

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja

Taru Keinonen

VANHUSTEN MASENNUKSEN TUNNISTAMINEN KOTIHOIDOSSA

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 2012

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala, Kotka

KEINONEN, TARU

Vanhusten masennuksen tunnistaminen kotihoidossa, systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

59 sivua + 8 liitettä (23 sivua)

Marraskuu 2012

Työn ohjaaja

Mirja Nurmi, Lehtori

Toimeksiantaja

Kymi-Care

Avainsanat

kotihoito, vastuuhoidajuus, vanhusten masennus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin kotihoidon vastuuhoidajalle keinoja vanhusten masennuksen tunnistamiseksi sekä tutkittiin vanhusten masennuksen tunnistamisen ongelmia kotihoidossa. Tutkimus laadittiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmällä. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaatimusten mukaan opinnäytetyö on tehty vaiheittain ja jokainen vaihe on kuvattu tarkasti. Systemaattisen haun perusteella analysoitavaksi valittiin seitsemän tutkimusta. Aineistosta laadittiin induktiivinen sisällönanalyysi.

Tulosten perusteella vanhusten masennuksen tunnistaminen on hankalaa oireiston monimuotoisuuden vuoksi. Etenkin vanhuksilla masennus voi peittyä fyysisten oireiden taakse tai myös ilmetä fyysisinä oireina. Myös hoitohenkilökunnan kiire, vaihtuvuus, kiinnostuksen puute mielialatekijöihin tai oma uupumus voivat hankaloittaa masennuksen tunnistamista. Tulosten perusteella vanhusten masennuksen tunnistamista voi helpottaa laajan oirekirjon tunteminen ja tietämys fyysisen oireilun yhteydestä masennukseen. Masennuksen tunnistamisessa voi auttaa myös luottamussuhde asiakkaaseen ja hänen läheisiinsä sekä hoitajan kiinnostus mielialatekijöihin.

Analysoiduissa tutkimuksissa ei käsitelty erikseen kotihoidon vastuuhoidajuutta, joten siltä osin tämä tutkimus jäi puutteelliseksi. Tulokset antavat kuitenkin suuntaa vanhusten masennuksen tunnistamiseen niin kotihoidon vastuuhoidajille kuin muullekin henkilöstölle. Tuloksia voidaan soveltaa myös muissa terveydenhuollon yksiköissä. Aiheesta olemassa olevien tutkimusten niukkuuden perusteella lisätutkimukselle olisi tarvetta jo väestön ikärakenteen muuttumisen takia. Suurten ikäluokkien vanhenemisen myötä vanhusten masennuksen varhainen tunnistaminen on entistä merkittävämässä asemassa käytännön hoitotyössä. Masennuksen tunnistaminen varhaisessa vaiheessa olisi tärkeää, jotta masentuneet saataisiin hoidon piiriin ja näin heidän elämänsä paranemaan.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

KEINONEN, TARU

Recognition of Depression in the Elderly of Home Care,
Systematic Literature Review

Bachelor's Thesis

59 pages + 8 appendices (23 pages)

March 2012

Supervisor

Mirja Nurmi, senior lecturer

Commissioned by

Kymi-Care

Keywords

home care, responsibility nurse, depression of elderly, systematic literature review

The purpose of this thesis was to examine for the nurse responsible for home care ways to recognise depression in the elderly, as well as problems to recognise depression in the elderly in home care. The research method used was a systematic literature review. As the systematic literature review commands the thesis was completed in sections and all the sections are described in the thesis. Seven researches were chosen for the analysis. These researches were analyzed by inductive content analysis.

Based on the results identification of depression in the elderly is difficult because of the diversity of symptoms. Particularly in the elderly depression may be hidden behind the physical symptoms or can also appear as physical symptoms. The fact that the nursing staff is busy, changes often and have shortage of interest in mental health factors or fatigue can complicate the identification of depression. The results show that the identification of the symptoms of depression in the elderly may be facilitated by a wide knowledge and understanding of the physical symptoms associated with depression. A trustful relationship between the nurse, the client and the loved ones as well as the nurse's interest in mental health issues may help the identification of depression.

The responsibility of home care nursing was not specifically discussed in this research, so in that respect this research is defective. The results give, however, direction to identify depression in the elderly to responsible nurses as well as to other nursing staff of home care. The results are also applicable to other health care units. Owing to the small amount of previous researches on this subject a follow-up research would be needed. As the baby boomers get older early detection of depression in the elderly plays an important role in practical nursing. Early detection of depression would be important to get depressed people to treatment and thus their quality of life better.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	TUTKIMUSKYSYMYKSET JA PÄÄKÄSITTEET	7
3	SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS	8
4	KOTIHOITO	9
	4.1 Kotihoidon määritelmä	9
	4.2 Kotihoidon työ ja työtehtävät	10
	4.3 Hoitotiimi	11
	4.4 Vastuuhoitajuus ja omahoitajapari	12
	4.5 Hoitosuhde	13
5	MASENNUKSEN TUNNISTAMINEN	14
	5.1 Diagnostiikka	15
	5.2 Oiremittarit	17
	5.3 Vanhusten masennus	18
6	SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS	21
	6.1 Tutkimussuunnitelma	21
	6.2 Tutkimuskysymykset	22
	6.3 Alkuperäistutkimusten haku	23
	6.3.1 Käytetyt tietokannat	23
	6.3.2 Hakusanat ja koehaku	24
	6.3.3 Sähköinen tiedonhaku	24
	6.3.4 Manuaalinen tiedonhaku	26
	6.4 Alkuperäistutkimusten valinta	27
	6.4.1 Sähköisten julkaisujen valinta	27
	6.4.2 Manuaalisesti haettujen tutkimusten valinta	30
	6.4.3 Täydentävä haku ja valinta	31

6.5	Alkuperäistutkimusten laadun arviointi	34
6.6	Jatkoa täydentävään hakuun, valintaan ja laadun arviointiin	35
6.7	Yhteenveto analysoitavaksi valituista artikkeleista ja tutkimuksista	37
6.8	Alkuperäistutkimusten analysointi ja tulosten esittäminen	37
7	TULOKSET	40
7.1	Vanhusten masennuksen tunnistamisen keinoja kotihoidossa	40
7.1.1	Oireiston monimuotoisuuden ymmärtäminen	40
7.1.2	Hoitajan kiinnostus mielialatekijöihin	42
7.1.3	Tilannearvio ja yhteistyö	43
7.1.4	Masennukseen liittyvien tekijöiden tunteminen	44
7.2	Vanhusten masennuksen tunnistamisen ongelmia kotihoidossa	44
7.2.1	Kiireinen työtahti	44
7.2.2	Mielialatekijät ei kiinnosta	45
7.2.3	Somaattisia oireita ei osata yhdistää masennukseen	46
7.2.4	Hoitajan uupumus tai masennus	47
8	POHDINTA	47
8.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	47
8.2	Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettiset kysymykset	50
8.3	Hyödynnettävyys ja johtopäätökset	52
	LÄHTEET	54
	LIITTEET	
	Liite 1. Analysoidut tutkimukset	
	Liite 2. Laadun arvioinnin perusteella hylätyt tutkimukset	
	Liite 3. Tutkimusten laadun arviointiperusteet	
	Liite 4. Alkuperäisilmaisujen pelkistäminen, tutkimuskysymys 1	
	Liite 5. Alkuperäisilmaisujen pelkistäminen, tutkimuskysymys 2	
	Liite 6. Pelkistettyjen ilmaisujen ryhmittely, tutkimuskysymys 1	
	Liite 7. Pelkistettyjen ilmaisujen ryhmittely, tutkimuskysymys 2	
	Liite 8. Yhteenveto aineiston analyysin ryhmittelystä	

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Tämän opinnäytetyön lähtökohtana oli tutkia vastuuhoidajuuksia kotihoidossa. Aihetta oli kuitenkin rajattava ja tutkimusaihe rajautui teoretiseen perehtymisen aikana vanhusten masennukseen. Kirjallisuudessa nousi usein esille vanhusten masennuksen yleisyys ja tunnistamisen vaikeus sekä jopa masennuksen mieltäminen normaaliin vanhenemiseen kuuluvaksi. Myös tutkijan oma kiinnostus vaikutti aihevalintaan.

Tarkoitus on kuvata ja selkeyttää vastuuhoidajuuksien käsitettä kotihoidossa sekä tutkia vanhusten masennuksen tunnistamista kotihoidossa, laatimalla systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmien avulla seulotaan aiheesta olemassa oleva kirjallinen tieto ja tutkimukset. Tavoitteena on hahmottaa ja yhdistää aiheesta olemassa olevan tutkimuksen kokonaisuus tiedonhaulla, tutkimusten analysoinnilla ja raportoinnilla.

Vanhuksista valtaosa haluaa asua omassa kodissa, tutussa ympäristössä, omaan tahtiinsa, niin pitkään kuin se on mahdollista. Kotihoito mahdollistaa tämän, vaikka vanhus tarvitsisi paljon apua ja hoitoa. Kotihoitoon kuuluu kotipalvelu, kotona tapahtuva sairaanhoito ja terveydenhuollon ehkäisevä työ sekä erilaisia tukipalveluita. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2007, 362.)

Masennustilat eli depressiot kuuluvat vanhusten yleisimpiin mielenterveyshäiriöihin (Heikkinen & Kauppinen 2008, 71; Peräkös, Kuosmanen & Vuorilehto 2010, 34) ja ovat yleisiä pitkäkestoisessa laitoshoidossa sekä kotihoidossa. Masentuneen vanhuksen diagnosointi perustuu oireiden kyselemiseen, kuuntelemiseen ja vanhuksen käyttäytymisen tarkkailuun, sekä havainnointiin. (Vallejo Medina ym. 2007, 305.) Masentuneet pitäisi pystyä tunnistamaan, eikä alakuloista ihmistä saa ohittaa. Masennuksesta aiheutuvia seurauksia on pyrittävä estämään ja lievittämään. (Vallejo Medina ym. 2007, 314; Heikkinen 2003, 96.)

Masennustilan oireisto voi iäkkäällä olla hyvin erilainen kuin keski-ikäisellä. Kivut, säryt, muistin heikkeneminen, hidastuminen, kognitiivisten kykyjen heikkeneminen tai tahtoelämän lamaantuminen voivat olla keskeisiä oireita. Oireiston monimuotoisuutta pidetään syynä oireiston tunnistamisen ongelmiin. (Kivelä 2006, 82; Saarenheimo & Arinen 2009, 209.) Kotihoidon vanhusasiakkaiden masennuksen tunnistamista vaikeuttavat alavireisyyden arvioiminen normaaliksi ikääntymiseen liittyväksi

ilmiöksi, (Saarenheimo & Arinen 2009, 209) mielenterveysongelmiin yhä liittyvä häpeä ja työntekijöiden puutteellinen osaaminen (Peräkoski, ym. 2010, 34).

Depression käypä hoito -suosituksessa kerrotaan, että tutkimusten mukaan noin 5 % aikuisväestöstä kärsii vuosittain masennuksesta, mutta vain vähemmistö hakee masennuksen vuoksi hoitoa terveydenhuollosta. Perusterveydenhuollon potilaista arvelaan noin 10 %:lla olevan masennus, mutta vain osan hakevan siihen hoitoa, joten masennuksen tunnistaminen on usein vaativa tehtävä. Tyypillinen masennuspotilas saattaa kärsiä samanaikaisesti myös muista psyykkisistä ongelmista, kuten persoonallisuushäiriöstä, ahdistuneisuushäiriöstä tai päihderiippuvuudesta. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaista noin puolella on masennus. (Käypä hoito -suositus, depressio 2010.)

2 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA PÄÄKÄSITTEET

Tutkimustavoitteen toteutumiseksi on ensin suoritettava täsmällisen tutkimuskysymyksen laatiminen tai ongelman määrittäminen. Ensimmäiseksi on mietittävä mihin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään, jatkaen tavoitteen täsmentämisellä ja laatimalla lopuksi täsmällinen tutkimusongelma. (Salanterä & Hupli 2003, 25.) Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa määritetään selkeästi ja rajataan tarkasti se, mihin katsauksen avulla pyritään vastaamaan. Tutkimuskysymysten perustana toimivat tutkijan aiemmat tiedot aiheesta sekä tutkimusintressit ja taustasitoumukset. Tutkimuskysymyksiä voi olla joko yksi tai useampia, ja ne voivat olla muotoiltuja vapaasti tai tarkkaan määriteltyjä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39–40.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata ja selkeyttää käsitettä vastuuhoidtaja kotihoidossa sekä tutkia vanhusten masennuksen tunnistamista kotihoidossa, aiempaan kirjallisuuteen ja tutkimuksiin perustuen. Alustavat tutkimuskysymykset olivat:

1. Mikä on kotihoidon vastuuhoidtajan merkitys vanhusten masennuksen tunnistamisessa?
2. Miten kotihoidon vastuuhoidtaja voi arvioida vanhuksen oireita tunnistakseen masennuksen?
3. Miten kotihoidon vastuuhoidtaja voi vaikuttaa vanhusten masennuksen ehkäisyyn?

Nämä tutkimuskysymykset olivat alustavia, jotka tarkentuivat ja muuttuivat teorianperustamiseen aikana. Täsmälliset tutkimuskysymykset laadittiin teorianperustamiseen jälkeen. Vanhusten masennuksen ehkäisy päätettiin jättää tämän tutkimuksen ulkopuolelle ja päätettiin keskittyä vanhusten masennuksen tunnistamisen keinoihin ja ongelmiin kotihoidossa. Tutkimuskysymyksiä muodostui kaksi:

1. Miten kotihoidon vastuuhoitaja voi eri keinoin tunnistaa vanhusten masennuksen?
2. Mitkä ovat vanhusten masennuksen tunnistamisen ongelmat kotihoidossa?

Tässä opinnäytetyössä pääkäsitteitä ovat systemaattinen kirjallisuuskatsaus, kotihoito, vastuuhoitajuus ja vanhusten masennus. Seuraavissa luvuissa käsitellään ja avataan näitä käsitteitä teorianperustamisen pohjalta, jonka jälkeen luvussa 6 alkaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laatiminen vaihe vaiheelta.

3 SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Tämä opinnäytetyö laaditaan systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, jolla tarkoitetaan olemassa olevan tutkitun tiedon järjestelmällistä hakua, läpikäymistä ja kriittistä arviointia jonkin tarkan tutkimusongelman näkökulmasta. Katsaus tehdään perehtymällä tieteellisesti toteutettuihin tutkimuksiin. (Ks. Salanterä & Hupli 2003, 24.) Katsaus etenee vaihe vaiheelta, suunnittelusta raportointiin. Katsauksen tarkoituksena on näyttää, mistä näkökulmista ja miten aihetta on aiemmin tutkittu sekä miten tekeillä oleva tutkimus jo olemassa oleviin tutkimuksiin liittyy. Katsaus mahdollistaa aiheesta olemassa olevan tutkimustiedon hahmottamisen ja osoittaa myös mahdolliset puutteet tutkimustiedossa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 121.)

Katsauksen ensimmäinen ja tärkein vaihe alkaa yksityiskohtaisen tutkimussuunnitelman laatimisella, joka ohjaa koko tutkimusprosessin etenemistä. Suunnitelmassa määritellään mm. tutkimuskysymykset, menetelmät ja strategiat alkuperäistutkimusten keräämiseksi, sekä kriteerit, joiden perusteella tutkimukset katsaukseen valitaan. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39.) Kaikki vaiheet kuvataan tarkemmin luvussa 6, systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteutus. Parhaimmillaan systemaattinen kirjallisuuskatsaus antaa selkeän vastauksen määriteltyyn tutkimuskysymykseen, ja vaikka näin ei tapahtuisikaan, auttaa se tunnistamaan aukot, joissa tieto on vielä puutteellista ja

joissa tarvitaan lisää tutkimusta. Tämäkin on tärkeä tulos, vaikka ei sinällään tuotaakaan systemaattista katsausta. (Johansson 2007, 6.)

4 KOTIHOITO

Tässä luvussa määritellään käsitettä kotihoito sekä käsitellään kotihoidon työtehtäviä, palveluita, rakennetta ja hoidon suunnittelua.

4.1 Kotihoidon määritelmä

Kotihoito on vielä melko uusi ja huonosti määritelty käsite, jonka vakiintumattomuus ja epämääräinen käyttö johtuvat luultavasti osittain kotihoidon historiasta. Kotihoidon perusosat kotipalvelu ja kotisairaanhoido ovat kehittyneet toisistaan erillään ja kuuluneet 1990-luvun alkuun asti eri hallintokuntiin. Kotipalvelu on kuulunut sosiaalitoimeen ja kotisairaanhoido terveystoimeen. Kotihoito -käsitteen käyttö on yleistynyt 1990-luvulta lähtien kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämiskehityksen myötä. (Tepponen 2009, 17.) Sosiaalihuolto- ja kansanterveyslakien mukaan kunnissa voidaan kokeilla vanhusten ja eräiden muiden asiakasryhmien palvelujen organisoimista siten, että sosiaalihuollon kotipalvelu ja terveydenhuollon kotisairaanhoido yhdistetään yhdeksi tehtävälueeksi, kotihoidoksi. (Larmi, Tokola & Välkkiö 2005, 11; Ikonen & Julkunen 2007, 14; Keipilä 2008, 16.)

Kotihoidolla tarkoitetaan asiakkaan kotiin annettavia palveluja ja hoitoja, kuten kotipalvelu, kotisairaanhoido, lääkärin, fysio-/toimintaterapeutin, sosiaalityöntekijän, jalkojenhoitajan ja muiden erityisammattiryhmien kotikäynnit, ilta- ja yökotihoito sekä erilaiset tuki- ja turvapalvelut (Hammar & Perälä 2003, 8). Kotihoidon ammatillinen osaaminen koostuu kodinhoidon, hoivan ja sairaanhoidon osaamisesta ja sosiaalipalveluiden tuntemisesta (Haapakorpi & Haapola 2008, 13; Keipilä 2008, 16).

Suomen kuntaliiton internetsivuilla kerrotaan kotihoidon tarkoittavan: ”Kotipalveluja, kotisairaanhoidoa ja erilaisia tukipalveluja. Kotipalvelun tarkoituksena on auttaa yksilöitä ja perheitä silloin, kun he tarvitsevat sairauden, vamman tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi apua kotiin suoriutuakseen arkipäivän tehtävissä. Tukipalveluja ovat esimerkiksi ateriat, siivous ja turvapalvelut. Kotisairaanhoidon antaminen perustuu kansanterveyslakiin, jonka mukaan kunnan tulee järjestää asukkaiden sairaanhoido, johon luetaan lääkärin suorittama tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito ja

lääkinnällinen kuntoutus. Huomattava osa säännöllisen palvelun piirissä olevista asiakkaista käyttää sekä kotipalvelua että kotisairaanhoidoa. Kotipalvelu ja kotisairaanhoido on usein yhdistetty kuntaorganisaatiossa kotihoidon yksiköksi.” (Ks. Suomen kuntaliitto.)

Kotipalveluja haetaan oman alueen sosiaalikeskuksesta kotipalveluohjaajalta. Kotipalveluja tarjoavat myös Vanhustyön keskusliitto ja yksityiset yritykset. Kotipalveluja, esimerkiksi siivousta ja aterioita joudutaan usein ostamaan yksityissektorilta, koska julkista kotipalvelua on tarjolla entistä pienemmälle joukolla. Kotisairaanhoidoa varten tarvitaan yleensä lääkärin lähete, joka toimitetaan oman terveysaseman kotisairaanhoidon. Aloitteen voi tehdä potilas itse, omainen, viranomainen tai muu yksityishenkilö. (Tepponen 2003, 7.)

4.2 Kotihoidon työ ja työtehtävät

Kotihoidopalveluja käyttävät pääasiassa iäkkäät, huonokuntoiset vanhukset. Suurin asiakasryhmä ovat 75–84 -vuotiaat ja avuntarpeen aiheuttaa yleensä fyysisen toimintakyvyn lasku. Vanhuksilla saattaa olla fyysisiä tai psyykkisiä sairauksia, alkoholiongelmia ja vammaisuutta. Biologinen, psyykinen ja sosiaalinen vanheneminen asettaa työlle erityisiä vaatimuksia käytännön työn lisäksi myös vuorovaikutuksessa ja koko asiakassuhteessa. (Ikonen & Julkunen 2007, 131.)

Kotipalvelu auttaa niissä arkipäivän toimissa, joista ei ilman apua selviydy, tarpeen mukaan myös iltaisin ja viikonloppuisin. Palveluihin kuuluu esimerkiksi kaupassa tai apteekissa asiointi, ruoan valmistaminen, peseytymisessä ja liikkumisessa avustaminen. Kotisairaanhoidajat huolehtivat, että vanhus saa tarvitsemansa hoidon ja kuntoutuksen kotonaan, sekä järjestävät tarvittavat apuvälineet ja opastavat niiden käytössä. Kotikäyntejä tehdään myös iltaisin ja viikonloppuisin sekä tarvittaessa öisin. (Vallejo Medina, ym. 2007, 46.)

Hokkasen, Häggman-Laitilan ja Erikssonin (2006) iäkkäiden voimavaroja ja niiden tukemista koskevassa tutkimuksessa ilmeni viitteitä siitä, että ympärivuorokautista palvelua tarjoava kotihoidon malli saattaa vähentää laitoshoidon käyttöä ja antaa vaihtoehdon laitoshoidolle. Kotona asumista voidaan tukea mahdollisimman pitkään säännöllisten kotikäyntien avulla, jolloin arvioidaan ja seurataan toimintakykyä ja terveyttä. (Hokkanen, Häggman-Laitila & Eriksson 2006, 18.) Kotihoidon työntekijä tukee

vanhuksen itsenäistä selviytymistä, mutta ei tee asioita hänen puolestaan (Vallejo Medina ym. 2007, 362.)

Yhdistetyssä kotihoidossa kotipalvelu- ja kotisairaanhoidohenkilöstö tekevät asiakastyötä yhdessä, samassa tilassa, yhteisin työvälinein ja yhdessä sopimiensa periaatteiden mukaisesti. Tällöin ei enää erotella kotipalvelun asiakkaita kotisairaanhoidon asiakkaista, vaan puhutaan yhdistetyn kotihoidon asiakkaista. (Larmi, ym. 2005, 12.) Arkielämässä kotipalvelutyön ja kotisairaanhoidon työtehtävät yhdistyvät asiakkaan tarpeen mukaisiksi. Kodinhoito, henkilökohtainen perushoito ja hoivatehtävät suoritetaan asiakkaan toimintakyvyn tai kuntoutuksen edistäminen huomioiden, ohjaten ja tukea antaen. (Larmi ym. 2005, 34.)

Kotiin saataviin palveluihin kuuluu myös erilaisia tukipalveluja, kuten ateriapalvelu, jolloin ruoka tuodaan kotiin tai ruokailu on järjestetty esimerkiksi palvelukeskuksessa. Virkistyspalvelua järjestetään huonokuntoisille vanhuksille, jotka haluavat palvelukeskuksiin ruokailemaan, saunomaan ja uimaan. Saattajan voi saada lääkäri- ja apteekkikäynnille, jos on vaikeuksia selviytyä yksin. Turvapalveluna huonokuntoiset vanhukset voivat saada turvapuhelimen. Siivousapua voi saada päivittäissiivoukseen ja korjaajapalvelua kodin pieniin korjaustöihin. Asioimaan, virkistäytymään ja päivätoimintaan voi saada kuljetuspalvelua, joko ryhmä- tai yksityiskuljetuksena. (Vallejo Medina ym. 2007, 46.)

