–20 viittaa lievään masennukseen ja 21–30 viittaa keskivaikeaan tai vaikeaan masennukseen. Kysymysten esittämiseen tai testin tekemiseen menee noin 15 minuuttia. (Terveysportti 2015.)

Jo tutkimusvaiheessa on hyvä tuoda esiin, että masennusta voidaan hoitaa. Hoidosta tulee kertoa ymmärrettävästi ja potilaan oirekuvan pohjalta. Ikääntyneet harvoin tulevat masennuksen takia vastaanotolle yksin, vaan usein omainen on mukana. Vaikka omaiselta onkin hyvä saada lisätietoja, on potilaan kanssa keskusteltava hetken aikaa myös kahden kesken. Tämä viestittää potilaan autonomiaa ja antaa aidomman kuvan potilaan tilanteesta, asennoitumisesta ja suoriutuskyvystä. Potilaan

luvalla tapahtuva omaisen aktiivinen osallistuminen on kuitenkin hyvin suositeltavaa hoidon myöhemmässä vaiheessa. Myös masennuksen ennusteesta on hyvä puhua ja todeta, että masennus usein lievittyy hoidon myötä ja saattaa parantua oireettomaksikin. Tämä on usein tärkeää iäkkäälle ja hänen omaisilleen, kun fyysisten sairauksien yhteydessä on ehkä totuttu niiden parantumattomuuteen. (Saarela 2011, 375–376.)

Masennusta voidaan hoitaa lääkkein, ja lääkehoito aloitetaan yleensä pienimmällä mahdollisella annostuksella. Yli 75-vuotiaiden lääkeannostukset ovat yleensä noin  $\frac{1}{2}$ – $\frac{1}{3}$  aikuisten annoksesta. (Leinonen & Koponen 2010, 161.) Lääkevasteen kehittyminen saattaa olla hitaampaa iäkkäillä. Masennuslääkkeitä, jotka saattavat vaikuttaa somaattiseen sairauteen, pahentaa sen oireita tai joilla on yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa, tulisi välttää. Iän ja sairauden aiheuttamat muutokset farmakokinetiikassa on otettava huomioon. Korkea ikä on riskitekijä myös sairauden uusiutumiselle, joten lääkkeen ylläpitoannosta olisi hyvä jatkaa ainakin kaksi vuotta. (Lam 2012, 93.) Noin kaksi kolmesta potilaasta hyötyy merkittävästi lääkityksestä (Leinonen & Koponen 2010, 161).

Ihmisen ikääntyessä masennuslääkkeiden metabolia, erittyminen ja jakaantuminen muuttuvat. Trisyklisiä masennuslääkkeitä ei suositella iäkkäiden hoidossa, koska ne lisäävät kaatumisvaaraa. (Kivelä & Rähä 2007, 63.) Tokolan (2010, 236) mukaan trisykliset masennuslääkkeet alentavat verenpainetta ja pulssia, ja voi aiheuttaa vakavia rytmihäiriöitä sydänsairaille potilaille. Etenkin vanhuksilla voi esiintyä myös sekavuutta sekä muistihäiriöitä.

SSRI-lääkkeet ovat suositeltavia iäkkäiden masennustilojen hoidossa, koska haittavaikutukset ovat pienemmät. Jos iäkkäällä potilaalla on kahta eri serotonergistä lääkettä käytössä, serotoniinioireyhtymän vaara on suuri. Iäkkäälle potilaalle masennuslääkitystä valittaessa täytyy ottaa huomioon haitta- ja yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa. Iäkkäiden lääkehoidossa masennuslääkettä käytetään 12 viikkoa; ellei vaste tule tässä ajassa, lääke vaihdetaan toiseen. Iäkkään masennuksen hoidossa pyritään parantamaan masennus kokonaan. Iäkkäillä lievän masennustilan

hoitoon käytetään ensisijaisesti muuta hoitomuotoa, kun lääkettä. (Kivelä & Riihinen 2007, 63–65.) Iäkkäiden lääkityksen tarve arvioidaan kerran vuodessa, huonokuntoisten ja dementoituneiden ainakin puolen vuoden välein (Hartikainen 2007).

Sähköhoitoa pidetään sopivana juuri ikääntyneiden masennuksen hoitoon, sillä se on turvallinen hoitomuoto ja vasteeseen päästään lähes 90 prosentissa tapauksista, varsinkin jos masennukseen liittyy harhaluuloja tai itsemurhavaaraa. Iäkkäiden masennuksen hoidossa on saatu hyviä tuloksia myös erilaisista psykoterapioista. Psykoterapiassa on keskeistä turvallinen ja empaattinen ilmapiiri, menneen elämän tarkastelu, ahdistavien asioiden käsittely ja toivon ylläpitäminen. Omaisten läsnäolo on tärkeää. Iäkkäiden psykoterapiassa voidaan käyttää ohjaavampia menetelmiä, kuin nuorempien hoidossa. (Leinonen & Koponen 2010, 162–163.) Iäkkään psykoterapia on yksilöllisesti räätälöityä auttamista. Iäkkäällä ei ole välttämättä kokemusta psykoterapiasta tai hänellä voi olla esimerkiksi ennakkoluuloja psykoterapiasta vastaan. Psykoterapia aloitetaan yleensä terapiaan perehdyttämällä, johon voi liittyä esimerkiksi käytännön järjestelyjä, terapiaan liittyviä asenteita ja luottamuksellisuutta. On hyvä saada iäkäs ymmärtämään, ettei psykoterapiassa käyminen merkitse ”hulluutta”, vaan se on toimintaa, jossa vahvistetaan voimavaroja sekä käsitellään elämää hankaloittavia asioita. (Saarenheimo 2012, 131).

Iäkkään ihmisen masennuksessa voidaan yhtenä hoitomuotona käyttää myös perheterapiaa. Perheterapia on ammatillinen ja tietoinen hoitomuoto; perheterapiassa on aluksi arviointivaihe, jonka jälkeen terapeutit sopivat yhteisestä tapaamisesta perheen kanssa. Tapaamisessa tarkoituksena on ymmärtää, tutkia ja hoitaa perheen välistä sisäistä vuorovaikutusta. Jotta perheterapia olisi sopiva hoitomuoto, täytyy seuraavat neljä kriteeriä täyttyä: vanhuksella on perhe, perheenjäsenet pystyvät sanallisesti käsittämään tilannetta, tilanne (sairaus, menetys) koskettaa koko perhettä ja perheterapiasta on odotettavasti paras apu tilanteeseen (perheterapiakirjallisuuden tai oman kliinisen kokemuksen perusteella). Perheterapian tavoitteena ovat perheen sisäisten vuorovaikutussuhteiden ongelmien korjaaminen, koko perhettä kos-

kettavaan vaikeaan tilanteeseen sopeutuminen, iäkkään auttaminen näkemään elämänsä arvokkaana, ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toteuttaminen ja sukupolvien ketjun katkaiseminen. Kolme yleisintä perheterapian indikaatioaluetta ovat vuorovaikutusongelmat, omaisten tunteet ja sukupolvien ratkaisemattomat ongelmat ja riidat. Vuorovaikutusongelmat liittyvät esimerkiksi puolisoitten väliseen mustasukkaisuuteen, sisaruskateuteen tai torjutuksi tulemiseen. Omaisten tunteista useimmiten apua tarvitsevat puoliset, jotka pitävät kumppanistaan huolen. Myös esimerkiksi tyttäret, lapsenlapset ja muut lähisukulaiset voivat tarvita apua, jos osallistuvat ikäihmisen hoitoon ja kokevat sen raskaana ja oma elämä on tavalla tai toisella rajoittunut. Sukupolvien väliset ratkaisemattomat riidat ja epäselvyydet siirtyvät helposti sukupolvelta toiselle. (Virtanen 2012, 168–173.)

Ikäihminen voi hakeutua myös ryhmätoimintaan, jonka tarkoituksena on vähentää tai poistaa sellaisia psyykkisiä tai sosiaalisia ongelmia, jotka aiheuttavat iäkkäälle henkistä pahoinvointia tai voimakasta kärsimystä ja joiden takia hän on hakenut itselleen apua. Ryhmäanalyysi on psykoterapian muoto, joten tavoitteet ovat samat kuin psykoterapiassakin. Ryhmässä pyritään saamaan käyttöön koko ryhmän voimavarat ja näin ryhmässä tärkeässä roolissa onkin ryhmän jäsenten välinen vuorovaikutus. Ryhmässä vallitsee vapaasti virtaava keskustelu, jonka tarkoituksena on, että terapeutti antaa jäsenille vallan keskustella omista ajatuksistaan. Terapeutti ei siis puutu keskusteluun, vaan auttaa ryhmää eteenpäin. Tämänkaltaiset ryhmät ovat hyödyllisiä varsinkin yksinäisille iäkkäille, sillä ryhmissä erityisen tärkeä piirre on asioiden jakaminen toisten kesken. Näin siis jaettu yksinäisyys voikin muuttua yhteydeksi. Iäkäs voi esimerkiksi tulla ryhmään masentuneena siitä, että läheiset ovat hylänneet hänet ja ovat hänelle ilkeitä; tällöin hän voi ryhmän avulla havaita itsessään vihamielisiä piirteitä ja korjata ne, jonka avulla ihmissuhteetkin voivat parantua. Ryhmä antaa monenlaisia mahdollisuuksia: samaistua toisten kokemuksiin, kokea jotain uutta, astua ulos omasta erillisyydestään sekä sosiaalistua. Myös huumori on keskeinen asia ikääntyneiden ryhmissä; sen avulla ikääntyneet pystyvät paremmin käsittelemään ikääntymisen myötä tapahtuvia muutoksia sekä luopumisia. (Marjovuori 2012, 181–184.)

On olemassa myös senioripysäkkejä; ne eivät ole psykoterapiaa, mutta ryhmäanaaliyksi toimii niiden viitekehyksenä. Senioripysäkin toiminta on kestänyt yli vuosikymmenen. Senioripysäkin toiminnan tuloksia on tutkittu Ikääntyneiden yksinäisyys -tutkimushankkeessa, jonka tuloksien mukaan nämä ryhmät vähensivät tehokkaasti ikääntyneiden yksinäisyyttä. Senioripysäkestä on kasvanut valtakunnallinen työmuoto RAY-rahoituksen turvin. Senioripysäkeissä on vapaaehtoistoimintaa; koulutettuja tukihenkilöitä sekä koulutettuja vapaaehtoisia henkilöitä. Senioripysäkki-toimintaa on seurakunnissa, järjestöissä ja kaupunkien sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Kaikilla ryhmäohjaajilla on vähintään 1,5 vuoden koulutus ja ohjaajien pohjakoulutuksena on sairaanhoitajia, pappeja, diakoneja, psykoterapeutteja, sosiaali-ohjaajia, lähihoitajia ja terveydenhuollon lehtoreita. Ryhmien kesto on 15 kertaa. Ryhmä tuo yhteenkuuluvuutta ja se auttaa ihmistä pääsemään eristäytyneisyydestä yhteyteen, lisää sosiaalisia taitoja sekä valmistaa vuorovaikutukselliseen elämään. (Marjovuori 2012, 181–186.) Senioripysäkki-toimintaa on yli 30 paikkakunnalla Suomessa mm. Vaasassa, Helsingissä, Seinäjoella, Tampereella ja Mikkelissä. Ryhmät ovat maksuttomia ja luottamuksellisia, yli 60-vuotiaille tarkoitettuja. Ryhmään mennään ensin haastattelun kautta, jossa selvitetään elämäntilanne ja pohditaan, olisiko ryhmästä ikääntyneelle hyötyä. Haastattelun voi varata joko puhelimitse tai sähköpostilla. Senioripysäkki-toiminnan yhteydessä on myös parisuhde-pysäkki, jossa pääsee keskustelemaan parisuhdeterapeutin kanssa seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen liittyvistä asioista ja ongelmista. (Helsinkimissio 2017.)

Arviolta 10 % iäkkäiden masennuksista kroonistuu. Etenkin elimellisiin sairauksiin liittyvät pitkäaikaiset ja vaikeat masennustilat ovat ennusteeltaan huonompia. Vasta ikääntyneenä alkavan masennuksen yhteydessä on muistettava dementoivan aivosairauden mahdollisuus. (Leinonen & Koponen 2010, 163.) Alkavan dementian ja masennuksen oireet iäkkäillä saattavat olla samankaltaisia, esimerkiksi apatia ja psykomotoriset oireet. Erottamista voi auttaa huolellinen selvitys oireiden alkamisesta, kulusta. Apuna voi käyttää erilaisia testejä, kuten MMSE (mini-mental state exam). Alkava dementia aiheuttaa usein kognitiivisen toimintakyvyn asteittaista heikentymistä, kun taas masennuksessa esiintyy äkkinäistä muutosta huonompaan.

Täytyy kuitenkin muistaa, että dementia ja masennus voivat esiintyä myös samanaikaisesti, ja dementian oireet saattavat peittää masennusoireet vaikeuttaen sen tunnistamista. (Lam 2012, 92.)

