

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitajakoulutus

Raisa Alsio
Hannaleena Vatanen

POTILAIEN KOKEMUKSIA HOIDOSTA
VANHUSPSYKIATRISILLA POLIKLINIKALLA

Opinnäytetyö
Marraskuu 2018



Karelia
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Marraskuu 2018
Sairaanhoitajakoulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600

Tekijät Raisa Alsio ja Hannaleena Vatanen

Potilaiden kokemuksia hoidosta vanhuspsykiatrisella poliklinikalla

Toimeksiantaja

Siun sote Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä

Tiivistelmä

Ikäihmisten psykiatrista avohoitoa tarjoava vanhuspsykiatrisen poliklinikka on toiminut nykyisissä tiloissaan kesäkuusta 2016 asti Tikkamäen sairaala-alueella. Poliklinikan toiminta sisältää paljon puhelinkontakteja, kotikäyntejä, asiakaskäyntejä poliklinikan tiloissa sekä konsultaatioavun antamista, ja sen toimintaa ohjaa potilaslähtöinen ajattelu. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää vanhuspsykiatrisen poliklinikan potilaiden kokemuksia hoidosta. Tutkimustehtävät olivat: millaisena potilaat kokivat hoidon vanhuspsykiatrisella poliklinikalla ja mitä kehitettävää hoidossa olisi potilaiden näkökulmasta.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmin. Tutkimukseen haettiin yli 65-vuotiaita vanhuspsykiatrisen poliklinikan asiakkaita, joiden hoitajakso oli päättymässä tai päättynyt. Aineisto kerättiin postikyselyinä, joihin vastaaminen tapahtui anonymisti. Aineiston analysointiin käytettiin teemoittelua.

Tulokset osoittivat, että potilaat kokivat hyötyvänsä hoidosta vanhuspsykiatrisella poliklinikalla. Vastaajat kokivat saaneensa tietoa ja apua erilaisten auttamismenetelmien kautta ja myös arkielämä koettiin normalisoituneen. Tätä opinnäytetyötä voidaan hyödyntää vanhuspsykiatrisen poliklinikan toiminnassa ja toiminnan kehittämisessä. Opinnäytetyön tuloksia voisi käyttää hyödyksi valtakunnallisesti ja tukena uuden poliklinikan toiminnan perustamisessa. Jatkossa voisi olla hyödyllistä tutkia myös potilaiden läheisten sekä vertaistuen merkitystä vanhuspsykiatrisille potilaille.

Kieli
suomi

Sivuja 41
Liitteet 5
Liitesivumäärä 7

Asiasanat

Ikäihminen, mielenterveys, mielenterveyden hoitotyö



THESIS
November 2018
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
FINLAND
+ 358 13 260 600

Authors

Raisa Alsio and Hannaleena Vatanen

Title

Patients' Experiences of Care in Psychiatric Outpatient Clinic for Elderly

Commissioned by

Siun Sote, Joint municipal authority for North Karelia social and health services

Abstract

Psychiatric outpatient clinic for elderly provides psychiatric treatment for patients under the sphere of outpatient care. The clinic has been working on its current premises in the central hospital area of Tikkamäki since June 2016. Functions of the clinic include mainly telephone contacts, home visits, patient meetings in the clinic premises and providing consultation assistance. The clinic's actions are customer-oriented. The purpose of this thesis was to find out about patients' experiences of the given care in the psychiatric outpatient clinic for elderly. The research tasks were: What was the experience of care in the psychiatric outpatient clinic for elderly and what aspects of care should be developed further from the patient's perspective.

The thesis was conducted as a qualitative research. For the study, participants were limited to patients at the psychiatric outpatient clinic who were over 65 years old and whose period of treatment had finished or soon about to finish. The research data were collected by a questionnaire sent via post and the responding occurred anonymously. The data were analysed with thematic analysis.

The results showed that the given care in the psychiatric outpatient clinic was experienced as useful. The participants of the study received information and assistance via various care strategies and they felt that their everyday life had normalized. This thesis can be utilized in the functions and the development of functions at the psychiatric outpatient clinic for elderly. The results could be exploited nationwide and as a support in establishing a new psychiatric outpatient clinic for elderly. In the future, it could be useful to study the importance of next of kin and peer support for elderly psychiatric patients.

Language
Finnish

Pages 41
Appendices 5
Pages of Appendices 7

Keywords

elderly, mental health, mental health nursing

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Mielenterveys.....	6
2.1	Määritelmä ikäihmisestä ja mielenterveydestä.....	6
2.2	Ikääntyneiden mielenterveys	6
2.3	Ikäihmisten mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä	7
3	Mielenterveyshäiriöt.....	9
3.1	Ikäihmisten mielenterveyshäiriöt.....	9
3.2	Masennus	10
3.3	Ahdistuneisuushäiriöt.....	11
3.4	Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	12
3.5	Harhaluuloisuushäiriöt, skitsofrenia ja psykoosit.....	13
4	Mielenterveyshäiriöiden hoitomuotoja.....	15
4.1	Lääkehoito	15
4.2	Yhteistyösuhde potilaan ja hoitajan välillä	17
4.3	Psykoedukaatio	18
4.4	Muita hoitomuotoja	19
4.5	Vertaistuki ja läheiset.....	19
5	Mielenterveyspalvelut Suomessa.....	21
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä.....	22
7	Opinnäytetyön toteutus	23
7.1	Tutkimusmenetelmä	23
7.2	Aineiston keruu	23
7.3	Aineiston analysointi	25
8	Tulokset	27
8.1	Yhteistyö ja yhteydenpito hoitajan kanssa	27
8.2	Tiedon ja avun saanti.....	28
8.3	Läheiset ja vertaistuki	29
8.4	Hoidon vaikutukset arkielämään	29
8.5	Hoidossa kehitettävät asiat	29
9	Pohdinta.....	30
9.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	30
9.2	Luotettavuus ja eettisyys	32
9.3	Opinnäytetyön prosessin tarkastelu.....	34
9.4	Oppimisprosessi	36
9.5	Jatkokehitysmahdollisuudet	37
	Lähteet.....	39

Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Teemakysely
Liite 3	Esimerkki teemoittelusta
Liite 4	Saatekirje
Liite 5	Tutkimuslupahakemus

1 Johdanto

Mielenterveysongelmat koskettavat jollakin tavalla kaikkia ihmisiä. Jokaisen ihmisen mielenterveys horjuu joskus, mutta jatkuva alakulo, ahdistus ja toivottomuus eivät ole luonnollisesti ihmiselle kuuluvia tunnetiloja. Näiden tunnetilojen pitkittyminen voi johtaa toimintakyvyn heikkenemiseen ja oireiden pahenemiseen. Joskus läheisiltä saatu apu ja tuki voivat riittää, mutta jokainen voi joskus tarvita apua myös ammattilaisilta. Väestön ikääntyessä mielen hyvinvoinnilla on entistä enemmän painoarvoa. Ikäihmisten toimintakyvyn ja arjessa pärjäämisen kannalta mielen hyvinvointi on yhtä tärkeää kuin fyysinen terveys. Iäkkäiden mielenterveyden edistäminen on olennaista, jos halutaan pitää yllä vanhenevan väestön kokonaisvaltaista hyvinvointia. (Haarni, Viljanen & Hansen 2017, 6-32)

Vanhemman väestön määrä kasvaa lähivuosikymmeninä ja etenkin mielialahäiriöiden ja dementiaan liittyvien käytöshäiriöiden odotetaan kuormittavan sosiaali- ja terveystaloutta. Esimerkiksi skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavia ennustetaan olevan kolminkertainen määrä seuraavien vuosikymmenten aikana. (Alanen & Leinonen 2010, 3791 - 3795.) Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportin (2015) mukaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin vuonna 2015 yhteensä 169 631 potilasta, joista avohoidossa olevia potilaita oli 165 667. Avohoidossa hoidettavien potilaiden määrä on lisääntynyt vuosina 2006 - 2015 samaan aikaan, kun vuodeosastohoito on vähentynyt. Koska psykiatrista hoitoa tarvitsevia on paljon, on tärkeää tietää, onko saatu hoito laadukasta ja ihmisen terveyttä sekä toimintakykyä tukevaa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää vanhuspsykiatriapoliklinikan potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta. Tutkimustehtävät olivat: millaisena potilaat kokivat hoidon vanhuspsykiatrisella poliklinikalla ja mitä kehitettävää hoidossa olisi potilaiden näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin toimeksiantona (liite1) Pohjois-Karjalän sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän vanhuspsykiatriselle poliklinikalle ja tutkimusaiheen valintaan päädyttiin yhdessä toimeksiantajan kanssa.

2 Mielenterveys

2.1 Määritelmä ikäihmisestä ja mielenterveydestä

Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö on kykenevä näkemään omat kykynsä ja kestämaan elämään kuuluvaa normaalia stressiä, sekä työskentelemään ja osallistumaan yhteisönsä toimintaan (WHO 2013, 38). Mielenterveys voidaan nähdä voimavarana, joka tukee psyykkisiä toimintoja ja opastaa elämän eri vaiheissa (Lönqvist & Lehtonen 2011, 22). Käytämme tässä luvussa käsitteitä mielenterveys ja mielen hyvinvointi, koska ne olivat eniten käytettyjä käsitteitä lähteissämme. Lisäksi keskityimme erityisesti ikäihmisiin ja jätimme pois päihteiden vaikutukset mielenterveyteen.

Käyttämässämme lähteissä on käytetty käsitteitä ikääntynyt, vanhus ja ikäihminen. Käytämme tässä opinnäytetyössä käsitettä ikäihminen ja ikääntynyt kuvaamaan yli 65-vuotiasta ihmistä. Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (980/2012) ikääntyvällä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeutettua väestöä. Sama laki määrittää ikäihmisen henkilöksi, jonka fyysinen, kognitiivinen, sosiaalinen tai psyykkinen toimintakyky on alentunut korkean iän tai iästä johtuvan rappeutumisen tai sairauksien vuoksi.

2.2 Ikääntyneiden mielenterveys

Mielen hyvinvointi voidaan nähdä erilaisten osatekijöiden muodostamana kokonaisuutena (Fried, Heimonen, Laine & Sarvimäki 2015, 30). Hyvä mielenterveys toimii pohjana ikääntyvän ihmisen laadukkaalle, terveelle ja aktiiviselle elämälle. Se vahvistaa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Ikäihmisen mielenterveyttä tukevia asioita ovat hyvät perhesuhteet ja vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa. Myös mahdollisuus toteuttaa seksuaalisia tarpeita koetaan tärkeäksi. Muita olennaisia mielenterveyttä ylläpitäviä asioita ovat riippumattomuus, valinnanvapaus sekä osallisuus hengelliseen ja yhteisön toimintaan. (Terveiden ja

hyvinvoinnin laitos 2014.) Mielenterveyteen vaikuttavat myös taloudellinen tilanne, vapaus ja fyysinen terveys, sekä ikääntyneillä eletty elämä kokonaisuutena (Stephens, Deaton & Stone 2014, 385).

Yksilötasolla mielen hyvinvointiin yhdistetään yleensä hyvinvoinnin tunne, kyky olla aloitteellinen ja luoda uusia ihmissuhteita sekä kyky sopeutua vastoinkäymisiin. Aktiivisuus, liikunta ja erilainen sosiaalinen toiminta edistävät yksilön mielen hyvinvointia. Yksilötason tekijöiden lisäksi mielen hyvinvointiin vaikuttavat sosiaaliset kulttuuriset ja yhteiskunnalliset tekijät. (Haarni 2013, 39-42.) Psykologisesta näkökulmasta mielenterveys koostuu henkilökohtaisten elämäkokemusten, biologisten tekijöiden sekä sosiaalisten ja yhteisöllisten tekijöiden vuorovaikutuksesta (Heimonen & Pajunen 2012, 42).

Itsensä hyväksyminen on tärkeä osa mielen hyvinvointia. Sillä tarkoitetaan positiivista suhtautumista elettyyn elämään ja itsensä hyväksymistä kaikkine erilaisine piirteineen. Kyky rakastaa, tulla rakastetuksi ja toisista huolehtiminen kuuluvat mielen hyvinvointiin, kuten myös mahdollisuus vaikuttaa ja päättää oman elämän asioista. (Fried ym. 2015, 31.)

2.3 Ikäihmisten mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä

Suurimpia mielenterveyttä horjuttavia riskitekijöitä katsotaan olevan ruumiilliset ja kognitiiviset ikääntymismuutokset, läheisten menetykset, omat sairaudet, ihmissuhteisiin ja vuorovaikutukseen liittyvät muutokset, yhteiskunnan kielteiset asenteet, autonomian menetys sekä esimerkiksi omaishoitajana toimiminen. Kognitiiviset muutokset ovat osa normaalia vanhenemista, mutta niillä voi olla kielteisiä muutoksia ikäihmisen mielenterveyteen. Esimerkiksi työmuistin ja tarkkaavaisuuden heikkeneminen tarkoittaa, että ikääntynyt tarvitsee enemmän aikaa päätöksentekoon, toiminnan aloittamiseen ja vuorovaikutukseen. Kognitiivisten muutosten merkitys itsetunnolle ja mielenterveydelle ilmenee erityisesti muistisairautta sairastavilla, jolloin selviytyminen arjessa vaikeutuu ja ympäröivä maailma voi tuntua kovin epävarmalta ja turvattomalta. (Heimonen & Pajunen 2012, 43 - 45.)