4.3 Hoitotiimi

Kotihoidossa käytännön hoitotyötä tekee moniammatillinen työryhmä eli työtiimi, jonka koko vaihtelee kunnittain. Kotihoidon perustiimiin voi kuulua esimerkiksi 5 - 9 työntekijää eri ammattiryhmistä. Ammattiryhmiä ovat kodinhoitaja, kotiavustaja, perus- tai lähihoitaja, terveyden- ja sairaanhoitaja. Työtiimi huolehtii monen kymmenen asiakkaan kotihoitopalvelusta, joiden palveluntarve vaihtelee. Kotihoidossa toimitaan koulutuksen, kokemuksen ja ammattitaidon sallimassa laajuudessa myös toisen ammattiryhmän tehtävissä. Asiakkaan tarve määrittelee kotikäynnillä tarvittavan osaamisen ja siksi jokaiselle asiakkaalle laaditaan yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Perustiimin lisäksi kotikäyntityötä tekevät tarvittaessa fysioterapeutti, jalkojen hoitaja, lääkäri, puheterapeutti, sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti. (Larmi ym. 2005, 12–20.)

4.4 Vastuuhoitajuus ja omahoitajapari

Omahoitajaparilla tarkoitetaan työparia, joka toimii hoitotiimin sisällä ja koordinoi eri palveluja asiakaskohtaisesti. Omahoitajaparista toinen voi olla kotisairaanhoidosta ja toinen kotipalvelusta. (Hammar & Perälä 2003, 8.) Omahoitajaparina voivat toimia myös esimerkiksi kotipalvelun työntekijä ja sosiaalityöntekijä tai kotisairaanhoidon työntekijä ja fysioterapeutti asiakkaan hoidon ja palvelujen tarpeen mukaan (Hammar & Perälä 2003, 36).

Omahoitajaparista toinen nimetään vastuuhoitajaksi, joka määräytyy asiakkaan hoidon ja palveluiden tarpeen perusteella. Hoitotiimi yhdessä omahoitajaparin kanssa päättää siitä, kumpi omahoitajaparin jäsenistä ottaa päävastuun asiakkaan hoidosta. (Hammar & Perälä 2003, 36.) Kotihoidon käytännössä vastuuhoitajamallia voidaan toteuttaa eriasteisena. Olennaista kokonaisuuden kannalta on, että jokaisella asiakkaalla on nimetty hoitaja tai hoitajapari, joka voidaan nimetä asiakkaan pääasiallisen palvelutarpeen perusteella. Näin asiakkaalla on aina joku, joka paneutuu hänen asioihinsa ja huolehtii hoidon vaatimat käytännön toimet loppuun. (Larmi ym. 2005, 78.) Moniammatillisissa tiimissä työskennellessä voivat vastuuhoitajan tehtävänkuvat vaihdella suurestikin eri yksiköissä, riippuen esimerkiksi muun hoitotiimin ammattitasosta ja tietoisuudesta toistensa ammattialasta (Larmi ym. 2005, 109).

Vastuuhoitajuus perustuu yksilövastuiseen työnjakomalliin. Yksilövastuinen hoitotyö taas perustuu ajatukseen, että yksikössä on yksi henkilö, joka koordinoi asiakkaan hoidon ja toiminnan ympärivuorokautisesti. Käsitettä *yksilövastuinen hoitotyö* käytetään työnjakomallista, jolloin tarkastellaan tiettyjä vastuuhoitajan tehtäviksi sovittuja periaatteita ja työalueita asiakkaan hoidossa. Yksilövastuisessa hoitotyön työnjakomallissa korostetaan vastuuhoitajan tehtäviksi sovittuja eri työalueita, joiden toteuttamisesta vastaa tietty hoitaja tietyn potilaan kohdalla. Yksilövastuista hoitotyötä kuvataan kirjallisuudessa seuraavien piirteiden kautta: yksilöllinen vastuu päätöksenteossa, hoitotyön kohdistuminen tiettyihin potilaisiin, yksilöllinen vastuullisuus, hoitotyön jatkuvuus, hoitotyön toteuttaminen kokonaisvaltaisesti, hoidon ja hoitotyön koordinointi. (Munnukka & Aalto 2002, 24–25.)

Vastuuhoitajamallia on kehitetty esimerkiksi Järvenpään kotihoidossa osana kotihoidon uudistamishanketta ”Kotihoidon käynneistä minun hoitajani käynneiksi”. Hankkeen tavoitteena on ollut muun muassa hoitajien tavoitettavuuden parantaminen. Asi-

akkaille on nimetty oma vastuuhoitaja, jolla lisätään asiakkaan ja hänen omaistensa turvallisuuden tunnetta. Toimintakyvyssä ja terveydessä tapahtuvat muutokset havaitaan helpommin ja niihin puututaan ajoissa. Järvenpään kotihoidossa oleellinen osa uutta toimintamallia on yhteydenpidon varmistaminen asiakkaan, vastuuhoitajan ja omaisen välillä. Asiakkaan asioissa voidaan soittaa suoraan nimetylle hoitajalle ja hänen poissa ollessaan puhelu yhdistetään asiakkaan asiat parhaiten tuntevalle hoitajalle. Erityisiä soittoaikoja ei ole, vaan puheluihin vastataan työn ohessa, eli asiakkaan asioissa saadaan yhteys aina sillä hetkellä kun siihen on tarvetta. (Ks. Järvenpään kaupungin internetsivut.)

Asiakkaalle nimetty vastuuhoitaja suunnittelee asiakkaalle annettavan hoidon yhteistyössä kotihoidon tiimin ja asiakkaan kanssa (Ikonen & Julkunen 2007, 18). Hoidon suunnittelussa varmistetaan, että asiakas todella selviytyy kotona ja arvioidaan avun tarve. Palvelujen täytyy olla jatkuvia ja turvallisia, vanhuksen tulee olla riittävän hyvässä kunnossa, asuinolosuhteiden tulee olla kohtuulliset ja vanhuksella täytyy olla jonkinlainen turvaverkosto. Ehkäisevien kotikäyntien avulla arvioidaan vanhuksen toimintakykyä (Hokkanen ym. 2006, 18), kotona selviytymistä, uusia palveluntarpeita ja kodin muutostöiden tarvetta. Ehkäisevillä kotikäynneillä pyritään varmistamaan, ettei vanhus putoa palvelujen ulkopuolelle. Apuvälineiden ja kodin muutostöiden ansiosta vanhus voi selviytyä kotona pidempään. (Vallejo Medina ym. 2007, 46.)

4.5 Hoitosuhde

Vastuuhoitajana työntekijä paneutuu asiakkaan taustaan ja tilanteeseen syvällisesti. Vastuuhoitaja toimii asiakkaan puolestapuhujana ja huolehtii että asiakasta koskevat tehtävät hoidetaan hoitotiimissä. Vastuuhoitaja seuraa asiakkaan toimintakykyä ja arvioi auttamismenetelmien toimivuutta sekä tarvittaessa pyytää arviota ja konsultointia muilta moniammatillisen tiimin jäseniltä sekä ohjeistaa muuta tiimiä käytännön hoitotilanteita varten. Vastuuhoitajan ei tarvitse kertoa muulle tiimille kaikkea asiakkaastaan, vain hoidon kannalta oleelliset seikat, koska asiakas voi kertoa hyvinkin henkilökohtaisia asioita tutulle hoitajalleen. (Larmi ym. 2005, 110–111.) Omat pitkäaikaiset hoitajat koetaan tasavertaisina läheisinä ihmisinä, joiden kanssa vuorovaikutus on avointa ja auttaminen asiakkaan erilaisia tarpeita huomioonottavaa (Tepponen 2003, 96).

Vastuuhoitajan merkitys korostuu esimerkiksi virtsainkontinenssista kärsivän vanhuksen intiimihoidossa, koska kyse on hyvin intiimistä ja monelle elämänalueelle ulottuvasta ongelmasta. Jos vanhus on huonomuistinen, hän voi kokea jokaisen vaipanvaihtotilanteen uudeksi ja oudoksi. (Vallejo Medina ym. 2007, 220–221.) Tutuksi tullut hoitaja selviytyy parhaiten arkaluontoisten vaivojen hienotunteisessa avustamisessa, kun taas vaihtuva vieras hoitaja voi aiheuttaa ongelmien peittelyä ja näin vaikeuttaa avun saamista (Vallejo Medina ym. 2007, 228). Tepposen (2009) tutkimuksessa enemmistö vanhuksista ja erityisesti omaiset toivoivat saman työntekijän käyvän vanhuksen luona ja totesivat työntekijän vaihtuvan liian usein (Tepponen 2009, 162).

Asiakkaan tärkeitä hoitajia ja kotihoidon yhteistyökumppaneita ovat usein asiakkaan omaiset ja muut läheiset. Omahoitajapari, ensisijaisesti vastuuhoitaja on yhteydessä läheisiin, jos asiakas ja/tai läheinen tätä haluaa tai yhteydenpito on asiakkaan hyvinvoinnin kannalta välttämätöntä. (Hammar & Perälä 2003, 44–45.)

Vastuuhoitajan merkitys korostuu myös psyykkisesti sairaiden vanhusten kohdalla. Psyykkisesti sairaiden omaiset kokevat usein, ettei heillä ole riittävästi voimavaroja hoitaa sairastunutta läheistään ja samalla huolehtia myös itsestään. Vakava masennus ja sen oireet kuormittavat asiakasta ja hänen läheisiään hankaloittamalla monia toimintoja. (Saharinen, Kylmä, Pelkonen & Miettinen 2005, 25.)

5 MASENNUKSEN TUNNISTAMINEN

Mielen masennus on jo hyvin pitkään tunnettu ilmiö. Depression määrittely on kuitenkin ollut ja on edelleen ongelmallista, minkä johdosta depression esiintyvyystedot ovat vaihtelevia, joskus ristiriitaisiakin. Myöskään depressio-termin käyttö ei ole selkiintynyt, vaan sitä käytetään useassa merkityksessä ja monentasoisesti. Sitä käytetään puhuttaessa psykiatrisesta oireesta, sairauskokonaisuudesta tai oireyhtymästä. Usein myös alakuloisesta mielestä käytetään termiä depressio tai masennus. (Heikkinen 2003, 87.) Vaikka ajoittainen mielen alavire todennäköisesti kohtaa kaikkia ihmisiä, vakava masennus on kokemuksena lamaannuttava, epätoivoa ruokkiva, jopa musertavan tuskallinen tila (Saarenheimo & Arinen 2009, 218).

Masennustilat eli depressiot jaotellaan oireiden vakavuuden perusteella vaikeisiin, keskivaikeisiin ja lieviin. Vaikeiden masennustilojen oireisto on vaikea-asteista ja sairastuneen toimintakyky on romahtanut. Keskivaikeiden oireisto on tätä lievempi. Lie-

vissä masennustiloissa koettu kärsimys leimaa elämää ja sairastuneen on vaikea suoriutua päivittäisistä tehtävistään. (Kivelä 2006, 82.)

Masennuksen laukaisevia vaaratekijöitä ovat perinnöllinen taipumus, altistavat persoonallisuuden piirteet ja laukaisevat kielteiset elämäntapahtumat. Tutkimusten mukaan noin 5 % aikuisväestöstä kärsii vuosittain masennuksesta, mutta vain vähemmistö hakee masennuksen vuoksi hoitoa terveydenhuollosta. Perusterveydenhuollon potilaista arvellaan noin 10 %:lla olevan masennus, mutta vain osan hakevan siihen hoitoa, joten masennuksen tunnistaminen on usein vaativa tehtävä. Tyypillinen masennuspotilas saattaa kärsiä samanaikaisesti myös muista psyykkisistä ongelmista, kuten persoonallisuushäiriöstä, ahdistuneisuushäiriöstä tai päihderiippuvuudesta. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaista noin puolella on masennus. (Käypä hoito -suositus, depressio 2010.)

Masennusoireet voivat olla myös fyysisen sairauden tai lääkkeiden haittavaikutuksen oireita, jolloin kyseessä ei ole mielenterveyshäiriö. Kyseisiä sairauksia ovat esimerkiksi kilpirauhasen tai lisäkilpirauhasen toimintahäiriöt, anemia, maksan, munuaisten tai sydämen vajaatoiminta, sekä uniapnea. Pitkäkestoinen, kuukausia tai vuosia kestävä uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttö voi aiheuttaa masennuksen. (Kivelä 2006, 83.) Myös normaali surureaktio, kuten lähiomaisen kuolema voi aiheuttaa masennuksen kaltaisia oireita. Raja surureaktion ja masennuksen välillä onkin joskus häilyvä. (Käypä hoito -suositus, depressio 2010.)

5.1 Diagnostiikka

Masennustila on oireyhtymä, jonka diagnostiikassa on keskeistä yksittäisten oireiden tunnistamisen ohella itse oireyhtymän toteaminen. Oleellista on, että havaittuja oireita on kestänyt vähintään kahden viikon ajan ja että ne ovat kliinisesti merkittäviä. (Käypä hoito -suositus, depressio 2010.)

Diagnoosi edellyttää, että seuraavan taulukon oirekriteereistä numeroista 1 - 3 todetaan vähintään kaksi ja lisäksi numeroista 4 – 10 jokin tai jotkin niin, että oireita esiintyy yhteen laskettuna vähintään neljä (taulukko 1).

Taulukko 1. Masennuksen oirekriteerit (Käypä hoito -suositus, depressio 2010)

Oirekriteerit	Oirekuva
A. Masennusjakso on kestänyt vähintään kaksi viikkoa	
B. Todetaan vähintään kaksi seuraavista oireista	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa 2. Kiinnostuksen tai mielenkiinnon menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää 3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys
C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on B ja C yhteenlaskettuina vähintään neljä	<ol style="list-style-type: none"> 4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen 5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset 6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen 7. Subjektiiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jähkailuna 8. Psykomotorinen muutos (kiihtyneisyys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu 9. Unihäiriöt 10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos

Lievässä masennustilassa oireita on 4 – 5, keskivaikeassa masennustilassa 6 – 7 ja vaikeassa masennustilassa 8 – 10, sekä kaikki kolme ensimmäistä oirekriteeriä täyttyvät. Jos lisäksi esiintyy harhaluuloja tai hallusinaatioita on kyseessä psykoottinen masennus. (Käypä hoito -suositus, depressio 2010.)

5.2 Oiremittarit

Masennuksen tunnistamisen apuvälineinä voidaan käyttää myös erilaisia oiremittareita tai arvioida masennustilaan liittyvää toimintakyvyn heikkenemistä (Käypä hoito -suositus, depressio 2010). Masennuksen arvioinnissa käytettyjä oiremittareita ovat esimerkiksi taulukossa 2 esitetyt oiremittarit.

Taulukko 2. Masennuksen arvioinnissa käytettäviä oiremittareita.

OIREMITTARI	SELITE
HAM-D	Hamiltonin depression arviointiasteikko, jonka avulla pystytään suhteellisen luotettavasti tunnistamaan masennustila. Sen käyttö kuitenkin edellyttää psykiatrista osaamista ja puolistrukturoidun haastattelun tekemistä potilaalle. (Roivainen, Duodecim 2008.)
MADRS	Montgomery-Åsbergin depressioasteikko, joka on käytössä yleispsykiatriassa ja käsittää 10 -kohtaa (Roivainen, Duodecim 2008).
BDI	Beckin depressioasteikko on masennuksen arvioinnissa suosittu menetelmä, joka tutkimusten perusteella sopii suuntaa antavaksi ja seulontamenetelmäksi. Testi on 21-osiainen, joissa potilas valitsee neljästä masennusoireita koskevasta väittämistä parhaiten omaan tilanteeseensa sopivan vaihtoehdon ja saa 0-3 pistettä oireen vahvuuden mukaan. (Roivainen, Duodecim 2008.)
DEPS	Suomessa kehitetty depressioseula, joka on erityisesti yleislääkäreiden käyttöön suunniteltu lyhyt masennusoirekysely potilaan täytettäväksi (Jääskeläinen & Miettunen, Duodecim 2011).
GDS-15	Geriatric depression scale on 15 kysymystä käsittävä myöhäisiän depressioseula, joka on kehitetty erityisesti ikääntyneiden masennusoireiden tunnistamiseen (Autio & Vesterinen, THL 2011).

HAM-D ja MADRS perustuvat potilaan haastatteluun ja havainnointiin, sekä ovat aika vieviä, mutta antavat kattavan kuvan potilaan oireista (Jääskeläinen & Miettunen 2011).

Perttulan artikkelissa Tehy-lehdessä (4/2012) kerrotaan kevään vaikutuksesta masentuneisiin. Vakavasta masennuksesta kärsivien olo saattaa heikentyä kevään aikana entisestään. He tuntevat ahdistusta, ovat levottomampia ja nukkuminen vaikeutuu. Vire-

ys kasvaa, mutta mieliala ei parane. Kevään tulo näkyy myös itsemurhatilastoissa, sijaitsee maa missä päin maapalloa tahansa, sen oman kevään aikana näkyy huippu itsemurhatilastoissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ylilääkäri Timo Partonen arvioi artikkelissa, että kevään itsemurhapiikki saattaa johtua valon lisääntymisestä, joka huonontaa masentuneen vointia. Terveillä valon lisääntyminen tahdistaa elimistön sisäistä kelloa. Masentuneilla sisäinen kello aikaistuu liikaa tai on jatkuvasti myöhässä tai voi seilata edestakaisin, välillä edistäen, välillä jättäen. Tätä ilmiötä tutkitaan ahkerasti. Tiedossa on, että valoisan ajan lisääntyessä terveillä aivot alkavat tuottaa enemmän hermovälittäjäaine serotoniinia, mutta masentuneilla näin ei tapahdu. (Perttula 2012, 31.)

5.3 Vanhusten masennus

Masennus on iäkkäiden yleisin mielenterveydenhäiriö (Vallejo Medina 2007, 305; Heikkinen & Kauppinen 2008, 71; Peräköskei ym. 2010, 34), josta arvellaan kärsivän jopa 20 prosenttia yli 75-vuotiaista. Hoitamattomana masennus kroonistuu, huonontaa fyysistä toimintakykyä ja vaikeuttaa kuntoutumista. Kotihoidon vanhusasiakkaiden masennuksen tunnistamista vaikeuttavat alavireisyyden arvioiminen normaaliksi ikääntymiseen liittyväksi ilmiöksi (Saarenheimo & Arinen 2009, 209), mielenterveysongelmiin yhä liittyvä häpeä ja työntekijöiden puutteellinen osaaminen. (Peräköskei ym. 2010, 34.) Aromaa (2011) tutki väitöskirjassaan leimaavien asenteiden esiintymistä mielenterveyshäiriöistä kärsiviä kohtaan. Tuloksista ilmeni, että heihin liitettiin monia kielteisiä ominaisuuksia. Hänen mukaansa monet myös epäröivät hakea apua mielenterveyspotilaaksi leimaamisen pelossa. (Aromaa 2011, 17.)

Masennuksen tunnistamista vaikeuttaa myös oireiston moninaisuus ja fyysiseen terveydentilaan liittyvien tekijöiden keskeinen merkitys. Somaattiset oireet voivat olla etualalla, eikä vanhus välttämättä kerro alavireisestä mielialasta. Vanhukset voivat myös viestiä psyykkisistä oireista ruumiillisin ja käytännöllisin termein. He voivat puhua esimerkiksi kivuista, huonosta olostaa, väsymyksestä tai univaikeuksista. (Saarenheimo & Arinen 2009, 209–210.)

Masennus kokemuksena on samanlainen riippumatta ihmisen iästä. Olo tuntuu tyhjältä ja ilon tunne katoaa sekä jatkuva alakuloisuus aiheuttaa kärsimystä. Myös itsetuhoiset ajatukset ovat mahdollisia. (Heikkinen 2003, 87.) Masennus on monioireinen ongelma, ja usein siihen liittyy myös ahdistuneisuutta. Masennus ja ahdistuneisuus esiintyy

väkin usein samanaikaisesti ja useat masentuneet ovat myös ahdistuneita. Yksinäisiksi itsensä kokevilla on usein masennusoireita, mutta kaikki masennuksesta kärsivät eivät ole yksinäisiä. Näiden kahden tunteen välinen suhde on epäselvä. Yksinäisyys on masennuksen riskitekijä, mutta se voi olla myös masennuksen seurausta. (Heikkinen & Kauppinen 2008, 72.)

Kuten jo aiemminkin mainittiin, depression määrittely on ollut ja on edelleen ongelmallista. Tämän johdosta depression esiintyvyytiedot ovat vaihtelevia, joskus ristiriitaisiakin. (Saarenheimo & Arinen 2009, 218.) Teoksessaan *Vanhustenhoito*, Vallejo Medina ym. (2007) kertovat, että Suomessa yli 65-vuotiaiden lievät ja keskivaikeat masennukset ovat yleisiä: Miehistä 9,3 % ja naisista 13,6 % kärsii tämänasteisesta masennuksesta. Vakavista masennustiloista kärsii miehistä 2 % ja naisista 2,2 %. Jopa puolella pitkäaikaisesti laitoksissa olevilla vanhuksilla on todettu olevan masennusta. Ikääntyneiden itsemurhista noin 90 % liittyy masennukseen. (Vallejo Medina, ym. 2007 305.) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksessä Kivelä (2006) kertoo lievistä tai keskivaikeista masennustiloista kärsivän yli 65-vuotiaista miehistä 12,4 % ja naisista 14,9 %. Vakavista masennustiloista hänen mukaansa kärsii saman ikäryhmän miehistä 1,1 – 1,3 % ja naisista 2,3 – 2,7 %. (Kivelä 2006, 82.) *Mielenterveys* -lehden 1/2011 artikkelissa kerrotaan vakavista masennustiloista kärsivän yli 65-vuotiaista naisista noin 2 % ja miehistä noin 1 %. Keskivaikeasta tai lievästä masennustilasta kärsii naisista keskimäärin 15 % ja miehistä 12 %. Artikkelissa mainitaan myös, ettei ikääntyneillä ole mielenterveyden häiriöitä nuorempia enempää, mutta vanhuspotilaiden määrä kasvaa väestön ikääntymisen seurauksena. Psykiatriset ongelmat tunnustetaan terveydenhuollossa huonosti ja niiden hoito on puutteellista. (Ks. Suomen mielenterveysseura 2011, 23.)

Saarenheimo & Arinen (2009) kertovat ikäihmisten masennuksen psykososiaalista hoitoa käsittelevässä tutkimuksessaan, että arviolta jopa puolet mielenterveydellistä apua tarvitsevista vanhuksista jää Suomessa vaille asianmukaista hoitoa. Syynä tähän pidetään koulutuksen ja osaamisen puutteellisuutta sekä resurssien vähäisyyttä ja mielenterveysongelmien mieltämistä normaaliin vanhenemiseen kuuluvaksi. (Saarenheimo & Arinen 2009, 209.) Masennuksen tunnistaminen näyttäisi olevan haasteellista myös muissa maissa, ei ainoastaan Suomessa. Esimerkiksi Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin kotihoidon sairaanhoitajien valmiuksia tunnistaa vanhus-ten masennus, selvisi että puolet hoitajista eivät tunnista masennusta ja sen oireita

sellaisilla vanhuksilla jotka täyttivät masennuksen diagnostiset kriteerit (Brown, McAvay, Raue, Moses & Bruce 2003, 212–213).

Masennus määritellään potilaan oireiden ja ulkopuolisten tekemien havaintojen perusteella. Vanhuksen masennus voi ilmetä hänen ulkoisesta olemuksestaan ja käyttäytymisestään kumarana ryhtinä, hitaana ja laahustavana liikkumisena sekä surullisena ilmeenä. Vanhuksen puhe voi olla väritöntä ja negatiivista minäpuhetta, tai hän saattaa täysin lakata puhumasta. Vanhuksen mieliala vaihtelee vuorokaudenajan mukaan, aamut ja aamupäivät ovat vaikeimpia, iltapäivät helpompia. Masentunut vanhus ei pysty huolehtimaan omasta tai ympäristönsä siisteydestä, eikä myöskään ruoan valmistuksesta ja hän saattaa myös kieltäytyä ruoasta ja juomasta kokonaan. (Vallejo Medina ym. 2007, 304–305.)