Masentunut iäkäs tarvitsee tukea läheisiltään masennuksesta toipumiseen. Läheisten saattaa olla vaikea ymmärtää masennuksen aiheuttamia muutoksia iäkkäässä, ja aikuisellekin voi olla ahdistavaa, jos vanhempi kokee, ettei hänen elämällään ole arvoa. Hoitosuhde on parhaimmillaan silloin, kun yhteistyötä tehdään potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan kesken. Omaisia tarvitaan tukemisen ja läsnäolon lisäksi usein seuraamaan hoitojen toteutumista, pitämään yhteyttä hoitaviin tahoihin ja saattamaan potilasta vastaanottokäynneille. Erityisesti puolison läsnäolo on tärkeää ajatellen pariskunnan kummankin osapuolen jaksamista. Omaisten tiedon tarpeisiin on vastattava, ja heille on kerrottava iäkkään masennuksen luonteesta. Masennus yleensä vaikuttaa kognitioon, eli ajatteluun, hahmottamiseen ja muistiin, ja tekemisen aloittaminen voi olla haastavaa iäkkäälle. Esimerkiksi suihkuun meno ja ulos lähteminen voivat olla hajottavaa. Avun tarjouksiin on vaikea vastata myöntävästi, jottei kokisi menettävänsä otetta elämästään. Tällöin iäkkään autonomiaa on kunnioitettava, mutta samalla on hyvä pohtia, milloin sen rajaa voisi laventaa. On tärkeää, että omaiset huolehtivat myös omasta jaksamisestaan ja heidän on mahdollista suunnata huomiotaan myös itseä kiinnostaviin ja iloa tuottaviin asioihin. (Saarela 2011, 371–377.)

## **2.4 Psykiatrinen avohoito**

Masennusoireista kärsivän potilaan ensimmäinen yhteydenotto- ja hoitopaikka on perusterveydenhuolto. Aikaisemmin ongelmana on ollut oireiden puuteellinen tunnistaminen. Apua tarvitsevan tulisi hakeutua ensin perusterveydenhuoltoon ja mikäli tilanne on kiireellinen, apua tulee saada välittömästi. Mikäli tilanne on kiireetön, hoidon arvioinnin tulee tapahtua kolmen päivän sisällä yhteydenotosta. Kun perusterveydenhuollon lääkäri huomaa potilaalla masennuksen oireita, hän voi pyytää potilasta ottamaan yhteyttä joko mielenterveystyöntekijään tai varata ajan yh-

dessä potilaan kanssa. Psykiatriseen hoitotyöhön erikoistunut sairaanhoitaja, depressiohoitaja on hoidossa keskeisessä asemassa. Depressiohoitaja ja terveystieteiden lääkäri hoitavat yhdessä lievästi tai keskivaikeasti oireilevia potilaita. Depressiohoitajan tehtävänä on kartoittaa masennuspotilaan elämää kuormittavia sekä voimavaroja antavia tekijöitä ja seurata sekä informoida lääkäreitä mahdollisesti aloitetun lääkehoidon vaikutuksista. Depressiohoitaja laatii yhdessä potilaan kanssa jatkohoitosuunnitelman. Potilaan hoidosta kuitenkin vastaa aina terveystieteiden lääkäri. (Lemström 2009, 34–35.)

Mielenterveyspalvelut pyritään järjestämään pääasiassa avohoitona, ja mielenterveysongelmista kärsivän ensisijainen hoitopaikka onkin perusterveydenhuollon palveluissa ja seuraavana perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestämässä avohoidossa. Avohoitoa järjestetään sekä julkisesti että yksityisesti. Julkisen terveydenhuollon avohoitopalveluihin, kuten psykiatrisille poliklinikoille ja mielenterveystoimistoihin, hakeudutaan joko suoraan tai perusterveydenhuollon lääkärin kautta läheteellä. Monipuolisten ja liikkuvien avohoitopalvelujen avulla voidaan lyhentää sairaalahoidon tarvetta, tai jopa välttää se kokonaan. Avohoidolla taataan hoidon jatkuvuus myös sairaalasta kotiutuessa. Avohoidossa järjestetään myös välimuotoisia palveluita, kuten päivätoimintaa, johon osallistuminen on omaehtoista. Tärkeää on, että eri hoitomuotojen välillä liikuttaessa palveluketju ei pääse katkeamaan. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2013, 184–185.)

Masennusta sairastavan potilaan hoidossa tarvitaan sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon yhteistyötä. Hoidon peruselementtinä on luotettava hoitosuhde, jossa käytetään erilaisia psykoterapeuttisia menetelmiä, lääkitystä sekä ryhmäterapeuttisia menetelmiä. Lisäksi avohoidossa hoitoon voi lisäksi sisältyä perhe- ja verkostotapaamisia, työkyvyn arviota, sosiaalisen tilanteen kartoitusta sekä psykologin tutkimus. Mikäli potilaan psyykkinen vointi sallii, voidaan harkita myös Kansaneläkelaitoksen tukemaa psykoterapiaa. (Lemström 2009, 33.)



## 2.5 Psykiatrinen sairaalahoito

Psykiatriseen erikoissairaanhoidon tarvitaan aina lääkärin lähete. Mikäli tilanne on kiireetön, hoidon arvion tulee tapahtua kolmessa viikossa lähetteen saapumisesta ja viimeistään kuuden kuukauden kuluessa potilaan on päästävä hoitoon. Jos potilaana on lapsi tai nuori, on takaraja hoidon saannille kolme kuukautta. (Lemström 2009, 34.)

Erikoissairaanhoidossa psykiatrisilla poliklinikoilla läheteiden arvioimisessa käytetään apuvälineenä sosiaali- ja terveysministeriön Kiireettömän hoidon perusteetopasta. Kun lähete on saapunut poliklinikalle, potilaalle lähetetään ensimmäinen vastaanottoaika. Potilaalle voidaan lähettää myös tieto lähetteen saapumisesta tai olla häneen yhteydessä puhelimitse. Useimmiten vastaanottoaika potilas joutuu odottamaan useita viikkoja; voi myös olla niin, ettei potilaan psyykkinen tila vaadi erikoissairaanhoidoa, vaikka lähete olisi kirjoitettukin. Tällöin lähetteen tehneelle lääkärille ilmoitetaan syyt, miksi potilas lähetetään takaisin perusterveydenhuoltoon. Potilasta ohjataan olemaan yhteydessä lähetteen kirjoittamaan lääkäriin, jonka luona terveydentilan seuranta jatkuu. Joskus terveyskeskuslääkäri voi pyytää konsultaatiota psykiatrian erikoislääkäriltä, tällöin potilas saa erikoislääkäriltä konsultoidun avun oman terveyskeskuslääkäriinsä vastaanotolta. (Lemström 2009, 35–36.)

Sairaalahoitoa järjestetään mielenterveysongelmista kärsivälle, kun avohoidon tarjoamat palvelut eivät riitä. Sairaalahoidon ei siis tulisi olla ensisijainen hoitomuoto, vaan se on arvioitava jokaisen potilaan kohdalla erikseen. Oikein käytettynä sairaalahoito on tärkeä osa-alue mielenterveyshoitotyötä. Suuri osa psykiatrisesta sairaalahoidosta tapahtuu vapaaehtoiselta pohjalta, ja tärkeää onkin potilaan hakeutuminen hoitoon itse. Sairaalahoidon tulisi olla aina suunniteltua, osa potilaan kokonaisuhoitoa ja hoitoketjua. Potilas pääsee sairaalahoitoon lääkärin läheteellä, vaikkakin joillain paikkakunnilla sairaalaan on mahdollista hakeutua ilman lähetetäkin. Potilaan sairaalahoitoon ottamisesta päättää osaston lääkäri (tai päivystysaikana päivystävä lääkäri). Potilas voidaan ottaa sairaalaan myös tarkkailu-lähet-

teellä, ja hänet voidaan asettaa mielenterveyslain alaiseen tarkkailuun sen selvittämiseksi, täytyvätkö tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit. (Kuhanen ym. 2013, 185–186.)

Sairaalahoidossa tärkeää on sairauteen liittyvä tiedon saanti, neuvonta ja ohjaus, sekä tunteiden ja ajatusten käsittely. Potilasta tuetaan osallistumaan aktiivisesti omaan hoitoonsa, eli sen suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Hoidon onnistumiselle on tärkeää luottamuksellisuus, turvallisuus ja jatkuvuus. (Kuhanen ym. 2013, 186.)

Mielenterveyslaki (L 14.12.1990/1116) määrittää tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset:

Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain:

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

Sairaalahoidossa voidaan joutua rajoittamaan potilasta huonon voinnin takia (Suhonen 2007, 35). Lain mukaan Suomessa voidaan rajoittaa liikkumisvapautta sekä yhteydenpitoa, tarkastaa ja ottaa haltuun omaisuutta, tehdä henkilötarkastuksia, eristää ja sitoa sekä hoitaa psyykkistä ja fyysistä sairautta tahdosta riippumatta. Päätöksen rajoittamisesta tekee lääkäri, eivätkä säännöt saa rajoittaa enempää kuin mielenterveyslaki sallii. (Repo-Tiihonen, Putkonen & Tuppurainen 2017.) Suhosen (2007) tutkimuksessa suurin osa vastanneista koki rajoittamisen lisäävän turvallisuutta ja antavan vaikutelman huolehtimisesta. Vastanneet kokivat, että hyvään hoitoon kuuluu huolenpito silloin, kun itse ei kykene.

Psykiatrisessa sairaalassa potilaan hoitoon kuuluu ohjaus sairaudesta, päivittäistointojen tukeminen, potilaan selviytymisen tukeminen, vuorovaikutus ja läsnäolo, lääkehoito, toipumista tukevat päivä- ja viikko-ohjelmat, sosiaalisten verkostojen ylläpitäminen, tarvittavat sopimukset ja rajoitukset, joilla varmistetaan turvallisuus, sekä tukeminen ja rohkaisu vuorovaikutukseen osastoyhteisössä (Kuhanen ym. 2013, 186). Horpun (2008) tekemän tutkimuksen mukaan potilaan psyykkisen voimien tiedostamista voidaan vahvistaa sairaalassa antamalla neuvoja ja käsittelemällä ahdistusta lisääviä huolia. Tärkeimpinä potilaat pitävät keskusteluja hoitajan kanssa sekä yhteistyötä omahoitajan kanssa. Sairauden jakaminen hoitajan kanssa helpottaa potilaiden oloa ja lisää ymmärrystä sairautta kohtaan. Myös tehtävien, kuten verkostokartan tekeminen lisäsi voimien tiedostamista. Tutkimuksen mukaan potilaiden mielenterveyttä tukevat sairaalahoidon aikana perustarpeista huolehtiminen, turvallinen hoitoympäristö, hoitoa tukeva toiminta, kuten erilaiset ryhmät ja liikunta, lääkehoito, hoitosopimukseen sitoutuminen ja läheisten huomioiminen. Hättösen (2005) tutkimuksen mukaan potilaat pitävät tärkeänä saada sairaalahoitonsa aikana tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, potilaan oikeuksista sekä erilaisista tukimuodoista, kuten sosiaalietuuksista ja vertaistuesta.

Kotiutuminen tarkoittaa potilaan siirtymistä pois sairaalahoidosta. Kotiutuminen on yhteistyötä potilaan, omaisten ja eri ammattilaisten välillä ja onnistuu parhaiten, kun se suunnitellaan hyvin ja yhteistyössä (Perälä-Hammar 2003). Mäkelän (2015) mukaan kotiutus on toimivaa, kun potilaalle parhaan ratkaisun löytäminen on kaikkien yhteinen tavoite. Potilaan kotona pärjäämiselle ratkaisevaa on oikean asumismuodon ja tarvittavan tuen löytäminen. Tiedon lisääminen sekä tiedonkulku puolin ja toisin on tärkeää. Asumisen tukipalvelujen tulisi olla tuttuja sairaalan henkilökunnalle, jotta potilaiden ja omaisten tiedottaminen kotiutumisen mahdollisuuksista olisi riittävää. Kotiutumisen suunnittelu olisi hyvä käynnistää jo potilaan tullessa osastolle. Jos potilas on aiemmin käyttänyt asumisen tukitoimia, yhteistyö näiden tahojen kanssa antaa sairaalan henkilökunnalle tietoa potilaan aikaisemmasta pärjäämisestä, ja alustava kotiutumisen jälkeisen asumisen tuen suunnittelu voidaan

aloittaa. Asumisen tukipalveluista on kuitenkin keskusteltava rahoittajan, eli kunnan, kanssa ennen kuin niistä keskustellaan potilaan kanssa tarkemmin. Asumisen tuen tarpeen arviointiin on käytössä erilaisia mittareita. Kotiutusvaiheessa eri tahojen välillä voidaan järjestää hoitokokouksia, jossa potilas osallistuu päätöksentekoon. Kotilomat ja harjoittelujaksot sairaalan ulkopuolella taas edistävät potilaan kotiutumisvalmiutta ja vähentävät pelkoa kotona pärjäämisestä. Koponen (2003) toteaa väitöskirjassaan, että kotiutusvaiheessa potilaan siirtyminen sairaalasta kotiin on stressiä aiheuttava elämäntilanne niin iäkkään potilaan kuin hänen perheenjäsentensäkin kannalta. Kotiutusvaihe vaatii potilaalta selviytymistä sekä potilaan, perheenjäsenten ja hoitohenkilökunnan yhteistyötä potilaan selviytymisen edistämiseksi. Iäkkään potilaan kotiutuessa potilas ja hänen perheensä kohtaavat muutoksia liittyen esimerkiksi potilaan vointiin, terveydentilaan, kotona selviytymiseen sekä perheen jaksamiseen. Potilas ja läheiset kohtaavat muutoksia myös potilaan hoidossa, avun järjestelyissä sekä odottamattomissa ja uusissa tilanteissa. Muutosten merkitys liittyy potilaan ja läheisten suhtautumiseen sairautta kohtaan sekä kokemuksiin avun saamisesta. Potilaan selviytyminen kotiutumisen jälkeen sisältää alkuun pääsemisen kotona, huolenpidon itsestään ja voinnin mukaan elämisen. Joskus potilas saattaa kokea kotiutuessaan epävarmuutta vaihtelevan voinnin ja terveydentilan takia. Itseluottamus kuitenkin vahvistuu, kun potilas saa onnistumisen kokemuksia.