Kognitiivisten muutosten lisäksi fyysisillä muutoksilla on keskeinen merkitys ihmisen elämässä, ja niihin liittyy aina myös minäkuvan arviointia. Suuret kehon muutokset, kuten sairaudet, tai liikkumiseen ja toimintakykyyn vaikuttavat muutokset vaativat psyykkistä sopeutumista etenkin kulttuurissa, jossa heikkoutta, hitautta ja haurautta ei arvosteta. (Heimonen & Pajunen 2012, 43.) Hauraus ja haavoittuvuus eivät ole esteitä mielen hyvinvoinnin tukemiselle. Ikääntyneen mielen hyvinvoinnin tukeminen ei tähtää vanhenemista vastaan taistelemiseen vaan arvostamaan suhtautumiseen luonnollista ikääntymistä kohtaan sekä ihmisen auttamiseen. (Fried, Heimonen & Laine 2014, 255.)

Saarenheimon (2013, 189-192) mukaan jatkuva psyykkinen stressi on uhka mielenterveydelle. Alituinen stressin kokeminen voi ilmetä esimerkiksi ärtymysherkyytenä, muistiongelmoina, levottomuutena ja vaikeutena tehdä päätöksiä. Lisäksi voi olla vaikea erottaa masennusta ja ahdistusta pitkäaikaisesta stressistä. Ihmisten kuormittumisessa ja stressinsietokyvyssä on paljon eroja. Helposti stressaantuvat ihmiset vaativat itseltään yleensä omien voimavarojen ylittäviä suorituksia ja ovat taipuvaisia huolehtimaan ja murehtimaan asioita. Monet ikäihmiset odottavat suoriutuvansa arjen tehtävistä samalla tavalla kuin nuorempana ja tuntevat ahdistusta, mikäli asiat eivät sujukaan enää niin helposti.

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa (Fuller-Iglesias 2015, 1107-1010) kartoitettiin sosiaalisen verkoston merkitystä mielenterveyteen yli 60-vuotiailla. Tutkimuksen mukaan tyydyttävät ihmissuhteet vähentävät stressiä ja masennusoireita sekä parantavat elämänlaatua. Sosiaalisella tukiverkostolla ja sen koolla on tutkimuksen mukaan merkitystä iäkkään ihmisen tyytyväisyyteen ihmissuhteissa. Mitä laajempi tukiverkosto tutkimukseen osallistujilla oli, sen tyydyttävämmät olivat heidän ihmissuhteensa.

3 Mielenterveyshäiriöt

3.1 Ikäihmisten mielenterveyshäiriöt

Ikäihmisten mielenterveyden häiriöt ovat hyvin tavallisia. Eri tutkimusten mukaan 16 - 30 %:lla yli 65-vuotiaista on jokin mielenterveyden häiriö. Ikääntyneillä esiintyy samanlaisia mielenterveyden häiriöitä kuin keski-ikäisilläkin, mutta usein niihin kytkeytyvät elimellisiin sairauksiin liittyvät psykiatriset oireet. (Koponen & Leinonen 2011, 595-596.) Mielenterveyden häiriöitä ja sairauksia on monenlaisia, ja ne ryhmitellään niille tyypillisten oireiden mukaan (Huttunen 2008, 8). Ikäihmisten tavallisimpia ongelmia ovat masennus, ahdistuneisuushäiriöt, psykoosit, skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriöt ja elimellisistä syistä johtuvat mielenterveyden häiriöt. (Koponen & Leinonen 2011, 595-596.)

Tunne-elämän, ajatustoiminnan ja käytöksen häiriöt ovat ominaisia mielenterveyshäiriöille. Häiriöiden taustatekijöinä voi olla erilaisia psyykelle sietämättömiä tunnetiloja, kuten pelkoa, ahdistusta, surua, häpeää, syyllisyyttä, vihaa tai avuttomuutta. (Huttunen 2008, 8). Mielenterveysongelmat, erityisesti lievät ja keski- vaikeat masennustilat, ovat yleisiä sekä perustervehuollon iäkkäillä asiakkailta, että vanhuspalveluissa, vaikka niitä ei läheskään aina tunnisteta. Masennukseen liittyvä sosiaalisista suhteista vetäytyminen ja yleensäkin haasteiden välttäminen tulkitaan usein suoraan biologisesta vanhenemisestä johtuvaksi myös sellaisilla ikäihmisillä, joilla ei ole suoranaisia liikkumista estäviä sairauksia. (Arinen & Saarenheimo 2009, 209.)

Ikäihmisten mielialahäiriöt ovat myös huomattava kansanterveydellinen ja kansantaloudellinen ongelma. Koska mielenterveysongelmien tunnistaminen ja hoito on edelleen riittämätöntä, joutuvat ikäihmiset kärsimään, ja tämä kuormittaa myös sosiaali- ja terveyshuoltoa. (Koponen & Leinonen 2011, 600.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2015 tekemän tilastoraportin mukaan psykiatrista erikoissairaanhoidon saaneiden määrässä on sukupuolisia eroja. Vuonna 2015 psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon piirissä olleista 65 - 74-vuotiaista potilaista naisia oli noin 6 000, kun taas miehiä huomattavasti vähemmän, noin 3

000. Naisten yleisimmät psykiatriset sairaudet ovat masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt, joita tavallisesti hoidetaan avohoidossa. Avohoidolla tarkoitetaan potilaan käyntiä avohoidon yksikössä (poliklinikka tai vastaava) (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017).

3.2 Masennus

Masennustila on ikäihmisten yleisin mielialahäiriö ja somaattisilla tekijöillä on keskeinen merkitys ikäihmisen masennuksen taustalla. Masennus liittyy usein sydäninfarktin tai aivoverenkiertohäiriöiden jälkitilaan, kilpirauhasen vajaatoimintaan tai Parkinsonin tautiin. Tyypillisesti masennusta esiintyy myös muistisairauksien alkuvaiheessa. (Koponen & Leinonen 2011, 600.) Ikäihmisen masennuksen tunnistaminen ei ole aina helppoa, koska vanhenemiseen liittyvät muutokset, muistiongelmien ja somaattiset sairaudet voivat kätkeä taakseen masentuneen mielialan (Saarela 2011, 373).

Masennukseen ei ole yhtä ainoaa syytä, vaan sen kehittymiseen vaikuttavat psykologiset, sosiaaliset ja biologiset tekijät. Laukaisevia tekijöitä ovat esimerkiksi menetykset ja pettymykset ihmissuhteissa tai sosiaalisissa rooleissa, kielteiset elämänmuutokset sekä jatkuva stressi. (Isometsä 2011a, 8-10.) Heikko taloudellinen asema, terveysongelmien ja vähäiset sosiaaliset kontaktit ovat usein kytköksissä masennukseen (Saarela 2011, 373).

Masennuksen tyypillisiä ensioireita ovat väsymys, ahdistuneisuus, mielihyvän menetys ja masentunut mieliala. Masennuksessa voi esiintyä myös fyysisiä oireita, kuten kipuja. Mielialan laskeminen hetkellisesti kuuluu normaaliin elämään, mutta jos masentunut mieliala kestää yhtäjaksoisesti viikkoja, kuukausia tai vuosia, on kyseessä masennustila eli depressio. Masennustila vaikuttaa kokonaisvaltaisesti elämään, kuten arjesta selviytymiseen, ihmissuhteiden ylläpitämiseen, itsestä huolehtimiseen ja työn tekoon. Masennustila voi kestää muutamasta kuukaudesta vuosiin, ja oireiden aste vaihtelee lievistä vaikeisiin ja jopa psykoottisiin oireisiin. (Isometsä 2011a, 8-10.)

Masentunut ikäihminen voi kokea pienetkin arjen toiminnot raskaiksi ja tuntea itsensä hyödyttömäksi. Usein masentunut ikäihminen kokee sisäistä levottomuutta, ärtymistä, voimattomuutta, ruokahaluttomuutta sekä keskittymisen ja päätöksen teon vaikeutta. Myös unen muutokset, yksinäisyyden tunne ja muutokset seksuaalisuudessa ovat yleisiä merkkejä masennuksesta ikääntyneillä. Somaattisesti sairailta ikäihmisillä sairaudesta koettu huoli voi lisääntyä ja kasvaa suhteettomiin mittoihin masennuksesta johtuen. (Saarela 2011, 372-374.)

3.3 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisiä ikääntyneillä, ja vaikeimmillaan ne heikentävät merkittävästi toimintakykyä ja päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Ahdistuksen ja pelon tunne kuuluu ihmisen normaaleihin tunnetiloihin, mutta liiallisena ja toimintoja rajoittavana tekijänä tällainen reagointi voi olla oire psykiatrisesta sairaudesta. Pitkään kestävä ahdistuneisuus heikentää psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja aiheuttaa sairastuneelle merkittävää kärsimystä. Ahdistunut ihminen tuntee olevansa jännittynyt, huolestunut ja peloissaan, mutta hänen on vaikea määrittää, mistä tunteet johtuvat. (Kontkanen & Purhonen 2011, 383-389.) Ahdistuneisuushäiriöitä ovat muun muassa paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireiset häiriöt, pelko-oireiset ahdistuneisuushäiriöt ja eri asteiset stressireaktiot (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 247).

Ahdistuneisuusoireet ovat pitkälti samanlaisia kuin nuoremmilla. Ikääntyneet eivät kuitenkaan välttämättä tunnista oireita psyykkiseksi oireiluksi, vaan ajattelevat usein niiden johtuvan somaattisista sairauksista. Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä esiintyy vähintään puolen vuoden ajan pelokkuutta, huolestuneisuutta ja jännittyneisyyttä. Ahdistusoireisiin liittyy usein myös somaattisia oireita, kuten sydämentykytystä, tukehtumisen tunnetta, vapinaa, huimausta, pahoinvointia, rintakipua ja tukehtumisen tunnetta. (Kontkanen & Purhonen 2011, 383-389.) Sosiaalisten tilanteiden pelko on pitkäaikainen toimintakykyä laskeva sairaus. Pelottavat sosiaaliset tilanteet voivat johtaa tilanteiden välttämiseen ja eristäytymiseen. (Hämäläinen ym. 2017, 247.) Sosiaalisten tilanteiden pelossa oireet tulevat

yleensä sosiaalisissa tilanteissa, kuten esiintymis- ja ryhmätilanteissa (Kontkanen & Purhonen 2011, 383-389).

Paniikkihäiriö on pakokauhun kaltainen tila, johon liittyy voimakkaita ahdistuskoh-
tauksia. Kohtaukset voivat olla odottamattomia tai tilanteeseen liittyviä, ja ne ovat
kestoltaan muutamia minuutteja. Paniikkikohtauksiin liittyy fyysisiä tuntemuksia,
kuten tärinää, hikoilua, rintakipuja ja sykkeen nousua. (Hämäläinen ym. 2017,
247.) Pakko-oireisessa häiriössä ihmisellä on voimakas tarve tehdä esimerkiksi
siisteyteen tai järjestykseen liittyviä toimintoja tunteakseen olonsa turvalliseksi
(Kontkanen & Purhonen 2011, 383-389).

Reaktiot voimakkaaseen stressiin voivat liittyä äkilliseen tilanteeseen tai kehittyä
viivästyneenä poikkeuksellisen vaikean stressin jälkeen. Vaikea stressin koke-
mus voi johtua esimerkiksi läheisen kuolemasta, sotatilasta, luonnon katastrofista
tai väkivallan kohteeksi joutumisesta. Keskeisiä stressireaktio-oireita ovat ärty-
mys, keskittymisvaikeudet, epätoivo, ahdistus, painajaiset ja hallitsematon suru.
(Hämäläinen ym. 2017, 248.) Ikäihmisille on tyypillistä, että traumaattisten tapah-
tumien seurauksena ilmaantuu julkisten paikkojen ja kaatumisen pelkoa (Kontka-
nen & Purhonen 2011, 383-389).

3.4 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle on ominaista, että masennus- ja maniajaksot
vuorottelevat (Isometsä 2011b, 194). Maniassa ihmisellä on sairaalloisen voima-
kas tarve pitäytyä jossakin (usein mielettömässä) ajatuksessa. Maniavaiheessa
olevalle henkilölle on tyypillistä mielialan liiallinen kohoaminen tai ärtyisyys. Hen-
kilöllä voi olla suuruuskuvitelmia, ajatustoiminnan kiihtyneisyyttä sekä liiallista toi-
meliaisuutta. (Duodecim 2017.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö voidaan jakaa kahteen päämuotoon. Tyypin I sai-
rauskuvaan kuuluvat kaikenlaiset sairausjaksot ja tyypin II sairaudenkuvaan ma-
sennusjaksoja ja hypomanioita, mutta ei varsinaisia manioita. Hypomanian pää-
oireet ovat kohonnut itsetunto, aktiivisuus, vuolaspuheisuus ja unen tarpeen

väheneminen. Hypomania saattaa tuottaa voimakkaita mielihyvän ja onnen tunteita, mutta toisaalta tunnetila voi olla ärtyisä ja kireä. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön kuuluu yksittäisiä tai toistuvia sairausjaksoja, joiden välillä sairastunut voi olla oireeton tai vähäoireinen. Sairaudesta kärsivistä henkilöistä yli puolella on itsetuhoista käyttäytymistä. Riski liittyy erityisesti sekamuotoisiin ja masennusvaiheisiin. (Isometsä 2011b, 194-200.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö säilyy usein vanhuusikään asti aktiivisena. Ikäänntyneellä jaksot voivat olla masennuspainotteisempia ja maniavaiheet vähäisempiä. Oirekuvaltaan kaksisuuntainen mielialahäiriö säilyy ikäänntymisestä huolimatta melko samana. Tosin ärtyneisyys voi kuulua ikäänntyneen maniaan ennemmin kuin liiallinen mielialan kohoaminen. Pitkäkestoisen masennusvaiheen ongelmia voivat ikäänntyneellä olla kognitiiviset ongelmat, kuten tarkkaavaisuus- ja toiminnanohjaushäiriöt sekä muistiin liittyvät ongelmat. (Koponen, Leinonen & Isohanni 2015, 883-888.)