Vanhuksen masennustilan tyypillisiä emotionaalisia oireita ovat: alakuloisuus, elämänilon kadotus, tyytymättömyys elämään, tyhjyys, yksinäisyys, toivottomuus, avuttomuus, sekä huonouden, hyödyttömyyden, syyllisyyden ja häpeän tunne. Pessimistinen asenne, huono itsetunto ja samojen asioiden mielessä vatkominen kuuluvat masentuneen vanhuksen oireisiin. Vanhuksella saattaa olla tunne, että hänen koko elämänsä on mennyt hukkaan. Nykyhetki tuntuu synkältä ja surkealta, tulevaisuus näyttää täysin toivottomana, sekä mieleen nousevat itsemurha-ajatukset ja toiveet kuolemasta. Erilaisten vanhuksen kokemuksia mittaavien testien avulla voidaan löytää merkkejä vanhuksen masennuksesta. Testien avulla selvitetään mm. mahdollisia fyysisiä oireita ja vanhuksen minäkäsitystä. (Vallejo Medina ym. 2007, 304–305.)

Erilaiset fyysiset oireet ovat yleisiä ja voivat peittää muut masennusoireet. Fyysisiin oireisiin kuuluvat paikalliset, paikkaa vaihtavat tai yleiset kivut, jotka tuntuvat koko kehossa. Masennustilasta saattavat viestiä voimakas väsymys, unihäiriöt, ruokahaluttomuus tai laihtuminen, jopa virtsankarkailu ja hiustenlähtö. Masentunut vanhus myös tuo yleensä painokkaasti esille jaksamattomuuttaan, muistamattomuuttaan ja kipujaan. Joskus vanhusten masennustilaan voi kuulua lievä muistin ja kognitiivisten kykyjen huonontuminen, jota kutsutaan pseudo- eli näennäisdementiaksi. Masennuksen fyysisten oireiden erottaminen fyysisten sairauksien oireista edellyttää kliinisiä tutkimuksia. (Vallejo Medina, ym. 2007, 305.)

Fyysiset sairaudet ja masennus kulkevat Kivelän (2006) mukaan iäkkäässä väestössä ”käsi kädessä”. Fyysiset sairaudet ja toimintakyvyn heikkeneminen sekä muut äkilliset

ja pitkäkestoiset elämänvaikeudet voivat laukaista masennustilan psyykkisenä häiriönä. Myös yksinäisyys tai pitkäkestoinen runsas alkoholinkäyttö voi altistaa masennustilan syntyä. (Kivelä 2006, 82–83.)

Vanhuksilla masennusoireet saattavat helposti peittyä muiden sairauksien taakse. So-maattiset oireet, jotka voivat johtua myös muista ikääntymisen tuomista ongelmista ovat yleisiä. Esimerkiksi kivut ja erilaisista vaivoista johtuva unettomuus ilman ma-sennusta on yleistä. Iäkkäillä myös esimerkiksi parkinsonismi, aivohalvaus, joskus diabetes ja sairauksien hoitoon tarkoitettut lääkkeet voivat aiheuttaa vaikeitakin ma-sennusoireita. Vanhuksilla masennus voidaan virheellisesti tulkita myös dementiaksi, mutta toisaalta muistihäiriöt voivat myös aiheuttaa masennusta. Diagnosointi onkin aina haastava tehtävä ja vaatii asiakkaille annettavaa riittävää aikaa sekä hoitohenkilö-kunnan aitoa kiinnostusta iäkkäiden hyvinvoinnista huolehtimiseen. (Heikkinen 2003, 88–89.)

Masennuksen riskiryhmässä olevien tunnistaminen on tärkeää, joita ovat esimerkiksi leskeytyneet, yksinäiset ja oman tai läheisen sairauden rasittamat vanhuset. Myös huono taloudellinen tilanne voi altistaa masennukselle. Masennuksen tunnistamiseksi yhteistyötä iäkkäiden, omaisten ja hoitohenkilöstön kesken tulisi tiivistää. Ennaltaeh-käisevät kotikäynnit riskiryhmiin kuuluvien luo voisivat auttaa masennuksen varhai- sessa tunnistamisessa. (Heikkinen 2003, 96.)

6 SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimussuunnitelma

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen ja tärkein vaihe on yksityiskohtai- sen tutkimussuunnitelman laatiminen, koska se ohjaa koko tutkimusprosessin etene- mistä. Suunnitelmassa määritellään tutkimuskysymykset ja menetelmät alkuperäistut- kimusten keräämiseksi, sekä kriteerit, joiden perusteella tutkimukset katsaukseen vali- taan. Lisäksi määritellään valittujen tutkimusten laatukriteerit sekä menetelmät näiden synteessille. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39.)

Aikaisempaa tutkimustietoa on oltava riittävästi, jotta voidaan laatia tutkimussuunni- telma ja muotoilla tutkimuskysymykset, sekä suunnitella hakustrategiat. Päällekkäi- syyksien välttämiseksi aiemmat aiheesta tehdyt systemaattiset kirjallisuuskatsaukset

on myös selvitettävä. Koska systemaattinen kirjallisuuskatsaus noudattaa tieteellisen tutkimuksen periaatteita, kuuluu sen kaikki vaiheet raportoida täsmällisesti. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39.)

6.2 Tutkimuskysymykset

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa määritetään selkeästi ja rajataan tarkasti se, mihin katsauksen avulla pyritään vastaamaan. Tutkimuskysymysten perustana toimivat tutkijan aiemmat tiedot aiheesta, sekä tutkimusintressit ja taustasitoumukset. Tutkimuskysymyksiä voi olla joko yksi tai useampia ja ne voivat olla vapaasti muotoiltuja, tai tarkkaan määriteltyjä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39–40.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymykset muotoutuivat teorian tiedon, sekä tutkijan kiinnostuksen pohjalta. Alustavia tutkimuskysymyksiä oli kolme, mutta työn edetessä ne tarkentuivat ja muokkautuivat. Keinot masennuksen ehkäisemiseksi päätettiin jättää tämän tutkimuksen ulkopuolelle ja päätettiin keskittyä masennuksen tunnistamisen keinoihin ja tunnistamisen ongelmiin. Lopullisia tutkimuskysymyksiä muodostui kaksi, jotka muuttuivat alustavista. Tutkimuskysymykset muuttuivat, koska teorian tietoon perehtyessä nousi esille masennuksen yleisyys vanhuksilla ja toisaalta masennuksen peittyminen tai selittäminen fyysisillä oireilla, jopa masennusoireiden määrittäminen normaaliin vanhenemiseen kuuluvaksi.

Kotihoidon asiakkaista valtaosa on vanhuksia, joita kotihoidon työntekijät kohtaavat päivittäisessä työssään. Vastuuhoitaja myös paneutuu asiakkaan asioihin kokonaisvaltaisesti. Tämä herättääkin kysymyksen: Mistä syystä vanhusten masennusta ei tunnisteta? Tämän opinnäytetyön tavoitteena on seuraavien tutkimuskysymysten avulla selvittää, millä keinoilla vanhusten masennus pystytään tunnistamaan kotihoidossa ja selvittää vanhusten masennuksen tunnistamisen ongelmia kotihoidossa, aiempaan tutkimustietoon perustuen.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten kotihoidon vastuuhoitaja voi eri keinoin tunnistaa vanhusten masennuksen?
2. Mitkä ovat vanhusten masennuksen tunnistamisen ongelmat kotihoidossa?

6.3 Alkuperäistutkimusten haku

Tutkimuskysymysten asettamisen jälkeen pohditaan ja valitaan menetelmät katsauksen tekoon. Tällöin pohditaan ja valitaan hakutermit, sekä valitaan tietokannat joihin haku kohdistetaan. (Johansson 2007, 6.) Alkuperäistutkimusten haun tulee perustua tutkimuskysymyksiin ja haku tulee suorittaa systemaattisesti ja kattavasti. Haku kohdistetaan tutkimussuunnitelman mukaisesti niihin tietolähteisiin, joiden oletetaan tarjoavan tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa. Haun tulee olla riittävän kattava, joten alkuperäistutkimuksia haetaan sähköisesti eri tietokannoista, sekä manuaalisesti täydentämään tietokantahakua. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40.)

Tietokantahaut perustuvat hakustrategioihin, jotka ovat eri tietokannoissa erilaiset, joten haut ja niiden rajaukset on määriteltävä kuhunkin erikseen. Manuaalisella haulla tarkoitetaan alkuperäistutkimusten etsimistä käsin erilaisista tutkimuskysymysten kannalta keskeisistä lähteistä kuten lehdet, teokset ja tutkimusrekisterit. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40–41.)

6.3.1 Käytetyt tietokannat

Tässä opinnäytetyössä tutkimusten systemaattinen haku sähköisesti on toteutettu käyttäen yliopistokirjastojen yhteistietokantaa Linda, kotimaista artikkeliviitetietokantaa Arto, sekä kotimaista terveystieteiden viitetietokantaa Medic.

Kansalliskirjaston internet -sivustolla kerrotaan hakuun käytetyistä Linda- ja Arto-tietokannoista seuraavasti:

”Linda on yliopistokirjastojen yhteistietokanta, joka sisältää Suomen kansallisbibliografian, sekä viitetiedot yliopistokirjastojen, Eduskunnan kirjaston, Varastokirjaston ja Tilastokirjaston tietokantoihin sisältyvistä kirjoista, aikakauslehdistä ja sarjoista, kirjoista, visuaalisesta aineistosta, arkistoista ja elektronisesta aineistosta.”

”Arto on uusien kotimaisten artikkelien viitetietokanta jossa on aineistoa kattavimmin 1990-luvun alusta, mutta vanhemmastakin aineistosta on viitteitä runsaasti. Arto sisältää artikkeleita yli 500:sta jatkuvasti ilmestyvästä aikakauslehdessä sekä artikkeliviitteitä lukemattomista muista lehdistä ja kokoomateoksista. Sisältää myös runsaasti linkkejä kokoteksteihin.” (Kansalliskirjasto, Linnea-yhteistietokannat.)

Helsingin yliopiston kirjaston internet -sivustolla kerrotaan hakuun sisällytetystä Medic-tietokannasta seuraavasti:

”Medic on kotimainen terveystieteellinen viitetietokanta, jota tuottaa Meilahden kampuskirjasto Terkko. Medic sisältää lääke-, hammaslääke- ja hoitotieteellisten julkaisujen lisäksi biotieteellistä kirjallisuutta, jolla on yhteyttä lääketieteeseen, sekä myös muiden alojen julkaisuja, jotka ovat sisällöltään sopivia. Sisältää kielestä riippumatta Suomessa ilmestyneitä julkaisuja.” (Helsingin yliopiston kirjasto, Meilahden kampuskirjasto Terkko.)

6.3.2 Hakusanat ja koehaku

Hakusanat tietokantahakuihin mietittiin tarkkaan käyttäen apuna VESA-verkkosanastosta YSA-yleistä suomalaista asiasanastoa, mahdollisimman monipuolisten synonyymien löytämiseksi. Molempiin tutkimuskysymyksiin on määritelty omat hakusanat, jotka löytyvät seuraavista taulukoista (taulukot 3 ja 4). Koehakua käytettiin tietokantoihin toteutettiin 31.10.2011. Ennen koehakua tässä opinnäytetyössä oli tarkoitus käyttää vain tietokantoja Arto ja Linda. Koehakujen perusteella mukaan valittiin kuitenkin myös Medic-tietokanta, koska siinä osumia tuottivat myös sellaiset hakusanat joilla Arto tai Linda ei löytänyt yhtään osumaa.

Koehakujen perusteella hakusanat muokkautuivat ja tarkentuivat. Hakusanoina päätettiin käyttämään erilaisia tämän tutkimuksen kannalta oleellisia yhdistelmiä. Näin siitä syystä, että esimerkiksi hakusana ”*kotihoito*” tuotti osumia Artossa ja Lindassa yhteensä 947 kappaletta ja hakusana ”*masennus*” puolestaan 1677 kappaletta. Medicissä hakusanat ”*vanhus ja masennus*” tuottivat tuloksia 355 kappaletta, joten resurssit eivät riitä kaikkien läpikäymiseen. Hakusanojen katkaisua päätettiin käyttää, jotta hakuun sisältyisi sanojen eri taivutusmuodot ja haku olisi näin mahdollisimman kattava. Hakusanan katkaisee Lindassa ja Artossa ?-merkki ja Medicissä *-merkki. Hakua täydennetään manuaalisella haulla eri lehdistä. Manuaaliseen hakuun sisällytetään Hoitotiede-, Tutkiva hoitotyö- ja Gerontologia -lehdet sekä Suomen lääkärilehti.

6.3.3 Sähköinen tiedonhaku

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen haku Arto- ja Linda-tietokantoihin toteutettiin 1.11.2011, sekä Medic-tietokantaan 2.11.2011 (taulukko 3). Toisen tutkimuskysymyksen haku Arto- ja Linda-tietokantoihin suoritettiin 22.11.2011, sekä Medic-

tietokantaan 23.11.2011 (taulukko 4). Käytetyt hakusanat, tietokannat ja tiedonhaun tulokset ilmenevät taulukoista 3 ja 4.

Taulukko 3. Hakusanat, käytetyt tietokannat ja tiedonhaun tulokset tutkimuskysymykseen: Miten kotihoidon vastuuhoitaja voi eri keinoin tunnistaa vanhusten masennuksen?

HAKUSANAT	LINDA	ARTO	MEDIC
kotihoi? vastuuh? vanhus? depress?	0	0	10
kotihoi? vastuuh? vanhus? masen?	0	0	10
kotisairaanh? vastuuh? vanhus? masen?	0	0	8
kotisairaanh? vastuuh? vanhus? depress?	0	0	8
kotihoi? masen? / kotihoi? depress?	8 / 4	2 / 3	28 / 28
kotihoi? masen? vanh? / kotihoi? depress? vanh?	6 / 2	2 / 2	10 / 10
kotihoi? vastuuh? / kotihoi? omah?	0 / 5	0 / 1	0 / 8
omah? depress? / omah? masen?	4 / 5	2 / 2	16 / 16
vastuuhoi?	8	0	12
masen? oire? tunnist? / depress? oire? tunnist?	1 / 1	0 / 0	9 / 9
vastuuh? depress? tunnist? / vastuuh? masen? tunnist?	0 / 0	0 / 0	0 / 0
omah? depress? tunnist? / omah? masen? tunnist?	0 / 0	0 / 0	0 / 0
vanh? masen? tunnist? / vanh? depress? tunnist?	5 / 4	4 / 2	13 / 13
masen? arvioi? kotihoi? / depress? arvioi? kotihoi?	3 / 0	0 / 0	4 / 4
ikäänty? masen? arvioi? / ikäänty? depress? arvioi?	3 / 0	0 / 0	23 / 23
kotisairaanh? masen? / kotisairaanh? depress?	2 / 1	0 / 0	21 / 21
Yhteensä	62	20	304

Taulukko 4. Hakusanat, käytetyt tietokannat ja tiedonhaun tulokset tutkimuskysymykseen: Mitkä ovat vanhusten masennuksen tunnistamisen ongelmat kotihoidossa?

HAKUSANAT	LINDA	ARTO	MEDIC
vanhus? masen? ongelma? / vanhus? depress? ongelma?	0 / 0	0 / 0	22 / 21
kotihoi? masen? ongelma? / kotihoi? depress? ongelma?	0 / 0	0 / 0	2 / 2
avohoi? masen? ongelma? / avohoi? depress? ongelma?	0 / 0	0 / 0	5 / 5
vastuuhoi? depress? ongelma?	0	0	0
vastuuhoi? masen? ongelma?	0	0	0
ikäänty? masen? ongelma? / ikäänty? depress? ongelma?	1 / 1	0 / 0	23 / 22
yksilövastui? hoitotyö? kotihoi?	0	0	0
kotihoi? mielenterv? / kotihoi? apa?	14 / 0	9 / 0	15 / 1
kotihoi? alakulo? / kotihoi? ahdistun?	0 / 0	0 / 0	3 / 0
kotisairaanh? mielenterv? / kotisairaanh? apa?	3 / 0	3 / 0	11 / 1
kotisairaanh? alakulo? / kotisairaanh? ahdistun?	0 / 0	0 / 0	2 / 0
Yhteensä	19	12	135

6.3.4 Manuaalinen tiedonhaku

Manuaalinen tiedonhaku *Hoitotiede-* ja *Tutkiva hoitotyö-*lehtiin toteutettiin 18.11.2011, sekä Suomen lääkirilehteen ja *Gerontologia-*lehteen 26.11.2011. Haku toteutettiin lukemalla lehtien vuosikertojen sisällysluetteloista otsikot. Hakukriteereinä pidettiin, että artikkelin otsikosta oli käytävä ilmi, käsittelee se vanhusten masennusta tai kotihoitoa, ja sen oli oltava suomenkielinen. Kokonaan luettaviksi valittiin ne, jotka täyttivät kriteerit. Kokonaan luettaviksi valikoitui yhteensä 22 artikkelia (taulukko 5).

Taulukko 5. Manuaalisen tiedonhaun kohteet ja otsikoiden perusteella valittujen artikkelien lukumäärät.

Lehti	Tulokset
Hoitotiede 1/2005 – 2/2011	7
Tutkiva hoitotyö 1/2005 – 2/2011	4
Suomen lääkärilehti 1 – 47/2011	1
Gerontologia 1/2005 – 1/2011	10
Yhteensä	22

6.4 Alkuperäistutkimusten valinta

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkimusten valintaa varten laaditaan tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit, eli edellytykset ja rajoitukset mukaan otettaville alkuperäistutkimuksille. Sisäänottokriteerit määritellään ennen varsinaista valintaa ja niiden tulee perustua tutkimuskysymyksiin. Niissä voidaan rajata esimerkiksi alkuperäistutkimusten lähtökohtia, tutkimusmenetelmää, -kohdetta tai -tuloksia. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.)

Tutkimusten valinta tapahtuu portaittain, vertaamalla hauissa saatuja tutkimuksia sisäänottokriteereihin. Valinta voidaan toteuttaa esimerkiksi siten, että aluksi kaikista tutkimuksista luetaan otsikot ja niiden perusteella hyväksytään kriteereitä vastaavat. Jos vastaavuus ei selviä otsikosta, valinta tehdään abstraktin tai koko tutkimuksen perusteella. Hyväksytyjen ja hylättyjen tutkimusten lukumäärät kirjataan ylös, sekä hylätyistä myös hylkäämisperuste. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.)

6.4.1 Sähköisten julkaisujen valinta

Alkuperäistutkimuksille ja artikkeleille määriteltiin tarkat edellytykset ja rajoitukset, joiden perusteella julkaisut joko hyväksytään tai hylätään. Julkaisujen sähköinen haku

tietokannoista antoi erittäin runsaasti osumia joita oli karsittava, joten tietokantahaun sisäänotto- ja poissulkukriteerit muodostuivat seuraavanlaisiksi:

1. Aikarajaus, eli tutkimukseen mukaan hyväksytään vain vuonna 2000 ja sen jälkeen ilmestyneet julkaisut, jotta aiheesta saadaan mukaan uusin tutkittu tieto.
2. Mukaan hyväksytään vain suomenkieliset julkaisut väärinymmärrysten välttämiseksi.
3. Otsikosta on käytävä ilmi, soveltuuko julkaisu tämän opinnäytetyön tutkimustarkoitukseen, eli käsitteleekö se vanhusten masennusta tai kotihoitoa.
4. Sama tutkimus tai artikkeli hyväksytään mukaan vain kerran, koska samankaltaisilla hakusanoilla samat tutkimukset voivat esiintyä useita kertoja.
5. Julkaisun on oltava tieteellinen tutkimus tai artikkeli.
6. Abstrakti on oltava luettavissa, jotta selviää, vastaako julkaisu tämän työn tutkimuskysymyksiin ja onko kohderyhmänä kotihoidon vanhusasiakkaat.

Sähköisten julkaisujen valinta aloitettiin 23.11.2011 ja materiaalin runsauden takia valintaa jatkettiin 29.11.2011. Sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla valikoitiin tähän opinnäytetyöhön sopivia artikkeleita tai tutkimuksia (taulukot 6 ja 7). Abstraktien lukua varten Arto tietokannasta jäi kriteerien läpi käymisen jälkeen 2 julkaisua ja Linda tietokannasta 6 julkaisua. Valituista ei kuitenkaan jäänyt yhtään julkaisua analysoitavaksi, koska joko kohderyhmä oli väärä tai julkaisu ei vastannut tutkimuskysymyksiin. Medic-tietokannasta jäi abstraktien lukua varten 9 julkaisua, joista hyväksyttiin 2 ja 7 hylättiin. Hylätyistä kahden abstraktia ei ollut luettavissa, muut hylätyt eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin tai kohderyhmä oli väärä.

Sähköisen tietokantahaun perusteella analysoitavaksi valikoitui yhteensä 2 tutkimusta. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen hakusanayhdistelmä depress? omah? tuotti yhden sisäänottokriteerit täyttävän tutkimuksen. Toisen tutkimuskysymyksen hakusanayhdistelmä kotihoi? mielenterv? tuotti yhden sisäänottokriteerit täyttävän tutkimuksen. Tutkimusten portaittainen valinta sisäänotto- ja poissulkukriteerien perusteella esitetään seuraavissa taulukoissa (taulukot 6 ja 7).

Taulukko 6. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tiedonhaun osumista sisäänotto- ja poissulkukriteerien perusteella hyväksytyjen tai hylättyjen julkaisujen lukumäärät.

RAJAUS	HYLÄTYT	HYVÄKSYTYT	
1. Aikarajaus vuodet 2000 – 2011	LINDA 23 ARTO 6 MEDIC 77	LINDA 39 ARTO 14 MEDIC 227	Tau- lukko 7. Toi- sen tutki- musky- symyk- sen tiedon- haun osumis- ta si- säänot- to- ja pois- sulku- kritee- rien
2. Suomenkieli	LINDA 2 ARTO 0 MEDIC 44	LINDA 37 ARTO 14 MEDIC 183	
3. Otsikko	LINDA 18 ARTO 10 MEDIC 156	LINDA 19 ARTO 4 MEDIC 27	
4. Sama julkaisu mukaan vain kerran	LINDA 9 ARTO 2 MEDIC 21	LINDA 10 ARTO 2 MEDIC 6	
5. Tieteellinen tutkimus tai artikkeli	LINDA 8 ARTO 1 MEDIC 1	LINDA 2 ARTO 1 MEDIC 5	
6. Abstrakti	LINDA 2 ARTO 1 MEDIC 4	LINDA 0 ARTO 0 MEDIC 1	
Hyväksytyjä yhteensä		1 kpl	

perusteella hyväksytyjen tai hylättyjen julkaisujen lukumäärät.