Moustgaard (2015) teki tutkimuksen sosiaalisten ja taloudellisten resurssien vaikutuksista masennuspotilaiden joutumisesta psykiatriseen sairaalahoitoon. Tutkimuksessa selvisi, että puolison kanssa yhdessä asuminen sekä taloudelliset resurssit, kuten omistusasunto, korkeatuloisuus ja työssä oleminen suojasivat masennusta sairastavia potilaita joutumasta psykiatriseen sairaalahoitoon. Korkea koulutus puolestaan ei suojannut joutumista psykiatriseen sairaalahoitoon. Tutkimuksen mukaan erityisesti matalasti koulutettujen masennuspotilaiden hoidon jatkuvuuteen ja riittävyyteen olisi syytä kiinnittää huomiota.

### **3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUS- TEHTÄVÄ**

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kuvataan tutkimustehtävät. Tutkimuksen tavoitteissa kuvataan, miten tutkimuksesta saatua tietoa on mahdollista hyödyntää, esimerkiksi käytännössä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 99.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää hoitajan näkökulmaa iäkkään masennuspotilaan tiedon ja tuen tarpeesta hänen siirtyessään psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää sellaisen tiedon ja tuen saantia, mitä iäkäs masennuspotilas tarvitsee.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Millaista tukea ja tietoa hoitajat antavat potilaalle hänen kotiutuessaan psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon?
2. Missä muodossa tietoa annetaan?
3. Mitä muuta tukea kotiutuva iäkäs masennuspotilas saa?
4. Mitä hoitajat kokevat haasteelliseksi kotiutusprosessissa?

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä kappaleessa kuvataan kohderyhmän valintaa ja aineiston keräämistä, työn aikataulua, aineiston analysointia ja tulosten raportointia ja välineitä ja resursseja. Lisäksi kerrotaan mittarin esitestauksen toteuttamisesta sekä pohditaan tutkimuseettisiä kysymyksiä.

### 4.1 Kohderyhmä ja aineiston kerääminen

Otoksen valinnassa olemme käyttäneet tarkoituksenmukaista otantaa. Tarkoituksenmukainen otanta eli valikoiva otos tarkoittaa, että tutkija valitsee tietoisesti tietyt osallistujat tai tapahtumat aineistokseen. Tiedonantajiksi valitaan sellaisia, joilla on aiheesta tietoa tai kokemusta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 112.) Tähän tutkimukseen valitsimme tarkoituksenmukaisesti erään psykiatrisen osaston hoitajat, joilla todennäköisimmin on runsaasti kokemusta iäkkään masennuspotilaan hoidosta ja kotiuttamisesta. Opinnäytetyötä varten otimme yhteyttä psykiatrisen yksikön ylihoitajaan sekä psykiatrisen osaston osastonhoitajaan. Sovimme ajankohdan, jolloin kyselylomakkeet toimitettaisiin osastolle. Toimitimme myös suljetun vastauslaatikon, jossa lomakkeet säilytettiin osastonhoitajan kansliassa anonymiteetin suojaamiseksi. Sovimme, että vastausaika olisi kolme viikkoa, jonka jälkeen lomakkeet haetaan takaisin. Toimitimme osastolle myös saatekirjeen sekä suomeksi, että ruotsiksi. Saatekirjeessä esiteltiin tutkimuksen aihe ja toteutus sekä painotettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta ja anonymiteetin säilymistä. Vastauksia oli kolmen viikon vastausaikana tullut riittävästi.

Yksi aineistonkeruumenetelmä kvalitatiivisessa tutkimuksessa on strukturoitu haastattelu eli lomakehaastattelu. Haastatteluun laaditaan kyselylomake, jossa kysymykset esittämisyjärjestyksineen ja vastausvaihtoehtoineen ovat ennalta määräytyt. Kysymykset perustuvat teoriaan ja takaavat, etteivät haastattelijan mielipiteet vaikuta tulokseen. Lomakkeet esitetään ennen varsinaista aineiston keruuta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 123–125.) Tutkimusta varten laadittiin kyselylomake Microsoft Word- ohjelmalla. Lomakkeessa käytettiin fonttia Times New

Roman ja fonttikokoa 12. Lomakkeessa oli 11 kysymystä, joista kolme oli strukturoituja kysymyksiä, kolme oli puolistrukturoituja ja viisi oli avoimia kysymyksiä. Kysymykset laadittiin tutkimustehtävien pohjalta. Lomakkeita laadittiin sekä suomen- että ruotsinkielellä. Ruotsinkielisten saatekirjeen ja kyselylomakkeen kieliasu tarkistutettiin Vaasan ammattikorkeakoulun kielenopettajalla. Myös opinnäytetyön ohjaaja tarkisti saatekirjeen ja kyselylomakkeen.

## **4.2 Työn aikataulu**

Opinnäytetyön aiheelle haettiin lupaa ja se hyväksyttiin helmikuussa 2017. Tutkimussuunnitelma tehtiin keväällä 2017. Se hyväksyttiin koulun puolesta loppukeväästä ja kohdeorganisaatiossa kesällä 2017. Kesällä suoritettiin myös mittarin esitestaus. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys sekä lomakkeiden laatiminen tehtiin syksyllä 2017. Aineisto kerättiin marraskuussa, ja analysoitiin alkuvuodesta 2018. Opinnäytetyö valmistui keväällä 2018.

## **4.3 Mittarin esitestaus**

Mittarin esitestauksessa tarkastellaan mittarin toimivuutta ja luotettavuutta. Esitestaamisessa pienempi vastaajajoukko testaa mittaria ennen kuin sitä käytetään tutkimuksen varsinaiselle otosjoukolle. Mittarin loppuun olisi hyvä lisätä avoin kysymys, johon voi kertoa, jos mittarista puuttuu vastaajien mielestä jotain olennaista. Olisi hyvä myös lisätä vastaajajoukolle lomake, mihin he voisivat kuvata mittarin kysymysten laatua; mihin oli hankala vastata, missä oli liian vähän vastaus-vaihtoehtoja ja oliko joitain epäselvyyksiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191–192.)

Mittarin esitestaus suoritettiin loppukesästä 2017. Esitestaajat olivat opinnäytetyön tekijöiden kollegoita, joilla on kaikilla kokemusta työskentelystä masennusta sairastavien iäkkäiden potilaiden ja asiakkaiden kanssa. Kyselylomakkeet toimitettiin esitestaajille kotiin, ja he saivat käyttää vastaamiseen niin kauan kuin tarvitsivat.

Opinnäytetyön tekijät painottivat vastaajille rehellisyyttä ja vapaaehtoisuutta. Täytetyt kyselylomakkeet säilytettiin suljetussa kirjekuoressa, ja tarkastelun jälkeen ne hävitettiin asianmukaisesti.

Esitestaukseen tarkoitettuihin kyselylomakkeisiin oli lisätty loppuun kaksi kysymystä, jotka sitten varsinaisesta kyselylomakkeesta poistettiin. Kysymykset olivat: ”Puuttuuko kyselystä mielestänne jotain?” ja ”Mihin oli hankala vastata, missä oli liian vähän vastausvaihtoehtoja, oliko jokin epäselvää?” Esitestaajien vastausten perusteella kyselylomake oli selkeä ja vastausvaihtoehtoja oli riittävästi. Kysymyksiä ei myöskään ollut liikaa ja niihin oli helppo vastata. Näin ollen kyselylomakkeeseen ei tehty muutoksia.

#### **4.4 Aineiston analysointi ja tulosten raportointi**

Aineisto analysoitiin käyttämällä induktiivista sisällönanalyysia. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on löytää aineistosta samanlaisuuksia tai eroja. Sisällönanalyysillä analysoidaan kommunikaatiota, jonka avulla tarkastellaan merkityksiä, yhteyksiä ja seurauksia. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan sitä, että kerätty aineisto tiivistetään kuvailemalla lyhyesti tutkittavia ilmiöitä. Olennaista sisällönanalyysissä on samanlaisuuksien ja erilaisuuksien erottaminen tutkimusaineistosta. Luokkien, jotka kuvaavat aineistoa, on oltava yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia. Tekstin sanat ja fraasit luokitellaan merkityksen perusteella samaa asiaa tarkoittaviin luokkiin. Sisällönanalyysiprosessin vaiheita ovat analyysiyksikön valinta, tutustuminen aineistoon, aineiston pelkistäminen, luokittelu, tulkinta ja luotettavuuden arviointi. Analyysiprosessi on erilainen riippuen siitä, perustuuko se deduktiiviseen vai induktiiviseen päättelyyn. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21–24.)

Analyysiyksikkö voi olla esimerkiksi sana tai lause. Olennaista on analyysiyksikön määrittäminen jo ennen kuin analyysiprosessi alkaa. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä pelkistäminen on ensimmäinen vaihe. Aineisto ryhmitellään pelkistämisen jälkeen. Siinä etsitään ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia. Ilmaisut, jotka tarkoittavat samaa asiaa, yhdistetään samaksi luokaksi ja sille annetaan nimi,



joka kuvaa sen sisältöä. Tässä voidaan käyttää tulkintaa. Aineiston abstrahointi on sisällönanalyysin kolmas vaihe. Abstrahoinnissa saman sisältöisiä luokkia yhdistetään yläluokiksi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 25–29.)

Kvalitatiiviselle tutkimukselle tunnusomaista on havaintojen luokittelu eli analyysiyksiköiden ryhmittely kategorioihin (Mäkelä 1990, 54). Analyysi aloitetaan lukemalla aineisto läpi useasti. Analyysiyksikkönä voi toimia ajatuskokonaisuus, sana, lauseen osa tai lause. Aineiston lausumat pelkistetään, jonka jälkeen niistä etsitään erilaisuuksia ja samankaltaisuuksia. Samaa merkitsevät asiat yhdistetään alakategorioiksi ja niitä yhdistämällä muodostetaan yläkategoriat. Lopuksi muodostetaan kokonaisuutta kuvaava pääkategoria. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 169.)

Tulosten raportointi on keskeistä tutkimusprosessissa, sillä sen avulla tuloksia voidaan arvioida julkisesti ja tutkimusala kehittyy. Raportoinnissa peruspiirteitä ovat julkisuus ja kommunikoitavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 172.) Valmis opinnäytetyö ladattiin Theseus- tietokantaan ja esitettiin esitysseminaarissa Vaasan ammattikorkeakoululla. Valmis opinnäytetyö toimitettiin myös tutkimuksen kohteena olleelle psykogeriatrian osastolle.

#### **4.5 Tutkimuseettiset kysymykset**

Tutkimuksessa ja tieteellisessä toiminnassa keskeistä on etiikka. Eettisiä vaatimuksia ovat tutkijan kiinnostuksen vaatimus, tunnollisuus ja rehellisyys, ihmisarvon kunnioittaminen, kollegiaalinen arvostus, osallistujien itsemääräämisoikeus ja vapaaehtoisuus, tietoinen suostumus ja anonymiteetti ja tutkimusluvan saaminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–223.) Opinnäytetyön tekijät olivat aidosti kiinnostuneita psykiatriasta ja masennuksesta sairautena. Opinnäytetyön tekijät kokivat myös aitoa huolta iäkkään väestön heikkenevästä hyvinvoinnista ja lisääntyvästä masentuneisuudesta. Opinnäytetyön tekijät ovat työskennelleet sekä psykiatrian alalla, että ikääntyneiden parissa. Opinnäytetyön toteutuksessa sekä lomakkeen kysymysten suunnittelussa pidettiin huolta, ettei toiminta millään tavalla

loukkaa ihmisarvoa. Opinnäytetyön tekijät opiskelevat sairaanhoitajiksi ja arvostivat suuresti tulevien kollegoiden panosta opinnäytetyöhön. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, ja sitä sekä anonymiteetin säilymistä painotettiin saatekirjeessä. Lomakkeessa ei kysytty osallistujilta mitään henkilötietoja, vaan ainoastaan sellaisia kysymyksiä, mitä ei ole mahdollista yhdistää vastaajaan, kuten ikä, sukupuoli ja työkokemus alalla vuosina. Ennen opinnäytetyön tekemisen aloittamista Vaasan ammattikorkeakoulun koulutuspäällikkö myönsi aiheelle aiheluvan, ja opinnäytetyön kohteena olleen psykogeriatrian yksikön ylihoitaja myönsi opinnäytetyölle tutkimusluvan.