3.5 Harhaluuloisuushäiriöt, skitsofrenia ja psykoosit

Suomessa on noin 50 000 skitsofreniaa sairastavaa. Sairaus alkaa yleensä nuorella aikuisiällä. Skitsofrenian synty voidaan nähdä stressi-alttius-mallin pohjalta. Stressi-alttius-malli tarkoittaa sitä, että alttius sairastumiseen on perinnöllistä ja taustalla voi olla varhaiskehityksen aikana olevia kehityshäiriöitä tai lapsuuden traumoja, ja sairaus puhkeaa näiden alttiustekijöiden ja stressin seurauksena. (Tuominen & Salokangas 2017, 173.) Skitsofrenia on pitkäaikainen ja laaja-alaisesti ikäihmisen elämään vaikuttava sairaus, johon liittyy harhoja. Ikäihmiselle ominainen skitsofreeninen harha on usein syyttävä, kommentoiva ja keskusteleva kuuloharha. Harhaluuloja ja aistiharhoja kutsutaan positiivisiksi oireiksi. Harhamaailma on tyypillisesti omituinen ja vaikeasti ymmärrettävissä. Ikäänntyneellä korostuvat usein myös negatiiviset oireet, joita ovat mielihyvän ja tunteiden kokemisen vaikeus, tahdottomuus ja puhekielen köyhtyminen. (Talaslahti, Alanen & Leinonen 2011, 378.)

Psykoosioireita esiintyy ei muistisairaista yli 65-vuotiaista miehistä 2,4 %:lla ja naisista 2,9 %:lla, lisäksi oireiden määrä kasvaa ikääntyessä. Ikäihmisten psykoosin diagnosoinnissa käytetään samoja kriteereitä kuin nuoremmillakin. (Koponen ym. 2015, 883-888.) Psykoosipotilaat tulisi tunnistaa jo oireilun alkuvaiheessa, koska hoidon viivästyminen heikentää sairauden ennustetta. Psykoosin tyypillisiä oireita ovat harhaluulot ja epätodet uskomukset ympäröivästä maailmasta. Psykoosiin sairastunut voi kokea olevansa vainottu, seurattu tai vakoiltu, ja hän voi ajatella, että häntä pilkataan tai häntä vastaan juonitellaan. Ihminen voi kokea olevansa merkkihenkilö tai omistavansa erikoisia kykyjä tai voimia (suuruusharhat). Muita tunnusmerkkejä ovat aistiharhat (ääni-, tunto-, näkö- ja hajuharhat), ylivilkkaushäiriöt, unihäiriöt, tunne-elämän köyhtyminen, kykenemättömyys itsestä huolehtimiseen ja vaikeudet sosiaalisessa toiminnassa. (Hämäläinen ym. 2017, 256-257.)

Psykoosiin sairastunut ei useinkaan itse koe olevansa avun tarpeessa, vaan monesti läheiset hätäntyvät oireista ja hakevat apua. Psykoosin tunnistamisessa on tärkeää luoda hyvä kontakti psykoottisesti oireilevaan ja hänen omaisiinsa. Läheiset pystyvät usein tuomaan esille tärkeitä taustatietoja, jotka ovat avuksi psykoosin tunnistamisessa. (Hämäläinen ym. 2017, 256.) läkkäiden potilaiden hoidossa on tärkeää selvittää aiemmat psykiatriset hoitokokemukset ja sairaudet sekä oireiden merkitys toimintakykyyn ja sosiaalisiin suhteisiin. Joihinkin elimellisiin sairauksiin ja lääkehoitoon voi liittyä aistiharhoja sekä harhaluuloja, joten somaattisen terveydentilan selvittäminen on oleellinen osa potilaan tutkimista. läkkään ihmisen elämäkokemusten, kulttuuritaustan ja ihmisen persoonallisuuden kartoitus antavat tilaisuuden ymmärtää oireistoa paremmin suhteessa ihmisen elettyyn elämään ja elämäntilanteeseen. (Koponen ym. 2015, 883-888.)

4 Mielenterveyshäiriöiden hoitomuotoja

4.1 Lääkehoito

Lääkehoitoa käytetään usein osana mielenterveyden hoitoa, ja sen merkitys kasvaa vakavammissa mielenterveyden häiriöissä. Lääkityksen avulla pyritään helpottamaan erilaisia psyykkisiä oireita, kuten masennus-, ahdistus- tai nukahtamisoireita. (Mielenterveystalo 2017.) Psykykenlääkkeiden käyttäminen vaikuttaa lyhentävästi psykiatriisiin sairaalajaksoihin ja estää niiden toistumista. Tärkeimmän käyttötarkoituksensa mukaan psykykenlääkkeet voidaan jakaa psykoosilääkkeisiin, masennus- eli depressiolääkkeisiin, mielialantasaajalääkkeisiin, ahdistuslääkkeisiin ja uni- ja nukahduslääkkeisiin. (Huttunen & Socada 2017.)

Lääkehoidon hyödyt ovat havaittavissa usein vasta päivien tai viikkojen kuluttua, mutta sivuvaikutukset voivat tulla esiin jo aiemmin. Sopivan psykykenlääkkeen etsiminen on kokeiluluontoista, sillä lääkkeistä hyötyminen on yksilöllistä ja sopivaa annosta voi joutua etsimään jonkin aikaa. Sivuvaikutukset näyttäytyvät eri ihmisillä eri tavoin, ja lääkitystä voidaan joutua vaihtamaan ennen sopivan lääkkeen löytymistä. (Mielenterveystalo 2017.) Kaikki potilaat eivät kuitenkaan hyödy lääkkeiden käytöstä johtuen psykiatristen oireiden ja tilojen monimuotoisuudesta. Nämä potilaat saavat paremman hyödyn tilanteeseen oikeanlaisesta psyko- tai pariterapiasta. (Huttunen & Socada 2017.)

Ikääntyminen tulee ottaa huomioon lääkehoidon toteutuksessa. Ikääntyminen muuttaa ihmisen elimistöä ja aineenvaihduntaa. Lisäksi ikääntyneillä on usein muita lääkityksiä, jotka tulee ottaa huomioon psykykelääkkeen valinnassa. (Huttunen 2008, 281.) Monien lääkkeiden yhteiskäyttö on merkittävä vaaratekijä haittaja yhteisvaikutuksille. Eri lääkkeiden yhteisvaikutukset lisäävät kuolleisuutta ja sairastavuutta sekä tekevät lääkehoidosta tehotonta. (Ahonen 2011, 6-129.) Ikäihmisen lääkitys aloitetaan hitaasti pienellä annoksella ja monen lääkkeen samanaikaista käyttöä välttämällä. Iäkkäät saattavat käyttää lääkkeitä epäsäännöllisesti vastoin hoito-ohjeita. Tämä voi liittyä esimerkiksi muistiongelmiin tai masentuneisuuteen. (Huttunen 2008, 281.)

Lääkkeet vaikuttavat useisiin herkkiin elintoimintoihin, kuten hermostoon ja aivoihin. Haittavaikutuksia voi helpottaa ja poistaa monella tavalla. (Huttunen 2008, 25.) Tavanomaisia iäkkäillä havaittuja lääkkeiden haittavaikutuksia ovat huimaus, sekavuus, kaatuilu, muistin heikkeneminen ja muistisairaalla käytösoireet. Myös lääkeaineiden jakaantumisessa, imeytymisessä ja poistumisessa tapahtuu iästä ja sairauksista johtuen muutoksia. Vaikka lääkeaineet imeytyvät ruoansulatuskanavasta melkein yhtä hyvin kuin nuoremmilla, vaikutuksen alkaminen voi olla hitaampaa. Lisäksi joidenkin lääkkeiden metabolia on iäkkäillä hitaampaa. Lääkemetabolia on sitä, kun rasvaliukoiset lääkeaineet muuttuvat elimistössä vesiliukoiseen muotoon, jolloin ne erittyvät paremmin munuaisten tai sapen kautta. Lääkkeiden poistuminen munuaisten kautta vähenee ikääntyneillä. (Ahonen 2011, 1-44.) Myös maksan vanhenemismuutokset ja verenkierron heikkeneminen vaikuttavat maksassa metaboloituvien lääkeaineiden aineenvaihduntaan. Muun muassa näistä syistä ikäihmisen lääkeannos on usein pienempi työikäiseen verrattuna ja vähäisetkin annokset lääkettä saattavat aiheuttaa haittavaikutuksia. (Kivelä & Rähä 2007, 7-8.)

Lääkkeiden haittavaikutukset voivat vähentää hoitomyöntyvyyttä ja sitoutumista lääkehoitoon. Myös asenteet lääkettä kohtaan, kognition puute, huono hoitosuhteen laatu, sairauden vaikeus ja päihteiden käyttö voivat heikentää hoitomyöntyvyyttä. Keskeisille vakaville mielenterveyshäiriöille, kuten skitsofrenialle, masennukselle ja kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle, on tyypillistä, että sairausjaksot voivat uusia ja vaikeutua. Ylläpitolääkitys, säännöllinen lääkkeiden käyttö ja aktiivinen kontakti hoitohenkilökuntaan vähentävät tätä alttiutta, mutta se edellyttää asiakkaalta lääkehoitoon sitoutumista. Sairauden pahenemisen ja uusiutumisen ennalta ehkäisy ja ylläpitolääkityksen suunnitelmallinen tukeminen ovat psykiatrisen avohoidon keskeisiä tehtäviä. Riittävä tiedon antaminen sairaudesta ja lääkityksen tarkoituksesta asiakkaalle sekä hänen perheelleen lisäävät myös sitoutumista lääkehoitoon. (Oksanen 2015, 1437-1442.)

Lääkehoidon kokonaisarviointi ja työskentely yhdessä moniammatillisen ryhmän kanssa ovat tärkeitä keinoja turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa. Ikäihmisten lääkehoidossa korostuvat hoitohenkilökunnan osaaminen ja vastuu. Lääkkeen

määrääminen, uusiminen ja jokainen hoitoon liittyvä tapahtuma ovat asiakkaan kokonaistilaan vaikuttavia hoitopäätöksiä, joista on vastuussa potilasta hoitava lääkäri, mutta myös hoitaja on vastuussa omasta toiminnastaan. Vaikka potilaan tila olisi vakaa, tulee lääkityksen tarpeellisuutta, turvallisuutta, annostusta, yhteisvaikutuksia ja toteutusta arvioida vähintään vuosittain. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

4.2 Yhteistyösuhde potilaan ja hoitajan välillä

Mielenterveytyössä yhteistyösuhde on keskeinen auttamismenetelmä potilaan ja hoitajan välillä, ja sen lähtökohtana on potilaslähtöisyys. Potilaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että hoidon lähtökohtana on potilaan tarpeet. Olennaista siinä on potilaan osallistuminen itse oman hoitonsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Hoitajan roolissa korostuu konsultoiva ja motivoiva ote ohjaustyössä. Potilaslähtöisyydellä voidaan tarkoittaa myös koko terveydenhuollon toiminnan tavoitteita ja keinoja parantaa hoidon tuloksia, ja se voi toimia myös koko toiminnan arvoperustana. (Hämäläinen ym. 2017, 140-141.)

Yhteistyösuhteen tavoitteena on potilaan mielenterveyden edistäminen, hoitaminen ja tukeminen. Potilaslähtöinen yhteistyösuhde pyrkii potilaan näkökulman huomioimiseen, mikä tukee potilaan sitoutumista hoitoon, lisää potilaan tyytyväisyyttä ja hoidon vaikuttavuutta. Potilaan ja hoitajan välisessä potilaslähtöisessä yhteistyösuhteessa korostuvat lähellä oleminen, kuunteleminen, osallisuus ja rohkeus. (Hämäläinen ym. 2017, 141-142.) Brittiläisessä tutkimuksessa terapeutin aitous ja ammatillinen osaaminen ennustivat parempaa hoidollista yhteistyösuhdetta skitsofreniaa, skitsoaffektiiivista häiriöitä ja psykooseja sairastavilla (Jung, Wiesjahn, Rief & Lincoln 2015, 34-48).

Hyvä ja voimavaroja tukeva yhteistyösuhde rakentuu kokonaisvaltaisesti potilaan psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin huomioimiseen. Yhteistyösuhdetta voidaan kutsua myös hoidolliseksi yhteistyösuhteeksi, luottamukselliseksi hoitosuhteeksi tai terapeutiksi yhteistyösuhteeksi, joka toteutetaan usein ennalta sovittuina yksilötapaamisina. Hoidollinen yhteistyösuhde on lähtökohtana

onnistuneessa terapeutisessa toiminnassa, ja se vaikuttaa laajasti hoidon tuloksiin. (Hämäläinen ym. 2017, 141-142.)

4.3 Psykoedukaatio

Psykoedukaatio eli koulutuksellinen terapia on psykoosiin sairastuneiden avuksi kehitetty menetelmä, jota sovelletaan nykyisin myös muihin sairauksiin. Sen avulla voi oppia tuntemaan ja hallitsemaan paremmin sairautta, ja se antaa apua arkielämästä selviytymiseen sairaudesta huolimatta. (Mielenterveystalo 2017.) Psykoedukaatiolla pyritään lisäämään tietoa ja ymmärrystä henkilön omaa sairautta kohtaan, parantamaan hoitomyöntyvyyttä sekä helpottamaan sairauteen liittyviä negatiivisia tunteita (Kieseppä & Oksanen 2013, 2133). Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) mukaan potilaalle on annettava asianmukaista tietoa hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä asioista, jotka ovat merkityksellisiä hänen hoitonsa kannalta.