RAJAUS	HYLÄTYT	HYVÄKSYTYT
1. Aikarajaus vuodet 2000 – 2011	LINDA 10 ARTO 6 MEDIC 47	LINDA 9 ARTO 3 MEDIC 88
2. Suomenkieli	LINDA 0 ARTO 0 MEDIC 18	LINDA 9 ARTO 3 MEDIC 70
3. Otsikko	LINDA 3 ARTO 1 MEDIC 56	LINDA 6 ARTO 2 MEDIC 14

4. Sama julkaisu mukaan vain kerran	LINDA 0 ARTO 0 MEDIC 8	LINDA 6 ARTO 2 MEDIC 6
5. Tieteellinen tutkimus tai artikkeli	LINDA 2 ARTO 1 MEDIC 2	LINDA 4 ARTO 1 MEDIC 4
6. Abstrakti	LINDA 4 ARTO 1 MEDIC 3	LINDA 0 ARTO 0 MEDIC 1
	Hyväksytyjä yhteensä	1 kpl

6.4.2 Manuaalisesti haettujen tutkimusten valinta

Manuaalinen tiedonhaku lehtien sisällysluetteloiden otsikoiden perusteella tuotti tulokseksi 22 artikkelia, jotka luettiin läpi lopullista valintaa varten. Lukemalla artikkelit selvitettiin, oliko artikkelien kohderyhmänä kotihoito ja käsiteltiinkö niissä vanhusten masennusta. Valintakriteereinä pidettiin, että artikkelin oli oltava tieteellinen tutkimus tai artikkeli ja sama hyväksytään mukaan vain kerran. Aikarajaus oli määritelty jo tiedonhaku vaiheessa, koska hakuun ei ole sisällytetty ennen vuotta 2005 ilmestyneitä lehtiä. Myös kielirajaus oli määritelty jo tiedonhakuvaiheessa, koska mukaan seulottiin vain suomenkielisiä artikkeleita, väärinymmärrysten välttämiseksi.

Manuaalisen haun perusteella löytyneiden artikkeleiden valinta toteutettiin 30.11.2011 ja analysoitavaksi valikoitui Gerontologia -lehdestä 2 kriteerit täyttävää artikkelia (taulukko 8). Hylätyistä 3 ei ollut tieteellisiä, 1 oli jo valittu mukaan sähköisen haun kautta ja muissa oli joko väärä kohderyhmä tai niissä ei käsitelty vanhusten masennusta.

Taulukko 8. Manuaalisen tiedonhaun otsikoiden perusteella kokonaan luettaviksi valituista artikkeleista hylättyjen ja hyväksytyjen lukumäärät artikkelien lukemisen jälkeen.

Lehti	Hylätyt	Hyväksytyt
Hoitotiede	7	0
Tutkiva hoitotyö	4	0
Suomen lääkirilehti	1	0
Gerontologia	8	2
Hyväksytyt yhteensä		2

6.4.3 Täydentävä haku ja valinta

Analysoitavia tutkimuksia ja artikkeleita jäi sähköisen sekä manuaalisen valinnan jälkeen yhteensä vain neljä, joten hakua täytyi vielä täydentää. Hakua täydennettiin 30.11.2011 seulomalla Turun yliopiston ja Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen suomenkieliset pro gradu -tutkielmat (taulukko 11, sivu 35). Tampereen yliopiston tutkielmatiedot ovat tiedekunnittain ja laitoksittain vuoteen 2010 asti ja vuodesta 2011 alkaen tieteenalaysikön mukaan, joten vuoden 2011 pro gradu -tutkielmat seulottiin terveystieteiden yksiköstä.

Tutkielmista luettiin otsikot, joiden perusteella valittiin yhteensä 10 tutkimusta abstraktien lukua varten. Haku- ja valintakriteereinä pidettiin, että otsikosta oli käytävä ilmi käsitteleekö tutkielma vanhusten masennusta tai kotihoitoa ja sen oli oltava suo-

menkielinen. Abstraktien perusteella kokonaan luettavaksi valittiin yksi kotihoitoa käsittelevä tutkielma, joka pitkällisen pohdinnan jälkeen päätettiin hyväksyä analysoitavaksi. Hyväksytty tutkielma ei suoranaisesti käsittele vanhusten masennusta, mutta vastaa toiseen tutkimuskysymykseen, joten se päätettiin hyväksyä. Hylätyissä tutkielmissa joko kohderyhmä oli väärä tai vanhusten masennusta ei käsitelty, eikä tutkimuskysymyksiin saatu vastausta.

Täydentävää hakua jatkettiin sähköisesti 14.12.2011 seulomalla Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksen pro gradu -tutkielmat vuosilta 2000–2011 (taulukko 11, sivu 35). Valintakriteerien perusteella valikoitui 7 tutkielmaa abstraktien lukua varten, joista analysoitavaksi valittiin yksi kriteerit täyttävä tutkielma. Kolmessa abstrakti ei ollut luettavissa ja kolme muuta ei vastannut tutkimuskysymyksiin tai kohderyhmä oli väärä.

Täydentävää hakua jatkettiin sähköisesti 19.12.2011 seulomalla Itä-suomen yliopiston UEF Electronic Publications -julkaisuarkiston pro gradu -tutkielmat (taulukko 9). Tämä haku tuotti yhden analysoitavan tutkielman (taulukko 10).

Täydentävää sähköistä hakua jatkettiin jälleen 20.12.2011 seulomalla Tampereen yliopiston tutkielmatietokannan pro gradu -tutkielmat (taulukko 9). Tämä haku tuotti vielä yhden analysoitavan tutkielman (taulukko 10). Molempiin hakuihin sisällytettiin tämän opinnäytetyön kannalta oleelliset hakusanat (taulukko 9). Vuosirajaus jätettiin molemmissa hauissa pois, jotta nähtiin, onko ennen vuotta 2000 julkaistu tämän työn kannalta oleellisia tutkimuksia.

Valintakriteereinä julkaisuille pidettiin:

1. Otsikon on oltava suomenkielinen, josta ilmenee käsitteleekeä tutkielma vanhusten masennusta tai kotihoitoa.
2. Sama tutkielma hyväksytään mukaan vain kerran.
3. Abstrakti on oltava luettavissa ja siitä on selvittävä, käsitteleekeä tutkielma vanhusten masennusta ja onko kohderyhmänä kotihoidon vanhusasiakkaat.

Taulukko 9. Täydentävän sähköisen haun hakusanat, kohteet ja osumien lukumäärät

Hakusanat	Itä-suomen yliopiston julkaisuarkisto, UEF Electronic Publications	Tampereen yliopiston tutkielmatietokanta, pro gradu -tutkielmat
masennus	98	32
depressio	28	5
kotihoito	25	18
vanhus	59	20
iäkäs	42	3
vastuuhoitaja	1	0
omahoitaja	16	11
Yhteensä	269	89

Taulukko 10. Täydentävän sähköisen valinnan tulokset, eli hyväksytyjen ja hylättyjen julkaisujen lukumäärät valintakriteerien läpikäymisen jälkeen

Kriteerit	Itä-suomen yliopiston julkaisutietokanta UEF Electronic Publications	Tampereen yliopiston tutkielmatietokanta
Otsikko	Hylätty 245 Hyväksytty 24	Hylätty 85 Hyväksytty 4
Sama julkaisu mukaan vain kerran	Hylätty 21 Hyväksytty 3	Hylätty 2 Hyväksytty 2
Abstrakti	Hylätty 2 Hyväksytty 1	Hylätty 1 Hyväksytty 1
	Hyväksytty yhteensä	2

Taulukko 11. Yhteenveto täydentävän haun kohteista ja tuloksista

Hakukohde	Abstraktien lukuun valitut	Hylätyt	Hyväksytyt
Turun yliopisto, hoitotieteen laitos, pro gradu -tutkielmat vuodet 2005-2011.	4	4	0
Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, pro gradu -tutkielmat vuodet 2000-2010 ja terveystieteiden yksikkö, pro gradu -tutkielmat vuodelta 2011.	6	5	1
Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos, pro gradu -tutkielmat vuodet 2000-2011	7	6	1
Itä-suomen yliopiston julkaisuarkisto, UEF Electronic Publications, pro gradu -tutkielmat	15	14	1
Tampereen yliopiston tutkielmatietokanta, pro gradu -tutkielmat	4	3	1
Hyväksytyt yhteensä			4

6.5 Alkuperäistutkimusten laadun arviointi

Ennen lopullista valintaa ja analysointia on systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sisällytettävien tutkimusten laadun arviointi tärkeä osa katsauksen tekoa. Olemassa on erilaisia mittareita ja kriteeristöjä, jotka ovat tässä vaiheessa tärkeitä apuvälineitä systemaattisuuden takaamiseksi. (Johansson 2007, 6.) Tutkimusten laadun arviointi voi olla vaikeaa ja ristiriitaista. Arvioinnissa tulisikin käyttää mahdollisimman luotettavaa mittaria tai kriteereitä. Laadun arvioinnin vaihe on vaativa ja aikaa vievä vaihe, mutta ainoastaan se ja laadukkaiden tutkimusten valikoituminen katsaukseen tuottaa luotettavaa ja oikeaa tutkimustulosta. (Kontio & Johansson 2007, 107.) Suomen Sairaanhoidajaliitto on julkaissut arviointiperusteet, joiden avulla voidaan arvioida katsausartikkelit, kokeellinen ja kvasikokeellinen tutkimus, kuvaileva määrällinen ja korrelatiivinen tutkimus sekä laadullinen tutkimus. Arviointiperusteissa eri tutkimustyyppjä arvioidaan samanlaisen rakenteen avulla. (Kontio & Johansson 2007, 103.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimusten ja artikkelien laadun arviointiin käytettiin Suomen sairaanhoitajaliiton julkaisemia tutkimuksen arviointiperusteita hieman muokattuna (liite 3). Laatua arvioitiin 15-kohtaisella mittarilla, jossa vastausvaihtoehdot olivat kyllä, ei ja ei tietoa. Laatuksiterinä pidettiin, että kyllä-vastauksia täytyi olla enemmän kuin ei-vastauksia, tai ei-tietoa-vastauksia. Arviointiperusteissa käytiin läpi tutkimuksen tausta ja tarkoitus, aineisto ja menetelmät, luotettavuus ja eettisyys, tulokset ja johtopäätökset sekä kokonaisarvio. Lisäksi arvioitiin vielä kertaalleen sopivuus tähän opinnäytetyöhön, eli saadaanko tutkimuskysymyksiin vastaus.

Laadun arvioinnin perusteella päädyttiin hylkäämään kolme tutkimusta (liite 2). Kahdessa hylätyssä artikkelissa laatuksiterit eivät täytyneet riittävästi, vaikka tutkimuskysymyksiin saatiinkin vastaus. Yksi hylätyistä oli pro gradu -tutkielma, jossa laatuksiterit täytyivät muuten hyvin, mutta sisällön riittävyttä ei ollut arvioitu, vaikka otoskoko oli pieni. Tuloksia oli myös yleistetty, vaikka otoskoko oli vain kymmenen haastateltua. Tutkimus ei myöskään suoranaisesti käsitellyt vanhusten masennusta ja aineiston analysointi perustuisi liikaa tutkijan omaan tulkintaan vanhusten masennuksen tunnistamisesta. Tutkimuksen mukaanottoa pohdittiin pitkään jo aiemmin ja silloin tutkimus päätettiin hyväksyä laadun arviointiin. Hylättyjä tutkimuksia voidaan kuitenkin hyödyntää teoriaosiossa. Kolmen tutkimuksen hylkääminen johti siihen, että täydentävää hakua on vielä jatkettava.

6.6 Jatkoa täydentävään hakuun, valintaan ja laadun arviointiin

Täydentävää hakua jatkettiin jälleen 24.1.2012. Nyt käytiin läpi ainoastaan eri yliopistojen väitöskirjaluetteloita, koska väitöskirja on yleensä luotettava ja laadukas tutkimus. Väitöskirjoista luettiin otsikot, josta oli käytävä ilmi, käsitelläänkö tutkimuksessa vanhusten masennusta tai kotihoitoa. Jos otsikko viittasi vanhusten masennukseen tai kotihoitoon, luettiin abstrakti, jotta sopivuus tähän opinnäytetyöhön selvisi.

Haut eri yliopistojen väitöskirjaluetteloista toteutettiin seuraavasti:

- Oulun yliopisto, terveystieteiden laitos, väitöskirjat vuosilta 1998–2009. Otsikoiden perusteella kolmesta luettiin abstrakti. Kaksi hylättiin, koska eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin ja näistä toinen on hylätty jo aiemminkin manuaalisessa haussa. Yksi päätettiin hyväksyä, koska se käsittelee niin laajasti masennuksen tunnistamista, vaikka onkin vuodelta 1999.

- Turun yliopisto, hoitotieteen laitos, väitöskirjat vuosilta 2000–2011. Ei löytynyt yh-

tään kriteereihin sopivaa otsikkoa.

- Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, väitöskirjat vuosilta 1999–2011. Otsikoiden perusteella abstrakti luettiin kahdesta. Abstraktin perusteella toinen hylättiin, koska ei käsitelty masennusta. Toisesta luettiin myös koko teksti ja se päätettiin hyväksyä.

- Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos, väitöskirjat vuosilta 1999–2011. Otsikoiden perusteella abstrakti luettiin yhdestä. Tutkimus hylättiin, koska se ei käsitellyt masennusta.

- Jyväskylän yliopiston kaikki väitöskirjat vuosilta 2003–2012. Otsikoiden perusteella abstrakti luettiin neljästä. Kaikki hylättiin, koska masennusta ei käsitelty tai kohderyhmä oli väärä.

- Lapin yliopiston kaikki väitöskirjat vuosilta 2005–2012. Otsikoiden perusteella abstrakti luettiin kahdesta ja toisesta myös koko teksti, koska abstraktista ei selvinnyt tutkimuksen kohderyhmä. Molemmat hylättiin, koska eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Toinen ei käsitellyt masennusta ja toisessa oli väärä kohderyhmä.

Taulukko 12. Väitöskirjojen hakukohteet ja hakujen tulokset

Hakukohde	Abstraktien lukuun valitut	Hylätyt	Hyväksytyt
Oulun yliopisto, terveystieteiden laitos, väitöskirjat vuosilta 1998–2009	3	2	1
Turun yliopisto, hoitotieteen laitos, väitöskirjat vuosilta 2000–2011	0	0	0
Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, väitöskirjat vuosilta 1999–2011	2	1	1
Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos, väitöskirjat vuosilta 1999–2011	1	1	0
Jyväskylän yliopiston kaikki väitöskirjat vuosilta 2003–2012	4	4	0
Lapin yliopiston kaikki väitöskirjat vuosilta 2005–2012	2	2	0
Hyväksytyt yhteensä			2

Laadun arviointiin hyväksyttiin siis kaksi väitöskirjaa. Väitöskirjojen laatu arvioitiin samalla 15-kohtaisella mittarilla, jota käytettiin aikaisemmin muiden tutkimusten laadun arvioinnissa (liite 3). Molempien väitöskirjojen laatukriteerit täyttyivät hyvin ja molemmat vastasivat kumpaankin tutkimuskysymykseen, joten väitöskirjat valittiin myös analysoitavaksi (liite 1).

6.7 Yhteenveto analysoitavaksi valituista artikkeleista ja tutkimuksista

Tutkimusten haku-, valinta- ja laadun arviointiprosessi oli pitkä ja aikaa vievä, mutta haku on tehty kattavasti eri tietolähteisiin. Kaikki haut tuottivat yhteensä seitsemän tähän kirjallisuuskatsaukseen analysoitavaksi sopivaa tutkimusta tai artikkelia. Analysoitavaksi valitut tutkimukset esitellään liitetaulukossa (liite 1). Tutkimuksista kaksi on väitöskirjaa, neljä pro gradua ja yksi tutkimusartikkeli.

Kotihoidon vastuuhoidajuudesta ei löytynyt yhtään tutkimusta, joten siltä osin tämä tutkimus jää puutteelliseksi ja vastuuhoidajuus jää tässä opinnäytetyössä ainoastaan käsitteen määrittelyksi. Analysoitavaksi valitut tutkimukset ovat sellaisia, että ne antavat kuitenkin vastauksen tutkimuskysymyksiin, niin kotihoidon vastuuhoidajan, kuin muunkin hoitohenkilöstön näkökulmasta.

6.8 Alkuperäistutkimusten analysointi ja tulosten esittäminen

Aineiston analysoinnin ja tulosten esittämisen tarkoituksena on vastata mahdollisimman kattavasti, objektiivisesti, ymmärrettävästi ja selkeästi tutkimuskysymyksiin. Analyysitavan valintaan vaikuttavat tutkimuskysymysten lisäksi alkuperäistutkimusten luonne, lukumäärä, laatu ja heterogeenisyys. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43.)

Analysointitapoja on erilaisia. Jos aineisto on lukumäärältään pientä ja laadultaan eritasoista on analysoitavaksi mielekästä valita kuvaileva synteesi. Siinä kuvataan tulokset ja ilmeiset yhtäläisyydet sekä erot. Jos mahdollista, tähän osallistuu vähintään kaksi toisistaan riippumatonta arvioijaa. Tärkeintä on esittää tulosten analyysi ja varoa ylitulkintaa. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43.) Mikäli samanlaisia tai lähes samankaltaisia tutkimuksia on useita, on mahdollista esittää niin kutsuttu meta-analyysi. Meta-analyysi on korkeatasoinen systemaattisen katsauksen yhteenveto riittävän samankaltaisista tutkimuksista, jotta niiden tulokset ovat vertailtavissa. (Salanterä & Hupli 2003, 37.) Paljon käytetty menetelmä hoitotieteellisissä tutkimuksissa ja hoitotieteen

opinnäytetöissä on sisällön analyysi, sitä voidaan käyttää mm. raporttien, kirjojen, artikkelien ja muun kirjallisen materiaalin analysointiin. Menetelmän avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Menetelmällä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analyysin laatimiseen ei ole olemassa erityisiä sääntöjä, vaan tiettyjä ohjeita prosessin etenemisestä. Sisällön analyysi voidaan laatia joko induktiivisesti eli aineistolähtöisesti, tai jostain aiemmasta käsitejärjestelmästä eli deduktiivisesti. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4–5.)

Tässä opinnäytetyössä kerätty aineisto arvioidaan sisällön analyysi menetelmällä induktiivisesti, eli aineistolähtöisesti. Analyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen, jonka valintaa ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Analyysiyksikkö voi olla esimerkiksi yksi sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Tässä opinnäytetyössä analyysiyksikkönä päätettiin käyttää lauseita. Analyysiyksiköksi valittiin lauseet, koska tutkimuskysymyksiin haettiin aineistosta vastausta ja pidempiä lauseita käytettäessä asiayhteys ei katoaisi. Analyysiprosessi etenee vaiheittain, aineiston pelkistämisestä ryhmittelyyn ja abstrahointiin, eli käsitteellistämiseen (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5).

Alkuperäinen ilmaisu → Pelkistetty ilmaisu → Alakategoriat → Yläkategoriat →
Yhdistävä kategoria

Aluksi aineistosta etsitään alkuperäisiä ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimuskysymyksiin, eli aineistolta kysytään tutkimuskysymyksiä. Löydetyt ilmaisut pelkistetään ja pelkistetyt ilmaisut kirjataan mahdollisimman tarkkaan samoilla termeillä kuin teksti on aineistossa (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5).

Alkuperäisilmaisujen etsiminen aineistosta

Tässä opinnäytetyössä aineiston analyysi aloitettiin tutkimusten huolellisella lukemisella useaan kertaan. Lukemisen yhteydessä tekstiin tehtiin alleviivauksia niihin lauseisiin tai lauseen osiin, jotka antoivat vastauksia tutkimuskysymyksiin. Kaikki tutkimukset antoivat vastauksia molempiin tutkimuskysymyksiin, joten tätä hyödynnettiin, riippumatta siitä kumpaan tutkimuskysymykseen tutkimus oli alun perin valittu. Alleviivaukset aineistoon tehtiin kumpaankin kysymykseen omalla värillä, jotta ne olisi myöhemmin helppo poimia tekstistä. Aineiston lukemista ja tutkimuskysymysten ky-

symistä aineistosta jatkettiin, kunnes vastauksia ei enää saatu. Seuraavaksi tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaisut poimittiin aineistosta ja kirjoitettiin ylös. Kummastakin tutkimuskysymyksestä tehtiin oma analyysirunko, johon poimittiin aineistosta löydetyt tutkimuskysymykseen vastaavat lauseet tai lauseen osat, eli alkuperäisilmaisut.

Pelkistäminen

Alkuperäisilmaisujen ylös kirjaamisen jälkeen lauseet pelkistettiin lyhyemmiksi. Pelkistämistä ohjasivat tutkimuskysymykset. Alkuperäisilmaisut olivat melko pitkiä, jottei asiayhteys katoaisi. Myös pelkistetyt lauseet jäivät tästä syystä melko pitkiksi ja yhdestä alkuperäisilmaisusta saattoi muodostua useampi pelkistetty ilmaisu. Alkuperäisilmaisujen pelkistämistä on esitelty laajemmin liitteissä (liite 4, liite 5). Seuraavassa muutama esimerkki pelkistämisestä:

Alkuperäinen ilmaisu

Pelkistetty ilmaisu

”...kyllä mä siitä oon aina lähtenyt, että somaattinen asia kuitenkin katotaan sieltä taustalta pois, että onko tosiaan niskat jumissa tai onko maha, miksi se maha on kipee. Että ei niinku lähtis sitä vähättelemään sitten että se on ihmisen todellinen asia kuitenkin...”

- somaattisten oireiden hoito
- ei vähätellä kipua
- kipu todellinen oire

Hoitajat arvioivat depression olevan selkeästi havaittavissa jo asiakkaan ulkoisessa olemuksessa.

- oireena ulkoinen muutos
- havainnot ulkoisessa olemuksessa

Potilas ei useimmiten viesti mielihyvän ja elämänhalun puuttumista verbaalisesti

- puutteet potilaan viestinnässä
- oireista ei kerrota

Suurimmaksi ongelmaksi vanhuksat kokivat hoitohenkilökunnan kiireen ja vaihtuvuuden

- hoitajien kiire
- hoitajien vaihtuvuus

Ryhmittely eri kategorioihin

Seuraavaksi pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin. Ryhmittelyssä yhdistettiin pelkistetyistä ilmaisuista ne asiat, jotka näyttivät kuuluvan yhteen, eli samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samaan kategoriaan ja nimettiin sisältöä hyvin kuvaavasti. Tässä vaiheessa tutkija käyttää jo tulkintaansa päättäessään, mitkä asiat yhdistetään samaan alakategoriaan, joten tähän vaiheeseen liittyy jo abstrahointia. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6.) Otteita ryhmittelystä esitellään liitteissä (liite 6 ja liite 7). Seuraavaksi saman sisältöiset kategoriat yhdistettiin yläkategorioiksi, jotka nimettiin sisältöä hyvin kuvaavaksi, eli niitä alakategorioita, joista yläkategoria on muodostettu. Yläkategorioista muodostettiin vielä yhdistävät kategoriat, jonka jälkeen abstrahointia ei ollut enää mielekäästä jatkaa, koska yhdistäviä kategorioita oli määrällisesti vähän. Abstrahointia voidaan jatkaa niin kauan kuin se sisällön kannalta on mielekäästä ja mahdollista. (Ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7.)

Kysymykseen miten kotihoidon vastuuhoidtaja voi eri keinoin tunnistaa vanhusten masennuksen, saatiin alkuperäisilmaisuja 120 kappaletta. Pelkistämisen jälkeen ryhmiteltiin 33 alakategoriaa, joista yhdistyi 11 yläkategoriaa, jotka muodostivat 4 yhdistävää kategoriaa (liite 8). Kysymykseen mitä ongelmia vanhusten masennuksen tunnistamisessa on kotihoidossa, saatiin alkuperäisilmaisuja 75 kappaletta. Pelkistämisen jälkeen ryhmiteltiin 16 alakategoriaa, joista yhdistyi 7 yläkategoriaa, jotka muodostivat 4 yhdistävää kategoriaa (liite 8).

7 TULOKSET

Tässä luvussa käydään läpi sisällön analyysin avulla saadut keskeiset tulokset. Luvussa 7.1 esitetään vanhusten masennuksen tunnistamisen keinoja kotihoidossa ja luvussa 7.2 esitetään vanhusten masennuksen tunnistamisen ongelmia kotihoidossa. Yhteenveto tulosten muodostumisesta esitetään liitteenä (liite 8).