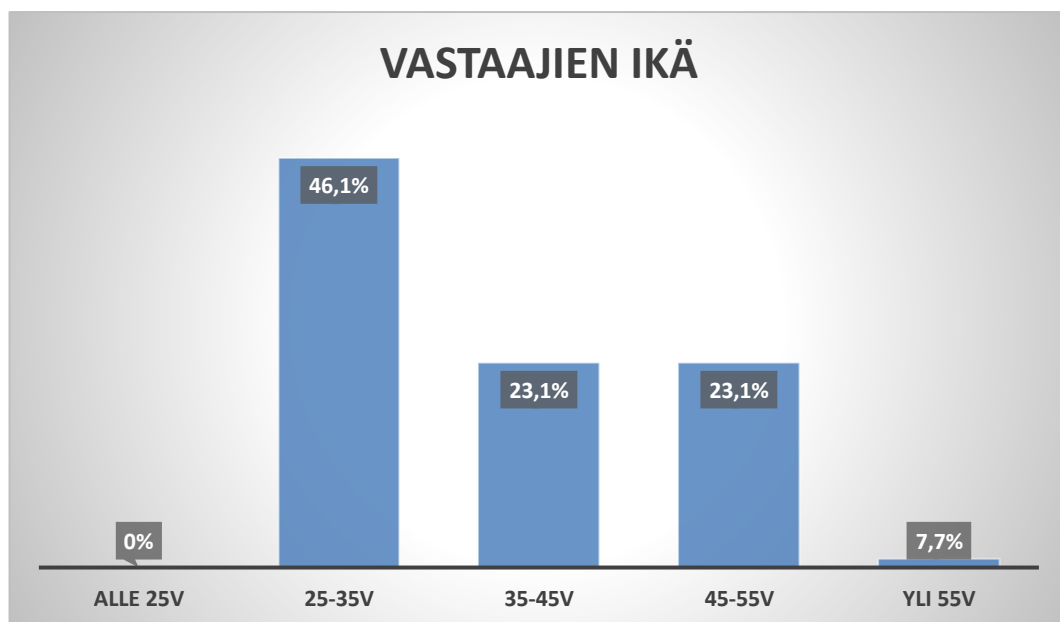
Eettisiin kysymyksiin kuuluu myös tulosten sepittäminen, puutteellinen raportointi ja plagiointi. Tulosten sepittäminen tarkoittaa tekaistuja tuloksia, jolloin tutkija voi muuttaa saamiaan tuloksia tai hänellä ei ole aineistoa niiden perusteeksi. Tutkimusraportissa onkin tärkeää kuvata tutkimuksen eri vaiheet tarkasti. Plagiointi tarkoittaa toisen kirjoittaman tekstin lainaamista ilman asianmukaisia lähdeviitteitä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224–225.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty asianmukaisia lähdeviitteitä, ja lopusta löytyy asianmukainen lähdeluettelo. Analyysin kuvauksesta ja opinnäytetyöhön liitetystä analyysitaulukoista on mahdollista seurata analyysiprosessia ja näin varmistua tulosten luotettavuudesta. Myös tutkimuksen eri vaiheet on kuvattu tarkasti. Ennen hyväksymistä opinnäytetyö myös tarkistetaan Urkund-ohjelmalla, joka havaitsee mahdollisen plagioinnin.

#### **4.6 Välineet ja resurssit**

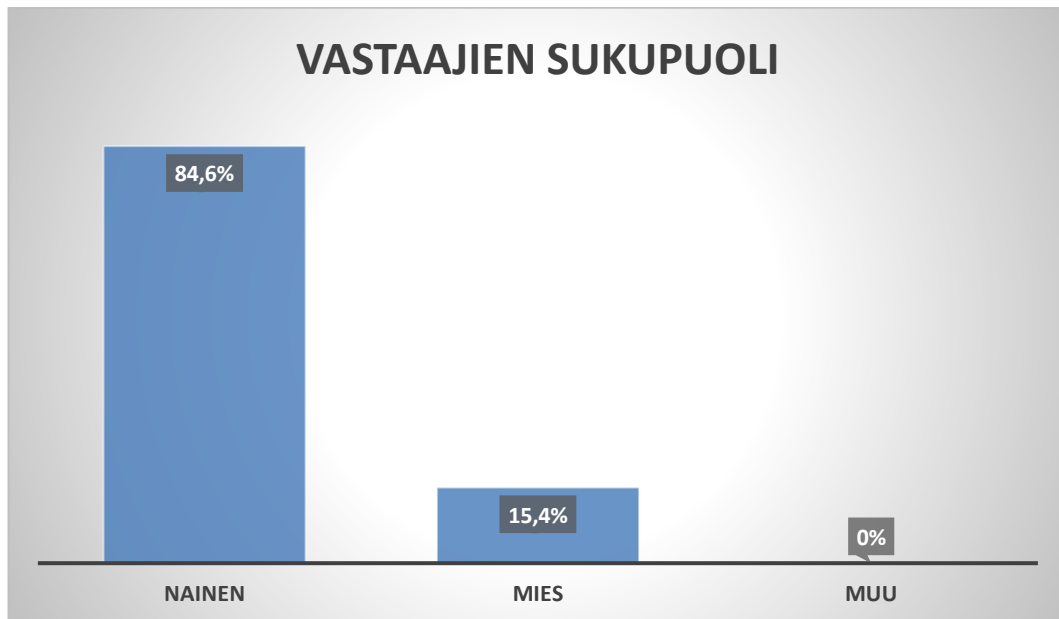
Kyselylomakkeet aineiston keruuta varten kehitettiin itse. Lomakkeet tulostettiin Vaasan ammattikorkeakoululla. Suljetun vastauslaatikon lomakkeiden säilyttämiseen opinnäytetyön tekijät tekivät itse. Aineisto kerättiin yhteistyössä erään psykiatrisen yksikön psykogeriatrian osaston kanssa. Organisaatiolta tarvittiin tutkimukseen vapaaehtoisesti osallistuvat hoitajat, sekä kyselylomakkeiden säilyttämisen vastausajan päättymiseen asti.

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

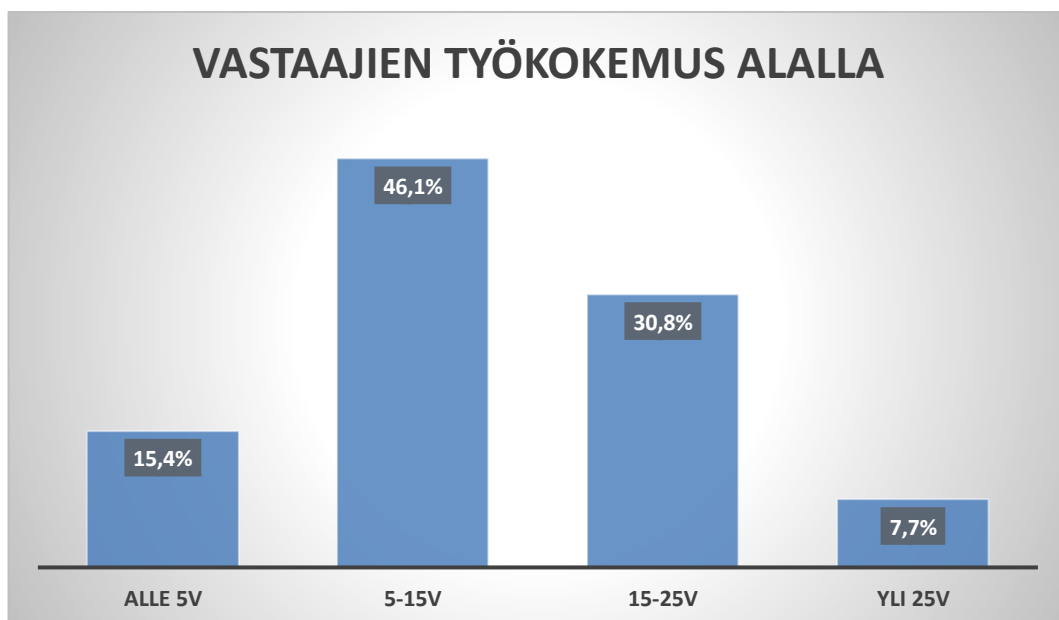
Tutkimukseen vastasi yhteensä 13 henkilöä. Kyselylomakkeen alussa selvitettiin vastaajien taustatietoja; ikää, sukupuolta ja työkokemusta alalta vuosina. Kuviosta 1 selviää, että suurin osa vastaajista oli 25–35 vuotiaita ja kuviosta 2 selviää, että vastaajista suurin osa oli naisia. Kuviosta 3 selviää, että suurimmalla osalla oli työkokemusta alalta 5–15 vuotta. Kuviossa 4 puolestaan on esitelty vastaajien äidinkieli. Tutkimuksessa ei kuitenkaan vertailla vastaajien iän, sukupuolen tai työkokemuksen merkitystä tutkimustuloksiin, vaan nämä tiedot kerättiin vain taustatiedoiksi.



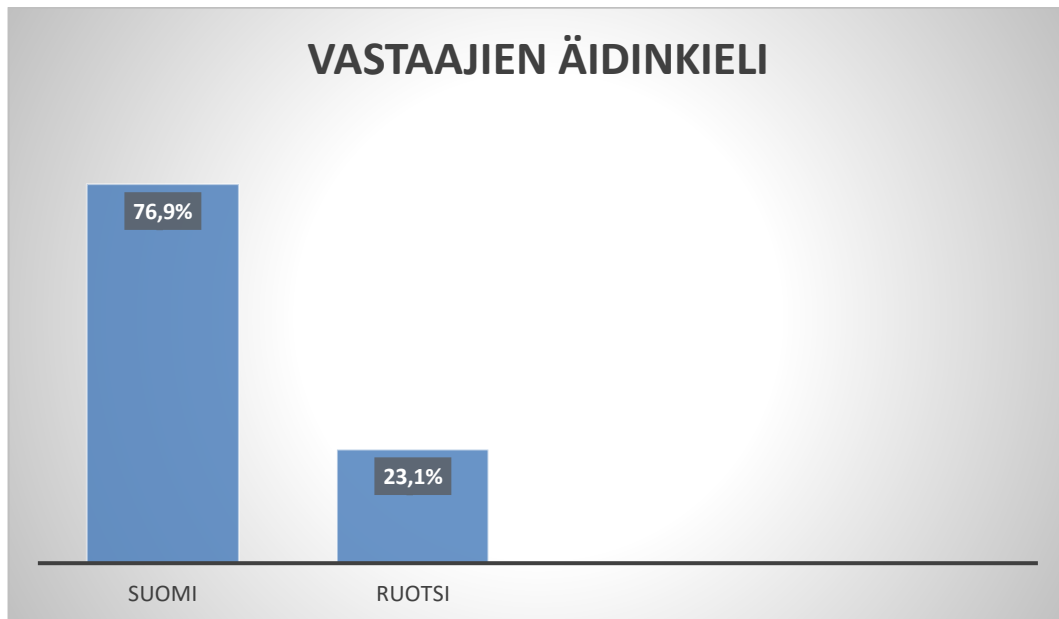
**Kuvio 1.** Vastaajien ikä.



**Kuvio 2.** Vastaajien sukupuoli.



**Kuvio 3.** Vastaajien työkokemus alalla.



**Kuvio 4.** Vastaajien äidinkieli.

Hoitajan näkökulma masennusta sairastavan iäkkään potilaan kotiuttamisesta psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon jakautuu viiteen eri yläluokkaan: kokonaisvaltainen hoito, informointi, psyykkisen voinnin vahvistaminen, läheisten tuki ja haasteet. Tulosten analysointi aloitettiin lukemalla kyselylomakkeiden vastaukset tarkasti ja kirjoittamalla vastaukset alkuperäisilmaisuuina ylös kysymyksittäin. Alkuperäisilmaisut redusoidtiin pelkistetyiksi ilmaisuiksi niin, ettei alkuperäisilmaisujen tarkoitus muuttunut. Pelkistetyt ilmaisut klusteroitiin eli ryhmiteltiin alaluokiksi. Seuraavaksi alaluokat abstrahoitettiin eli käsitteellistettiin viiteen teoreettisia käsitteitä tarkoittavaan yläluokkaan ”Kokonaisvaltainen hoito”, ”Informointi”, ”Psyykkisen voinnin vahvistaminen” ja ”Läheisten tuki”. Näitä kaikkia yläluokkia yhdistää pääluokka ”Hoitajan näkökulma masennusta sairastavan iäkkään potilaan kotiuttamisesta psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon”.