Psykoedukaatioon sisältyviä keskeisiä aihealueita ovat mielialahäiriön taudinkulku, varhaisoireet ja niiden tunnistaminen, toimintasuunnitelma oireiden ilmaantuessa, sekä elämäntapaan ja vuorokausirytmiiin ja lääkehoitoon liittyvät asiat (Oksanen 2010, 371-377). Psykoedukaation avulla opetellaan tunnistamaan ennakoivia varomerkkejä. Varomerkit kertovat potilaalle mahdollisesti sairauden uusiutumisesta. Varomerkkien tunnistaminen painottuu etenkin kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja psykoosisairauksien kohdalla. (Hämäläinen ym. 2017, 188.) Psykoedukaatiota toteuttaessa asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa on hyvä käsitellä ainakin haavoittuvuus-stressimalli, perustieto sairaudesta, varomerkit ja pitkäaikaisoireiden tunnistus ja hallinta (Kieseppä & Oksanen 2013, 2133). Sosiaalisten taitojen, kuten kommunikaatio- ja ongelmanratkaisutaitojen, harjoittelu on myös osa psykoedukaatiota, koska ne tukevat selviytymistä ja vähentävät stressiä ja kuormittuneisuutta (Hämäläinen ym. 2017, 188-189).

Psykoedukaatio ei ole kuitenkaan pelkkää tiedon jakamista, vaan sille on olennaista hyvän yhteistyösuhteen luominen, sekä tiedon ja kokemusten jakaminen

omaisten, ammattilaisten ja sairastuneen kesken. Psykoedukaation tavoitteena on vähitellen lisätä sairastuneen ja hänen läheistensä keinoja hallita oireita, ylläpitää toivoa ja vahvistaa uskoa tulevaisuuteen. (Kieseppä & Oksanen 2013, 2133.) Tiedon antaminen voi olla myös omituisten kokemusten ja tunteiden sa-noittamista sairastuneelle, jotta sairastuneet voivat selvitä tuntemustensa kanssa. Kaikki tieto, mitä sairastunut saa, lisää hänen ymmärrystään sairautta kohtaan, ja se toimii vahvistavana suojatekijänä. (Hämäläinen ym. 2017, 189.)

4.4 Muita hoitomuotoja

Muita hoitomuotoja ovat yksilöpsykoterapia, erilaiset perheinterventiot, ryhmämuotoiset interventiot, luovat interventiot, arkielämän taitojen ja sosiaalisten taitojen harjoittelu sekä kognitiiviset kuntoutusohjelmat. Psykososiaalisten hoitomuotojen tavoitteena on parantaa sosiaalista toimintakykyä ja elämänlaatua. Hoidon avulla opitaan uusia taitoja ja annetaan valmiuksia pitämään yllä toimivia ihmissuhteita esimerkiksi toimintaterapian, musiikkiterapian sekä kirjallisuus- ja taideterapian avulla. (Mielenterveystalo 2017.)

Mielenterveyshäiriöiden hoitona voidaan myös käyttää kirkasvalohoitoa, aivojen magneettisimulaatiota tai aivojen sähköhoitoa (Mielenterveystalo 2017). Mindfulness eli tietoisuusharjoittelun taitojen käyttö on lisääntynyt viime vuosien aikana psykiatrisessa hoidossa. Tietoisuustaidoilla tarkoitetaan hyväksyvää tietoista läsnäoloa ja kykyä tarkkailla mielen tuottamia kokemuksia ja tunteita. Suomessa mindfulnessista käytetään usein termiä tietoinen läsnäolo. (Lehto & Tolmunen 2008, 41-45.) Mindfulness voi olla hyödyllistä masennuksen, ahdistuksen, stressin ja kivun lievittämisessä. Tietoisuustaitojen harjoittamisen kautta on mahdollista saada yhteys omaan kehoon ja tulla tietoiseksi oman mielen toimintatavoista. Tietoisuustaitoja kehitetään erityylisten harjoitusten avulla, joista yleisimpiä ovat hengitysharjoitukset. (Mielenterveystalo 2017.)

4.5 Vertaistuki ja läheiset

Vertaistuki on samanlaisessa elämäntilanteessa olevien henkilöiden kokemusten vaihtoa (Mielenterveystalo 2018a). Vertaistukea on aina ollut ihmisten keskuudessa, mutta nykyisin omaehtoisuuteen perustuva tuki on saanut uusia ja järjestäytyneitä muotoja (Kiikkala 2017, 163). Vertaistuen avulla toisen henkilön kokemusmaailma avautuu samanlaisten kokemusten kautta, jolloin keskinäinen ymmärrys lisääntyy. Vertaistuessa toisen tukemisella, auttamisella ja tuen saamisella on olennainen merkitys. Kokemusten jakaminen lisää yhteenkuuluvuutta, ja sen avulla voi saada tietoa jokapäiväisen elämän tueksi. (Mikkonen 2009, 29-30.)

Vertaistuki voi olla kahden ihmisen välistä keskustelua, ryhmätoimintaa tai se voi toimia myös internetissä (Mielenterveystalo 2018a.) Vertaistuki toteutuu usein ryhmätoimintana, jossa henkilöille on yhteistä samankaltaiset kokemukset (Rissanen & Puumalainen 2016, 52-58). Vertaistukiryhmissä yhdistyvät vapaaehtoisuus, vertaisuus ja auttaminen (Kiikkala 2017, 163). Ryhmissä jaetaan ajatuksia ja kokemuksia ja pyritään yhdessä selviämään sairauden tuomista ongelmista. Vertaistoiminta perustuu siihen, että jokaisella on jotain annettavaa. Henkilöt saavat ja antavat tukea samaan aikaan, jolloin he auttavat sekä toisia että itseään. Vertaistuella on mahdollista vaikuttaa myös yksinäisyyteen, häpeään, eristäytymiseen ja syyllisyyteen, jotka ovat usein yhteydessä psyykkiseen sairastumiseen. (Rissanen & Puumalainen 2016, 52-58.)

Läheiset ja ystävät ovat usein tukena sairastuneen hoidossa. Sairaus vaikuttaa usein koko perheen hyvinvointiin ja sisäiseen vuorovaikutukseen. Suurin osa psyykkisesti sairastuneen omaisista käy läpi masennus- ja uupumisvaiheen myös itse. Sairastunut voi tuntea pelkoa läheisyyttä ja koskettamista kohtaan. Kun on vaikea hyväksyä itseään, tulee helposti tunne, ettei toinenkaan halua olla lähellä. Psykkinen sairaus saattaa muuttaa tunteita, jolloin kaikki tuntuu ahdistavalta tai mikään ei tunnu miltään. Vaikeus tuntea positiivisia tunteita läheisiä kohtaan lisää herkästi häpeää ja syyllisyyttä. (Huttunen 2017.) Joskus sairastuneet saattavat olla ärtyneitä läheisten yrittäessä auttaa heitä. Yleensä psyykkisesti sairastuneet kuitenkin tuovat ilmi, että läheisten välittäminen ja apu on tuntunut hyvältä. (Suomen mielenterveysseura 2018.) Omaisat ja läheiset ovat

merkittävässä roolissa psyykkisesti sairastuneen elämässä, heidän osallistumisensa sairastuneen hoitoon heti alusta lähtien on usein suuri tuki sairastuneelle (Mielenterveystalo 2018b). Kaikilla ei kuitenkaan ole läheisiä ihmisiä ympärillään. Tämä kävi ilmi myös tutkimuksemme tuloksista.

5 Mielenterveyspalvelut Suomessa

Sosiaali- ja terveysministeriön tehtävänä on vastata valtakunnallisesti mielenterveystyön suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta. Mielenterveyspalvelut ovat osa mielenterveystyötä. Avopalvelut ovat ensisijaisia, mutta mielenterveyspalveluja järjestetään myös erikoissairaanhoidossa psykiatrian poliklinikoilla ja psykiatrisena sairaalahoitona. Mielenterveystyöllä pyritään vahvistamaan mielenterveyttä ja vähentämään uhkia, jotka kohdistuvat mielenterveyteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Mielenterveyslaki määrittelee mielenterveystyötä seuraavasti: mielenterveystyö on yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämistä. Mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisy, parantaminen ja lievittäminen ovat osa mielenterveystyötä. Mielenterveystyö voidaan jakaa neljään tasoon: mielenterveyttä edistävään, ennaltaehkäisevään ja hoitavaan sekä kuntouttavaan työhön. (Hämäläinen ym. 2017, 66.)

Kuntien tehtävänä on tarjota asukkailleen mahdollisuus joustavaan ja asianmukaiseen ammattiapuun (Hämäläinen ym. 2017, 66). Mielenterveyslaissa (1116/1990, 4. §) veloitetaan kuntien järjestävien mielenterveyspalvelut ensisijaisesti avopalveluina oma-aloitteista hoitoon hakeutumista, ja itsenäistä suoriutumista tukien. Myös sairaanhoitopiirin kuntayhtymän yhdessä terveyskeskusten, kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntayhtymien kanssa on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu eheä kokonaisuus. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 5. §.)

Mielenterveysongelman ilmaantuessa ensisijainen hoitopaikka on perusterveydenhuollon peruspalveluissa. Jos nämä todetaan riittämättömiksi, tulee seuraavaksi hakeutua perusterveydenhuollon erityispalveluihin. (Hämäläinen ym. 2017, 68.) Kunnat ja erikoissairaanhoidon järjestävät mielenterveyspalveluita, joihin sisältyvät ohjaus, neuvonta, tarpeenmukainen psykososiaalinen tuki ja kriisitilanteiden psykososiaalinen tuki. Lisäksi kuntien mielenterveyspalveluihin kuuluvat myös mielenterveyden häiriöiden tutkimus, hoito ja kuntoutus. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2017.) Laki määrittää pääpiirteittäin, mitkä palvelut kuntien tulisi järjestää, mutta järjestämistapa ja laajuus eivät kuitenkaan ole yksityiskohtaisesti laissa määriteltä. Tästä syystä eri kuntien palveluiden tarjonnassa on eroja. (Hämäläinen ym. 2017, 66.) Kunnan palveluiden lisäksi mielenterveyspalveluita tarjoavat yksityiset palveluntuottajat ja kolmannen sektorin toimijat.

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää vanhuspsykiatristen potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta vanhuspsykiatrisella poliklinikalla. Tutkimustehtävät ovat:

Millaisena potilaat kokivat hoidon vanhuspsykiatrisella poliklinikalla?

Mitä kehitettävää hoidossa olisi potilaiden näkökulmasta?

7 Opinnäytetyön toteutus

7.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmäksi voidaan valita joko kvantitatiivinen tai kvalitatiivinen lähestymistapa tai niiden yhdistäminen, jolloin puhutaan metodologisesta triangu-laatiosta. Kvantitatiivisessa menetelmässä mitataan muuttujia ja niiden välisiä yhteyksiä. Kvalitatiivisessa tutkimusmenetelmässä korostuvat ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten tai motivaatioiden tutkiminen sekä ihmisten käsitysten kuvaus. Tavoitteena kvalitatiivisessa tutkimuksessa on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 40-59.) Käytimme tutkimuksessa laadullista eli kvalitatiivista lähestymistapaa. Vanhuspsykiatrian poliklinikan toiminta Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymässä on varsin uutta, eikä siitä ole juurikaan aiempaa tutkimustietoa. Aiemman tutkimustiedon puute tukee tutkimusmenetelmän sopivuutta tutkimusaiheeseemme.

7.2 Aineiston keruu

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskeisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat havainnointi ja haastattelu. Haastattelut voidaan toteuttaa ryhmähaastatteluina tai yksilöhaastatteluina. Yksilöhaastattelut sopivat aineistonkeruumenetelmäksi erityisesti silloin, kun tutkimusaihe on sensitiivinen eikä tutkimukseen osallistujien kenties halua keskustella tutkimusaiheesta ryhmässä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 93-95.)

Tutkimukseen voi kerätä aineistoa myös kyselyn avulla. Kyselytutkimuksella voidaan tehokkaasti kerätä laaja tutkimusaineisto tutkijan aikaa ja vaivannäköä säästäten. Menetelmään liittyy myös heikkouksia. Tutkijalla ei ole varmuutta vastaajien rehellisyydestä ja huolellisuudesta. Väärinymmärrykset ja puutteellinen perehtyminen aiheeseen saattavat aiheuttaa haittaa tutkimustuloksiin sekä vastaamattomuus saattaa nousta suureksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009,

195.) Lomakehaastattelun tai lomakekyselyn (postikyselyn) avulla kerätään useimmiten aineistoa kvantitatiiviseen tutkimukseen, mutta sitä voidaan käyttää myös laadullisessa tutkimuksessa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 87).

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin teemakyselyinä (liite 2), jotka lähetettiin kirjeitse osallistujien kotiin kesän 2018 aikana. Teemakyselyllä tarkoitamme sitä, että kysymykset laadittiin tutkimustehtävien teemojen mukaisesti. Poliklinikan henkilökunta kertoi tutkimuksesta asiakkaille ja kysyi heidän halukkuuttaan osallistua tutkimukseen. Sen jälkeen kyselylomake postitettiin tai annettiin mukaan potilaille, jotka halusivat osallistua tutkimukseen. Teemakyselyiden toimittamisesta potilaille vastasi poliklinikan sihteeri. Potilaat palauttivat kyselylomakkeen siihen varatussa vastauskuoressa takaisin poliklinikan osoitteeseen. Halusimme välttää tutkimuksen aikataulun liiallista pitkittymistä, joten olimme merkinneet kyselylomakkeeseen palautusajan. Tämän ajattelimme motivoivan vastaajia toimimaan aikataulun mukaisesti.