7.1 Vanhusten masennuksen tunnistamisen keinoja kotihoidossa

7.1.1 Oireiston monimuotoisuuden ymmärtäminen

Tulosten perusteella keskeisenä tekijänä vanhusten masennuksen tunnistamisessa on oireiston monimuotoisuuden ymmärtäminen. Masentuneilla kivut voivat olla jatkuvia

ja niiden kokeminen voimakasta. Kivut voivat olla fyysisiä tai psyykkisiä, ja niitä on vaikea erottaa toisistaan. (Rytinki 2008, 59.) Masennuksen tunne voi olla myös ohimenevä reaktio esimerkiksi suruun, eikä tällöin välttämättä vaadi toimenpiteitä. Nikulan (2002) tutkimuksen mukaan vain yhdellä viidestä ikääntyneestä elämän surut ilmenevät masentuneisuutena ja neljä viidestä sopeutuu kokemuksiinsa muutoksiin masentumatta (Nikula 2002, 56). Valta (2008) toteaa tutkimuksessaan, että iäkkäät kokevat eriasteista masentuneisuutta joko ajoittain tai jatkuvasti. Ajoittaista masennusta liittyy yksinäisyyden tunteeseen, kipuihin ja huonoon kuntoon. Ahdistava masennus ilmenee raskaina ajatuksina ja toivotaan haudan lepoon pääsemistä. (Valta 2008, 90.)

Asiakkaiden yleinen tapa ilmaista masennusta ovat erilaiset somaattiset oireet, joiden ottaminen vakavasti ja tutkiminen on erittäin tärkeää (Kokko 1999, 94). Masennuksen diagnosoinnissa, hoidossa ja ennaltaehkäisyssä tulisi ottaa huomioon masentuneiden usein huonommaksi kokema terveys. (Ylönen 2011, 42; Nikula 2002, 50.) Myös päivittäisen toimintakyvyn vajauksen ja masennuksen välillä on selkeä yhteys (Nikula 2002, 50).

Masennuksen oirekirjo on hyvin laaja ja tietämys laajasta oirekirjosta voi tulosten mukaan edesauttaa masennuksen tunnistamisessa. Yleisimpinä masennuksen oireina kuvattiin mielialan lasku sekä elämänilon ja mielihyvän tunteen väheneminen. Keskeisinä oireina pidettiin myös muutoksia vireystilassa, kuten unihäiriöitä ja väsymystilaa. Selvinä masennuksen oireina pidettiin ulkoisen olemuksen muutoksia ja sosiaalisten suhteiden kapeutumista. Myös epämääräisten somaattisten oireiden taustalla arveltiin usein olevan masennus. (Kokko 1999, 78.) Nikulan (2002) tutkimuksessa koetusta masennuksen oireista kysyttiin luettelolla. Hänen tutkimuksessaan iäkkäiltä kysytyt oireet olivat: päänsärky, muistin heikkeneminen, ruokahalun puute, sydänvaivat, närästys, mahakivut, ripuli, painajaiset, nukahtamisvaikeudet, huimauksen tunne, sydämentykytys, käsien vapina, runsas hikoilu ilman ruumiillista rasitusta, hengitysvaikeudet tai hengenahdistus ilman ruumiillista rasitusta, haluttomuus ja voimattomuus, väsymys ja heikkouden tunne, jännittäminen ja hermostuneisuus, ärtyisyys tai vihanpuuskat, alakuloisuus tai masennus, ummetus, särky tai kipu nivelissä tai selkävaivat, merkittävät muutokset painossa, jano tai runsaat virtsamäärät, ajoittainen tuntoaistin, liikuntakyvyn tai puhekyvyn katoaminen. Oireiden kokemista kysyttiin viimeisen kahden viikon ajalta ja satunnainenkin oireiden esiintyvyys luokiteltiin oirelevien joukkoon. (Nikula 2002, 39.)

Masennuksen tunnistamiseksi tärkeää on asiakkaan kanssa keskustelu, kysely, havainnointi ja arviointi. Tärkeää on huomioida myös toimintakyvyn rajoitusten ja fyysisten sairauksien yhteys masentuneisuuteen (Nikula 2002, 55). Kokon (1999) tutkimuksen mukaan luonteva tilaisuus aloittaa keskustelu mielialaongelmista oli uupumiseen ja nukkumiseen liittyvät kysymykset. Ensimmäinen tunnistettava masennusoire voi usein olla vireystilan muutokset, josta myös asiakas itse voi olla huolissaan. (Kokko 1999, 77.) Kokon (1999) tutkimuksessa hoitajat kertoivat, että masentuneen asiakkaan kohdatessaan he pyrkivät viestimään verbaalisesti tai nonverbaalisesti, että asiakas voi puhua masennuksestaan, tai aloittivat keskustelun itse (Kokko 1999, 98).

Nikulan (2002) tutkimuksessa arvioitiin GDS5-mittarin (Geriatric Depression Scale) luotettavuutta ikäihmisten masennuksen arviointivälineenä. Tulokset antoivat viitteitä mittarin luotettavuudesta, mutta mittarin käyttöön liittyi kuitenkin epävarmuustekijöitä. Masentuneisuudesta voi kuitenkin olla hyödyllistä kysyä suorilla kysymyksillä, sekä erilaisten mittarien avulla. (Nikula 2002, 53.) Rytinki (2008) käytti tutkimuksessaan SCHDE-mittaria (Self-Care of Home Dwelling Elderly) tarkastellessaan masennuksen ja itsestä huolenpidon välistä yhteyttä, sekä GDS30-mittaria (Geriatric Depression Scale) masennuksen arviointiin (Rytinki 2008, 3). Rytinki (2008) toteaa tutkimuksessaan, että ikääntyvillä masennus aiheuttaa itsestä huolenpidon laiminlyömistä ja lisää syrjäytymisen riskiä. Kotona asuvien ikääntyvien masennuksen ja itsestä huolenpidon välisen yhteyden arvioiminen ja tunnistaminen auttavat hoitohenkilökuntaa hoidon kohdentamisessa esimerkiksi kotihoidossa. (Rytinki 2008, 61.) Käyttämistään mittareista Rytinki (2008) kertoo GDS-mittarin olevan selkeä ja helppokäyttöinen, kun taas SCHDE-mittarin hän kertoo olevan laaja ja osittain vaikeaselkoinen, mikä tulee ottaa huomioon sen käytössä (Rytinki 2008, 63).

7.1.2 Hoitajan kiinnostus mielialatekijöihin

Ratkaisevana tekijänä masennuksen tunnistamisessa somaattista hoitotyötä tekevällä on kiinnostus mielenterveysasioihin. Tällöin mielialatekijät tulee huomioitua ja niistä myös mahdollisesti haettua tietoa. (Kokko 1999, 86.) Hoitajalta vaaditaan myös tilanetajua ja herkkyyttä arvioida asiakkaan kannalta luonteva keskustelutilanne. Hoitajan kyky toimia tilanteen mukaan ja asiakkaan toiveita kunnioittaen on tärkeää hyvän hoitosuhteen kannalta. (Kokko 1999, 89.) Valta (2008) toteaa tutkimuksessaan, että eri-

tyistä huomiota vaatii ihmisten yksilöllisyyden ja oman kokemuksen ottaminen hoitotyön lähtökohdaksi (Valta 2008, 130).

Somaattisista oireista keskusteleminen voi toimia keinona lähestyä depressiivistä asiakasta. On hyvä myös tiedostaa somaattisen sairastamisen ja masennuksen välinen yhteys. (Kokko 1999, 90; Rytinki 2008, 59.) Masennus voi olla somaattisten sairauksien seurausta tai myös oire somaattisista sairauksista (Kokko 1999, 76). Hoitajan taito kuunnella, luottamuksellisuus ja psyykkisten sekä somaattisten ongelmien vakavasti ottaminen vaikuttavat ratkaisevasti hoitoprosessin käynnistymiseen (Kokko 1999, 91).

7.1.3 Tilannearvio ja yhteistyö

Masennusta epäiltäessä on tärkeää tehdä kokonaisvaltainen tilannearvio asiakkaan, hänen läheistensä sekä hoitotiimin kesken. Yhteistyön edistäminen asiakkaiden, omaisten ja hoitotiimin kesken voisi saada aikaan myönteistä muutosta kotihoitotyökentelyssä (Muurinen & Raatikainen 2005, 21). Kokon (1999) tutkimuksessa hoitajat kertoivat, että kotikäynneillä on luonnollista tutustua asiakkaalle läheisiin ihmisiin ja ottaa heidät mukaan hoitoprosessiin. Hoitajat näkivät läheisten mukaanoton hoitoon, asiakkaan niin halutessa, hoitoprosessia edistävänä ja masennuksen syitä sekä seurauksia selventävänä työmuotona. (Kokko 1999, 94.)

Kotihoidon tiimiä varten, johon kuuluu myös asiakas, tarvittaisiin kokonaisvaltaista ja yhteistä hoidon suunnittelun ja arvioinnin mallia. Yhteisen mallin avulla voisi tuoda esiin iäkkäiden päivittäisen suoriutumisen monimuotoisuus ja oleelliset tekijät jo hoitotyön koulutuksessa (Valta 2008, 130). Valta (2008) esittää tutkimustulostensa pohjalta, että moniammatilliselle hoitotiimille, johon kuuluu myös asiakas, tulisi etsiä yhteinen kieli hoidon tueksi (Valta 2008, 132).

Vanhuksille on tärkeää, ettei hoitaja vaihdu, koska sosiaalinen kanssakäyminen tutun työntekijän kanssa on helpompaa. Vanhus arvostaa avoimuutta ja palveluallttiutta, luottamusta ja hienotunteisuutta, mutta ymmärtää myös työn vaativuuden ja kiireen. (Ikonen 2011, 52.) Omahoitajakäytäntö mahdollistaa pitkän hoitosuhteen ansiosta henkistä ja sosiaalista tukea tarvitsevien asiakkaiden, kuten masentuneiden, tunnistamisen ja auttamisen (Muurinen & Raatikainen 2005, 20). Muutokset tutun asiakkaan käytöksessä tai ulkoisessa olemuksessa havaitaan helpommin. Depression mahdolli-

suutta on syytä epäillä, jos asiakas haluaa pysytellä omissa oloissaan eikä häntä saa liikkeelle sängystä tai kotoa. (Kokko 1999, 77.)

7.1.4 Masennukseen liittyvien tekijöiden tunteminen

Masennusta epäiltäessä on tärkeää huomioida masennukselle altistavien tekijöiden olemassaolo. Monet masennukseen yhteydessä olevat tekijät voivat kuitenkin olla sekä masennuksen syitä, että seurauksia. Tiedostamalla masennukseen liittyvät tekijät, masennusriskissä olevat ja masennuksesta kärsivät iäkkäät voidaan tunnistaa paremmin. (Ylönen 2011, 41.) Ikääntyvien kohdalla masennus aiheuttaa itsestä huolenpidon laiminlyömistä ja lisää syrjäytymisen riskiä. Masennuksen ja itsestä huolenpidon yhteyden arvioiminen auttaa masennuksen varhaisessa tunnistamisessa ja pienentää näin syrjäytymisen riskiä. (Rytinki 2008, 61.)

Tärkeä masennuksen tunnistamisen keino on huomioida vanhuksen puheesta välittyvät masentuneisuutta kuvaavat ilmaisut. Iäkkäät käyttivät eniten ilmaisuja ”tunnen itseni yksinäiseksi”, ”vanhetessa ihminen käy tarpeettomaksi”, ”huolestuneisuus vaikuttaa unen saantiin”, ”toisinaan tuntuu, ettei elämä ole elämisen arvoista” ja ”elämä on minulle useimmiten vaikeaa”. (Valta 2008, 61.) Masennuksen seulonnassa tulisi erityisesti ottaa huomioon yksinäisyyttä ja alakuloa tuntevat ikääntyneet, koska heidän joukossaan masennus voi olla hieman yleisempää. Masennukseen yhteydessä olevat sosiodemografiset tekijät on myös hyvä tunnistaa. Yksin asuvat, eronneet, huonoksi taloudellisen tilanteensa kokevat ja vähemmän kouluttautuneet voivat olla useammin masentuneita. (Ylönen 2011, 42.)

7.2 Vanhusten masennuksen tunnistamisen ongelmia kotihoidossa

7.2.1 Kiireinen työtahti

Keskeiseksi ongelmaksi masennuksen tunnistamisessa nousi kiireen merkitys työssä. Kiireinen työtahti pakottaa keskittymään fyysiseen huolenpitoon ja kodinhoidollisiin tarpeisiin, sekä tehdään vain se mitä ehditään (Muurinen & Raatikainen 2005, 20). Ikonen (2011) tutkimuksessa työntekijöiden kiire nousi voimakkaasti esille, heillä ei ole aikaa tehdä kuin sairaanhoidolliset työt ja valvontakäynnit (Ikonen 2011, 53). Jatkuva kiire työssä vaikeuttaa masennuksen tunnistamista ja hoitamista (Kokko 1999, 90).

Kotihoidon asiakkaiden kunto voi olla niin huono, että hoito painottuu väkisinkin asiakkaan päivittäisistä fyysisistä tarpeista huolehtimiseen. Tällöin tehdään vain se, mihin sinä päivänä on aikaa. (Muurinen & Raatikainen 2005, 21.) Psykkisten toimintojen osalta asiakkaiden avun saanti ei vastaa tarvetta. Toisaalta psyykkisissä toiminnoissa auttaminen ei välttämättä heti johda sellaiseen tulokseen, että asiakas kokisi tulensa autetuksi, koska ongelma ei ehkä ole heti ratkennut. (Muurinen & Raatikainen 2005, 20.) Rytinki (2008) toteaa tutkimuksessaan, että vaikka omassa kodissa asuminen on sekä ikääntyvän että yhteiskunnan toiveena ja tavoitteena, se ei suojaa masennukselta. Tulos voi hänen mukaansa olla osoitus myös siitä, että kotihoidon tukitoimet eivät ole riittäviä. (Rytinki 2008, 56.)

7.2.2 Mielialatekijät ei kiinnosta

Vanhusten masennuksen tunnistamista voi tulosten mukaan estää myös työn painottuminen fyysiseen hyvinvointiin. Masennus jää usein huomiotta, jos mielialatekijöihin ei ole kiinnostusta. Somaattikapainotteinen työ saattaa kokemuksen puuttuessa jättää mielialaoireet huomiotta. Somaattista hoitotyötä tekevä työntekijä, jota depressio ei kiinnosta lainkaan, ei hanki siitä tietoa, eikä huomioi asiakkaan mielialaan liittyviä tekijöitä. (Kokko 1999, 86.)

Oireiston monimuotoisuus voi tehdä tunnistamisesta hankalaa, varsinkin jos masennuksesta ei ole kokemusta. Esimerkiksi yksinasuminen ei ole välttämättä sama kuin yksinäisyys, joka on enemmänkin sisäinen kokemus ja altistaa masennukselle. Toisaalta yksinasuminen on yksinäisyyteen yhteydessä oleva tekijä, mutta ei yksinasuminen onkin naisten kohdalla masennuksen riskitekijä. (Rytinki 2008, 55.) Yksinäisyys ei myöskään aiheuta kaikille masennusta, vaikka onkin riskitekijä (Ikonen 2011, 48). Useat masennukseen yhteydessä olevat tekijät voivat olla sekä masennuksen syitä että seurauksia. Huonoksi koetut sosiaaliset suhteet, huono terveys ja vähäinen sosiaalisia suhteita sisältävä harrastaminen sekä ystävien lukumäärä voivat olla tekijöitä, jotka altistavat masennukselle, mutta ne voivat olla myös masennuksen seurausta. (Ylönen 2011, 41.) Somaattiset oireet korostuvat hoitosuhteissa liikaa ja mielialatekijät jäävät huomiotta (Kokko 1999, 90).

7.2.3 Somaattisia oireita ei osata yhdistää masennukseen

Somaattisia oireita ei aina osata yhdistää masennukseen. Kipua ei myöskään aina osata yhdistää masennukseen (Rytinki 2008, 59). Ikä sinänsä ei vaikuta liittyvän masennukseen, vaan iän myötä yleistyvät toimintakyvyn rajoitukset (Nikula 2002, 53). Masennus ei ole välttämättä ainoastaan somaattisten sairauksien seurausta, vaan myös mahdollinen oire somaattisesta sairaudesta (Kokko 1999, 76). Kokon (1999) tutkimuksessa hoitajat pohtivat työyhteisönsä kykyä oivaltaa somaattisen sairastamisen ja masennuksen välistä yhteyttä. Somaattisten oireiden todettiin korostuvan ja mielialatekijöiden jäävän huomiotta. (Kokko 1999, 90.) Kokon (1999) mukaan somaattiset oireet tai sairaus sekä psyykkiset ongelmat saattavatkin esiintyä asiakkailta yhtä aikaa ja masennuksen suhteen tämä saattaa aiheuttaa joko vääriä positiivisia diagnooseja tai masennuksen tunnistamatta jäämistä (Kokko 1999, 133).

Ikääntyvien masennusta pidetään asiana, jota hän ei mielellään ota puheeksi tai halua myöntää (Nikula 2002, 55). Iäkkäät voivat myös ajatella, että masennukselle ei saa antaa valtaa, eivätkä kerro oireistaan (Valta 2008, 79). Toisaalta syvällistä psyykkistä auttamista ei ehkä odotetakaan, vaan se on jotain ylimääräistä hyvää (Muurinen & Raatikainen 2005, 20). Tutun hoitajan käynti on yleensä positiivinen kokemus, joten masennusoireita ei haluta tuoda esille (Valta 2008, 116). Sama työntekijä koettiin kuitenkin rasitteeksi silloin, jos ammattitaidossa oli puutteita (Ikonen 2011, 52). Sairauksia ja oireita voidaan myös vähätellä laitokseen joutumisen pelossa (Ikonen 2011, 57).

Ikosen (2011) mukaan vanhukset myös käyttävät masennus sanaa alakuloisuuden tunteesta, joka aiheutuu toimintakyvyn heikkenemisestä ja sen mukanaan tuomista päivittäisistä ja itsenäisen elämän taanneista rutiineista luopumisesta (Ikonen 2011, 57). Kokon (1999) tutkimuksessa asiakkaan masennuksen tunnistaminen aiheutti hoitajissa epävarmuuden tunteita. Asiakkaan pelättiin loukkaantuvan, jos hoitaja alkaa puhua mielialaongelmista. Asiakkaan itse ottaessa mielialaongelmat esille, epävarmuutta aiheutti oikeiden sanojen löytäminen. (Kokko 1999, 103.)

Esille nousi myös henkilökunnan ammattitaidon kirjavuus. Työllisyysmäärärahoilla palkataan henkilöstöä, joilla ei välttämättä ole kykyä arvioida ikääntyvän elämäntilannetta kokonaisuutena (Ikonen 2011, 61). Myöskään ammatillisesta koulutuksesta ei välttämättä saa valmiuksia depression tunnistamiseen, vaan täytyisi olla luontainen tai

kokemukseen perustuva kyky nähdä, kuulla ja myötäelää asiakkaasta välittyviä masennuksen oireita (Kokko 1999, 132).

7.2.4 Hoitajan uupumus tai masennus

Hoitajan oma masennus voi estää häntä vastaanottamasta asiakkaan ahdistusta ja pahaa oloa (Kokko 1999, 92). Hoitajan oma työuupumus voi myös vaikuttaa niin, että masennuksen tunnistamista voidaan välttää tiedostamattomasti (Kokko 1999, 132). Kokon (1999) tutkimuksessa hoitajat kokivat erityisen raskaina ne masennuspotilaiden kertomat asiat, jotka olivat ajankohtaisia hoitajien tai heidän läheistensä elämässä. Masentuneet asiakkaat myös kuluttavat hoitajien henkisiä voimavaroja enemmän kuin tavanomainen asiakastyö. (Kokko 1999, 103.)

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tässä opinnäytetyössä keskeiseksi tekijäksi masennuksen tunnistamisen kannalta nousi oireiston monimuotoisuuden ymmärtäminen. Masennuksen oireikirjo on hyvin laaja, ja erilaisten psyykkisten oireiden lisäksi masennusoireet voivat olla myös fyysisiä kipuja tai särkyjä. Masennuksen syy-seuraussuhde on usein epäselvä, kivut ja säryt voivat olla seurausta masennuksesta tai toisaalta masennus voi olla seurausta kivuista ja säryistä. Somaattisen sairastamisen ja masennuksen välinen yhteys on hyvä tiedostaa masennuksen tunnistamisen kannalta (Kokko 1999, 90; Rytinki 2008, 59).

Masennus on vanhusten joukossa yleistä, joten vanhusten masennukseen yhteydessä olevien tekijöiden tunteminen on tärkeää. Tuntemalla masennukseen liittyvät tekijät on masennuksen tunnistaminen helpompaa ja masennuksesta kärsivät tai masennusriskissä olevat henkilöt saataisiin avun piiriin nykyistä useammin. (Ylönen 2011, 41.) Myös vanhuksen puheesta välittyvät masentuneisuutta kuvaavat ilmaisut (Valta 2008, 61) sekä sosiodemografiset tekijät (Ylönen 2011, 42) on hyvä tiedostaa ja tunnistaa. Nikulan (2002) mukaan masennus voi peilata vaikeutta sopeutua haasteellisiin elämänmuutoksiin, kuten leskeytymiseen, terveyden heikkenemiseen tai toimintakyvyn rajoitusten myötä tapahtuvaan sosiaalisen vuorovaikutuksen vähenemiseen (Nikula 2002, 54). Rytinki (2008) totesi tutkimuksessaan masennuksen aiheuttavan ikääntyvien kohdalla itsestä huolenpidon laiminlyömistä ja lisäävän syrjäytymisen riskiä. Hä-

nen mukaansa varhaisella tunnistamisella riskiä voidaan pienentää ja sillä olisi merkitystä niin ikääntyvän elämänlaadulle ja itsenäiselle selviytymiselle, kuin yhteiskunnallisestikin. (Rytinki 2008, 61.)

Masennuksen tunnistamisessa keskeisenä tekijänä nousi esille myös hoitajan kiinnostus mielialatekijöihin. Masennusoireet voivat helposti peittyä fyysisten oireiden taa, jos hoitajalla ei ole kiinnostusta tai tietoa masennuksen keskeisistä oireista. Koulutus ei välttämättä anna valmiuksia masennuksen tunnistamiseen ja kokemattoman hoitajan aika menee rutiinien pyörittämiseen. (Ikonen 2011, 61; Kokko 1999, 132.) Vanhus ei välttämättä tuo oireitaan esille, jolloin epävarma hoitaja keskittyy fyysiseen huolenpitoon ja oireet sekä merkit jäävät huomaamatta (Nikula 2002, 55; Valta 2008, 79). Tärkeäksi tekijäksi masennuksen tunnistamisessa nousi luottamussuhde asiakkaaseen. Asiakkaan kanssa luotu hoitosuhde mahdollistaa mielialatekijöistä puhumisen. Muutokset tutussa asiakkaassa huomataan helpommin (Kokko 1999, 77) ja omahoitajakäytäntö mahdollistaa tunnistamisen sekä auttamisen, koska hoitosuhde on pitkä. (Muurinen & Raatikainen 2005, 20.) Vanhuksille sosiaalinen kanssakäyminen tutun hoitajan kanssa on helpompaa (Ikonen 2011, 52). Toisaalta tutun hoitajan käynti on positiivinen kokemus, jolloin ei välttämättä kerrota negatiivisista asioista (Valta 2008, 116).