**Taulukko 1.** Hoitajan näkökulma masennusta sairastavan iäkkään potilaan kotiuttamisesta psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Lääkehoidon kokonaisvaltainen toteuttaminen Jatkohoidon kokonaisvaltainen toteuttaminen Sairauden hallinta Sairaalan ulkopuolinen tuki	Kokonaisvaltainen hoito	Hoitajan näkökulma masennusta sairastavan iäkkään potilaan kotiuttamisesta psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon
Tiedonanto eri muodoissa	Informointi	
Henkinen tuki ja kannustus Yksilöllinen jatkoahoito	Psyykkisen voinnin vahvistaminen	
Omaisten osallistuminen hoitopolkkuun Omaisten osallistaminen	Läheisten tuki	
Henkilökunnan kokemat haasteet Sairaalahoidon jälkeiset haasteet	Haasteet	

Seuraavat väliotsikot on muodostettu aiheittain kyselylomakkeiden kysymysten perusteella.

### 5.1 Potilaan kanssa käsiteltävät aiheet uloskirjoitusvaiheessa

Yläluokka ”Kokonaisvaltainen hoito” on jaettu neljään alaluokkaan: ”Lääkehoidon kokonaisvaltainen toteuttaminen”, ”Jatkohoidon kokonaisvaltainen toteuttaminen”, ”Sairauden hallinta” ja ”Sairaalan ulkopuolinen tuki”.

**Taulukko 2.** Aiheet, joita potilaan kanssa käsitellään uloskirjoitusvaiheessa.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Lääkehoidon toteuttaminen Lääkkeiden käsittely ja hankinta	Lääkehoidon kokonaisvaltainen toteuttaminen
Jatkohoidon suunnittelu Jatkohoidon toteutuksesta huolehtiminen	Jatkohoidon kokonaisvaltainen toteuttaminen
Sairauden tunteminen Sairauden tasapainottaminen Voinnin seuranta	Sairauden hallinta

Omaisten huomioiminen Sairaalan ulkopuoliset palvelut	Sairaalan ulkopuolinen tuki
--	-----------------------------

**Lääkehoidon kokonaisvaltainen toteuttaminen.** Suurin osa vastaajista koki lääkityksen yhdeksi tärkeimmistä aiheista. Vastaajien mielestä on tärkeää, että jo ennen uloskirjoitusvaihetta lääkehoidon jatkuvuus ja toteuttaminen varmistetaan.

*”Lääkelista, jaetaanko lääkkeitä mukaan, kuka hakee lääkkeet apteekista -> tarvitseeko apua vai hoitaako itse, reseptit, tarvittavat lääkärilausunnot.”*

*”Säännöllisen lääkkeenoton tärkeys.”*

*”Olemme jo ennen uloskirjoitusvaihetta suunnitelleet, kuinka lääkkeiden kanssa toimitaan ja tarpeen mukaan harjoitelleet dosetin jakamista potilaan kanssa.”*

**Jatkohoidon kokonaisvaltainen toteuttaminen.** Vastaajien mielestä jatkohoidon suunnittelulla varmistetaan potilaan pärjääminen uloskirjoituksen jälkeen.

*”Tarvittaessa järjestetään hoitopalaveri, jossa potilaan, omaisten ja muun moniammatillisen työryhmän kanssa pohditaan potilaan jatkoa kotona pärjäämisen edistämiseksi; riittävät palvelut, avohoitokontakti jne.”*

*”Minne on uloskirjoitettu eli minne siirtyy.”*

*”Jatkohoito (poliklinikka-aika ja labrakokeet ym.”*

**Sairauden hallinta.** Vastaajien mukaan sairauden hallintaan kuuluu sairauden tunteminen ja oireiden hallinta.

*”Koko hoidon aikana tapaamme keskustella potilaan kanssa hänen sairaudestaan, oireistaan ja kuinka oireita voi lievittää, viimeistään uloskirjoituksen yhteydessä selvitetään, mitä potilas on sisäistänyt.”*

**Sairaalan ulkopuolinen tuki.** Vastaajien mukaan sairaalan ulkopuoliseen tukeen kuuluu uloskirjoituksen jälkeinen seuranta, omaisten informointi sekä muut mahdolliset tukipalvelut.

*”Miten toimia, mikäli vointi huononee.”*

*”Omaisten informointi.”*

*”Kodin ulkopuoliset aktiviteetit.”*

## 5.2 Tiedonanto uloskirjoitusvaiheessa

Yläluokasta ”Informointi” muodostuu alaluokka ”Tiedonanto eri muodoissa”. Lähes kaikkien vastaajien mielestä tietoa annetaan sekä suullisesti että kirjallisesti.

**Taulukko 3.** Tiedonannon eri muodot potilaan uloskirjoitusvaiheessa.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Tiedonanto suullisesti	Tiedonanto eri muodoissa
Tiedonanto kirjallisesti	
Tiedonanto sähköisesti	

*”Keskustellaan esti suullisesti ja kirjallisesti (lääkelista, RR-listat ja laboratoriovastaukset.”*

*”Kaikkia annetaan vähintään suullisesti, niin potilaalle kuin omaisille ja jatkohoitoon. Tärkeät asiat annetaan myös kirjallisesti ja potilas saa oman kopion epikriisistä (omalla äidinkielellään).”*

*”Suullisesti ja kirjallisesti.”*

Joidenkin vastaajien mielestä tietoa annetaan myös sähköisesti.

*”Verkostopalavereissa sähköisesti, jos on kyse eri instansseista.”*

*”Voidaan antaa vinkkejä mistä esim. netistä löytyy tietoa (mielenterveys talo).”*



### 5.3 Muut keinot potilaan tukemiseksi

Yläluokka ”Psyykkisen voimien vahvistaminen” on jaettu kahteen alaluokkaan: ”Henkinen tuki ja kannustus” sekä ”Yksilöllinen jatkohoito”.

**Taulukko 4.** Muut keinot, joilla potilasta tuetaan uloskirjoitusvaiheessa.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Henkilökunnan antama tuki Potilaiden antama vertaistuki	Henkinen tuki ja kannustus
Jatkohoidon tarpeen tunnistaminen Jatkohoidon järjestäminen	Yksilöllinen jatkohoito

**Henkinen tuki ja kannustus.** Vastaajien mukaan henkistä tukea saa sekä henkilökunnalta että muiden potilaiden antamana vertaistukena.

*”Henkinen tuki ja kannustus hoitoryhmältä.”*

*”Potilaat jättävät toisilleen kannustusviestejä uloskirjoitusvaiheessa”.*

**Yksilöllinen jatkohoito.** Vastaajien mukaan jokaiselle potilaalle laaditaan yksilöllinen jatkohoitosuunnitelma ja jatkohoito järjestetään tarpeiden mukaan.

*”Jokaisella potilaalla on yksilöllinen hoitosuunnitelma ja jatkohoitosuunnitelma, jonka on kirjoittanut omahoitaja”.*

*”Kaikkien potilaiden kohdalla mietitään psykiatrisen jatkohoidon tarvetta. Jos sitä on, niin järjestetään psykogeriatrian pkl:lle hoitajan kotikäynnit tai pklkäynnit, mietitään myös päivätoimintaa ja tarvittaessa käydään tutustumassa (esim. Tiimitupa) sinne osastolta käsin”.*

*”Varmistetaan, että potilaalla on kelvollinen koti, jonne mennä/hoitokoti”.*

### 5.4 Omaisten rooli

Yläluokka ”Läheisten tuki” on jaettu kahteen alaluokkaan: ”Omaisten osallistuminen hoitopolkuun” ja ”Omaisten osallistaminen”.

**Taulukko 5.** Omaisten kotiutusprosessiin osallistumisen tärkeys.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Omaisten osallistuminen sairaalahoitoon Omaisten osallistuminen jatkohoitoon	Omaisten osallistuminen hoitopolkuun
Omaisten informointi Omaisten antama tuki	Omaisten osallistaminen

**Omaisten osallistuminen hoitopolkuun.** Vastaajien mielestä omaisten osallistuminen sekä sairaalahoitoon että jatkohoitoon olisi tärkeää.

*”Kyllä. JOS omaisilla on hyvät välit potilaaseen ja potilas itse haluaa, että omaiset osallistuvat”.*

*”Omaisten osallistuminen on erittäin tärkeää. Pyrimme järjestämään hoitajakson aikana palaverin, jonne omaiset voivat osallistua.”*

*”HYVIN tärkeää! Usein omaiset ovat ehkä enemmän kiinnostuneita ja motivoituneita jatkohoidon kulkuun suunnitelman mukaan.”*

*”Kyllä, jos on omaisia, jotka voivat/haluavat olla mukana potilaan elämässä. Omaiset voivat hoitaa potilaan kuljetuksia, lääkehoitoa, tarkkailla mahdollisia oireita, olla yhteydessä jatkohoitoon (poliklinikkaan) jne.”*

**Omaisten osallistaminen.** Vastaajien mukaan omaisten osallistuminen mahdollistetaan riittäväällä informoinnilla.

*”Todellakin. Omaisten pitäisi tietysti saada kaikki tieto (jos potilas hyväksyy), joka koskee lääkitystä, jatkohoitoa jne. Omaisten täytyisi myös saada tietoa oireista, jotka viestittävät, että sairaus jälleen pahenee. Tällä tavoin voivat omaiset reagoida ajoissa, jotta potilas voi uudelleen saada sen hoidon, jonka tarvitsee.”*

*”Heille annetaan potilaan luvalla tietoa lääkityksestä, jatkohoidosta yms. Ja ovat suurena tukena potilaille kotiutuksen onnistumiseksi.”*

*”Se on tärkeää, koska he ovat erityinen tuki ja turva potilaalle myös jatkossa.”*

*”Useimmissa tapauksissa omaiset ovat tärkein tuki potilaalle.”*

## 5.5 Kotiuttamisprosessin haasteet

Yläluokka ”Haasteet” on jaettu kahteen alaluokkaan: ”Henkilökunnan kokemat haasteet” ja ”Sairaalahoidon jälkeiset haasteet”.

**Taulukko 6.** Hoitajien kokemat haasteet potilaan kotiuttamisprosessissa.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Henkilökunnan vastuuta koskevat haasteet	Henkilökunnan kokemat haasteet
Henkilökunnan ajankäyttöä koskevat haasteet	
Potilaan motivoinnin haasteet	
Lääkitystä koskevat haasteet	
Jatkohoitoaikkojen järjestämistä koskevat haasteet	Sairaalahoidon jälkeiset haasteet
Kotona pärjäämisen haasteet	

**Henkilökunnan kokemat haasteet.** Vastaajien mielestä henkilökunnan kokemat haasteet jakautuvat vastuuta koskeviin haasteisiin, ajankäyttöä koskeviin haasteisiin, potilaan motivointia koskeviin haasteisiin ja lääkitystä koskeviin haasteisiin.

*”Monet langat käsissä: ottaa yhteyttä koko verkostoon ja katsoa, että kaikilla on tarvittava tieto.”*

*”Paljon puhelimessa istumista. Yhteisen ajan löytäminen esim. verkostopalaveria varten kaikkien tahojen kanssa.”*

*”Välillä voi olla vaikeaa motivoida potilasta vastaanottamaan kotipalvelua/ruokapalvelua.”*

*”Vaikeaa myös saada ymmärtämään lääkityksen tärkeys.”*

**Sairaalahoidon jälkeiset haasteet.** Vastaajien mielestä sairaalahoidon jälkeiset haasteet liittyvät jatkohoitopaikkojen järjestämiseen ja kotona pärjäämiseen.

*”Jatkohoitopaikkojen vähyys. Varsinkin vuodeosastopaikat.”*

*”Avohoidon palvelut ovat riittämättömät. Enemmän saisi olla iäkkäille potilaille suunnattua toimintaa. Suurin osa palveluista suunnattu nuorille/työikäisille ihmisille.*

*”Yhteistyötahoja on hankala tavoittaa (liian tiukat puhelinajat jne).”*

*”Epävarmuus siitä, tuleeko potilas pärjäämään vai ei.”*

*”Heikentynyt toimintakyky saattaa osalla potilaista estää kotoa poistumisen -> yksinäisyys->eristäytyminen->psykkisen voinnin huonontuminen.”*

*”Taloudelliset asiat, omaiset.”*

## **5.6 Useimmiten potilaille epäselviksi jäävät asiat**

Kyselylomakkeessa selvitettiin puolistrukturoidulla kysymyksellä asioita, jotka potilaille jäävät useimmiten epäselviksi tai mistä he useimmiten haluavat lisää tietoa. Kysymyksessä oli valmiit vastausvaihtoehdot sekä vaihtoehto ”Jostain muusta, mistä?”. Valmiit vastausvaihtoehdot olivat: sairaus ja sen oireet, sairauden hoito, lääkityksen käyttö ja vaikutukset, lääkkeiden hankkiminen/reseptit, somaattiset ongelmat, jatkohoito ja sen toteutuminen, taloudelliset asiat ja miten toimia, jos pärjääminen on hankalaa.

Suurimman osan mielestä useimmiten epäselväksi jäivät lääkityksen käyttöön ja vaikutuksiin liittyvät asiat sekä miten toimia, jos pärjääminen on hankalaa. Toiseksi eniten lisää tietoa kaivattiin lääkkeiden hankkimisesta ja resepteistä sekä somaattisista ongelmista. Vähiten epäselväksi jäi sairauden hoitoon liittyvät asiat.