Kyselylomakkeen kysymykset voivat koostua monivalintakysymyksistä, avoimista kysymyksistä tai sekamuotoisista kysymyksistä. Jos halutaan saada vastaajilta spontaaneja mielipiteitä, joissa vastaamista rajataan vähän, on avoimien kysymysten käyttö suositeltavaa. Kysymysten muotoilussa kohderyhmän tuntemisesta on hyötyä, jotta kysymykset voidaan muokata vastaajalle tutulla tavalla. (Vilka 2015, 106-107.) Tavoitteena on saada vastaus jokaiseen kysymykseen siinä järjestyksessä, kun haastattelija on toivonut (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74-75).

Kyselylomakkeessa kysytään tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun kannalta merkityksellisiä kysymyksiä, joille täytyy löytyä perustelu tutkimuksen viitekehystä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74-75). Käytimme kyselylomakkeessa avoimia kysymyksiä saadaksemme mahdollisimman kuvailevia vastauksia. Toivoimme vastaajien vastaavan mahdollisimman laajasti ja omin sanoin, jotta kirjoitetusta tekstistä nousisivat esille asiakkaan kokemukset. Kyselylomakkeen mukana lähetimme myös saatekirjeen (liite 3), jossa esittelimme itsemme ja kerroimme tutkimuksen tarkoituksesta.

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistot ovat yleensä otokseltaan pieniä ja niissä keskitytään useimmiten määrän sijasta aineiston laatuun (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83). Toimeksiantajan ohjeistuksesta otokseen mukaan otettavasta potilasryhmästä rajattiin pois neurologista sairautta, vakavaa masennusta tai voimakasta epäluuloisuushäiriötä sairastavat potilaat. Näille potilaille tutkimukseen osallistuminen olisi voinut heidän sairautensa vuoksi muodostua liian kuormittavaksi. Rajasimme tutkimuksesta pois potilaat, joiden hoitojakson päättymisestä oli yli 6 kuukautta, mahdollisten muistin aiheuttamien ongelmien ehkäisemiseksi.

Kyselylomake tulee aina testata ja arvioida ennen käyttöönottoa. Testaaja arvioi kriittisesti kysymysten ja vastausohjeiden selkeyttä ja yksiselitteisyyttä, kyselylomakkeen pituutta ja vastaamiseen käytetyn ajan kohtuullisuutta. (Vilkkä 2015, 108.) Testasimme kyselylomakkeen toimivuutta kahdella yli 65-vuotiaalla henkilöllä. Testihenkilöt eivät kuuluneet varsinaiseen kohderyhmään, mutta he arvioivat kyselylomakkeen selkeyttä ja ymmärrettävyyttä. Testihenkilöiden mielestä lomake vaikutti ymmärrettävältä ja selkeältä. He arvioivat, että lomakkeen täyttämiseen saattaisi mennä aikaa puolesta tunnista tuntiin.

Keräsimme kyselylomakkeita analysoitavaksi sitä mukaa, kun vastauslähetyksiä palautui poliklinikan sihteerille. Kyselylomakkeita oli tarkoitus kerätä niin paljon, että saavuttaisimme saturaatiopisteeseen. Saturaatiolla tarkoitetaan tilannetta, jossa aineistosta ei tule esiin enää uutta tietoa (Tuomi & Sarajärvi, 2018, 99). Tavoitteena meillä oli saada ainakin viisi vastausta.

7.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysointi voidaan jakaa karkeasti kahteen tapaan: selittämiseen pyrkivään lähestymistapaan, jota useimmiten käytetään, kun tehdään tilastollista analyysia ja päätelmiä, sekä ymmärtämiseen pyrkivään lähestymistapaan, jota käytetään tehdessä laadullista analyysia ja päätelmiä (Hirsjärvi ym. 2009, 224). Laadullisen tutkimuksen aineisto voidaan pilkkoa ja ryhmitellä erilaisten aihepii-

rien mukaan. Tätä menetelmää kutsutaan teemoitteluksi, jonka avulla on mahdollista vertailla tiettyjen teemojen esiintymistä aineistossa. Tarkoituksena on etsiä teemaa kuvaavia näkemyksiä kerätystä aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 93.)

Kun käytetään teemoittelua, tekstin sisältä on ensin löydettävä tutkimusongelman kannalta tärkeimmät aiheet ja sen jälkeen pystytään vertailemaan tiettyjen teemojen esiintymistä aineistossa. Tekstistä nostettuja sitaatteja voi myös käyttää raportissa. Lainaukset elävöittävät tekstiä ja niitä käyttämällä voi aineistosta nostaa tiivistettyjä kertomuksia. Rungas sitaattien käyttö antaa kokonaisvaltaisen kuvan aineistosta, mutta voi tehdä raportista liian laajan ja raskaslukuisen. (Eskola & Suoranta 2014, 174-175.)

Tutkimusaineisto tulee keräyksen jälkeen muuttua sellaiseen muotoon, jossa sitä voidaan tutkia. Kun on kyse haastatteluaineistosta, se tarkoittaa puheen muuttamista tekstiksi. Haastatteluaineiston kirjoittamisesta tekstimuotoon käytetään nimitystä litterointi. (Vilkka 2015, 137.) Tässä tutkimuksessa aineisto oli jo valmiiksi kirjoitetussa muodossa. Siirsimme kuitenkin aineiston kyselylomakkeista tekstinkäsittelyohjelmaan, mikä helpotti aineiston läpikäyntiä, sen ryhmittelyä ja luokitte-
telua.

Lomakekyselyjen lähettämisestä tai antamisesta potilaille vastasi poliklinikan sihteeri. Kyselyjä palautui yhteensä yhdeksän. Osa vastaajista oli vastannut vain muutamalla sanalla ja "kyllä/ei"-tyyppisesti. Yli puolet vastaajista oli kuitenkin vastannut laajasti omia kokemuksiaan esiin tuoden, mikä oli lomakekyselymme tarkoitus. Aloitimme aineiston analysoinnin tutustumalla aineistoon. Etsimme aineistosta samankaltaisuuksia, jotka olisivat yhtenäisiä haastateltavien kesken. Tämän jälkeen valitsimme niistä ilmauksia, jotka vastasivat tutkimustehtäviimme, ilmaukset pelkistimme teemaluokiksi (liite 3). Käytimme aineiston yhdistelyssä ja luokittelussa tekstinkäsittelyohjelmaa. Kaikki tutkimusmateriaali hävitettiin asianmukaisesti analysoinnin päätyttyä.

8 Tulokset

Tulokset esitetään pääteemoihin jaettuina. Pääteemat vastaavat asetettuihin tutkimustehtäviin. Alateemat löytyvät tekstistä lihavoituina. Tuloksissa olemme myös halunneet nostaa esille yksittäisiä kokemuksia, jotka eivät tulleet esiin kuin yhdessä tai kahdessa vastauksessa. Koska haastatteluotanta oli sen verran pieni, mielestämme kaikki kokemukset olivat arvokasta tietoa tutkimuksen kannalta. Kaikkien pääteemojen alle ei löytynyt alateemoja, koska kysymysten asetelun vuoksi niihin oli vastattu lyhyesti. Näiden pääteemojen alle, joihin ei löytynyt alateemoja, on koostettu lyhyesti vastaajien esille tuomat asiat.

Suoria lainauksia on käytetty, ja ne ovat sitaateissa sisennettyinä ja kursivoituina tekstin joukossa. Lainauksien tarkoitus on elävöittää tekstiä ja osoittaa tulosten ja aineiston välinen yhteys. Kyselylomakkeet palautuivat tutkijoille nimettöminä poliklinikan sihteerin kautta. Tutkimuksesta ei voida päätellä vastaajien henkilöllisyyttä.

8.1 Yhteistyö ja yhteydenpito hoitajan kanssa

Enemmistö vastaajista koki yhteistyön sujuneen hyvin. Vastaajat toivat ilmi, että hoitajalle oli helppo puhua kaikista asioista. Yhteistyötä luonnehdittiin luontevaksi, luottamukselliseksi, kannustavaksi, mutkattomaksi ja sujuvaksi. Haastatteluaineistosta löytyi yksittäinen kokemus, jossa ilmaistiin yhteistyön olleen alussa vaikeaa. Vastauksessa kävi ilmi, että negatiivisia tunteita oli ollut vain hoidon alkuvaiheessa, ja myöhemmin hoitaja oli tuntunut ystävällisestä ja avuliaalta. Vastauksista tuli esille, että yhteistyö koettiin suurelta osin onnistuneeksi.

Kaikkien vastaajien mielestä yhteydenpito onnistui hyvin, tapaamisia ja puheluita oli riittävästi. Yhteydenottoja oli tarpeen mukaan, ja ne olivat yhdessä suunniteltuja. Kyselylomakkeessa ei kysytty, ovatko puhelut asiakkaiden mielestä osa hoi-

toa vai eivät, mutta tutkimukseen osallistuneet vastaajat avasivat tarkemmin puheluiden luonnetta. Osa vastaajista toi ilmi, että puhelut toimivat osana hoitoa. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että puhelut olivat vain ajoista sopimista eivätkä toimineet hoidon osana. Vastauksista voidaan päätellä, että yhteydenpito hoitajaan oli ongelmaton.

8.2 Tiedon ja avun saanti

Kaikki vastaajat kokivat saaneensa sairaudestaan riittävästi tietoa. Enemmistö vastaajista koki, että oli oppinut tunnistamaan sairauteen liittyvät varomerkit, ja niistä oli ollut paljon puhetta poliklinikkakäynneillä.

“Keskityimme enempi sairauden hoitoon ja keinoihin ennakoida ajoissa, jos meinaa uudelleen alkaa masennus. “

Kun kysyttiin, millaista apua he olivat hoidon aikana saaneet, vastaajat kokivat saaneensa eniten **itsehoidollisia keinoja**. Itsehoidolliset keinot olivat vastaajien mukaan rentoutumisharjoituksia, hengitysharjoituksia, musiikkia, omaseurantalomakkeita, mielikuvaharjoittelua ja varomerkkien tunnistamista. **Henkinen apu** oli toiseksi eniten mainittu asia. Vastaajat kokivat saaneensa henkistä apua ja ymmärrystä. **Keskusteluavun** saaminen koettiin tärkeäksi osaksi hoitoa. Vastauksista kävi ilmi, että vastaajat kokivat saaneensa tieteelliseen tutkimustietoon perustuvan taustatietoa, kannustusta ja tietoa oman vastuun merkityksestä sairauden hoidossa.

Vastaajat kokivat saaneensa eniten apua hoitajakson aikana **keskustelusta**. **Itsehoitokeinot ja ohjaus** olivat vastauksissa toiseksi eniten mainittuja asioita. **Lääkkeet, henkinen tuki ja luottamuksellinen suhde** henkilökuntaan nousivat esille vastauksista. Myös aikaisella hoitoon pääsyllä todettiin olevan merkitystä.

“Uskon että mahdollisimman aikaisella hoitoon pääsyllä oli suuri merkitys. Lääkkeet ja itsehoitokeinot auttoivat. (Aikaisemmat kokemukset hoitoon pääsyn vaikeudesta olivat karmeita)”

8.3 Läheiset ja vertaistuki

Tutkimukseen osallistuneista vastaajista suurin osa koki, että läheiset huomioitiin hoidon aikana. Vastaajista pieni osa oli sitä mieltä, ettei läheisiä huomioitu, tai he huomioitiin niukasti. Vastauksista kävi ilmi, ettei kaikilla ole läheisiä.

Enemmistö vastaajista koki, ettei olisi kaivannut vertaistukea. Pieni määrä vastaajista olisi toivonut saavansa vertaistukea. Osa vastaajista kertoi saaneensa vertaistukea ryhmäterapiassa ja omalta lähipiiriltään.

8.4 Hoidon vaikutukset arkielämään

Tutkimukseen osallistuneet kokivat, että hoidon vaikutukset kohdentuivat eniten **arjen normalisoitumiseen** ja **aktiivisuuden lisääntymiseen**. Toiseksi eniten mainittu asia oli **ruumiillisten oireiden häviäminen**. Näitä ruumiillisia oireita olivat vastausten perusteella huimaus, vapina, uni ja muisti. **Unen laadun ja keskittymiskyvyn paraneminen** mainittiin vastauksissa kolmanneksi eniten. Vastauksista kävi ilmi, että turvallisuuden tunne lisääntyi arjessa. Myös ahdistuksen ja pelkojen väheneminen koettiin arkielämän kannalta suureksi vaikuttavaksi tekijäksi.

“Ahdistus ja pelot vähenivät selvästi, sain toivoa ja uskoa selviytymiseen.”

8.5 Hoidossa kehitettävät asiat

Kehitettävät asiat teemassa ei noussut selkeää enemmistöä vastaajien kesken. Yhtä suuri osa vastaajista koki, ettei olisi kokenut hoitoon mitään lisää, ja yhtä

suuri osa vastaajista oli vastannut, ettei osaa sanoa. Yksittäinen maininta vastauksissa oli, että oltiin jääty kaipaamaan sopivia lääkkeitä ja enemmän yhteisiä tapaamisia hoitajan kanssa.

“Joka tapaamisella tuli niin paljon uutta asiaa ja oli kotitehtäviä, ettei hoitoon olisi enää mitään lisää mahtunut”

Vastauksista voidaan päätellä, ettei vastaajien näkökulmasta poliklinikan toiminnassa ollut juurikaan kehitettävää.