Keskeiseksi ongelmaksi masennuksen tunnistamisessa nousi työntekijöiden kiire (Muurinen & Raatikainen 2005, 20; Ikonen 2011, 53., Kokko 1999, 90). Kiireinen työtahti pakottaa keskittymään asiakkaan fyysisiin tarpeisiin ja mielialatekijät jäävät vaille huomiota. Myös hoitaja voi itse olla masentunut tai uupunut. Jos vanhus ei kerro oireistaan, uupunut hoitaja ei niitä välttämättä huomaa. (Kokko 1999, 92.) Työntekijöiden kiire ja asiakkaille annetun ajan riittämättömyys mainitaan myös Tepposen (2009) kotihoidon integrointia ja laatua tutkivan väitöskirjan mukaan lähes kaikissa kotihoitoa koskevissa tutkimuksissa. Työntekijöiden kiire koetaan keskeisimmäksi ongelmaksi kotihoidossa. (Tepponen 2009, 162.)

Ikääntyneiden masennukseen on sen yleisyys huomioon ottaen kiinnitettävä jatkossa entistä enemmän huomiota (Ylönen 2011, 42). Kokonaisvaltaisen tilannearvion tekeminen asiakkaan ja hänen läheistensä sekä hoitotiimin kesken voisi saada aikaan myönteistä muutosta kotihoitotyöskentelyyn (Muurinen & Raatikainen 2005, 21). Läheisten mukaanotto hoitoon asiakkaan niin halutessa voisi selventää mahdollisen masennuksen syitä ja seurauksia (Kokko 1999, 94). Ikonen (2011) toteaa kotipalvelujen

laatua koskevassa tutkimuksessaan, että kotipalveluissa on edelleen erittäin runsaasti kehittämistarvetta (Ikonen 2011, 59).

Tutkimusten haku ja valinta oli pitkä ja aikaa vievä prosessi, jonka aikana selvisi, että aiheesta oli tieteellistä tutkimustietoa niukasti tai tutkimukset olivat melko vanhoja. Kotihoidon vastuuhoidajuudesta ei löytynyt yhtään tutkimusta, mutta tähän systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valituissa tutkimuksissa käsitellään kotihoitoa ja vanhusten masennusta. Kotihoidon vastuuhoidajuus jäi tässä opinnäytetyössä käsitteen määrittelyksi, joten siltä osin tämä tutkimus jäi puutteelliseksi. Analysoitavaksi valitut tutkimukset vastasivat kuitenkin tutkimuskysymyksiin ja tuloksia voivat hyödyntää niin kotihoidon vastuuhoidajat kuin muukin hoitohenkilöstö. Tutkimuksia tähän systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen löytyi niukasti. Tämä saattaa johtua hakumenetelmistä, käytetyistä tietokannoista tai valintakriteereistä. Valinnat tehtiin otsikoiden perusteella, joten sopivia tutkimuksia on saattanut jäädä huomiotta. Yhtenä valintakriteerinä oli suomenkieli, joten tämä saattoi rajata oleellisesti sopivia tutkimuksia. Esimerkiksi Yhdysvaltalainen Brown, ym. (2003) tutkimus vanhusten masennuksen tunnistamisesta kotihoidossa olisi soveltunut tähän systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, mutta nyt kyseistä tutkimusta hyödynnettiin vain teoriaosiossa. Myös yksintyökentely on saattanut vaikuttaa löytyneiden tutkimusten niukkuuteen, koska hakutermien tai käytettyjen tietokantojen valintaan ei ole käytetty kirjastoalan ammattilaisen apua. Informaatio tai kirjastoalan asiantuntijalla on paras kokemus tiedonhausta ja hyvä systemaattinen kirjallisuuskatsaus vaatii hyvin suunnitellun tiedon hakustrategian (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49).

Tähän systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen löytyneen materiaalin niukkuuden perusteella näyttää siltä, että tieteellinen tutkimus aiheesta on puutteellista ja vähäistä. Keskeinen tutkimusaihe olisi, kuinka ikääntyneet masennuksesta kärsivät saataisiin paremmin hoidon piiriin ja masennuksen esiintyvyys vähenemään (Ylönen 2011, 43).

Viime vuosina vanhusten masennukseen on kuitenkin alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota ja uusia tutkimuksia, sekä hankkeita on tehty ja on myös tekeillä. Esimerkiksi Vanhustyön keskusliitolla oli vuosina 2007–2010 MielenMuutos-tutkimus- ja kehittämishanke. Hankkeen yleisiä tavoitteita oli pyrkiä edistämään ikäihmisten psyykkistä hyvinvointia, löytämään keinoja mielenterveysongelmien ehkäisyyn ja hoitoon, sekä tarkastella ikäihmisten mielenterveyteen liittyviä julkisia käsityksiä, tavoit-

teita ja käytäntöjä. (Vanhustyön keskusliitto.) Vanhustyön keskusliiton internetsivustolla kerrotaan Valkosen (2010) artikkelissa, MielenMuutos-hankkeen ensimmäisen osaraportin valmistuttua, että tutkimuksen mukaan hyvistä tavoitteista huolimatta iäkkäät syrjäytyvät mielenterveyspalveluista. Valkosen (2010) artikkelissa tutkija Minna Pietilä Vanhustyön keskusliitosta kertoo, että ikäihmisten mielenterveys on vahvasti esillä Euroopan unionin ja Maailman terveysjärjestön kannanotoissa ja politiikkaohjelmissa, myös Suomessa aiheesta puhutaan strategiatasolla. Pietilän mukaan tahtoa ja hyviä aikeita on, mutta ne eivät haastateltujen ammattilaisten mielestä juuri näy käytännössä. Vaikka ongelmat tunnistettaisiinkin, on palveluiden saanti sattumanvaraista. Pietilä toteaaakin, että iäkkäiden masennusta selitetään usein vain yksinäisyydellä tai katsotaan tietyn alakulun kuuluvan ikäihmisen elämään. Pietilän tutkimuksessa haastatellut sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset kokivat, että he eivät osaa tunnistaa ja hoitaa iäkkäiden mielenterveysongelmia. He kokivat myös yhteistyön eri ammattilaisten välillä olevan vähäistä. (Valkonen 2010; Vanhustyön keskusliitto.)

Saarenheimo & Arinen (2009) totesivat ikäihmisten masennuksen psykososiaalista hoitoa koskevassa tutkimuksessaan, että vanhusten hyvän hoidon edellytys on palvelujärjestelmässä toimivien avainhenkilöiden, esimerkiksi juuri kotihoidon henkilökunnan valmius tunnistaa masennusta. Tunnistamisen tukena voidaan käyttää erilaisia masennusmittareita, mutta tärkeää on myös kyky tunnistaa masennuspuhetta sekä tehdä tarkkoja havaintoja. Näihin taitoihin liittyvä koulutus ja työnohjaus olisi ajankohdasta, koska vanhusten lukumäärä väestössä tulee lähivuosina kasvamaan. (Saarenheimo & Arinen 2009, 218.)

8.2 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettiset kysymykset

Luotettavuuskysymykset ovat keskeisiä tämän tutkimusmetodin kohdalla, koska systemaattinen kirjallisuuskatsaus on itsenäinen tutkimus, jossa pyritään tutkimuksen toistettavuuteen ja virheettömyyteen. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettava tekeminen vaatii aina vähintään kaksi tutkijaa. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46.) Kahden tutkijan yhteistyö vähentää virheitä. Tutkijat voivat myös päätyä erilaisiin ratkaisuihin valittaessa tutkimuksia kirjallisuuskatsaukseen. Tutkijoiden täytyy joko selvittää epäselvät seikat tutkimuksen tekijältä, hylätä tutkimus tai sisällyttää tutkimus kirjallisuuskatsaukseen ja tarkastella sen laatua lopullisissa tuloksissa. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 51.) Tämän opinnäytetyön luotettavuutta vähentää yksintyöskentely.

Tutkimuksen luotettavuutta ja toistettavuutta on kuitenkin pyritty lisäämään tarkoilla kuvauksilla materiaalin haku- ja valintaprosessista sekä käytetyistä tietokannoista ja muista hakujen kohteista.

Tutkimuksen toistettavuuden lisäämiseksi on laadittu selkeät taulukot hakujen kohteista ja käytetyistä hakusanoista. Hakusanojen tai käytettyjen tietokantojen valintaan ei ole käytetty kirjastoalan ammattilaisen apua, mikä saattaa osaltaan vähentää luotettavuutta. Informaatio tai kirjastoalan asiantuntijalla on paras kokemus tiedonhausta ja hyvä systemaattinen kirjallisuuskatsaus vaatii hyvin suunnitellun tiedon hakustrategian (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49). Hakusanoina on kuitenkin käytetty tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin liittyviä oleellisia yhdistelmiä ja hakusanojen katkaisua on käytetty eri taivutusmuotojen huomioimiseksi. Sähköisten tietokantahakujen lisäksi on tehty kattavasti myös manuaalista hakua eri lähteisiin. Abstraktien lukuun valittujen tutkimusten valinta on tehty otsikoiden perusteella, joten sopivia tutkimuksia on tästä syystä saattanut jäädä huomiotta. Suositeltavaa olisi huomioida eri kielillä tehdyt tutkimukset kieliharhan välttämiseksi (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53). Tässä opinnäytetyössä tutkimusten valintakriteerinä oli suomen kieli väärinymmärrysten välttämiseksi ja siksi koska resurssit eivät olisi riittäneet muilla kielillä olevien tutkimusten kääntämiseen. Tästä syystä sopivia tutkimuksia on saattanut jäädä tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle.

Aineiston analyysimenetelmänä toimineen sisällön analyysin ongelmana luotettavuuden kannalta on pidetty sitä, että tutkija ei pysty tarkastelemaan analyysiprosessia objektiivisesti, vaan tulos perustuu tutkijan subjektiiviseen näkemykseen asiasta. Ongelmaa ei kuitenkaan pidetä niin suurena silloin kun analysoidaan vain ilmisisältö. (Kynäs & Vanhanen 1999, 10.) Aineistosta alkuperäisilmaisuja poimittaessa on pyritty säilyttämään asiayhteys ja näin välttämään tutkijan omia tulkintoja, sekä tutkijan omien mielipiteiden ja tutkijalla aiheesta olevien aiempien tietojen vaikutusta tuloksiin.

Tässä opinnäytetyössä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä kaikkien vaiheiden tarkalla kirjaamisella, huolellisuudella ja tarkkuudella tutkimustyössä sekä tulosten esittämisessä ja arvioinnissa. Muiden tutkijoiden työ on huomioitu ohjeenmukaisia lähde- ja viittauskäytäntöjä noudattamalla, kaikenlaista tietoista vilppiä ja plagiointia

välttämällä. Aineiston analyysi pyrittiin suorittamaan siten, ettei asiayhteys kadonnut ja tulokset nousivat aineistosta. (Ks. Hirsjärvi ym. 2009, 24–26.)

8.3 Hyödynnettävyys ja johtopäätökset

Tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa analysoidun aineiston määrä oli pieni, joten tulokset ovat viitteellisiä. Tulokset ovat kuitenkin suuntaa antavia ja tuloksia voivat hyödyntää niin kotihoidon vastuuhoitajat, kuin muukin hoitohenkilöstö. Tulokset ovat sovellettavissa vanhusten parissa työskentelevien hoitajien käyttöön muissakin yksiköissä, kuten hoivakodeissa ja sairaaloiden vuodeosastoilla. Tuloksia voivat hyödyntää myös hoitoalan opiskelijat, esimerkiksi käytännön harjoittelujen aikana eri yksiköissä.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laatiminen on työläs ja vaativa prosessi, jonka jokaiselle vaiheelle kannattaa varata riittävästi aikaa. Kahden tai useamman tutkijan yhteistyö lisää prosessin luotettavuutta, koska valinnoista voidaan keskustella ja epäselviä asioita voidaan pohtia yhdessä. Useamman tutkijan yhteistyö voisi olla muutenkin työskentelyn kannalta antoisampaa. Tutkimusten vähäisyyden perusteella jatkotutkimus vanhusten masennuksen tunnistamisesta olisi tarpeellista. Tärkeä tutkimusaihe olisi myös se, millä keinoin vanhus itse voisi ylläpitää psyykkistä hyvinvointiaan. Suurten ikäluokkien ikääntyessä nousee lähivuosina vanhusten psyykinen hyvinvointi ja masennuksen tunnistaminen entistä merkittävämpään asemaan käytännön hoitotyössä. Masennuksen ennaltaehkäisy ja varhainen tunnistaminen olisi tärkeää, jotta vanhusten elämänlaatu pysyisi hyvänä tai muutos parempaan mahdollistuisi.

Kehittämisehdotukset vanhusten masennuksen tunnistamiseksi näyttöön perustuvan tiedon perusteella:

- Hoitohenkilökunnalle tulisi järjestää lisäkoulutusta, jotta oireiston monimuotoisuus ja laaja oirekirjo tulisi tutuksi. Näin hoitajien valmiudet tunnistaa masennus lisääntyisivät ja mahdollisesti myös kiinnostus mielialatekijöihin lisääntyisi.
- Yhteistyötä tulisi lisätä hoitohenkilökunnan, asiakkaan ja hänen läheistensä kesken. Läheiset tulisi ottaa mukaan tilannearvion tekemiseen ja hoidon suunnitteluun entistä enemmän käytännön hoitotyössä.

- Hoitohenkilökunnalla tulisi olla mahdollisuus purkaa työstä aiheutuvaa uupumustaan, esimerkiksi aika ajoin jokainen saisi jutella ammattilaisen kanssa työn kuormittavista tekijöistä. Näin edesautettaisiin työssä jaksamista myös kiireen keskellä.
- Suurten ikäluokkien ikääntyessä vanhusten määrä tulee lähivuosina kasvamaan, joten ehkäisevien kotikäyntien avulla saatettaisiin masentuneet tai masennusriskissä olevat vanhukset saada nykyistä aiemmin hoidon piiriin.

LÄHTEET

Autio, T. & Vesterinen, P. 2011. TOIMIA, toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/87/> [viitattu 22.9.2012].

Aromaa, E. 2011. Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos, väitöskirja.

Brown, E.L., McAvay, G., Raue, P.J., Moses, S. & Bruce, M.L. 2003. Recognition of Depression Among Elderly Recipients of Home Care Services. *Psychiatric Services* Vol. 54 no.2, 208-213. Saatavissa: <http://www.psychservices.psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/4352/208.pdf> [viitattu 23.3.2012].

Depressio, käypä hoito -suositus 2010. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavissa: http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023?hakusan_a=depressio [viitattu 26.10.2011].

Haapakorpi, A. & Haapola, I. 2008. Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – esimerkkinä vanhusten kotihoito. *Työ ja yrittäjyys* 35/2008. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Saatavissa: <http://www.tem.fi/files/21000/TEM35.pdf> [viitattu 27.11.2010].

Hammar, T. & Perälä, M.-L. 2003. PALKO-malli. Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. *Stakes. Aiheita* 29/2003. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Aiheita29-2003.pdf> [viitattu 26.10.2011].

Heikkinen, R.-L. 2003. Masennus ja sen edistäminen iäkkäillä. Teoksessa Hietanen, A. & Lyyra, T.-M. (toim.) *Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä*. Helsinki 2003, 87-96. Saatavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ikakunto/osa5.pdf> [viitattu 10.3.2012].

Heikkinen, R.-L. & Kauppinen, M. 2008. Iäkkäiden henkilöiden mielialan muutokset 16 vuoden pitkittäistutkimuksessa. *Gerontologia* 2/2008, s. 71–72.

Helsingin yliopiston kirjasto. Meilahden kampuskirjasto Terkko. Medic-kotimainen terveystieteellinen viitetietokanta. Saatavissa:

<http://www.helsinki.fi/kirjasto/terkko/medic.html> [viitattu 22.11.2011].

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hokkanen, H., Häggman-Laitila, A. & Eriksson, E. 2006. Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat ja niiden tukeminen – katsaus tutkimuskirjallisuuteen. *Gerontologia* 1/2006, s.17.

Ikonen, E.-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima.

Ikonen, K. 2011. Ikääntyvien kokemuksia kotipalvelun laadusta. Pro gradu -tutkielma Itä-suomen yliopisto.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007, s.6.

Jääskeläinen, E. & Miettunen, J. 2011. Psykiatriset arviointiasteikot kliinisessä työssä. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim*. Artikkelin 16/2011. Saatavissa:

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spage=%2Fportlet.action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=Y&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo99726 [viitattu 22.11.2011].

Kansalliskirjasto. Helsingin yliopiston erillislaitos. Linnea-yhteistietokannat. Saatavissa: <http://www.kansalliskirjasto.fi/kirjastoala/linnea/arto.html> [viitattu 22.11.2011].

Kansalliskirjasto. Helsingin yliopiston erillislaitos. Linnea-yhteistietokannat. Saatavissa: <http://www.kansalliskirjasto.fi/kirjastoala/linnea/linda.html> [viitattu 22.11.2011].

Keipilä, L. 2008. Asiakasnäkökulma kotihoidon palvelujen laatuun. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Kivelä, S.-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityshenkilön raportti. Helsinki. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/h11150272501953/passthru.pdf> [viitattu 26.10.2011].

Kokko, M. 1999. Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Perusterveydenhuollossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Kontio, E. & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007, s.103,107.

Kotihoidossa parannettiin vastuuhoitajien tavoitettavuutta. Järvenpään kaupunki. Järvenpään kaupungin internetsivut. Saatavissa: http://www.jarvenpaa.fi/tiedotepalsta/nayta.tmpl?id=3157;sivu_id=2045 [viitattu 14.3.2012].

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11, no 1/1999, s.4–5.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, L. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede Vol. 18, no 1/2006, s.37–45.

Larmi, A., Tokola, E. & Väلكkiö, H. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Helsinki: Tammi

MielenMuutos 2007–2010. Vanhustyön keskusliitto. Saatavissa: http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi/fin/hankkeet/ikaihmissen_mielenterveys/ [viitattu 9.3.2012].

Munnukka, T. & Aalto, P. 2002. Minun hoitajani, näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki: Tammi.

Muurinen, S. & Raatikainen, R. Asiakkaiden avun tarpeen ja auttamisen vastaavuus kotihoitossa. Tutkimusartikkeli, Gerontologia 1/2005, s.13–22.

Nikula, S. 2002. Lyhyt masennusmittari (GDS5) ikäihmisen mielialan arviointivälineenä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Perttula, M. 2012. Vaarallinen valo. Tehy -lehti 4/2012, s.30–31.

Peräköske, H., Kuosmanen, L. & Vuorilehto, M. 2010. Lisää mielenterveys- ja päihdeosaamista kotihoitoon. Teoksessa Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä –kokemuksia Pohjanmaa-hankkeesta, Sateenvarjo-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005–2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, avauksia 5/2010, 34. Helsinki. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/f8cb23c3-edb6-4fc6-8fdc-c26650a8108d> [viitattu 26.10.2011].

Pirttilä, T. & Koponen, H. 2010. Muistipotilaan kognitiivisen suorituskyvyn arviointi. Masennusasteikot. Duodecim terveyskirjasto. Artikkelit 10.5.2010. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00510 [viitattu 27.10.2011].

Pudas-Tähkä, S.-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007, s.46–53.

Roivainen, E. 2008. Beckin depressioasteikon tulkinta. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Artikkelit 21/2008. Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo97

[613& dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero](#) [viitattu 22.11.2011].

Rytinki, P. 2008. Kotona asuvilla ikääntyvillä esiintyvän masennuksen yhteys itsestä huolenpitoon. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto.

Saarenheimo, M. & Arinen, S. 2009. Ikäihmisten masennuksen psykososiaalinen hoito. Gerontologia, 4/2009, s.209–219.

Saharinen, T., Kylmä, J., Pelkonen, M. & Miettinen, S. 2005. Kuvaus omahoitajan toiminnasta: millainen toiminta vahvistaa ja millainen kuormittaa vakavasti masentuneen potilaan puolison voimavaroja. Tutkiva hoitotyö, no 4/2005, s.25–31.

Salanterä, S. & Hupli, M. 2003. Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi. Teoksessa Lauri, S. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY, s.24–25.

Suomen kuntaliitto. Asiantuntijapalvelut, sosiaali ja terveys, kotihoito. Kunnat.net. Saatavissa:

<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/kotihoido/Sivut/default.aspx> [viitattu 14.3.2012].

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Tepponen, P. 2003. Yli 75-vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden palvelujen toteutuminen pääkaupunkiseudulla. Tutkimus Espoon, Helsingin ja Vantaan kaupungeissa. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U.-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S.-L. 2007. Vanhustenhoito. Helsinki: WSOY.

Valkonen, L. 2010. Iäkkäät syrjäytyvät mielenterveyspalveluista. Vanhustyön keskusliiton raportti. Saatavissa:

<http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi/fin/ajankohtaista/?nid=133> [viitattu 9.3.2012].

Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidajien ja iäkkäiden näkökulmasta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Viidenneksellä yli 65-vuotiaista psykiatrisia ongelmia. 2011. Mielenterveys -lehti 1/2011, s.23.