## 5.7 Potilaan kotona selviytymisen tukeminen

Potilaan kotona selviytymisen tukemista tiedusteltiin myös puolistrukturoidulla kysymyksellä. Vastausvaihtoehdot olivat: kotipalvelu/kotisairaanhoido, psykogeriatrian poliklinikka ja intervallijaksot. Lisäksi oli vastausvaihtoehto ”Jokin muu, mikä?”. Vastaajien mielestä potilaan kotona selviytymistä tuetaan eniten psykogeriatrian poliklinikalla, mutta melkein yhtä usein myös kotipalvelulla/kotisairaanhoidolla sekä intervallijaksoilla. Muita tukimuotoja, joita vastaajat luettelivat, olivat psykiatrinen tuettu asuminen ja muut mielenterveyspalvelut, lääkäriaajat ja psykiatrinen sairaanhoitaja, kotikäynnit ja toisen tyyppiset psykiatriset avohoitokontaktit sekä päivätoiminta ja muut sosiaaliset kontaktit.

*”Jonkintyyppinen päivätoiminta tarpeen mukaan, esim. yksinäisen ihmisen kohdalla voi olla hyvä mennä esim. tiimitupaan tapaamaan muita.”*

## 6 POHDINTA

Tässä kappaleessa pohditaan opinnäytetyön tekijöiden oppimisprosessia ja opinnäytetyön tekemistä tavoitteineen ja ongelmineen. Tutkimustuloksista on tehty johdopäätöksiä ja niiden sekä koko tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä on pohdittu. Lisäksi esitellään jatkotutkimusaiheita.

### 6.1 Oppimisprosessi

Opinnäytetyön tekeminen sujui suunnitelmien ja tavoitteiden mukaisesti. Opinnäytetyö eteni aikataulun mukaisesti ja valmistui suunnitelmien mukaan keväällä 2018. Työn tekemistä hidasti ainoastaan se, että työharjoittelujen aikana opinnäytetyön tekijöiden oli vaikea löytää yhteistä aikaa opinnäytetyön tekemiselle vuorotyön ja eri aikataulujen vuoksi. Kiire ajoittain vaikutti kielteisesti opinnäytetyön tekijöiden motivaatioon, mutta motivaatio kuitenkin nopeasti kasvoi sitä mukaa, kun opinnäytetyö edistyi. Työn tekemisessä haastavaa oli teoreettisen viitekehyksen rajaaminen, koska aihe oli niin laaja ja teoreettisen viitekehyksen työstäminen veikin eniten aikaa. Teoreettisessa viitekehyksessä käsitelimme aiheita ikääntynyt, masennus, ikääntynyt masennuspotilas, psykiatrinen avohoito ja psykiatrinen sairaalahoito. Edellä mainitut aiheet kuuluivat olennaisesti opinnäytetyön aiheeseen. Vaikka opinnäytetyö koski iäkästä masennuspotilasta, käsitelimme laajasti myös masennusta yleisesti, koska halusimme perehtyä kunnolla kyseiseen sairauteen. Laaja käsitys masennuksesta myös auttaa huomaamaan olennaiset eroavaisuudet iäkkään potilaan ja muiden potilaiden masennussairauksien välillä. Esimerkiksi lääkehoitoa käsiteltiin opinnäytetyössä laajasti, sillä sen piirteet eroavat muiden ikäisten lääkähoidosta yksityiskohtaisesti ja lääkehoito liittyy myös olennaisesti kotiutusvaiheeseen, kuten opinnäytetyön tuloksissakin tuli ilmi. Lähteitä ja tietoa aiheesta ei kuitenkaan ollut hankala löytää. Kirjallista tietoa haettiin Tritonia-kirjaston Finna-hakupalvelusta ja kirjat lainattiin kirjastosta. Lisäksi tietoa etsittiin eri tiedonhakukannoista, kuten Medicistä sekä käyttämällä erilaisia internethakuja. Opinnäytetyön tekeminen on vahvistanut tiedonhaun osaamista ja antanut kokemusta tutkimustyön

tekemisestä. Esimerkiksi tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden pohtiminen antoi kokemusta oman työn kriittiseen tarkasteluun ja arvioimiseen. Teoreettisen viitekehityksen laatiminen antoi uutta tietoa siinä käsiteltävistä aiheista. Kyselylomakkeen laatiminen, kysymysten muotoilu, tiedonkeruu ja analysointi olivat opinnäytetyön tekijöille uusi ja opettavainen kokemus. Erityisesti kysymysten muotoilu tarkoituksenmukaisiksi oli suurimman ajatustyön takana.

Opinnäytetyön tekijöiden mielestä opinnäytetyön aihevalinta oli hyvä ja mielenkiinto sitä kohtaan säilyi. Aihe kiinnosti opinnäytetyön tekijöitä sekä ammatin puolesta että sen ajankohtaisuuden vuoksi. Puolistrukturoidun kyselylomakkeen, kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän ja induktiivisen sisällönanalyysin valinta olivat sopivia tähän tarkoitukseen. Tutkimukseen osallistuvien vastaajien määrä yllätti opinnäytetyön tekijät positiivisesti. Tutkimuksen tuloksia saatiin kattavasti ja ne vastasivat tutkimustehtäviin.

Tärkeimmäksi ohjeeksi muille opinnäytetyön tekijöille tämän opinnäytetyön tekijät antaisivat sen, että työn tekeminen kannattaa aloittaa hyvin ajoissa. Tämä opinnäytetyö valmistui halutun aikataulun mukaan, mutta opinnäytetyön tekijät olisivat toivoneet, että työ olisi aloitettu vieläkin aiemmin. Myös aikataulullisten tavoitteiden asettaminen itselle ja niiden noudattaminen on helpottanut aikataulussa pysymistä.

## **6.2 Tutkimustulokset ja johtopäätökset**

Tutkimustuloksista voidaan tehdä monia johtopäätöksiä. Vastauksista päätellen lääkitys on yksi tärkeimmistä aiheista avohoidossa pärjäämisen kannalta. Erityisen tärkeää on varmistaa lääkehoidon kokonaisvaltainen toteuttaminen jo ennen uloskirjoitusvaihetta. Korkea ikä on riskitekijä sairauden uusiutumiselle, joten lääkitys ja ylläpitoannoksen jatkaminen riittävän kauan on erityisen tärkeää (Lam 2012, 93). Vastaajien mukaan jatkohoito tulee huolellisesti suunnitella ennen uloskirjoitusta ja varmistaa sen jatkuvuus. Potilaille laaditaan jatkohoitosuunnitelma heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti. Pärjäämisen kannalta potilaan on tärkeää tuntea

oma sairautensa ja työkalut sen hallintaan. Kuhasen (2013) mukaan sairaalahoitossa onkin tärkeää sairauteen liittyvä tiedon saanti, neuvonta ja ohjaus.

Vastauksista selviää, että sairaalan ulkopuolista tukea on mahdollista saada avohoidossa monelta eri taholta, kuten omaisilta ja muilta mielenterveyden tukipalveluilta. Sairaalassaolon aikana henkistä tukea saadaan sekä muilta potilailta että hoitohenkilökunnalta. Horpun (2008) tekemän tutkimuksen mukaan potilaat pitivät tärkeänä keskustelua hoitajan kanssa sekä yhteistyötä omahoitajan kanssa. Sairauden jakaminen hoitajan kanssa helpottaa potilaiden oloa ja lisää ymmärrystä sairautta kohtaan. Myös Polun (2013) ikääntyneiden elinpiirin laajuuden yhteyttä masennusoireisiin selvittävässä tutkimuksessa selvisi, että masennusoireita kokevilla ikääntyneillä elinpiiri oli merkitsevästi pienempi, kuin niillä, jotka masennusoireita eivät kokeneet. Vastauksista päätellen omaisten tuella on tärkeä merkitys koko hoitoprosessin ajan ja sen mahdollistamiseksi omaiset olisi osallistettava prosessiin muun muassa riittävällä informoinnilla. Saarelan (2011) mukaan masentunut iäkäs tarvitsee tukea läheisiltään masennuksesta toipumiseen ja hoitosuhde on parhaimmillaan silloin, kun yhteistyötä tehdään potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan kesken. Omaisten tiedon tarpeisiin on vastattava, ja heille on kerrottava iäkkään masennuksen luonteesta.

Tietoa on tärkeä antaa eri muodoissa sekä suullisesti että kirjallisesti. Epäselviksi potilaille kuitenkin useimmiten jäävät lääkehoitoon ja somaattisiin ongelmiin liittyvät asiat. Näihin aiheisiin liittyvään tiedonantoon olisi siis panostettava lisää. Sairausten hoitoon liittyvät asiat taas tuntuivat olevan potilaille eniten selviä. Hätösen (2005) mukaan potilaat pitivät tärkeänä saada sairaalahoitonsa aikana tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, potilaan oikeuksista sekä erilaisista tukimuodoista, kuten sosiaalietuuksista ja vertaistuesta.

Potilaan uloskirjotusvaiheeseen liittyy vastaajien mukaan haasteita. Henkilökunnan kokemat haasteet liittyivät vastuuseen, ajankäytön ongelmiin ja potilaan motivaation haasteellisuuteen. Sairaalahoidon jälkeiset haasteet liittyivät jatkohoitopaikan



järjestämiseen ja kotona pärjäämiseen. Heiskasen ym. (2011) mukaan terveydenhoitojärjestelmä on pirstaleinen, aikojen saaminen on rajallista ja hoitohenkilökunnan osaamista masennukseen liittyen olisi lisättävä. Esimerkiksi nämä syyt voivat vaikuttaa jatkohoitopaikkojen järjestämisen haasteellisuuteen.

Vastauksista päätellen sekä psykogeriatrian poliklinikalla, kotipalvelulla ja kotisairaanhoidolla, intervallijaksoilla ja muilla mielenterveyspalveluilla on kaikilla suuri merkitys potilaan kotona selviytymisen tukemiseen. Kuhasen ym. (2013) mukaan avohoitoa järjestetään sekä julkisesti ja yksityisesti. Julkisen terveydenhuollon avohoitopalveluihin kuuluvat esimerkiksi psykiatriset poliklinikat ja mielenterveystoimistot. Avohoidossa järjestetään myös välimuotoisia palveluita, kuten päivätoimintaa, johon osallistuminen on omaehtoista. Tärkeää on, että eri hoitomuotojen välillä liikuttaessa palveluketju ei pääse katkeamaan.

### **6.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus**

Luotettavuuskysymykset laadullisessa tutkimuksessa liittyvät tutkijaan, aineiston analyysiin, aineiston laatuun ja tulosten esittämiseen. Haasteena on myös tutkijan kyky pelkistää aineisto kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman luotettavasti. Yhteys aineiston ja tulosten välillä tulee osoittaa luotettavasti. Laadullisessa tutkimuksessa tärkeää on luottamuksellisuus, osallistujien vapaaehtoisuus ja henkilöllisyyden suojaaminen. Laadullisessa tutkimuksessa on pohdittava myös tutkijan roolia suhteessa osallistujiin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 36–40.) Opinäytetyön tekijät eivät olleet ennestään tekemisissä kyseisen osaston tai henkilökunnan kanssa. Vastaajille painotettiin vapaaehtoisuutta ja anonymiteetin säilymistä. Koska vastaajat olivat tietoisia anonymiteetistä ja vapaaehtoisuudesta, voidaan olettaa heidän vastanneen totuudenmukaisesti. Aineisto analysoitiin asianmukaisesti ja viivyttelämättä. Analyysiprosessi ja tulosten muodostuminen on kuvattu selkeästi opinnäytetyössä.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, riippuvuus, siirrettävyys ja vahvistettavuus. Uskottavuus edellyttää tulosten kuvaamista

riittävän selkeästi, jotta lukijan on mahdollista ymmärtää tehty analyysi ja tutkimuksen vahvuudet. Myös se, miten tutkijan luomat kategoriat kattavat aineiston, kuvaa uskottavuutta. Siirrettävyydellä taas tarkoitetaan sitä, voisiko tutkimuksen tulokset siirtää johonkin muuhun tutkimusympäristöön. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa arvioidaan myös seuraavia asioita: kuvauksen elävyys, analyttinen täsmällisyys, metodologinen sopivuus ja teoreettinen loogisuus. Kuvauksen elävyyteen kuuluu aineiston monipuolisuus ja selvyys ja sitaattien täsmällisyys. Analyttiseen täsmällisyyteen kuuluvat esimerkiksi tulkintaprosessin seurattavuus, loogiset kategoriat, otoksen edustavuus ja perustellut johtopäätökset. Metodologiseen sopivuuteen kuuluu täsmällinen dokumentointi, eettisyys ja täsmällinen menettelytapojen kuvaus. Teoreettinen loogisuus tarkoittaa sitä, että lopputuloksena syntyy malli tai teoria. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–200.) Tutkimuksen otosjoukko oli pieni, joten tuloksia ei voida yleistää laajalti, mutta tulosten siirrettävyys esimerkiksi toiselle osastolle voisi olla mahdollista. Tutkimuksen otosjoukko kuitenkin edusti hyvin tutkimuskohdetta eli iäkkäitä masennuspotilaita hoitavia hoitajia. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys on koottu monipuolisesti eri aiheista ja otoskoitu selkeästi. Suorat lainaukset, kuten lakiteksti ja alkuperäisilmaisut on esitetty asianmukaisesti sitaateissa. Opinnäytetyön toteutus ja menettelytavat on dokumentoitu täsmällisesti ja lopputuloksena on syntynyt selkeitä ja perusteltuja johtopäätöksiä. Analyysiprosessissa kategoriat on muodostettu selkeästi ja liitetty työhön ajatusprosessin seuraamisen mahdollistamiseksi.