9 Pohdinta

9.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän tutkimuksen lähtökohtana oli, että sen tuottamaa tietoa voitaisiin hyödyntää vanhuspsykiatrian poliklinikan toiminnassa. Hoitohenkilökunnalle potilaan kokemukseen perustuva tieto on arvokasta, ja antaa valmiuksia toiminnan kehitykselle. Hoitoa voidaan tutkimustiedon avulla suunnata entistä asiakaslähtöisemmäksi. Pohjois- Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymän vanhuspsykiatrisen poliklinikka on toiminut nykyisessä muodossaan vasta muutaman vuoden ajan, eikä sen toimintaan liittyen ole tehty aiempaa tutkimusta. Tarve laadulliselle tutkimustiedolle oli olemassa.

Laadullisen tutkimuksen teoriaosuuden raportoiminen kirjallisesti voi olla hankalaa etukäteen, koska vastaajien kokemuksia ei voida tietää ennalta. Vastausten palaututtua huomasimme, että olimme osanneet koostaa oikeanlaista tietoa teoriaosuudessa. Vastaajien kokemuksista kävi ilmi potilaan ja hoitajan välisen yhteistyön tärkeys hoitosuhteen aikana. Vastauksissa korostui lääkehoidon, rentoutus – ja itsehoitomenetelmien sekä palvelun oikeanaikaisuuden- ja laadun merkitys.

Tutkimuksen avulla haluttiin saada tietoa siitä, millaisena potilaat kokivat hoidon vanhuspsykiatrisella poliklinikalla ja mitä kehitettävää siinä olisi heidän näkökulmastaan. Tutkimustuloksista käy ilmi, että tutkimukseen vastanneet kokivat saaneensa paljon itsehoidollisia keinoja avuksi sairautensa hoitoon. Itsehoidolliset keinot olivat vastaajien mukaan rentoutumisharjoituksia, hengitysharjoituksia, musiikkia, omaseurantalomakkeita, mielikuvaharjoittelua ja varomerkkien tunnistamista. Tuloksista voidaan tulkita eri hoitomuotojen kuten psykoedukaation, tietoisuustaitojen ja psykososiaalisten hoitomuotojen käytön toteutuneen monipuolisesti hoidossa. Keskusteluavun ja henkisen tuen merkitys tuli ilmi vastauksissa auttamismenetelmistä kysyttäessä.

Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että hoidolla oli positiivinen merkitys potilaiden arkielämään. Vastaajat kokivat arjen normalisoituneen ja heidän oman aktiivisuutensa lisääntyneen. Ruumiilliset oireet koettiin vähentyneen hoidon aikana. Yhteistyö ja yhteydenpito hoitajan kanssa koettiin tärkeäksi osaksi hoitoa. Potilaslähtöisessä yhteistyösuhteessa potilaan kuuntelemisella ja kunnioittamisella on suuri merkitys yhteistyösuhteen onnistumiseen. Tulosten perusteella hyvän ja toimivan hoitosuhteen luominen ja ylläpitäminen oli onnistunut. Yhteydensaanti hoitajaan koettiin ongelmattomaksi, mikä tutkijoiden mielestä kertoo hyvästä palvelujen järjestämisestä ja organisoinnista.

Hoitotyön kehittämisen teemaan saatiin tutkimuksessa niukasti aineistoa. Yksittäinen negatiivinen kokemus tuli esiin hoitajan kanssa tehdystä yhteistyöstä hoitosuhteen alussa. Tämä voi liittyä myös niihin haasteisiin, joihin psykiatrisessa hoidossa usein törmätään luottamuksellista potilassuhdetta luodessa. Kun vastaajilta kysyttiin mitä he hoidolta olisivat toivoneet lisää, oli enemmistö sitä mieltä, että hoito oli sellaisenaan riittävän monipuolinen ja kattava. Yksittäisessä vastauksessa oli jääty kaipaamaan oikeita ja sopivia lääkkeitä sekä enemmän hoitotapaamisia. Sopivan lääkkeen ja oikean annoksen löytäminen voi viedä aikaa ja tarkoittaa usean eri lääkkeen kokeilemistä. Potilaan voi olla vaikea odottaa lääkähoidon vasteen toteutumista, kun sairauden oireet ovat hallitsevia. Näillä yksittäisilläkin vastauksilla voi olla merkitystä poliklinikan henkilökunnalle hoidon laadun kehittämisessä.

Hoidon kehittämiskohteita tarkastellessa tutkimustuloksista voidaan päätellä, että läheisten huomiointi hoidon aikana olisi ehkä asia, jota jatkossa voisi kehittää. Vastaajista pieni osa toi ilmi, ettei läheisiä huomioitu tai, että läheiset huomioitiin niukasti. Sairastuneelle läheisten tuki ja apu on usein tärkeää, ja perheenjäsenen sairaus vaikuttaa koko perheen ja läheisten hyvinvointiin. Tapauskohtaisesti perheen ja läheisten tehostetumpi huomiointi saattaisi olla hoidon kannalta merkityksellistä. Tutkimusta tehdessämme huomasimme, että tutkimusmateriaalia läheisten merkityksestä psykiatrisen potilaan hoidossa löytyi varsin vähän. Jatkossa voisi tutkia läheisten ja vertaistuen merkitystä vanhuspsykiatrisilla potilailla.

9.2 Luotettavuus ja eettisyys

Hyvällä tutkimusetiikalla tarkoitetaan sitä, että toiminta on rehellistä ja vilpitöntä kaikkia tutkimukseen osallistuvia kohtaan, ja osapuolet noudattavat yhteisiä pelisääntöjä. Hyvä tieteellinen käytäntö perustuu sille, että tutkimus- ja tiedonhankintamenetelmät ovat tiedeyhteisön hyväksymiä ja tutkijan hankkima tieto on peräisin oman alansa tieteellisestä ja asianmukaisesta kirjallisuudesta (Vilkkä 2015, 41-42.) Käytimme tiedonhankintaan tieteellisiä tutkimuksia, ammattikirjallisuutta ja luotettavia tilastoja. Lisäksi pyrimme siihen, että lähteet olisivat mahdollisimman tuoreita.

Olemme huomioineet tutkimuksen suunnittelussa ja toteutuksessa eettiset menettelytavat ja periaatteet. Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden valinnassa kiinnitimme huomiota siihen, että henkilö kykenee ymmärtämään tutkimuksen tarkoituksen ja toimintatavat. Toimeksiantajamme toi keskustelussa ilmi, etteivät kaikki potilaat ole sairautensa vuoksi kykeneviä vastaamaan lomakekyselyyn. Sairautensa vuoksi lomakekyselyyn vastaaminen saattaisi jopa olla henkilölle liian kuormittavaa. Tämän vuoksi neurologista sairautta, voimakasta epäluuloisuushäiriötä ja vakavaa masennusta sairastavat rajattiin toimeksiantajan ohjeistuksesta tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

Keskustelimme toimeksiantajan kanssa tutkimukseen osallistuvien valinnasta ja siihen liittyvistä käytännöistä. Tulimme yhdessä siihen lopputulokseen, että vanhuspsykiatrian poliklinikan hoitohenkilökunta tiedottaa potilaille tutkimuksesta

etukäteen. Poliklinikan hoitajat olivat potilaille entuudestaan tuttuja, ja siksi oli luontevaa sekä luottamusta herättävää, että he kertoivat lyhyesti tutkimuksen toteutuksesta. Laadimme yksinkertaisen saatekirjeen (liite 4), mistä selvisi, keitä me olemme, ja minkälaista tutkimusta olemme tekemässä. Saatekirje lähetettiin kyselylomakkeen mukana. On tärkeää ja itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa, että tutkimukseen osallistuvilla on mahdollisuus itse päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 25). Tutkimukseemme osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja kerroimme sen myös saatekirjeessämme.

Noudatimme vaitiolovelvollisuutta koko tutkimusprosessin ajan sekä sen jälkeen. Kyselylomakkeet palautuivat tutkijoille anonyymeinä. Tutkimustulokset tallennettiin kannettavaan tietokoneeseen, mikä on toisen opinnäytetyöntekijän oma ja se on ainoastaan opiskeluun liittyvässä käytössä. Tutkimusaineisto tuhottiin tutkimuksen päätyttyä asiaankuuluvalla tavalla.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa voidaan käyttää kriteereitä; uskottavuus, siirrettävyys, reflektiivisyys ja vahvistettavuus (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita, vaan tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena tutkimusraportin johdonmukaisuutta (koherenssia) painottaen (Tuomi & Sarajärvi 2009,140). Hyvä teksti on asiasisällöltään, rakenteeltaan ja kieliasultaan yhtenäinen (koherentti) ja ymmärrettävästi kirjoitettu (Hirsjärvi ym. 2009, 293). Luotettavuutta lisää se, että tutkija antaa lukijoille tarpeeksi tietoa tutkimuksen toteutuksesta, jotta lukijat pystyvät arvioimaan tutkimuksen tuloksia. Raportista tulee löytyä myös tarkka kuvaus tutkittavasta ilmiöstä ja tutkimusprosessista. (Tuomi & Sarajärvi 2009,140-141.) Tätä samaa asiaa tarkoittaa kriteeri siirrettävyys Kylmän ja Juvakan (2007) kuvaamana. Kun tutkija on antanut tarpeeksi kuvailevaa tietoa tutkimukseen osallistujista ja ympäristöstä, lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä ja verrata tuloksia muihin vastaaviin tilanteisiin.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija päättää tutkimusasetelman ja myös tulkitsee sitä. Luotettavuutta arvioidessa tulisikin pyrkiä huomioimaan myös tutkijan puo-

lueettomuus tutkittavaa asiaa kohtaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009,136.) Refleksiivisyys edellyttää, että tukija on tietoinen omista lähtökohdistaan ja niiden vaikutus suhteessa tutkimukseen tulee olla kuvattu raportissa (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Teimme tutkimuksemme toimeksiantona vanhuspsykiatriselle poliklinikalle, jossa olimme harjoitteluajana tutustumassa yhden päivän ajan. Emme antaneet mahdollisten omien ennakkokäsitysten vaikuttaa tulosten tarkasteluun.

Uskottavuutta vahvistaa tutkimuksen tekijän riittävän pitkä kontakti tutkittavan ilmiön kanssa ja esimerkiksi tutkimusprosessista ja tuloksista keskusteleminen samaa aihetta tutkivien ihmisten kanssa (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Opinnäytetyömme tekeminen kesti kokonaisuudessaan noin vuoden. Vuoden mittainen kontakti tutkittavan ilmiön kanssa vahvistaa tutkimuksemme uskottavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta, uskottavuutta ja vahvistettavuutta lisää se, että kirjoitimme päiväkirjaa opinnäytetyön tekemisen tueksi. Päiväkirjasta pystyi tekemisen edetessä tarkistamaan aikaisempia muistiinpanoja ja lähdemerkintöjä.

9.3 Opinnäytetyön prosessin tarkastelu

Opinnäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2017. Meillä oli ajatuksena tehdä opinnäytetyö vanhuspsykiatrian osastolle- tai poliklinikalle. Mielenterveys aiheena oli mielenkiintoinen ja varsinkin potilaiden kokemukset hoidosta kiinnostivat meitä kovasti. Otimme yhteyttä vanhuspsykiatrian osaston/poliklinikan osastonhoitajaan ja esitimme hänelle idean joko toiminnallisesta opinnäytetyöstä osaston puolelle tai laadullisesta opinnäytetyöstä poliklinikan puolelle. Osastonhoitaja suhtautui molempiin ehdotuksiimme myönteisesti, joten saimme valita opinnäytetyön menetelmän.

Halusimme tehdä laadullisen tutkimuksen poliklinikalle. Poliklinikan toiminta oli kestänyt vain vähän aikaa, joten ajattelimme, että tutkimuksesta voisi olla hyötyä poliklinikan toiminnan kehittämisessä. Pohjustimme aihetta jo ensimmäisellä yhteydenottokerralla. Pohdimme yhdessä osastonhoitajan kanssa aiheen mahdollisesta liittymisestä poliklinikan potilaiden kokemuksiin saamastaan hoidosta.

Tapasimme toimeksiantajamme edustajan ja poliklinikan henkilökunnan kanssa syyskuussa 2017. Lähdimme yhdessä viemään eteenpäin ideaa, jossa puhelinhaastattelua käyttäen kartoittaisimme potilaiden kokemuksia hoidosta.

Lähdimme suunnittelemaan ja kirjoittamaan työn tietoperustaa keskeisten käsitteiden pohjalta, joita olivat ikäihminen, mielenterveys ja hoitomuodot. Kirjoitimme tietoperustaa syksyn aikana ja osallistuimme säännöllisesti opinnäytetyön ohjauksiin. Olimme myös yhteydessä toimeksiantajaan syksyn aikana. Lähteitä etsimme ammattikorkeakoulun kirjastosta, Pohjois-Karjalan maakuntakirjastosta ja sähköisesti eri hakukoneita käyttäen. Sähköiset tietokannat mitä käytimme, olivat joitakin mainitaksemme Medic, Oppiportti, Terveyskirjasto, Cinahl ja Pubmed.

Tavoitteena alkuvaiheessa oli kerätä tutkimuksen aineisto haastattelemalla vähintään viittä asiakasta puhelimitse. Ennen puhelinkontaktia, poliklinikan henkilökunta olisi näyttänyt potilaille tekemämme saatekirjeen. Saatekirjeestä olisi selvinnyt tutkimuksen tarkoitus, puhelinhaastattelun ajankohta ja eteneminen, sekä meidän nimemme. Poliklinikan henkilökunta olisi myös kysynyt etukäteen potilailta halukkuutta osallistua tutkimukseen. Meidän tietoomme olisi tullut tutkimukseen osallistuvien potilaiden nimi ja puhelinnumero yhteydenottoa varten. Tällä aineistonkeruusuunnitelmalla opinnäytetyömme suunnitelma hyväksyttiin 2017 vuoden lopussa.