Ylönen, S. 2011. Masennus, sosiodemografiset tekijät, sosiaaliset suhteet ja koettu terveys 75-79 –vuotiailla kotona asuvilla ikääntyneillä. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Tekijät, tutkimus ja vuosi	Aineisto, aineiston keruu ja tutkimuksen tarkoitus	Keskeiset tulokset	Laadun arvioinnissa keskeisiksi nousseet seikat ja pisteytys
<p>Ikonen, K. Ikääntyvien kokemuksia kotipalvelun laadusta. Pro gradu –tutkielma. Itä-suomen yliopisto, yhteiskuntatieteiden laitos, 2011.</p>	<p>Kohderyhmänä kahdeksan syrjäseudulla asuvaa vanhusta, joilla ei ole muistisairautta. Menetelmänä puolistrukturoitu teemahaastattelu. Tavoitteena tarkastella kotipalvelun palvelujärjestelmän tuottamia palveluja, niiden laatua ja käyttämistä ikääntyvien näkökulmasta.</p>	<p>Tämän tutkimuksen perusteella palvelut eivät vastaa vanhusten tarpeita, eivätkä he saa niitä riittävästi. Palvelujen laatua heikentävistä tekijöistä esiin nousi voimakkaimmin työntekijöiden kiire, osittainen ammattitaidottomuus ja palveluiden korkea hinta. Kotipalveluissa on edelleen runsaasti kehittämistarvetta.</p>	<p>Teemahaastattelu sopii hyvin ihmisten käsitysten ja kokemusten tutkimiseen. Kohderyhmä on niin pieni, että tulokset ovat eivät ole yleistettävissä. Tutkimus on kyllä suuntaa antava, mutta yleistettävyyden on heikko ja tämä käsitelty myös tutkimuksessa. Pistet 15/15.</p>
<p>Kokko, M. Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Perusterveydenhuollossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta. Väitöskirja. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, 1999.</p>	<p>Koostuu kahdesta osatutkimuksesta. Ensimmäinen toteutettiin osana Stake-sin perusterveydenhuollon depressio-projektia kolmivaiheisena kyselytutkimuksena. Aineisto koostuu neljän terveyskeskuksen hoitajista (N=281) ja vertailuryhmänä samojen terveyskeskusten lääkäreitä (N=58). Tutkimusinterventiona kolmipäiväinen depressio-koulutus. Toinen tutkimus toteutettiin puolistrukturoituna teemahaastatteluna, johon osallistui 13 hoitajaa viidestä terveyskeskuksesta. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja analysoida terveyskeskuksen hoitajien käsityksiä omista ja työyhteisönsä valmiuksista depression tunnistamiseen ja hoitoon.</p>	<p>Hoitajat pitivät lasten ja nuorten, sekä vanhusten depressioita vaikeimpina tunnistaa. Hoitajien mielestä depression keskeisiä oireita olivat unihäiriöt, kuolemaan liittyvät ajatukset, mielialan ja elämän ilon lasku sekä epämääräiset somaattiset oireet. Hoitajat pitivät velvollisuutenaan auttaa masentuneita asiakkaita, mutta kokivat kiireen, epävarmuuden omista mahdollisuuksista auttaa sekä vastuunpelon auttamisen esteinä.</p>	<p>Ensimmäisen tutkimuksen kato oli suuri. Alkumittaukseen vastasi 190 hoitajaa (68%), loppumittaukseen 87 hoitajaa (30%). Vertailua aiempiin tutkimuksiin ei ole tehty, mutta mainitaan sen olevan vaikeaa, koska tutkimuksia ei ole julkaistu (1999). Pistet 15/15.</p>

<p>Muurinen, S. & Raatikainen, R. Asiakkaiden avun tarpeen ja auttamisen vastaavuus kotihoidossa. Tutkimusartikkeli, Gerontologia –lehti 1/2005, 13-22.</p>	<p>Aineisto on kerätty vuonna 2000 haastatteleamalla erään eteläsuomalaisen kunnan kotihoidon asiakkaita ja lähettämällä kotihoidon henkilökunnalle kyselylomake. Asiakkaista (N=231) valittiin arpomalla 135 henkilöä, joista 97:ää haastateltiin. Henkilökunnasta (N=49) otettiin mukaan kaikki vakituiset työntekijät, joista kyselyyn vastasi 38 henkilöä. Tutkimuksessa tarkasteltiin kotihoidon asiakkaiden avun tarpeita ja heidän auttamistaan sekä kotihoidon perustetta ja sisältöä, sekä suunnitelmallista kehittämistä.</p>	<p>Lyhyen aikavälin tavoite, auttaminen päivittäisissä toimissa, saavutettiin fyysisissä toiminnoissa hyvin ja psyykkisissä toiminnoissa kohtalaisesti. Pitkän aikavälin tavoitteen saavuttaminen oli ongelmallista, sillä asiakkaan omien voimavarojen vahvistaminen ja yhteistyö omaisten kanssa jäivät melko vähäisiksi. Jos tavoitteena on myöhentää laitoshoidon siirtymistä, pitäisi ylläpitää asiakkaan turvallisuuden tunnetta, lisätä selviytymiskykyä kotona ja tukea omaisen osallistumista hoitoon.</p>	<p>Asiakkaiden ja henkilökunnan kyselylomakkeet eivät täysin vastanneet toisiaan, mikä vaikeutti vastaajaryhmien vastausten vertailua. Taulukot selkeitä ja parantavat ymmärrettävyyttä ja luettavuutta. Samankaltaisia tuloksia on saatu jo aiemmista tutkimuksista, joihin tuloksia on myös verrattu. Tutkimuksen luotettavuuden arviointia ei mainita artikkelissa. Pisteet 13/15.</p>
<p>Nikula, S. Lyhyt masennusmittari (GDS5) ikäihmisen mielialan arviointivälineenä. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos, 2002.</p>	<p>Tutkimuksessa käytetty aineisto kuuluu TamELSA-99 (Tampere Longitudinal Study of Aging) –aineistoon, joka on tamperelaisten eläkeikäisten hyvinvointia, elämäntapoja ja terveyttä koskeva vuonna 1979 alkanut pitkittäistutkimus. Tämän tutkimuksen aineistona ovat ne haastatellut (N=352), jotka vastasivat tutkimuksen kohteena olleeseen lyhyen masennusmittariin (GDS5). Tarkastellaan lyhyen masennusmittarin tuloksia tamperelaisilla eläkeläisillä ja arvioidaan mittarin luotettavuutta. Lisäksi tutkitaan masennuksen</p>	<p>Tulosten perusteella arviolta 40 %:lla osallistujista voisi mielialan jatkotutkimus olla aiheellinen. Ikä ei sinänsä vaikuta liittyvän masennukseen, vaan iän myötä yleistyvät toimintakyvyn rajoitukset. Tulokset antavat viitteitä GDS5 –mittarin luotettavuudesta, mutta ovat viitteellisiä psykiatrisen arvioinnin puuttumisen vuoksi.</p>	<p>Tulokset on taulukoitu ja selitetty selkeästi. Kerrotaan, että analyysissä on käytetty tilastollisia menetelmiä, mutta analyysimenetelmiä ei ole kunnolla selvitetty. Tutkimuksessa käytetty aineisto ei ole tutkijan itse keräämää, vaan perustuu aiempaan aineistoon. Aineiston keruusta olisi voinut olla yksityiskohtaisempaa tietoa. Otokoko on iso, joten sen puolesta tulokset ovat yleistettävissä. Pisteet 13/15.</p>

	<p>yleisyyttä tässä aineistossa sekä esiintyvyyden eroja sosiodemografisten taustamuuttujien eri luokissa. Tutkitaan myös iän selitysvoimaa masentuneisuudelle, kun taustamuuttajat ja toimintakyky on vakioitu.</p>		
<p>Rytinki, P. Kotona asuvilla ikääntyvillä esiintyvän masennuksen yhteys itsestä huolenpitoon. Pro gradu –tutkielma. Oulun yliopisto, terveystieteiden laitos, 2008</p>	<p>Kuvataan 42 yli 75-vuotiaan Pudasjärveläisen kotihoidon piirissä olevan kotona asuvan ikääntyvän masennuksen esiintyvyyttä ja sen yhteyttä itsestä huolenpidon tapoihin ja tyypeihin. Menetelmänä strukturoitu yksilöhaastattelu ja GDS-30 (Geriatric Depression Scale), sekä SCHDE (Self-Care on Home Dwelling Elderly) -mittarit. Pilotti- eli esitutkimus, jossa arvioidaan tutkimusmenetelmää.</p>	<p>Tutkimus antaa viitteitä siitä, että masennuksen ja itsestä huolenpidon välillä on yhteys. tulokset antavat viitteitä myös siitä, että tutkimuksessa käytettyjä mittareita voidaan käyttää myös suuremmalla aineistolla, jolloin tulokset ovat luotettavampia ja yleistettävyyks paranee.</p>	<p>Tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä, vaan ovat viitteellisiä pienen ja hyväkuntoisista kotihoidon asiakkaista koostuvan otannan perusteella. Tulosten taulukointi ja kuviointi on vaikeaselkoista, mutta tekstissä selitykset ymmärrettävästi. Haastattelut tehty osallistujan kodissa, kahdenkeskisessä tilanteessa, valmiiden mittareiden avulla, mikä parantaa luottamuksellisuutta ja luotettavuutta. Haastattelut on kuitenkin tehty eri vuorokauden- ja vuodenaikoina, mikä taas vähentää luotettavuutta, koska masennuksen kokeminen voi olla erilaista eri vuorokauden- ja vuodenaikoina. Pisteet 14/15</p>
<p>Valta, A. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä</p>	<p>Kahdesta aineistosta koostuvan tutkimuksen tarkoituksena on rakentaa teoreettinen malli yli 75 –vuotiaiden kotona asuvien päivittäiselle suoriutumiselle. Ensimmäinen</p>	<p>Masentuneisuuden ilmeneminen aineistossa ei ollut yksiselitteistä. Teoreettisen mallin keskeiset tekijät, erityisesti monimuotoisuuden hallinta ja</p>	<p>Huomio kiinnittyi tiivistelmän puuttumiseen työn alusta. Tiivistelmä löytyi vasta sivulta 133. Pisteet 15/15.</p>

<p>suoriutumisesta kotisairaanhoidajien ja iäkkäiden näkökulmasta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, 2008.</p>	<p>strukturoitu aineisto on osa aiemmin kerättyä aineistoa, joka analysoitiin uudelleen. Koostuu strukturoidulla lomakkeella kotisairaanhoidajien arvioista, ositetulla ja systemaattisella otannalla valittujen yli 75 –vuotiaiden kotisairaanhoidon piirissä olevien (N=204) päivittäisistä toimista suoriutumista. Toinen aineisto on kerätty avoimena strukturoimattomana keskeiseen teemaan fokuoituna haastatteluna iäkkäiltä (N=20) kotihaastatteluna. Yli 75 –vuotiaat haastateltavat on valittu harkinnanvaraisesti Helsingin kaupungin kahdesta terveyskeskuksesta, terveydenhoitajien ja kotisairaanhoidajien toimesta.</p>	<p>kognitiiviset tekijät tulisi ottaa paremmin huomioon iäkkäiden kotihoitossa.</p>	
<p>Ylönen, S. Masennus, sosiodemografiset tekijät, sosiaaliset suhteet ja koettu terveys 75-79 –vuotiailla kotona asuvilla ikääntyneillä. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos, 2011.</p>	<p>Tutkimusaineisto on osa Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenterin HyväMieli – iäkkäiden mielenterveyden edistäminen –hankkeen aineistosta. Kerätty syksyllä 2008. Koostuu 292:sta 75-79 –vuotiaasta jyvaskyläläisestä. Strukturoitu haastattelu osallistujan kotona ja masennusoireiden tunnistamiseen GDS-15 kysely. Tarkoitus selvittää onko sosiaalisilla suhteilla yhteyttä masennukseen henkilöillä, jotka olivat ilmoittaneet kokevansa yksinäisyyttä ja/tai alakuloisuutta vähintään silloin tällöin.</p>	<p>Useat masennukseen yhteydessä olevat tekijät voivat olla sekä masennuksen syitä että seurauksia. Huonoksi koetut sosiaaliset suhteet, terveys ja vähäisiä sosiaalisia suhteita sisältävä harrastaminen sekä ystävien lukumäärä voivat altistaa masennukselle, mutta voivat olla myös masennuksen seurausta. Vaikutussuunnasta riippumatta, näiden masennukseen yhteydessä olevien tekijöiden huomioiminen on tärkeää tunnistamisen ja hoidon kannalta.</p>	<p>Otoskoko on iso, joten tulokset sen puolesta yleistettävissä. Useimmat tutkimuksessa käytetyt mittarit ovat kansainvälisesti käytettyjä ja niiden sisäinen validiteetti ja reliabiliteetti on todistettu. Tulosten esittämisessä teksti on vaikeaselkoista, mutta taulukointi selkeyttää. Aiempiin tutkimuksiin ei ole tehty vertailua. Pisteet 13/15.</p>

Tekijät, tutkimus ja vuosi	Aineisto, aineiston keruu ja tutkimuksen tarkoitus	Keskeiset tulokset	Laadun arvioinnissa keskeisiksi nousseet seikat ja pisteytys
<p>Kuosmanen, L., Melartin, T., Pelkonen, R., Peräkoski, H., Kumpuniemi, S. & Vuorilehto, M. Psykiatrisen sairaanhoitajan uudet vaatteet. Mielenterveystyötä neuvolassa, kouluterveydenhuollossa ja kotihoidossa. Sateenvarjo-projektin 2007 osaprojekteja. Lehtiartikkeli, Sairaanhoitaja-lehti 9/2007, 9-12.</p>	<p>Sateenvarjo-projektin 2007 kotihoidon osaprojekti. Projektissa testataan ja mallinnetaan psykiatrisen sairaanhoitajan työtä erilaisissa toimintaympäristöissä. Psykiatrisen sairaanhoitaja osallistuu kotikäynneille ja mallioppimisen avulla juurruttaa uusia työtapoja. Tavoitteena on lisätä kotihoidossa työskentelevien valmiuksia tunnistaa ikääntyneiden masennus- ja päihdeongelmat sekä opettaa miten näissä ongelmissa voidaan jo varhaisvaiheessa auttaa. Masennusoireiden tunnistamiseen käytetään GDS-15 (Geriatric Depression Scale) kyselyä.</p>	<p>Artikkelin ilmestymisvaiheessa projekti vielä kesken, mutta alustavien kokemusten mukaan mielenterveyshoitotyön vieminen osaksi kotihoidon arkea on onnistunut hyvin. Uusien työtapojen ja toimintamallien kehittäminen on ensiarvoisen tärkeää.</p>	<p>Tämän lehtiartikkelin perusteella tutkimuksen kokonaisuus ei avaudu kunnolla, koska osaprojekti on esitelty tiivistetysti. Kirjoittajat ovat kuitenkin projektissa mukana ja projektin tavoite, menetelmät ja käytettävät apuvälineet masennuksen tunnistamiseksi kuvataan. Projekti on myös vielä kesken, joten tulokset ovat vasta alustavia. Pisteet 7/15. Hylätään.</p>
<p>Porre, P. Hoidon jatkuvuus kotihoidon yöpartiopalvelussa. Pro gradu. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, 2001.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui kymmenen yöpartiopotilasta, joille tehtiin teemahaastattelu syksyllä 2000. Tarkoituksena selvittää, miten hoidon jatkuvuus toteutuu kotihoidon yöpartiopalvelussa potilaiden näkökulmasta.</p>	<p>Potilaiden mukaan oli hyvä asia, jos heitä hoitivat öisin samat, tutut hoitajat. Ympäri vuorokautinen hoito lisäsi turvallisuuden tunnetta. Potilaiden kotona selviytyminen perustuu riittävien, turvallisuutta tuovien, hoidon jatkuvuuden takaavien ympärivuorokautisten palvelujen saantiin. Tutkimuksen perusteella yöpartiopalvelua on tarkoituksenmukaista kehittää, jotta</p>	<p>Tutkimusasetelma, toteutus ja sisällön analyysi on kuvattu selkeästi ja yksityiskohtaisesti. Tutkimuksen tulokset eivät kuitenkaan pienen otoskoon vuoksi ole yleistettävissä, mutta ovat suuntaa antavia. Tutkimus ei käsittele suoranaisesti vanhusten masennusta, mutta antaa silti vastauksen toiseen tutkimuskysymykseen. Tutkimus</p>

		asiakkaiden turvattomuuden kokeminen kotona vähenisi ja laitoshoitoon siirtyminen tapahtuisi myöhemmin. Esille nousi myös kotihoidon kehittämistarve ja uusien palveluratkaisujen etsiminen.	sisältää runsaasti otteita haastatteluista, joista asiakasnäkökulma tulee hyvin esille. Aineiston analysointi perustuisi kuitenkin omaan tulkintaani vanhusten masennuksen tunnistamisesta. Pisteet 14/15, tutkimuksen laatu hyvä, mutta hylätään tulosten tulkinnanvaraisuuden vuoksi.
Saarenheimo, M. & Arinen, S. Ikäihmisten masennuksen psykososiaalinen hoito. Katsausartikkeli, Gerontologia –lehti 4/2009, 209-219.	Tarkastellaan iäkkäiden ihmisten masennuksen psykososiaalista hoitoa tutkimuksen valossa. Käsitellään myös Vanhustyön keskusliiton MielenMuutos-tutkimus- ja kehittämishankkeessa kehitettävää ja kokeiltavaa toimintakonseptia, jonka tavoitteena on tukea mielialaongelmista kärsivien ikäihmisten psyykkistä hyvinvointia.	Iäkkäiden ihmisten masennuksen hyvän hoidon edellytys on palvelujärjestelmässä toimivien avainhenkilöiden valmius tunnistaa masennus. MielenMuutos-hanke vielä kesken, mutta kertynyt jo havaintoja, jotka antavat viitteitä keskeisistä tekijöistä hyvien hoitotulosten saavuttamiseksi iäkkäiden mielialaongelmien hoidossa ja psyykkisen hyvinvoinnin ylläpidossa.	Kyseessä on katsausartikkeli aiempiin tutkimuksiin, joten arviointi melko hankalaa, koska artikkelissa käsitellään useita eri tutkimuksia pääpiirteittäin. Tutkimusten tarkoitus, tavoitteet ja tulokset on esitetty, mutta keskitytty lähinnä tuloksiin ja niiden vaikuttavuuteen, sekä vertailuun. Osa hankkeista myös vielä kesken, joten lopullisia tuloksia ei ole tiedossa. MielenMuutos-hankkeen lähtökohdat, tavoitteet, kohderyhmä ja keinot selvitetty, mutta hanke vielä kesken, joten tulokset ovat vasta viitteellisiä. Pisteet 7/15. Hylätään.

	Kyllä	Ei	Ei tietoa
Tutkimuksen tausta ja tarkoitus			
1. Onko tutkittava ilmiö määritelty selkeästi?			
2. Onko tutkimuksen aihe perusteltu kirjallisuuskatsauksen avulla sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti?			
3. Onko tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät määritelty selkeästi?			
Aineisto ja menetelmät			
4. Ovatko aineistonkeruumenetelmät perusteltu ja kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti?			
5. Soveltuuko aineiston keruumenetelmä tutkittavaan ilmiöön ja tutkimukseen osallistujille?			
6. Onko aineiston keruu kuvattu?			
7. Onko aineiston sisällön riittävyttä arvioitu?			
8. Onko aineiston käsittely ja analyysin päävaiheet kuvattu?			
Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys			
9. Onko tutkija nimennyt kriteerit, joiden perusteella hän on arvioinut tutkimuksen luotettavuutta?			
10. Onko tutkija pohtinut huolellisesti eettisiä kysymyksiä? (mm. tietoinen suostumus)			
11. Onko lukijan helppo tunnistaa ja ymmärtää tulokset?			
Tulokset ja johtopäätökset			
12. Onko tuloksilla uutuusarvoa ja merkitystä hoitotyön kehittämisessä?			
13. Onko tulokset esitely selkeästi, loogisesti ja onko niitä verrattu aikaisempiin tutkimuksiin?			
14. Tutkimuksen johtopäätökset perustuvat tuloksiin ja ovat hyödynnettävissä?			
Muut huomiot/kokonaisarvio?			
15. Tutkimus muodostaa eheän, selkeän ja johdonmukaisen kokonaisuuden?			
Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset ja vastaako arvioitava tutkimus niihin			
1. Miten kotihoidon vastuuhoitaja voi eri keinoin tunnistaa vanhusten masennuksen?			
2. Mitkä ovat vanhusten masennuksen tunnistamisen ongelmat kotihoidossa?			

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastaavat lauseet tai lauseen osat ja haastattelulainaukset, sekä niiden pelkistetty ilmaisu.
Analyysiä ohjaa tutkimuskysymys: Miten kotihoidon vastuuhoitaja voi eri keinoin tunnistaa vanhusten masennuksen?

Alkuperäinen ilmaisu

Hoitajien mielestä depression keskeisiä oireita olivat unihäiriöt, kuolemaan liittyvät ajatukset, mielialan ja elämänilon lasku sekä epämääräiset somaattiset oireet.

Mielikuvaan depressiivisestä asiakkaasta liittyi erilaisia apaattisuuteen ja elämänhaluttomuuteen liittyviä käsityksiä.

”...se on vähän semmoinen vetämätön, ei oikein kiinnostu siitä omasta hoidosta oikein, se ei niinku saa aikaseksi, sen näkee sillä lailla että se ei innostu oikein mistään...”

”...elämällä ei oo mitään merkitystä, ei mitään tarkotusta, haluttas kuolla ja jos ei ihan niin pitkällä oo niin haluttas kauheesti nukkua ja mikään ei innosta eikä tunnu miltään...”

Hoitajat kuvasivat masentuneet vakavina tai surullisina.

”...semmonen jotenkin...vakava ilme, että näkee ja kuulee niistä jutuista että siellä ei oikein aurinko paista...”

Etenkin vanhuksilla aggressiivisuus ja itsensä laiminlyönti sekä ruokahaluttomuus olivat oireita masennuksesta.

Pelkistetty ilmaisu

- keskeisten oireiden tunnistaminen
- oireena unihäiriöt
- oireena ajatukset kuolemasta
- oireena mielialan lasku
- oireena elämänilon lasku
- epämääräiset somaattiset oireet

- mielikuva apaattisuudesta
- mielikuva elämänhaluttomuudesta

- vetämättömyys
- kiinnostumattomuus hoidostaan
- ei saa aikaiseksi
- ei innostu mistään

- tunne elämän merkityksettömyydestä
- tunne elämän tarkoituksettomuudesta
- halu kuolla
- halu nukkua
- mikään ei tunnu innostavan
- mikään ei tunnu miltään

- kuvaus vakavuudesta
- kuvaus surullisuudesta

- vakava ilme
- vakavuus näkyy
- vakavuus kuuluu jutuista

- oireena aggressiivisuus
- oireena itsensä laiminlyönti
- oireena ruokahaluttomuus

Itkemistä pidettiin etenkin naisille tyypillisenä tapana purkaa huonoa oloaan.

Asiakkaan itku koettiin ”lupana” aloittaa keskustelu mieliala-asiasta.

Muina itsekontrolliin liittyvinä oireina mainittiin mielialan ailahtelevuus ja alkoholiongelmät.

Asiakkaan mahdollisesta mielialan laskusta tuli keskustella, jos esille tuli asiakkaan alkoholiongelma.

Hoitajat yhdistivät epämääräisen somaattisen oireilun mahdolliseen piilevään depression.

”...huonoa oloa ja pahaa oloa ja tämmöstä, ei osaa oikein sanoa että mikä se ja mistä ja ei oo oikein kipiä, semmosessa oletas, että oisko siellä takana joku semmonen...”

Hoitajat puhuivat todellisista fyysisistä oireista, joiden syyksi ei löydy somaattista tekijää.

”...kyllä mä siitä oon aina lähtenyt, että somaattinen asia kuitenkin katotaan sieltä taustalta pois, että onko tosiaan niskat jumissa..tai onko maha, miksi se maha on kipee. Että ei niinku lähtis sitä vähättelemään sitten että se on ihmisen todellinen asia kuitenkin...”

Depression oireena hoitajat pitivät myös fyysisistä sairauksista kärsivien haluttomuutta hoitaa sairauttaan sekä välinpitämättömyyttä sairauden kehittymistä kohtaan.

Hoitajat pitivät nukkumiseen ja päivätoimintoihin liittyviä normaalin elämänrytmin ja käyttäytymisen poikkeamia merkinä depressiosta.

- naisilla tyypillistä itkeminen
- itkeminen huonon olon purkutapa
- naisilla oireena itkeminen
- huono olo

Liite 4/8 (2/2)

- itkemisestä lupa mielialakeskustelulle

- oireet itsekontrollissa
- oireena ailahteleva mieliala
- oireena alkoholiongelmät

- keskustelu mielialan laskusta
- alkoholiongelma esille

- epämääräiset somaattiset oireet
- mahdollinen piilevä depressio

- oireena epämääräinen kipu
- oireena huono olo
- oireena paha olo

- todelliset fyysiset oireet
- fyysisten oireiden syy ei löydy

- somaattisten oireiden hoito
- ei vähätellä kipua
- kipu todellinen oire

- oireena haluttomuus fyysisen sairauden hoitoon
- oireena välinpitämättömyys fyysisen sairauden kehittymiseen

- merkinä poikkeamat nukkumisessa
- merkinä poikkeamat päivätoiminnoissa
- merkinä poikkeamat käyttäytymisessä

Toiseen tutkimuskysymykseen vastaavat lauseet tai lauseen osat ja haastattelulainaukset, sekä niiden pelkistetty ilmaisu.
Analyysiä ohjaa tutkimuskysymys: Mitä ongelmia vanhusten masennuksen tunnistamisessa on kotihoidossa?

Alkuperäinen ilmaisu

Hoitajat pitivät velvollisuutenaan auttaa masentuneita asiakkaita, mutta kokivat kiireen, epävarmuuden omista mahdollisuuksista auttaa, sekä vastuunpelon auttamisen esteinä.

”...tietysti on paljo tätä, että on muita vaivoja, että se depressio sitte kätkeytyy niiden oireiden taa, se on semmosena sitte hankala tunnistaa...”

Hoitajat arvelivat asiakkaiden ilmentävän depressiivisyyttä somaattisin oirein niiden hyväksyttävyyden takia ja arvelivat psyykkisistä ongelmista keskustelun mahdolliseksi vasta, kun hoitosuhde on ensin saatu syntymään.

”...Se on sitte varmaan semmonen vähän vaihteleva, että sekin on semmonen kiinnostusasia, että toisia se ehkä enemmän kiinnostaa ja toiset ei sitte juuri oo kiinnostuneita koko depressiosta, ja silloinhan sitä ei nää oikeastaan sitä asiaa...”