#### **6.4 Jatkotutkimusaiheet**

Jatkotutkimuksia voitaisiin tehdä esimerkiksi seuraavista aiheista:

Omaisten näkökulma masennusta sairastavan iäkkään potilaan kotiuttamisesta psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon. Tutkimuksessa voitaisiin käsitellä, miten omaiset kokevat iäkkään masennuspotilaan kotiutumisen prosessin ja oman tiedontarpeensa siinä, mitä asioita omaiset kokevat siinä haasteellisiksi ja kuinka omaiset kotiutusprosessissa huomioidaan.

Muihin ikäryhmiin kuuluvien potilaiden kotiuttaminen psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon. Muita ikäryhmiä voisivat olla esimerkiksi lapset, nuoret tai työkäiset. Tutkimuksissa voitaisiin selvittää näiden ikäryhmien tiedon- ja tuen tarpeita heidän kotiutuessaan avohoitoon. Näistäkin ikäryhmistä voitaisiin selvittää myös hoitajien ja omaisten näkökulmia.

Näiden tutkimusten tuloksia voitaisiin verrata tämän opinnäytetyön tuloksiin.

Muista sairauksista kärsivien potilaiden kotiuttaminen. Tutkimuksissa voitaisiin selvittää kotiutusvaiheen tuen- ja tiedontarpeita koskien potilaita, jotka kärsivät jostain muusta psyykkisestä tai somaattisesta sairaudesta. Myös näissä tutkimuksissa voitaisiin selvittää niin potilaiden, hoitajien kuin omaistenkin näkökulmia.

## LÄHTEET

Aromaa, E. 2011. Masennus ja asenteet. Teoksessa Masennus, 159–168. Toim. Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. Helsinki. Duodecim.

Hakulinen-Viitanen, T. & Solantaus, T. 2016. Synnytyksenjälkeinen masennus (EPDS). Lastenneuvolakäsikirja. THL. Viitattu 11.8.2017.  
<https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/menetelmat/perhe-ja-kehitysymparisto/epds>

Hartikainen, S. 2007. Ikääntyneiden psyykenlääkkeet. Duodecim. Viitattu 2.10.2017.  
<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.puv.fi/xmedia/duo/duo96845.pdf>

Heimonen, S. 2009. Psyykinen toimintakyky. Teoksessa Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen, 6–15. Toim. Pohjolainen, P. & Heimonen, S. Ikäinstituutti. Helsinki.

Heimonen, S. 2009. Toimintakyvyn arviointi ja tukeminen. Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen, 55–62. Toim. Pohjolainen, P. & Heimonen, S. Ikäinstituutti. Helsinki.

Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. 2011. Masennuksen monet ulottuvuudet. Teoksessa Masennus, 7–15. Toim. Heiskanen T., Huttunen, M. & Tuulari, J. Helsinki. Duodecim.

Helldán, A. & Helakorpi, S. 2014. Eläkeikäisen väestön terveystyötyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993–2013. THL. Viitattu 3.4.2017.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116236/URN\\_ISBN\\_978-952-302-188-4.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116236/URN_ISBN_978-952-302-188-4.pdf?sequence=1)

Helsinkimissio. 2017. Senioripysäkki. Puhuminen auttaa. Viitattu 23.9.2017.  
<https://www.helsinkimissio.fi/senioripysakki/puhuminen-auttaa>

Helsinkimissio. 2017. Senioripysäkki. Toimintaa ympäri Suomea. Viitattu 23.9.2017.  
<https://www.helsinkimissio.fi/senioripysakki/toimintaa-ymp%C3%A4ri-suomea>

Horppu, C. 2008. Psykiatrinen osastohoitojakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemana. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Viitattu 2.10.2017.  
<http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/79732/gradu03148.pdf?sequence=1>

Huttunen, J. 2011. Masennustilojen yhteydet muihin sairauksiin. Teoksessa Masennus, 295–314. Toim. Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. Helsinki. Duodecim.

Huttunen, M. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Helsinki. Duodecim.

Härkönen, L. 1989. Lähestyvä kuolema. Porvoo. WSOY.

Hätönen, H. 2005. Tiedonsaanti psykiatrisessa sairaalahoidossa – mielenterveyspotilaan näkökulma. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Viitattu 2.10.2017.  
<http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/92467/gradu00443.pdf?sequence=1>

Isometsä, E. 2011. Masennustilan oireet, hoidon periaatteet ja sairauden kulku. Teoksessa Masennus, 17–34. Toim. Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. Helsinki. Duodecim.

Isometsä, E. 2014. Transkraniaalinen magneettistimulaatio depression akuuttihoi-  
dossa. Näytönastekatsaus. Käypä hoito. Viitattu 14.8.2017.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak06962>

Isometsä, E. & Leinonen, E. 2011. Lääkehoito ja muut biologiset hoidot. Teok-  
sessa Masennus, 71–81. Toim. Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. Hel-  
sinki. Duodecim.

Jähi, R., Koponen, T. & Männikkö, M. 2011. Läheisten rooli ja jaksaminen. Teok-  
sessa Masennus, 184–194. Toim. Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. Hel-  
sinki. Duodecim.

Kailio, A-L. 2014. Kotona asuvien ikäihmistien osallisuus hyvinvointipalveluiden  
suunnittelussa. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskunta- ja kauppatieteiden tiedekunta.  
Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 2.10.2017.  
[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20140535/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20140535.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140535/urn_nbn_fi_uef-20140535.pdf)

Kampman, O. 2011. Ahdistuneisuus- ja persoonallisuushäiriöt ja masennus. Teok-  
sessa Masennus, 283–294. Toim. Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. Hel-  
sinki. Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Hel-  
sinki. Sanoma Pro Oy.

Kaskela, T., Pitkänen, T., Solin, P., Tamminen, N., Valkonen, J. & Kaikkonen, R.  
2017. Psykkinen kuormittuneisuus ja elämänlaatu 60–85-vuotiailla. A-klinik-  
kasäätiö. Helsinki. Viitattu 3.4.2017. [http://www.aklinikka.fi/tiedostot/Tutkimus-sarja\\_2\\_2017\\_ElamanlaatuJaKuormitusVanhuus.pdf](http://www.aklinikka.fi/tiedostot/Tutkimus-sarja_2_2017_ElamanlaatuJaKuormitusVanhuus.pdf)

- Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. 2014. Ikääntymisen määrittely. Viitattu 23.4.2017. <http://verneri.net/yleis/ikaantymisen-maarittely>
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Kiikkala, I. 2011. Omahaito, vertaistuki ja toipumisen tukeminen. Teoksessa Masennus, 180–182. Toim. Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. Helsinki. Duodecim.
- Kivelä, S-L. 2014. Vanhusten lääkehoito. Jyväskylä. Tammi.
- Kivimäki, T. 2010. Ikääntymisen vaikutus näköön ja kuuloon – aistitoimintojen heikentymisen tunnistaminen ja arviointi sekä ikääntyneen tukeminen. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 2.10.2017. [https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/25682/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-201012143166.pdf?sequence=4](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/25682/URN_NBN_fi_jyu-201012143166.pdf?sequence=4)
- Kontunen, J. 2011. Keskustelu, hoito ja psykoterapia. Teoksessa Masennus, 83–87. Toim. Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. Helsinki. Duodecim.
- Koponen, H. & Leinonen, E. 2008. Iäkkään masennus: tunnistaminen ja hoito. Teoksessa Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen, 131–143. Toim. Hartikainen, S. & Lönnroos, E. Helsinki. Edita.
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Kuisma, E. 2017. Yli 90-vuotiaiden vanhusten sosiaaliset suhteet mielenterveyttä tukemassa. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Viitattu 2.10.2017. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100531/GRADU-1485941046.pdf?sequence=1>
- Käypä hoito 2016. Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 4.4.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50023>
- L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 24.4.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Lam, R. 2012. Depression. Oxford, United Kingdom. Oxford University Press.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä, 21–43. Toim. Janhonen, S. & Nikkonen, M. Helsinki. WSOY.

Leinonen, E. & Alanen, H-M. 2017. Psykiatrasta hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin mihin on varauduttu. Duodecim. Viitattu 2.10.2017.  
<http://www.duodecimlehti.fi/duo99372>

Leinonen, E. & Koponen, H. 2010. Vanhusten masennus. Teoksessa Geriatria, 159–163. Toim. Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. Helsinki. Duodecim.

Lemström, U. 2009. Miten perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido voivat yhdessä ja erikseen auttaa masennusta sairastavaa ihmistä? Teoksessa Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä, 33–38. Toim. Hentinen, K., Auilikki, I. & Mattila, E. Helsinki. Tammi.

Leppämäki, S. 2011. Liikunta ja masennus. Teoksessa Masennus, 207–214. Toim. Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. Helsinki. Duodecim.

Marjovuori, A. 2012. Ryhmätoiminnan mahdollisuuksista. Teoksessa Mielenterveys vanhuudessa, 181–188. Toim. Heimonen, S-L. & Pajunen, H. Helsinki. Edita.

Melartin, T. & Vuorilehto, M. 2009. Masennus. Teoksessa Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen – Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille, 29–34. Helsinki. THL.

Mielenterveystalo. 2017. Viitattu 24.8.2017.  
<https://ammattilaiset.mielenterveystalo.fi/Sivut/etusivu.aspx>

Moustgaard, H. 2015. Social differentials in the outcomes of depression. A Longitudinal register study. Department of Public Health & Social Research. Faculty of Medicine & Social Sciences. University of Helsinki.  
<https://helda-helsinki-fi.ezproxy.puv.fi/bitstream/handle/10138/154191/socialdi.pdf?sequence=1>

Murto, J. Pentala, O. 2017. Yhä useampi suomalainen kertoo tinkivänsä perustarpeista ja pelkää ruuan loppuvan kaapista. THL. Viitattu 3.5.2017.  
[https://www.thl.fi/fi/-/yha-useampi-suomalainen-kertoo-tinkivansa-perustarpeista-ja-pelkaa-ruuan-loppuvan-kaapis/ta?redirect=https%3A%2F%2Fwww.thl.fi%2Ffi%2Fweb%2Fikaantymisen%2Fetusi/vu%3Fp\\_p\\_id%3D101\\_INSTANCE\\_ve8KRCMymG9c%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dnormal%26p\\_p\\_mode%3Dview%26p\\_p\\_col\\_id%3Dcolumn-2-1%26p\\_p\\_col\\_pos%3D1%26p\\_p\\_col\\_count%3D2](https://www.thl.fi/fi/-/yha-useampi-suomalainen-kertoo-tinkivansa-perustarpeista-ja-pelkaa-ruuan-loppuvan-kaapis/ta?redirect=https%3A%2F%2Fwww.thl.fi%2Ffi%2Fweb%2Fikaantymisen%2Fetusi/vu%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_ve8KRCMymG9c%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2-1%26p_p_col_pos%3D1%26p_p_col_count%3D2) Polku, H. 2013.

- Myllärniemi, J. 2009. Masennus – psyyken kipu. Helsinki. Kirjapaja.
- Myllärniemi, J. 2011. Masennus kokemuksena. Teoksessa Masennus, 54–69. Toim. Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. Helsinki. Duodecim.
- Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta, 42–61. Toim. Mäkelä, K. Helsinki. Gaudeamus.
- Mäkelä, K. 2015. Toimiva kotiutuminen psykiatrisesta sairaalasta. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 9.3.2018. [https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files//loppuseminaari\\_satshp\\_270815.pdf](https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files//loppuseminaari_satshp_270815.pdf)
- Niemelä, S. 2011. Pääteet ja masennus. Teoksessa Masennus, 263–282. Toim. Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. Helsinki. Duodecim. Viitattu 9.3.2018.
- Partanen, Timo. 2011. Kaamosmasennus. Teoksessa Masennus, 381–388. Toim. Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. Helsinki. Duodecim.
- Perälä, M-L. ja Hammar, T. 2003. PALKOMalli - Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Helsinki. Stakes.
- Pohjolainen, P. 2009. Fyysinen toimintakyky. Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen, 48–52. Toim. Pohjolainen, P. & Heimonen, S. Ikäinstituutti. Helsinki.
- Polku, H. 2013. Ikääntyneiden ihmisten elinpiirin laajuuden yhteys masennusoireisiin. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 3.4.2017. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/41373/URN:NBN:fi:ju-201305131605.pdf?sequence=1>
- Pulska, T. 2001. Mortality of the depressed elderly. Unit of General Practice. Department of Public Health Science and General Practice. University of Oulu. Viitattu 2.10.2017. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514259092.pdf>
- Repo-Tiihonen, E., Putkonen, A. & Tuppurainen, H. 2017. Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. Duodecim. Viitattu 2.10.2017. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2012/22/duo10637>
- Saarela, T. 2011. Iäkkään henkilön masennuksen tunnistaminen ja hoitoperiaatteet. Teoksessa Masennus, 373–375. Toim. Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. Helsinki. Duodecim.
- Saarela, T. 2011. Vanhusten masennustilat. Teoksessa Masennus, 371–380. Toim. Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. Helsinki. Duodecim.