Tutkimuslupaa oli tarkoitus hakea vuoden 2018 alussa. Ennen sitä saimme kuitenkin toimeksiantajamme edustajan kautta tiedon, ettei organisaatio hyväksy puhelinhaastattelua menetelmänä. Saimme kuitenkin jatkaa opinnäytetyön tekemistä, meidän oli vain vaihdettava aineistonkeruumenetelmäksi postikysely.

Olimme hieman pettyneitä, kun alkuperäinen suunnitelmamme puhelinhaastattelu ei toteutunut. Puhelinhaastattelun etuna olisi ollut mahdollisuus tarkentaviin kysymyksiin ja selitysten antoon. Kyselyn tekijä olisi voinut haastattelun aikana tarkentaa mitä kysymyksillä tarkoitetaan tai haetaan. Lisäksi olisimme mahdollisesti saaneet postikyselyyn verrattuna enemmän analysoitavaa materiaalia ja ennen kaikkea runsaammin asiakkaiden kokemuksia. Tässä vaiheessa pohdimme,

että onnistuuko laadullinen tutkimusmenetelmä, ymmärtävätkö kyselyyn vastaajat kysymykset oikein ja onnistuuko teemoittelun käyttäminen analysointimenetelmänä. Koska olimme tehneet jo teoriaosuuden ja pidimme aiheita edelleen kiinnostava, halusimme jatkaa tutkimuksen tekemistä. Mietimme yhdessä vanhuspsykiatrian poliklinikan henkilökunnan kanssa kysymysten sisältöä ja niiden ymmärrettävyyttä. Kävimme läpi myös ohjaavien opettajien kanssa kyselylomaketta. Kyselylomakkeen valmistuttua, saimme tutkimusluvan (liite 5) toukokuussa 2018.

Kyselylomakkeen valmistuttua, poliklinikan sihteerin toimesta se joko lähetettiin postitse tai annettiin poliklinikkakäynnin yhteydessä suoraan potilaille. Kun vastaukset olivat palautuneet, aloitimme aineistoon tutustumisen ja teimme aineiston analyysin teemoittelua käyttäen. Kirjoitimme tutkimusraportin syksyn 2018 aikana.

Tutkimusprosessin haasteellisena osana koimme kyselylomakkeen laatimisen. Halusimme käyttää avoimia kysymyksiä, jotta saisimme mahdollisimman kuvailevia vastauksia. Pyrimme avoimilla kysymyksillä myös välttämään liian ohjailevaa kysymyksen asettelua. Vastaukset eivät kuitenkaan olleet kaikilta osin niin laajoja, kuin olisimme toivoneet. Joihinkin laatiimme kysymyksiin oli helppo vastata kyllä tai ei, joka hankaloitti teema-analyysin tekoa.

9.4 Oppimisprosessi

Koimme opinnäytetyön teon monivaiheisena ja värikkäänä oppimisprosessina. Valitsimme aiheen, joka kiinnosti meitä molempia ja halusimme oppia lisää ikäihmisten psykiatrisesta hoidosta. Tutkimusmenetelmäksi valikoitui lopulta laadullinen tutkimus, koska se sopi aiheemme toteutukseen ja halusimme käyttää mahdollisuuden oppiaksemme tekemään tutkimuksellista opinnäytetyötä.

Työn toteutus kesti kokonaisuudessaan noin vuoden. Teimme työtä jaksomaisesti aina aikataulujen sen salliessa. Koska tutkimuksen toteutuksessa oli mukana useita eri tahoja, keskinäinen viestintä vei aikaa. Muut opiskeluihin liittyvät

kiireet hidastivat myös työntekoa, emmekä aina päässeet toteuttamaan työtä suunnitellusti. Toisaalta venynyt työprosessi loi tutkimukselle uskottavuutta ja saimme enemmän aikaa tarkastella ja arvioida työtämme. Opimme, että tutkimusprosessissa yllättävät muutokset ovat mahdollisia ja on hyvä olla valmistautunut aikataulumuutoksiin.

Tutkimuksen teko oli meille molemmille uutta, ja osa työvaiheista tuntuikin aluksi hieman hankalilta. Työn edetessä opimme valtavasti tutkimuksellisen opinnäytetyön eri osa-alueista ja olemme tyytyväisiä valitsemaamme menetelmään. Yhteistyö poliklinikan henkilökunnan oli sujuvaa ja koimme saavamme heiltä tukea ja kannustusta prosessin aikana. Parityöskentelyn koimme antoisana voimavarana. Yllättävien muutosten ilmetessä saimme tukea toisiltamme ja yhdessä pohdimme työmme tulevaa suuntaa. Aikataulujen yhteensovitus toi välillä haastetta työskentelyyn, mutta molemminpuolisella joustavalla suhtautumisella selvisimme hyvin.

9.5 Jatkokehitysmahdollisuudet

Tutkimuksessa kävi ilmi valtaosan kyselyyn vastanneista olevan tyytyväisiä poliklinikan toimintaan. Toimivaksi ja hyväksi todettuja toimintamalleja olisi siis hyvä käyttää toiminnassa jatkossakin. Tätä tutkimusta voidaan hyödyntää esimerkiksi poliklinikkatoiminnassa maanlaajuisesti tai mahdollisesti tukena uuden poliklinikan toiminnan perustamisessa.

Tutkimuskohteena voisi olla myös poliklinikan henkilökunta ja heidän työhyvinvointinsa, sekä työssä jaksaminen. Olisi myös kiinnostavaa tutkia poliklinikan ja vanhuspsykiatrisen osaston yhteistyötä ja sen merkitystä hoitoon. Yhdessä poliklinikan henkilökunnan kanssa pidimme mielenkiintoisena mahdollisena tutkimuskohteena potilaiden tuntemuksia ja hoidon tarvetta myöhemmin hoitojakson jo päätyttyä. Olisi kiinnostavaa tietää kuinka potilaat pärjäävät hoidon jälkeen, kuinka moni kokee tarvetta hakeutua jatkohoitoon ja mistä he hakevat apua.

Tutkimusta tehdessämme huomasimme tutkimuksellisen tiedon puutteen läheisten merkityksestä psykiatrisen potilaan hoidossa, joten voisi olla merkityksellistä tutkia myös potilaiden läheisten sekä vertaistuen merkitystä vanhuspsykiatrisille potilaille.

Lähteet

- Ahonen, J. 2011. Iäkkäiden lääkehoito: vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences. Väitöskirja. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0500-0/urn_isbn_978-952-61-0500-0.pdf. 5.12.2017.
- Arinen, S. & Saarenheimo, M. 2009. Ikäihmisten masennuksen psykososiaalinen hoito. *Gerontologia-lehti*. 23 (4), 209.
- Duodecim. 2017. Lääketieteen sanasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02056&p_hakusana=mania. 24.11.2017.
- Fried, S., Heimonen, S. & Laine, M. 2014. Kehittämistyön suuntia ja mahdollisuuksia ikäihmisten mielen hyvinvoinnin vahvistamiseksi. *Gerontologia-lehti*. 28 (4), 255.
- Fried, S., Heimonen, S., Laine, M. & Sarvimäki, A. 2015. Vanhuuden Mieli. Helsinki: Ikäinstituutti.
- Fuller-Iglesias, H. 2015. Social ties and psychological well-being in late life: the mediating role of relationship satisfaction. *Aging and Mental Health* 19 (12), 1103-1112. Linkki artikkeliin löytyy Cinahl-tietokannasta. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2014.1003285>. 1.10.2017.
- Haarni, I. 2013. Mikä tukee mielen hyvinvointia ikääntyessä? Eläkeikäisten näkemyksiä. *Gerontologia-lehti*. 27 (1), 40-42.
- Haarni, I., Viljanen, M. & Hansen, M. 2017. Ikääntyvä mieli. Mielenhyvinvointia vanhetessa. Suomen mielenterveysseura: Kirjapaino Picaset Oy. https://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/ikaantyvamieli_korj2_print.pdf. 8.11.2018.
- Heimonen, S. & Pajunen, H. 2012. Mielenterveys vanhuudessa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2016. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Gaudeamus Oy.
- Huttunen, M. 2017. Lääkkeet mielen hoidossa. Omaiset ja pyykkisesti sairastunut. Duodecim. Kustannus oy Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00008. 24.8.2018.
- Huttunen, M. O. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Otavan Kirjapaino Oy: Kustannus Oy Duodecim.
- Huttunen, M O. & Socada, L. 2017. Psykyklilääkkeet ja niiden käyttö. Kustannus oy Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00412. 7.12.2017.
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Isometsä, E. 2011a. Masennustilan oireet, hoidon periaatteet ja sairauden kulku. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. Tuulari, J. (toim.). Masennus. Helsinki: Duodecim, 19-34.
- Isometsä, E. 2011b. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. Tuulari, J. (toim.). Masennus. Helsinki: Duodecim, 194-199.
- Jung, E., Wiesjahn, M., Rief, W. & Lincoln, T. 2015. Perceived therapist genuineness predicts therapeutic alliance in cognitive behavioural therapy for psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 54 (1), 34-48.

- Saatavana Cinahl-tietokannasta. <http://web.b.ebsco-host.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=32&sid=57a53ecd-8bbc-4831-94c2-beeb9472e408%40pdc-v-sessmgr01>. 22.10.2017.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Helsinki: Duodecim. 2133-2138.
- Kiikkala, I. 2017. Masentuneiden vertaistukiryhmät. Teoksessa Kampman, O., Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.). Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 163-164.
- Kivelä, S.-L. & Räihä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Fimea. https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17702_julkaisu_Kapseli35.pdf. 7.12.2017.
- Kontkanen, J. & Purhonen, M. 2011. Ahdistunut vanhus. Duodecim 127 (4), 383-389. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99374.pdf>. 1.11.2017.
- Koponen, H. Leinonen, E. & Isohanni, M. 2015. Vanhusten psykoosit ja niiden hoito. Lääkärilehti. 70 (13), 883-888. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/vanhusten-psykoosit-ja-niiden-hoito/>. 10.10.2017.
- Koponen, H. & Leinonen, E. 2011. Vanhuspsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 22-28.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Lehto, S. & Tolmunen, T. 2008. Onko tietoisuustaitojen harjoittelulla terveystalvvelu- kutuksia? Lääkärilehti, 63 (1-2), 41-45. <http://www.laakarilehti.fi/tietopalvelu.karelia.fi/tieteessa/katsausartikkeli/onko-tietoisuustaitojen-harjoittelulla-terveysvaikutuksia/>. 8.12.2017.
- Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 22-28.
- Mielenterveyslaki 1116/1990.
- Mielenterveystalo. 2017. Psykososiaaliset hoidot. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/Psykososiaalisethoidot.aspx>. 7.12.2017.
- Mielenterveysliitto.
- Mielenterveystalo. 2018a. Vertaistuki. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/vertaistuki.aspx>. 14.8.2018.
- Mielenterveystalo. 2018b. Omaiset ja läheiset. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/omaiset-ja-laheiset.aspx>. 24.8.2018.
- Mielonen, H., Sutinen, J. & Timonen R. 2017. Suullinen tiedon anto vanhuspsykiatrisen poliklinikan toiminnasta 5.9.2017.
- Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

- Oksanen, J. 2015. Lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen psykiatriassa. *Duodecim*, 131 (16), 1437-1442. <http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/xmedia/duo/duo12385.pdf>. 8.12.2017.
- Oksanen, J. 2010. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykososiaalinen hoito. *Duodecim*, 126 (4), 371-377. <http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/xmedia/duo/duo98610.pdf>.
- Rissanen, P. & Puumalainen, J. 2016. Kokemuksen kautta osaamiseen: vapaaehtoisuus, vertaisuus ja kokemusasiantuntijuus. *Kuntoutussäätiö: Kuntoutus-lehti*. 39 (1), 52-58.
- Saarela, T. 2011. Vanhusten masennustilat. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. Tuulari, J. (toim.). *Masennus*. Helsinki: Duodecim 371-374.
- Saarenheimo, M. 2017. Vanhenemisen taito. Tampere: Vastapaino.
- Siun sote. Pohjois-Karjalan sosiaali-terveyspalvelujen kuntayhtymä. Tervetuloa vanhuspsykiatrian poliklinikalle. 2016. Tietolehtinen.
- Stephoe, A., Deaton, A. & Stone AA. 2015. Subjective wellbeing, health and aging. *Lancet*. 385, 640-648. Linkki artikkeliin löytyy Pubmed tietokannasta. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4339610/>. 20.8.2018.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Vanhusten turvallinen lääkehoito: kuntien velvoitteet. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/trygg-lakemedels-behandling-for-aldre-kommunernas-forpliktelser. 7.12.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Mielenterveyspalvelut. <http://stm.fi/mielenterveyspalvelut>. 21.11.2017.
- Suomen mielenterveysseura. 2018. Huoli läheisestä. <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/tukea-ja-apua/apua-mielenterveyden-ongelmiin/huoli-l%C3%A4heisest%C3%A4>. 24.8.2018.
- Talasilahti, T., Alanen, H.-M. & Leinonen, E. 2011. Vanhusten vaikeat psykoosit, skitsofrenia ja harhaluuloisuushäiriö. *Duodecim* 124 (4), 375-382. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99373.pdf>. 16.11.2017.
- Tamminen, N. & Solin, P. Ikääntyneiden mielenterveys. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*. 2014. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/ikaantyneiden-mielenterveys>. 6.10.2017.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2015. Tilastoraportti. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134729/Tr21_17.pdf?sequence=1. 9.11.2017.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuominen, L. & Salokangas, R. 2017. Skitsofrenia. *Duodecim*, 133 (2), 173-176. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo13511.pdf>. 16.11.2017.
- Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- WHO. 2013. Mental Health Action Plan. 2013-2020. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf. 14.10.2017.