Somaattista hoitotyötä tekevä työntekijä, jota depressio ilmiönä ei kiinnosta lainkaan ei hanki siitä tietoa, eikä huomioi asiakkaansa mielialaan liittyviä tekijöitä.

”...ei sitä ehkä nuorelta työntekijältä voi vaatiakaan vielä, että jolla energia menee vielä ihan siihen rutiinien pyörittämiseen, että se ei pysty sillain semmoseen asiakassuhteisiin...mun mielestä se tulee vasta sitten ehkä työkokemuksiinkin myötä ja tietenki sitte sen innostuksen mikä asiaan on...”

Rohkeuden puute ja masennuksesta puhumisen vältteleminen asiakastilanteissa nähtiin hoidon toteutumista heikentävinä tekijöinä.

Pelkistetty ilmaisu

- kiire estää
- epävarmuus mahdollisuuksista auttaa estää
- vastuunpelko estää

- depressio peittyi muiden oireiden taakse

- somaattinen oireilu hyväksyttävämpää
- keskustelu mahdollista vasta hoitosuhteen synnyttyä

- kiinnostus hoitaa
- depressiota ei nähdä ilman kiinnostusta

- somatiikkapainotteinen työ
- mielialatekijät ei kiinnosta

- työntekijän kokemattomuus
- rutiinien pyörittäminen vie energian

- rohkeuden puute
- masennuksesta puhumisen välttely

”...Ehkä sitten rohkeutta tarvis olla...kysyä ihan joku ratkaiseva kysymys. Semmosia puuttuu, ja ajatellaan monesti että eipä tässä oo aikaa ja keksitään niinku verukkeita että päästäs tästä asiasta, painetaan villaisella jopa että..ja joskus tuntuu, että korostetaan liikaa sitä että määrä, se mikä on, ei niinkään laatua vaan määrää...”

Hoitajat totesivat jatkuvan kiireen työssä vaikeuttavan depression tunnistamista ja hoitamista.

”...ehkä monesti tulee semmonen ettei kannata niin penkastakaan sitä asiaa, kun ei ehdi siihen syventymään ja välttämättä kauheasti ohjata... se harmittaa joskus ihan että ois mukava kun olis pystynyt jotakin sitte antamaan, ihan sitä asiaa käsittelemään...”

somaattisten oireiden korostuvan hoitosuhteissa liikaa ja mielialatekijöiden jäävän huomioimatta

”...Joskus tuntuu että on ite tosiaan depressiossa, että siinä voi olla ihan vaikea lähteä töihin, tai tietenkin työt voi tehdä mutta jos sattuu että sinä päivänä tulee täälläkin semmosta kun itellä on raskas mieli niin saako se asiakas sitte mitään itellensä...”

He ymmärsivät ja hyväksyivät työntekijöiden oman depressiivisyyden, mutta arvelivat sen estävän työntekijää vastaanottamasta asiakkaan esiintuomaa ahdistusta ja pahaa oloa.

Kukaan haastatelluista ei kokenut saaneensa ammatillisesta koulutuksestaan valmiuksia depression tunnistamiseen tai hoitoon.

”...tuntuu että jos ei ois näitä (masentuneita) lähipiirissä, eikä sitte tämmösiä tuttavvia jotka tosiaan puhuu ja purkaantuu, ei sitä ehkä ymmärtäskään sillä lailla. Se tulee siinä se, että sen tietää miltä se tuntuu silloin...”

Asiakkaan depressiivisyyden tunnistaminen, asiaan tarttuminen ja depressiopotilaan hoitaminen aiheuttivat epävarmuuden tunteita.

Asiakkaan pelättiin loukkaantuvan, jos käynnin syynä eivät ole mielialaongelmat ja hoitaja alkaa puhua niistä.

- rohkeus kysyä puuttuu
- ei ole aikaa
- keksitään verukkeita asiasta pääsyyn
- painetaan villaisella
- hoidossa korostetaan määrää laadun sijasta

- jatkuva kiire

- ei ehdi syventyä
- ei ehdi ohjata
- ei ehdi käsitellä asiaa

- somaattisen oireet korostuu
- mielialaoireet jäävät huomiotta

- oman vireystilan vaikutus
- hoitajan oma depressio

- työntekijän depressiivisyys estää vastaanottamasta asiakkaan ahdistusta ja pahaa oloa

- koulutus ei anna valmiuksia

- ilman masentuneita tuttavvia ei ymmärrä miltä masennus tuntuu

- epävarmuus asiaan tarttumisessa
- epävarmuuden tunne depression tunnistamisessa

- pelko asiakkaan loukkaamisesta
- pelko puhua mielialaongelmista

Pelkistettyjen lauseiden, lauseen osien ja haastattelulainauksen ryhmittely.

1. tutkimuskysymys: Miten kotihoidon vastuuhoidtaja voi eri keinoin tunnistaa vanhusten masennuksen?

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
<ul style="list-style-type: none"> - epämääräiset somaattiset oireet - oireena ruokahaluttomuus - epämääräiset somaattiset oireet - oireena epämääräinen kipu - oireena huono olo - oireena paha olo - epämääräiset somaattiset oireet - epämääräiset somaattiset oireet 	<p>Epämääräiset somaattiset oireet</p>	<p>Laajan oirekirjon tunteminen</p>	<p>Oireiston monimuotoisuuden ymmärtäminen</p>
<ul style="list-style-type: none"> - oireet itsekontrollissa - oireena alkoholiongelmat - oireena tauoton puhuminen - oireena touhotus - ahdistukseen liittyvä keskittymiskyvyttömyys - oireena aggressivisuus - naisilla oireena itkeminen - oireena mielialat muuttuu yhtäkkiä - kiinnostumattomuus hoidostaan - ei saa aikaiseksi - ei innostu mistään - oireena haluttomuus fyysisen sairauden hoitoon - oireena välinpitämättömyys fyysisen sairauden kehittymiseen 	<p>Käyttöoireet</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - oireena itsensä laiminlyönti - oireena vireystilan muutokset - huoli vireystilasta - oireena ulkoinen muutos - oireena hartiat kumarassa - oireena ulkoisen olemuksen muutokset - oireena sairauksien huono hoitomotivaatio - itsestä huolenpidon laiminlyönti 	<p>Ulkoiset muutokset</p>		

Pelkistetty ilmaisu

Alakategoria

Yläkategoria

Yhdistävä kategoria

- oireena ajatukset kuolemasta
- oireena mielialan lasku
- oireena elämänilon lasku
- halu kuolla
- mikään ei tunnu miltään
- naisilla tyypillistä itkeminen
- itkeminen huonon olon purkutapa
- huono olo
- oireena ailahteleva mieliala
- oireena on ääriolossa
- oireena väsymys
- oireena yleinen tyytymättömyys
- oireena hankala olo
- oireena hämmästyneisyys
- oireena epämääräinen ahdistus
- ahdistukseen liittyvä itsetunnon heikkous
- oireena epätietoisuus hankalan olon syystä
- oireena väsyttävä olo
- oireena itkettävä olo
- oireena mieli maassa
- oireena mielialan lasku
- oireena mielihyvän tunteen väheneminen
- oireena elämänilon väheneminen
- vetämättömyys
- tunne elämän merkityksettömyydestä
- tunne elämän tarkoituksettomuudesta
- mikään ei tunnu innostavan
- oireena väsymys
- oireena vireystilan muutos
- oireena itsearvostuksen puute
- vakava henkinen väsymys
- elämänhalun puuttuminen

Mielialaoireet

Sosiaalinen
eristäytyminen

- oireena vetäytyminen kontakteista
- oireena omissa oloissa pysyminen
- oireena liikkeelle lähtemisen vaikeus sängystä
- oireena liikkeelle lähtemisen vaikeus kotoa

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
<ul style="list-style-type: none"> - oireena siteiden katkeaminen muihin - oireena eristäytyminen - oireena asioiden toimittaminen muilla - oireena haluttomuus sosiaalisuuteen - oireena sulkeutuneisuus - oireena puhumattomuus - oireena sosiaalisten suhteiden kapeutuminen - syrjäytymisriski lisääntyy 			
<ul style="list-style-type: none"> - oireena unihäiriöt - halu nukkua - oireena rytmit sekaisin - oireena ei nuku - oireena nukkuu liikaa - oireena nukkuu koko ajan - oireena unihäiriöt - oireena väsymystila 	Nukkumiseen liittyvät oireet		
<ul style="list-style-type: none"> - puheeksi ottaminen - läheisten huomioiminen - itse asian kiertävä kysely - kysyminen suoraan - kysyminen mittarin avulla 	Kysely	Keinot masennuksen selvittämiseksi	
<ul style="list-style-type: none"> - keskeisten oireiden tunnistaminen - itkemisestä lupa mielialakeskustelulle - sanallinen viestintä - sanaton viestintä - puhumiseen kannustaminen - omaisten kuuntelu - tilannearvio - puhuminen masennuksesta - tutun potilaan vetäytyminen huomataan herkästi 	Havaitsemisen keinoja		
<ul style="list-style-type: none"> - oireiden arviointi - kokonaisvaltainen tilannearvio 	Arviointi		

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
<ul style="list-style-type: none"> - yhteys perustoiminnoista suoriutumiseen - käytöksen arviointi - päivittäisistä toimista suoriutumisen arviointi - lyhyt masennusmittari tunnistamiskeinona - yhteys toimintakyvyn vajaukseen - enemmän terveysongelmia - enemmän vaivoja - enemmän erilaisia oireita - lievästi alakuloisten huomiointi - toimintakyvyn rajoitusten yhteyden arviointi - yhteys terveyden heikkenemiseen - yhteys toimintakyvyn alenemiseen - kykyä arvioida elämäntilanne kokonaisuutena - masennustekijöiden huomiointi - masennuksen seulonta - mittari arviointiin - mittari arviointiin - itsestä huolenpidon yhteyden arviointi - haitallisten vaikutusten ehkäisy 			
<ul style="list-style-type: none"> - ajoittainen masennus - yksinäisyyden tunteeseen liittyvä - kipuihin liittyvä - huonoon kuntoon liittyvä 	Kaikki kokevat joskus olonsa masentuneeksi	Ajoittainen masennuksen tunne ei aina vaadi toimenpiteitä	
<ul style="list-style-type: none"> - keskustelu mielialan laskusta - alkoholiongelma esille - luonteva tilaisuus keskusteluun mielialaongelmista - keskustelu uupumuksesta - keskustelu nukkumisesta - tilaisuus kertoa olosta - keskustelu somaattisista oireista lähestymiskeinona 	Keskustelu		
<ul style="list-style-type: none"> - keskeisten oireiden tunnistaminen - ratkaisevaa hoitajan kiinnostus 	Hoitajan valmiudet	Oireiden havaitseminen	Hoitajan kiinnostus mielialatekijöihin

Pelkistetty ilmaisu

Alakategoria

Yläkategoria

Yhdistävä kategoria

mielenterveysasioihin

- tunnistamisessa hoitajien asenteet tärkeä tekijä
- tunnistamisessa tilanneherkkyys tärkeä tekijä
- taito kuunnella
- luottamuksellisuus
- ongelmien vakavasti ottaminen
- psyykkisten tekijöiden huomioiminen
- somaattisten tekijöiden huomioiminen
- kokonaisvaltainen tilannearvio
- yksilökeskeinen toiminta
- persoonallinen toiminta

- ratkaisevaa hoitajan kiinnostus mielenterveysasioihin
- työyhteisön kyky oivaltaa mielen ja kehon yhteys
- käytännönläheinen suhtautuminen ongelmiin
- käytännönläheinen suhtautuminen asiakkaisiin
- tilanneherkkyys
- puheeksi ottaminen
- puhumiseen kannustaminen
- kokonaisvaltainen tilannearvio
- ongelmien vakavasti ottaminen
- ratkaisukeinojen etsiminen ongelmiin
- selitysten etsiminen ongelmiin

Hoitajan toiminta/
suhtautuminen

- keskeisenä oireena unihäiriöt
- keskeisenä oireena väsymys
- keskeisenä oireena ajatukset kuolemasta
- keskeisenä oireena ajatukset itsemurhasta
- keskeiset tekijät tunnistamisessa
- keskeistä mielialan lasku
- keskeistä elämänilon väheneminen
- keskeiset oireet

Hoitajien
mielestä
keskeiset
oireet

Pelkistetty ilmaisu

- muutokset itsestä huolehtimisessa
- muutokset itsehillinnässä
- epämääräiset somaattiset oireet
- oireena ahdistuneisuus
- oireena eristäytyminen
- oireena välinpitämättömyys
- oireena aggressivisuus
- mielialan masentuneisuus
- oireena itkeminen
- oireena ahdistuneisuus
- oireena jännitys
- oireena pessimismi tulevaisuuden suhteen

- todelliset fyysiset oireet
- fyysisten oireiden syy ei löydy
- somaattisten oireiden hoito
- ei vahätellä kipua
- kipu todellinen oire
- erilaiset somaattiset oireet
- oireiden ottaminen vakavasti
- oireiden huomioiminen

- kipu leimaa elämää
- särky leimaa elämää
- väsymys leimaa elämää
- oireet leimaavat elämää

Alakategoria

Somaattiset
oireet
todellisia

Oireet
leimaavat
elämää

Yläkategoria

Somaattisten oireiden
hoito ja huomiointi
masennuksen ilmentäjänä

Yhdistävä kategoria

Pelkistettyjen lauseiden, lauseen osien ja haastattelulainauksen ryhmittely.

2. tutkimuskysymys: Mitä ongelmia vanhusten masennuksen tunnistamisessa on kotihoidossa?

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
<ul style="list-style-type: none"> - kiire estää - ei ole aikaa - jatkuva kiire - ei ehdi syventyä - ei ehdi ohjata - ei ehdi käsitellä asiaa - ajan puute vaikeuttaa - tehdään se mihin on aikaa - kokonaisvaltainen hoito vaatisi erilaista työtettä ja enemmän aikaa - hoitajien kiire - kiire työssä - työntekijöiden kiire - ei ole aikaa - hoitajien vaihtuvuus ja kiire tuo turvattomuutta 	Kiire	Kiireessä tehdään vain se mitä ehditään	Kiireinen työtahti
<ul style="list-style-type: none"> - asiakas kokee avun saannin psyykkisten toimintojen osalta vähäisemmäksi kuin henkilöstö arvioi antaneensa - erot avun saannin ja tarpeen välillä - tarpeen tunnistamisen ongelmat - avun saannin havaitsemisen vaikeudet - keskittyminen kodinhoidollisiin tarpeisiin - keskittyminen fyysisiin tarpeisiin - syvällistä psyykkistä auttamista ei odoteta - tehtäväkeskeinen työskentely - tehtävien tärkeysjärjestys - asiakkaiden kokemus avun saanti ei vastaa tarvetta - vaje psyykkisessä huomioimisessa - vanhuksen kokemus arvostuksen puute - vanhuksen toiveita ei huomioida - palvelut eivät vastaa tarpeita 	Avun saanti ei vastaa tarvetta		

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
<ul style="list-style-type: none"> - somatiikkapainotteinen työ - somaattisesti painottuva työ - hoito painottuu fyysiseen huolenpitoon - keskittyminen fyysisiin tarpeisiin - yksintyöskentelystä riittämättömyyden tunteita - moniammatillisen yhteistyön vähyys vaikeuttaa - asiakkaalla monta työntekijää - keskittyminen kodinhoidollisiin tarpeisiin - keskittyminen fyysisiin tarpeisiin - tehdään se mihin on aikaa - kokonaisvaltainen hoito vaatisi erilaista työtettä - hoito painottuu fyysiseen huolenpitoon - ei yhteistoiminnallisuutta omaisen kanssa - kotihoito toimii ongelmallisesti - kotihoito on pirstaleina - hoitajien vaihtuvuus - kiire työssä - työn vaativuus - vanhuksilla ei tietoa hoito- ja palvelusuunnitelmasta - sama ihminen ei aina työssä 	<p>Somatiikkapainotteinen työ/hoito</p> <p>Puutteet hoitamisessa/ kotihoidossa</p>	<p>Kiireinen työtahti pakottaa kehittymään fyysiseen huolenpitoon ja kodinhoidollisiin tarpeisiin</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - depressiota ei nähdä ilman kiinnostusta - mielialatekijät ei kiinnosta - keksitään verukkeita asiasta pääsyyn - painetaan villaisella - vanhuksen toiveita ei huomioida - välinpitämättömyys hoidossa - huono hoito - epäinhimillinen kohtelu 	<p>Välinpitämättömyys</p>	<p>Masennus jää usein huomiotta ilman kiinnostusta mielialatekijöihin</p>	<p>Mielialatekijät ei kiinnosta</p>
<ul style="list-style-type: none"> - kiinnostus hoitaa - depressiota ei nähdä ilman kiinnostusta - mielialatekijät ei kiinnosta - keksitään verukkeita asiasta pääsyyn - painetaan villaisella 	<p>Kiinnostus</p>		

Pelkistetty ilmaisu

Alakategoria

Yläkategoria

Yhdistävä kategoria

- hoidossa korostetaan määrää laadun sijasta
- mielialaoireet jäävät huomiotta
- vuorovaikutuksessa syntyvä ilmapiiri
- työntekijällä täytyy olla kyky eläytyä potilaan tunnetiloihin oireiden tunnistamiseksi
- välinpitämättömyys hoidossa
- huono hoito
- epäinhimillinen kohtelu
- työntekijän tutuus ei takaa hoidon hyvää laatua

- depressio peittyy muiden oireiden taakse
- somaattinen oireilu hyväksyttävämpää
- somaattisen oireet korostuu
- mielialaoireet jäävät huomiotta
- asiakkaiden huonokuntoisuus
- syvällistä psyykkistä auttamista ei odoteta
- kipua ei osata yhdistää masennukseen

Somaattiset oireet
korostuvat

Työn somatiikkapainotteisuus
jättää kokemuksen puuttuessa
mialialaoireet huomiotta

- depressio peittyy muiden oireiden taakse
- somaattinen oireilu hyväksyttävämpää
- kokemuksen puuttuessa nähdään depression mahdollisuus kaikessa tavanomaisesta poikkeavassa käytöksessä tai oireiden kuvauksessa
- kehittyneistä toiminnoista suoriutuu
- elämänhalun puute ei aina johdu masennuksesta
- masennuksen tekijät voivat olla syitä tai seurauksia
- masennuksen altistavat tekijät samoja kuin seuraukset
- yksinäisyys on sisäinen kokemus, joka altistaa masennukselle
- ristiriita riskitekijöissä
- kipua ei osata yhdistää masennukseen

Oireiston monimuotoisuus

- epävarmuus mahdollisuuksista auttaa estää
- rohkeuden puute
- rohkeus kysyä puuttuu
- epävarmuus asiaan tarttumisessa
- epävarmuuden tunne depression tunnistamisessa

Epävarmuus

Pelkistetty ilmaisu

Alakategoria

Yläkategoria

Yhdistävä kategoria

- epävarmuus oikeiden sanojen löytämisessä
- vaikeus löytää oikeita sanoja
- ei tiedä mitä osaa tehdä
- ei tiedä mitä osaa sanoa
- yksintyöskentelystä epävarmuuden tunteita
- ei tiedetä miten auttaa

Pelkistettyjen lauseiden, lauseen osien ja haastattelulainauksen ryhmittely.

1. tutkimuskysymys: Miten kotihoidon vastuuhoitaja voi eri keinoin tunnistaa vanhusten masennuksen?

Alakategoria (33)	Yläkategoria (11)	Yhdistävä kategoria (4)
<ul style="list-style-type: none"> - epämääräiset somaattiset oireet - käytösoireet - ulkoiset muutokset - mielialaoireet - sosiaalinen eristäytyminen - nukkumiseen liittyvät oireet 	<ul style="list-style-type: none"> laajan oirekirjon tunteminen 	Oireiston monimuotoisuuden ymmärtäminen
<ul style="list-style-type: none"> - kysely - havaitsemisen keinoja - arviointi 	<ul style="list-style-type: none"> keinot masennuksen selvittämiseksi 	
<ul style="list-style-type: none"> - kaikki kokevat joskus olevansa masentuneita - keskustelu 	<ul style="list-style-type: none"> ajoittainen masennuksen tunne ei aina vaadi toimenpiteitä 	
<ul style="list-style-type: none"> - hoitajan valmiudet - hoitajan toiminta/suhtautuminen - hoitajien mielestä keskeiset oireet 	<ul style="list-style-type: none"> oireiden havaitseminen 	Hoitajan kiinnostus mielialatekijöihin
<ul style="list-style-type: none"> - somaattiset oireet todellisia - oireet leimaavat elämää 	<ul style="list-style-type: none"> somaattisten oireiden hoito ja huomiointi masennuksen ilmentäjänä 	
<ul style="list-style-type: none"> - työyhteisön valmiudet - hoidon suunnittelu 	<ul style="list-style-type: none"> kokonaisvaltainen tilanearvio yhteistyössä eri toimijoiden kesken 	Tilanearvio ja yhteistyö
<ul style="list-style-type: none"> - vanhus arvostaa - vanhukseksi tärkeää - työntekijän tutuus 	<ul style="list-style-type: none"> luottamussuhde mahdollistaa puheeksi ottamisen 	
<ul style="list-style-type: none"> - läheiset - yhteistyö 	<ul style="list-style-type: none"> yhteistyö läheisten kanssa 	
<ul style="list-style-type: none"> - altistavat tekijät - syy-seuraus suhde - masennuksen yhteyteen liittyvät tekijät - masentuneisuutta kuvaavat ilmaisut 	<ul style="list-style-type: none"> masennustekijöiden syy-seuraus suhde 	Masennukseen liittyvien tekijöiden tunteminen
<ul style="list-style-type: none"> - hoitajien mielikuvat - hoitajien havainnot - merkit hoitajien mielestä 	<ul style="list-style-type: none"> masennuksen merkkien tarkkailu ja havainnointi 	
<ul style="list-style-type: none"> - koulutus - kokemus - havainnointi 	<ul style="list-style-type: none"> kokemus mahdollistaa tunnistamisen 	

Pelkistettyjen lauseiden, lauseen osien ja haastattelulainausten ryhmittely.

2. tutkimuskysymys: Mitkä ovat vanhusten masennuksen tunnistamisen ongelmat kotihoidossa?

Alakategoria (16)	Yläkategoria (7)	Yhdistävä kategoria (4)
- kiire - avun saanti ei vastaa tarvetta	kiireessä tehdään vain se mitä ehditään	Kiireinen työtahti
- somatiikkapainotteinen työ/hoido - puutteet hoitamisessa/ kotihoidossa	kiireinen työtahti pakottaa keskittymään fyysiseen huolenpitoon ja kodin-hoidollisiin tarpeisiin	
- välinpitämättömyys - kiinnostus	masennus jää usein huomiotta ilman kiinnostusta mielialatekijöihin	Mielialatekijät ei kiinnosta
- somaattiset oireet korostuvat - oireiston monimuotoisuus - epävarmuus	työn somatiikkapainotteisuus jättää kokemuksen puuttuessa mielialaoireet huomiotta	
- koulutus/ammattitaito - kokemus/kokemattomuus - pelko	koulutus ei anna valmiuksia ja kokemattoman hoitajan aika menee rutiinien pyörittämiseen	Somaattisia oireita ei osata yhdistää masennukseen
- vanhus ei kerro - välttely	vanhus ei tuo oireita esille, epävarma hoitaja keskittyy fyysiseen huolenpitoon ja oireet, sekä merkit jäävät huomaamatta	
- hoitajan masennus - hoitajan mielenvireys	hoitajan oma masennus estää huomaamisen	Hoitajan uupumus ja/tai masennus