- Saarenheimo, M. 2012. Kognitiivinen psykoterapia ikäihmisten mielialaongelmien hoidossa, 101–136. Toim. Heimonen, S-L. & Pajunen, H. Helsinki. Edita.
- Saarenheimo, M. 2012. Yleistä ikääntymisestä. Teoksessa Mielenterveys vanhuudessa, 18–55. Toim. Heimonen, S-L. & Pajunen, H. Helsinki. Edita.
- Sainola-Rodriguez, K., Kekkonen, N. & Pöppönen, T. 2007. Masentuneen potilaan näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät – tutkimus ja kehittämistyö masentunutta auttavista hoitotyön menetelmistä. Pohjois-Karjalan keskussairaala, Psykiatrian hoitotyön palveluyksikkö. Joensuu. Viitattu 2.10.2017. <http://www.pkssk.fi/documents/601237/4571866/isbn9789529793433.pdf/391799b6-0365-4dd8-a290-7fece0672686>
- Simonen, M. 2009. Sosiaalinen toimintakyky. Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen, 64–71. Toim. Pohjolainen, P. & Heimonen, S. Ikäinstituutti. Helsinki.
- Spoov, J. & Syvälahti, E. 2003. Masennuslääkkeet – käyttöaiheet ja hoidon periaatteet. Kansaneläkelaitos. Lääkelaitos. Joensuu. PunaMusta.
- Stengård, E., Savolainen, M., Sipilä, M. & Nordling, E. 2009. Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa. THL. Mielenterveyden edistäminen- yksikkö ja WHO mielenterveysalan yhteistyökeskus. Jyväskylä. Viitattu 3.4.2017. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79889/bdea673d-8c0f-45f5-90ed-41463001ad7e.pdf?sequence=1>
- Suhonen, J. 2007. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana – haastattelututkimus potilaiden kokemuksista. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Viitattu 2.10.2017. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94159/gradu01546.pdf?sequence=1>
- Sulander, T. 2009. Ikääntyneiden elintavat ja toimintakyky. Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen, 37–44. Toim. Pohjolainen, P. & Heimonen, S. Ikäinstituutti. Helsinki.
- Suomen lääketilasto. 2011. Keskeisiä lukuja lääkkeiden myynnistä ja lääkekorvauksista vuonna 2011. Kansaneläkelaitos. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus. Helsinki. Viitattu 3.4.2017. [https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/22707\\_SLT\\_2011\\_net.pdf](https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/22707_SLT_2011_net.pdf)
- Taittonen, M. 2011. Päihteitä käyttävän ikäihmisen kohtaaminen kotihoidossa. Asiakkaiden ryhmittely juomatapojen mukaan, kotihoidon työntekijän rooli sekä eettiset jännitteet. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Viitattu 2.10.2017. [https://www2.seinajoki.fi/sosiaalijaterveys/vanhustyonkehittamishanke/raportit\\_ja\\_julkaisut.html/39014.pdf](https://www2.seinajoki.fi/sosiaalijaterveys/vanhustyonkehittamishanke/raportit_ja_julkaisut.html/39014.pdf)

THL. 2014. Terveellinen ruokavalio. Helsinki. Viitattu 25.9.2017.  
<https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitseminen/ravitseminen/ravitseminen-ja-terveys/terveellinen-ruokavalio>

THL. 2017. Mielen hyvinvointi. Helsinki. Viitattu 3.4.2017.  
<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/hyvinvointia-vanhuuteen/mielen-hyvinvointi>

Tokola, E. 2010. Turvallinen lääkehoito kotona ja laitoksessa. Hämeenlinna. Tammi.

Uotila, H. 2011. Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Väitöskirja. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Viitattu 2.10.2017.  
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66801/978-951-44-8553-4.pdf?sequence=1>

Virtanen, H. 2012. Vanhusten perheterapia. Teoksessa Mielenterveys vanhuudessa, 168–180. Toim. Heimonen, S-L. & Pajunen, H. Helsinki. Edita.

**Tiedote tutkimukseen osallistuvalla****Arvoisa tutkimukseen osallistuja,**

olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Vaasan ammattikorkeakoulusta. Tarkoituksemme on valmistua joulukuussa 2018. Teemme opinnäytetyötä aiheesta ”Hoitajan näkökulma masennusta sairastavan iäkkään potilaan kotiuttamisesta psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon”. Tutkimuksen tavoitteena on edistää sellaisen tiedon ja tuen saantia, mitä iäkäs masennuspotilas tarvitsee. Lisäksi haluamme selvittää, mitkä asiat hoitajat kokevat haasteellisiksi kotiutumisprosessissa.

**Tutkimuksen toteutus**

Toimitamme kyselylomakkeet Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikköön, psykiatriosastolle 4. Toivomme mahdollisimman monen hoitotyön ammattilaisen vastaavan kyselyymme. Aineiston keruu tapahtuu syksyllä 2017 ja opinnäytetyömme on tarkoitus valmistua keväällä 2018. Opinnäytetyö toteutetaan yhdessä Vaasan keskussairaalan kanssa. Opinnäytetyön ohjaavana opettajana toimii Taina Huusko, puh. 0207 663 474.

Tutkimustietoja käytetään ainoastaan opinnäytetyötä varten. Kyselylomakkeita säilytetään osastolla suljetussa vastauslaatikossa. Tulosten analysoinnin ja kokoamisen jälkeen kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti.

Tutkimukseen osallistuminen tapahtuu anonymisti ja se on täysin vapaaehtoista.

Kiitos!

Sairanhoitajaopiskelijat Pia Pada ja Henna Myntti

Vaasan ammattikorkeakoulu

**Information till undersökningsdeltagaren****Ärade undersökningsdeltagaren,**

Vi är två sjukskötarestudierande från Vasa yrkeshögskola. Vi ska avlägga examen i december 2018. Vi gör vårt lärdomsprov med temat "Hemförlovningsprocessen av en äldre patient med depression från psykiatriska specialsjukvården till öppenvården ur sjukskötarens synvinkel". Syftet med studien är att befrämja en äldre depressionspatientens möjligheter att få stöd och information som hen behöver. Vi vill också reda ut, vilka saker skötarna upplever utmanande i hemförlovningsprocessen.

**Förverkligandet av undersökningen**

Frågeformulären kommer att levereras till den psykogeriatriska avdelningen 4 i Vasa centralsjukhus. Vi hoppas att så många vårdarbetare som möjligt svarar på frågeformuläret. Undersökningsmaterialet samlas under hösten 2017 och lärdomsprovet blir färdigt på våren 2018. Lärdomsprovet görs i samarbete med Vasa centralsjukhus. Lärdomsprovet handleds av läraren Taina Huusko, tel. 0207 663 474.

Materialet används bara för lärdomsprovet. Frågeformulären förvaras i en stängd svarslåda på avdelningen. Efter analyseringen av materialet kommer materialet att förstöras på ett vederbörligt sätt. Man deltar i studien anonymt och det är helt frivilligt att delta.

Tack!

Sjukskötarestudierande Pia Pada och Henna Myntti

Vasa yrkeshögskola

**Opinnäytetyön kyselylomake**

Hoitajan näkökulma masennusta sairastavan iäkkään potilaan kotiuttamisesta psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta avohoitoon

**VASTAUSOHJEET**

Kyselyssä on 14 kysymystä ja vastaamiseen menee aikaa noin 15–30 minuuttia.

Käyttäkää mieluiten kuulakärkikynää vastaamiseen.

Vastaamisen jälkeen voitte laittaa kyselylomakkeen kansliassa sijaitsevaan suljetuun vastauslaatikkoon.

1. Minkä ikäinen olette?

<input type="checkbox"/>	alle 25
<input type="checkbox"/>	25–35
<input type="checkbox"/>	35–45
<input type="checkbox"/>	45–55
<input type="checkbox"/>	yli 55

2. Kumpaa sukupuolta olette?

<input type="checkbox"/>	mies
<input type="checkbox"/>	nainen
<input type="checkbox"/>	muu

3. Kauanko olette työskennelleet alalla?

<input type="checkbox"/>	alle 5 vuotta
<input type="checkbox"/>	5–15
<input type="checkbox"/>	15–25
<input type="checkbox"/>	yli 25

4. Mitä aiheita potilaan kanssa käsitellään uloskirjoitusvaiheessa? (esim. sairaus, oireet, lääkitys, jatkohoito)

---

---

---

---

---

---

5. Missä muodossa tietoa annetaan?

---

---

---

6. Tuetaanko potilasta muilla keinoin uloskirjoitusvaiheessa?

---

---

---

---

7. Koetteko omaisten osallistumisen kotiutusprosessiin tärkeäksi? Miksi?

---

---

---

---

---

8. Jos potilaille jää asioita epäselviksi, mitä asiat useimmiten ovat tai mistä he mahdollisesti haluavat lisää tietoa?

<input type="checkbox"/>	sairaus ja sen oireet
<input type="checkbox"/>	sairauden hoito
<input type="checkbox"/>	lääkityksen käyttö ja vaikutukset
<input type="checkbox"/>	lääkkeiden hankkiminen/reseptit
<input type="checkbox"/>	somaattiset ongelmat
<input type="checkbox"/>	jatkohoito ja sen toteutuminen
<input type="checkbox"/>	miten toimia, jos pärjääminen on hankalaa
<input type="checkbox"/>	taloudelliset asiat
<input type="checkbox"/>	jostain muusta, mistä?

---

9. Miten potilaan kotona selviytymistä mahdollisesti tuetaan?

<input type="checkbox"/>	kotipalvelu/kotisairaanhoido
<input type="checkbox"/>	psykogeriatrian poliklinikka
<input type="checkbox"/>	intervallijaksot
<input type="checkbox"/>	jokin muu, mikä?

---

10. Mitä asioita Te koette haasteelliseksi potilaan kotiuttamisprosessissa?

---

---

---

---

---

11. Haluatteko lisätä vielä jotain?

---

---

---

---

Kiitos vastauksistanne ja ajastanne!



### Frågeformuläret

Hemförlovningsprocessen av en äldre patient med depression från psykiatriska specialsjukvården till öppenvården ur sjukskötarens synvinkel

### SVARSANVISNINGAR

Det finns 14 frågor i frågeformuläret och det tar ungefär 15–30 minuter att svara på frågeformuläret.

Använd gärna en kulspetspenna.

Efter att ni har svarat på alla frågor, ni kan lägga frågeformuläret i en stängd låda, som finns i kansliet.

1. Hur gammal är ni?

<input type="checkbox"/>	under 25
<input type="checkbox"/>	25–35
<input type="checkbox"/>	35–45
<input type="checkbox"/>	45–55
<input type="checkbox"/>	över 55

2. Könet?

<input type="checkbox"/>	Man
<input type="checkbox"/>	Kvinna
<input type="checkbox"/>	Annat

3. Hur länge har ni jobbat inom branschen?

<input type="checkbox"/>	under 5 år
<input type="checkbox"/>	5–15 år
<input type="checkbox"/>	15–25 år
<input type="checkbox"/>	över 25 år

4. Vilka teman behandlas med patienten vid utskrivningen? (t.ex. sjukdomen, symtomen, mediciner, fortsatt vård)

---

---

---

---

---

---

5. I vilket format ges informationen?

---

---

---

6. Stöder man patienten på något annat sätt vid utskrivningen?

---

---

---

---

7. Tycker ni att det är viktigt att anhöriga deltar i hemförlovningsprocessen?  
Varför?

---

---

---

---

8. Om saker förblir oklara för patienter, vilka de här saker oftast är eller vad vill de möjligen få mera information om?

<input type="checkbox"/>	sjukdomen och symtomen
<input type="checkbox"/>	vården
<input type="checkbox"/>	medicineringen och hur medicinerna påverkar
<input type="checkbox"/>	om att skaffa mediciner/recept
<input type="checkbox"/>	somatiska problem
<input type="checkbox"/>	fortsatt vård
<input type="checkbox"/>	vad man skall göra, om det är svårt att klara sig hemma
<input type="checkbox"/>	ekonomin
<input type="checkbox"/>	någonting annat, vad?

---

9. Hur möjligen stöder ni patienten med att klara sig hemma?

<input type="checkbox"/>	hemtjänst/hemsjukvård
<input type="checkbox"/>	psykogeriatriska polikliniken
<input type="checkbox"/>	intervallperioder
<input type="checkbox"/>	någonting annat, vad?

---

10. Vilka saker upplever ni utmanande i hemförlovningsprocessen?

---

---

---

---

---

11. Vill ni ännu tillägga någonting?

---

---

---

---

---

Tack för era svar och er tid!