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä Yhteystiedot (yhteishenkilö, puhelin, sähköposti) Heidi Mielonen Heidi.mielonen@siunsa.fi 013 3303465 Työn aihe Pohladsen kokemuksia hoidosta vanhuuspsykiatrisella poliklinikalla		
Tekijä	Nimi Raisa Aisio Hannaleena Vatanen	Opiskelijanumero 1401400 1501079	
	Katuosoite [redacted]	Postinumero [redacted]	Postitoimipaikka Joensuu
	Puhelin [redacted]	Sähköpostiosoite 1401400@edu.karelia.fi hannaleena.vatanen@edu.karelia.fi	
	Suoritettava tutkinto sairaanhoitaja	Ryhmätunnus STUAS15	
Karelia-amk	Yhteishenkilön nimi (Ohjaaja) Raija Tanskanen ja Heli Koponen	Tehtävänimike Lehtori Lehtori	
	Toimipaikka ja osoite Tikkarinne 9 80200 Joensuu		
	Puhelin 050 361 2803	Sähköpostiosoite heli.koponen@karelia.fi raija.tanskanen@karelia.fi	
Toimeksiantosopimuksen ehdot			
Ohjaus	Ohjaaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja Ohjaaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.		
Dokumentointi	Karelia-amk:ssa toteutetaan avointa toimintakulttuuria, mikä tarkoittaa, että myös opinnäytetöiden aineistot ja tulokset avataan soveltuvin osin erillisen ohjeistuksen mukaisesti (ml. avoin julkaiseminen). Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeen mukainen kirjallinen raportti, joka julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa tai josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon. Työ arkistoidaan Karelia-amk:n kirjastoon sähköisessä muodossa.		
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus hyödyntää tuloksia omassa opetuksessa ja tutkimus- ja kehittämistoiminnassaan. Sopijaosapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohdan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.		
Keksinnöt	Jos Tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ensisijaisesti Toimeksiantajan tai niiden puuttuessa ammattikorkeakoulun keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.		
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.		
Lisäksi sovitaan			
Salassapito	Ohjaajalla ja opinnäytetyön Tekijällä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin viiden vuoden ajan. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään erillistä salassapitosopimusta.		
Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) saman sisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.			
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus	
Toimeksiantaja	5.9.17 Joensuu	Heidi Mielonen Heidi Mielonen	
Tekijä	5.9.17 Joensuu	Raisa Aisio Raisa Aisio	
Karelia-amk	5.9.17 Joensuu	Raija Tanskanen Raija Tanskanen	

Teemakyselyn kysymykset

1. Millaisena koitte yhteistyön hoitajan kanssa?
2. Oliko mielestänne yhteydenottoja (hoitokäynnit, puhelut) riittävästi?
3. Miten mielestänne yhteydenpito hoitajiin onnistui?
4. Saitteko hoidon aikana riittävästi tietoa sairaudestanne?
5. Millaista apua saitte hoidon aikana?
6. Opiteko hoidon aikana tunnistamaan sairauteenne liittyvät varomerkit? Varomerkeillä tarkoitetaan ennakoivia oireita, jotka esiintyvät ennen varsinaista sairastumista.
7. Mitkä asiat hoidossa auttoivat teitä eniten?
8. Millaisia vaikutuksia hoidolla oli arkielämäänne?
9. Miten läheisenne huomioitiin hoitojakson aikana?
10. Olisitteko kaivanneet vertaistukea muilta sairastuneilta?
11. Olisitteko toivoneet hoidossa jotain lisää?

Esimerkki teemoittelusta

Esimerkki teemoittelusta

Pääteema	Alateema
Hoidon vaikutukset arkielämään	turvallisuuden tunne muistin paraneminen unen laadun paraneminen aktiivisuuden lisääntyminen ruumiillisten oireiden häviäminen arjen normalisoituminen keskittymiskyvyn paraneminen

Saatekirje

15.6.2018

Hei

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Karelia-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jonka aiheena on selvittää asiakkaiden kokemuksia hoidosta vanhuspsykiatrisella poliklinikalla. Vanhuspsykiatrinen poliklinikka on toiminut nykyisessä muodossaan vain muutaman vuoden ajan, joten tutkimuksesta saatu tieto on kehityksen kannalta merkityksellistä.

Pyydämme kohteliaimmin Teitä osallistumaan tutkimukseemme, jonka tarkoituksena on kehittää psykiatrista hoitoa asiakkailta saadun tiedon perusteella. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, eikä se vaikuta hoitoon. Voitte milloin tahansa keskeyttää osallistumisenne tutkimukseen.

Toivoisimme Teidän vastaavan omin sanoin, ja tuovan rohkeasti esille omia tuntemuksianne. Teidän ei tarvitse lisätä nimeänne tai yhteystietojanne kyselyyn. Vastaukset käsitellään nimettöminä, eikä henkilötietoja voida selvittää jälkikäteen.

Toivomme, että palauttaisitte kyselyn mukana olevassa palautekirjeessä 31.8. 2018 mennessä.

Kiittäen

Sairaanhoitajaopiskelijat Raisa Alsio ja Hannaleena Vatanen

Tutkimuslupahakemus



TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

11.5.2018

1 (3)

TUTKIMUKSEN TIEDOT		
Tutkimuslupahakemuksen tyyppi <input checked="" type="checkbox"/> Uusi hakemus <input type="checkbox"/> Muutos aiempaan hakemukseen, mikä muutos:		
Tutkimuksen nimi Asiakkaiden kokemuksia hoidosta vanhuspsykiatrisella poliklinikalla		
Tutkimuksen lyhyt nimi		
Opinnäytetyö	<input checked="" type="checkbox"/> AMK-opinnäytetyö <input type="checkbox"/> YAMK-opinnäytetyö Koulutusala, mikä: sairaanhoitaja	<input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Pro gradu <input type="checkbox"/> Muu opinnäytetyö, mikä:
Tutkija / tutkimusluvun hakija (tutkimusryhmä / muut opinnäytetyön tekijät kuvataan kohdassa Tutkimusryhmä)	Nimi Raisa Aisio Hannaleena Vatanen	Nimeke ja opplarvo opiskelija opiskelija
	Sähköposti 1401400@edu.karelia.fi Hannaleena.Vatanen@edu.karelia.fi	Puhelinnumero [REDACTED]
	Tutkijan organisaatio ja yksikkö Karelia -ammattikorkeakoulu Tikkariinne	
Tutkimuksen vastuuhenkilö (mikäli eri kuin tutkija) / opinnäytetyön ohjaaja	Nimi Koponen Heli Tanskanen Raija	Nimeke ja akateeminen arvo Lentori Lehtori
	Sähköposti heli.koponen@karelia.fi raija.tanskanen@karelia.fi	050 3612803
Tutkimuksen yhteyshenkilö Siun sotessa	Nimi Heidi Mielonen	Tutkimuksen käytännön avustaja Siun sotessa
Tutkimusryhmä	Nimet, organisaatiot	
Tutkimuspaikat Siun sotessa	Toimialue / palvelualue / toimintayksikkö Psykiatrisen erikoissairaanhoidon / vanhuspsykiatrian poliklinikka	
Siun soten ulkopuoliset tutkimuspaikat		
Tutkimuksen toteutusajankohta	tammikuu - heinäkuu 2018 päätöksellisesti tutkimusmenettely on kysely poh- laite	
Tieteenala	<input type="checkbox"/> Lääketieteellinen tutkimus, erikoisala: <input type="checkbox"/> Hammaslääketieteellinen tutkimus <input type="checkbox"/> Hoitotieteellinen tutkimus <input type="checkbox"/> Sosiaalitieteellinen tutkimus <input type="checkbox"/> Muun tieteenalan tutkimus, mikä:	
Tutkimuksen kustannukset	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuksesta ei aiheudu kustannuksia Siun sotelle <i>postikustukset</i> <input type="checkbox"/> Tutkimusrahoitusta ei hallinnoida Siun soten kautta (esim. henkilökohtainen apuraha tai muu tutkijan / tutkimuksen oma rahoitus) <input type="checkbox"/> Tutkimusrahoitus hallinnoidaan Siun soten kautta	
Tutkimuksen rahoittaja:		

Opetus ja tutkimus
Tikkamäentie 16, talo 8, 4. krs
80210 Joensuu

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja
terveyspalvelujen kuntayhtymä
p. 013 3300 (vaihe)

Tutkimuslupahakemus_2017_päivitys_310117.docx www.siunsote.fi

Tutkimuslupahakemus



TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

2 (3)

	Arvio tutkimuksen kustannuksista (kuvataan tarkemmin tutkimussuunnitelmassa): €	
Sopimukset	<input type="checkbox"/> Tutkimukseen liittyy sopimuksia Siun soten ja muiden toimijoiden välillä, mitä:	
Henkilötunnisteellisten tietojen käsittely (täytetään haettaessa aineistonkäyttölupaa)	Haettava tunnistellinen tieto <input type="checkbox"/> Potilaskertomukset <input type="checkbox"/> Röntgenkuvat <input type="checkbox"/> Diagnoosit <input type="checkbox"/> Muu, mikä:	Tunnisteellisten tietojen käsittelyaika
	Kuvaus haettavasta tiedosta (mitä tietoja haetaan, miltä aikaväliltä, max. 800 merkkiä)	
Henkilötunnisteellisen tiedon käsittelijät (täytetään haettaessa aineistonkäyttölupaa)	Nimi, nimeke, sähköposti	

LYHYT KUVAUS TUTKIMUKSESTA

Tutkimuksen tarkoitus, tavoite, tutkimuksen toteutus ja menetelmät. (max. 2 000 merkkiä)
Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta vanhuuspsykiatrisella poliklinikalla.

ALLEKIRJOITUKSET

Tutkimusluvun hakija	Päivämäärä 19.1.2018	Allekirjoitus <i>Raulu Haukka</i>
	Tutkimusluvun hakija: Allekirjoituksellani sitoudun omasta ja tutkimusryhmän puolesta noudattamaan Siun soten ohjeistusta sekä hyvää tutkimustapaa ja tieteellistä käytäntöä.	
Aineistonkäyttöluvan hakija: Allekirjoituksellani sitoudun omasta ja muiden henkilötunnisteellisiä tietoja käsittelevien puolesta noudattamaan salassapitovelvollisuutta viranomaisen toiminnan julkisuudesta annetun lain (621/1999), henkilötietolain (523/1999), sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain (159/2007) sekä potilaslain (758/1992) säännösten mukaisesti.		
Opinnäytetyön ohjaaja (Pro gradu, YAMK- ja AMK-opinnäytetyöt)	Päivämäärä voastuu 3.1.2018	Allekirjoitus <i>Heidi Järvelin</i> HEIDI KORHONEN <i>Antti Taito</i> ANTTI TAITO

LIITTEET

<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma	Viranomaisluvat/lausunnot:
<input type="checkbox"/> Tiedote ja suostumus tutkittavalle	<input type="checkbox"/> Tutkimuseettisen toimikunnan puoltava lausunto

Opetus ja tutkimus
Tikkamäentie 16, talo 8, 4. krs
80210 Joensuu

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja
terveyspalvelujen kuntayhtymä
p. 013 3300 (vaihe)

Tutkimuslupahakemus_2017_päivitys_310117.dox www.siunsote.fi

Tutkimuslupahakemus



TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

3 (3)

<input type="checkbox"/> Tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste	<input type="checkbox"/> Fimean käsittelyilmoitus
<input type="checkbox"/> Tutkimussopimus ja/tai raholuspäätös	<input type="checkbox"/> Valviran lupa
<input type="checkbox"/> Muu, mikä:	<input type="checkbox"/> THL:n lupa
	<input type="checkbox"/> Muu viranomainen, mikä:

PUOLTO	
<input checked="" type="checkbox"/> Puollan tutkimusta	Päivämäärä 8.5.2018
<input type="checkbox"/> Puollan tutkimusta seuraavin ehdoin:	Allekirjoitus <i>Laija Muutinen</i>
	Nimenselvennys <i>Kaija Muutinen</i>
<input type="checkbox"/> Puollan tutkimusta	Päivämäärä
<input type="checkbox"/> Puollan tutkimusta seuraavin ehdoin:	Allekirjoitus
	Nimenselvennys

PÄÄTÖS	
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi:	
<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti	
Päivämäärä	Allekirjoitus
15.5. -18	<i>Laija Muutinen</i>
	Nimenselvennys <i>Kaija Muutinen</i>

Tutkimuslupahakemuksen käsitteijä täyttää:

Tiedoksianto:	
<input checked="" type="checkbox"/> tutkija	<input type="checkbox"/> kirjaamo
<input type="checkbox"/> tutkimuksesta vastaava henkilö / ohjaaja	<input type="checkbox"/> kirjanpito / Siun Talous Oy
<input type="checkbox"/> puoltaja(t)	<input checked="" type="checkbox"/> opetus- ja tutkimuskoordinaattori
<input type="checkbox"/> potilaskertomusarkisto	<input checked="" type="checkbox"/> muu, mikä:
Lomake liitetään tutkimuslupapäätöksen liitteeksi.	- Siun Soten yhteyshenkilö
<input type="checkbox"/> Dynasty, hälytys 5 vuotta	- Kaija Muutinen

Opetus ja tutkimus
Tikkamäentie 16, talo 8, 4. krs
80210 Joensuu

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja
terveyspalvelujen kuntayhtymä
p. 013 3300 (vaihe)

Tutkimuslupahakemus_2017_päivitys_310117.dox www.siunsote.fi

