

”MIELEKKÄÄSTI KOTIIN”

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus masentuneen gerontologista kuntoutumista edistäviin ja
estäviin
tekijöihin laitoshoidon aikana



Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Visamäki, sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, kriisityö

Syksy, 2018

Mari Hokkanen

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, kriisityö, Visamäki

Tekijä	Mari Hokkanen	Vuosi 2018
Työn nimi	”Mielekkäästi kotiin” -Kuvaileva kirjallisuuskatsaus masentuneen gerontologista kuntoutumista edistäviin ja estäviin tekijöihin laitoshoidon aikana	
Työn ohjaaja	Leena Packalén	

TIIVISTELMÄ

Ikääntyneiden määrän kasvaessa suomalaista yhteiskuntaa kohtaa väestön rakenteellinen muutos. Muutoksen vuoksi kunnat joutuvat miettimään ikääntyneiden palvelujen uudelleen järjestämistä. Masennus on ikääntyneiden yleisin mielenterveydellinen häiriö, joka paitsi heikentää ikääntyneen toimintakykyä myös kasvattaa laitokseen joutumisen riskiä. Laitoshoitopaikkojen vähentämisen myötä ikääntyneiden hoito- ja kuntoutuskäytänteiden edistäminen on yksi yhteiskuntamme kehitystarpeista.

Tämä työ oli laadullisella tutkimusotteella toteutettu kuvaileva kirjallisuuskatsaus masentuneen gerontologista kuntoutumista edistävästä ja estävästä tekijöistä laitoshoidon aikana. Työn tarkoituksena oli lisätä paitsi sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten myös opiskelijoiden ymmärrystä masennuksesta ja gerontologiseen kuntoutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Tutkimusaineisto kerättiin sekä sähköisistä tietokannoista että sähköisessä muodossa olevista Gerontologia-lehdistä kevään 2018 aikana. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisesti teemoitellen.

Tulosten mukaan ikääntyneiden masentuneiden laituskuntoutus vaatii verkostomaista yhteistyötä eri asiantuntijoiden ja sektoreiden välillä. Ikääntyneen toipumista edistävän kuntoutuksen lähtökohta perustuu yksilölliseen kuntoutustarpeeseen vastaamiseen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen. Onnistunut kuntoutusprosessi edellyttää tulosten perusteella paitsi tasavertaista vuorovaikutusta myös sujuvaa tiedonkulkua ammattilaisten, ikääntyneen ja muiden kuntoutukseen osallistuvien tahojen välillä. Ammattilaisten vallankäytöllä ja yksilöllisten tarpeiden ohittamisella oli tulosten osoittamana kuntoutumista estävä vaikutus. Saatuja tuloksia on mahdollista hyödyntää ikääntyneiden masennuksen hoidon ja kuntoutustyön kehittämisessä.

Avainsanat gerontologinen kuntoutus, ikääntyneet, laitoshoido, masennus
Sivut 75 sivua, joista liitteitä 4 sivua

Social and health care development and management, crisis intervention, Visamäki

Author	Mari Hokkanen	Year 2018
Subject	“A meaningful way to go home” -descriptive review of promoting and preventing factors in depressed gerontological rehabilitation during hospitalization	
Supervisors	Leena Packalén	

ABSTRACT

Increasingly more people are becoming old in Finnish society. Because of this change we need to reorganize our municipal services for the elderly. Depression is the most common mental health problem among old people. Old and depressed people are weaker than other elderly and they have a progressive risk of being hospitalized. Because of the decrease in hospitalization we need to improve methods of caring and rehabilitating our old. Our society needs development and new strategies to achieve this goal.

This was a descriptive literature review. It was done in qualitative approaches. The aim of this study was to describe promoting and preventing factors which were connected to depression and gerontological rehabilitation during hospitalization. The purpose of this study was to increase understanding about depression and gerontological rehabilitation among social and health care workers and students. The data was collected from electronic databases and the electronic magazines named Gerontology during spring 2018. The data was analyzed using a material-based way through themes.

These results showed that professional co-operation and networking is necessary between specialist units and sectors in supporting old and depressed people in their recovery during hospitalization. It requires reacting individual needs but also respect patient's self-determination. It is also needed equal interaction and smooth data transfer between professionals, patients and other units in successful rehabilitation. The results showed that the use of professional authority and neglecting of individual needs in rehabilitation actually work prevents personal recovery. This results can be beneficial in rehabilitation and development of nursing care among the depressed elderly.

Keywords gerontological rehabilitation, elderly, hospitalization, depression
Pages 75 pages including appendices 4 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	IKÄÄNTYNEEN MASENNUS.....	4
2.1	Ikääntyneen mielenterveys.....	4
2.2	Ikääntyneiden masennuksen yleisyys ja oirekuva.....	6
2.3	Masennuksen yhteys toimintakykyyn.....	10
2.4	Altistavien ja suojaavien tekijöiden merkitys masennustilan synnyssä.....	15
3	MASENNUKSESTA KUNTOUTUMINEN LAITOKSESSA.....	17
3.1	Kuntoutumisen prosessi.....	17
3.2	Kuntoutussuunnitelma ja moniammatillinen työote.....	20
3.3	Laitoskuntoutus.....	22
3.4	Vuorovaikutteinen yksilökuntoutus.....	25
3.5	Vertaistuellinen yhteisökuntoutus.....	27
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	28
5	KUVAILEVAN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS.....	28
5.1	Tutkimusmenetelmä.....	29
5.2	Aineiston kerääminen ja valinta.....	32
5.3	Tutkimusaineiston kuvaus.....	39
5.4	Aineiston analyysimenetelmä.....	40
5.5	Luotettavuus ja eettisyys.....	43
6	TULOSTEN KUVAAMINEN JA TARKASTELU.....	45
6.1	Asiakaslähtöisyys.....	45
6.2	Verkostotyö.....	48
6.3	Vuorovaikutus.....	48
6.4	Ympäristö.....	49
6.5	Taitotieto.....	50
6.6	Elintapaohjaus.....	51
7	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	53
8	POHDINTA.....	58
	LÄHTEET.....	61

Liitteet

Liite 1 Tutkimukseen valikoitunut aineisto

1 JOHDANTO

Suomalaisen yhteiskunnan rakenteissa tapahtuu isoja uudistuksia ja muutoksia. Muutoksista esimerkkeinä ovat paitsi väestörakenteessa tapahtuva ikääntyneiden suhteellisen määrän voimakas kasvaminen myös vuoden 2020 alusta voimaan astuvaksi kaavailtu sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden alueuudistus. Nämä muutokset ovat herättäneet laajoja yhteiskunnallisia keskusteluja eri tiedotusvälineissä. Käydyissä keskusteluissa voimakkaaksi huolenaiheeksi on toistuvasti nostettu ikääntyvän väestön muuttuviin erityistarpeisiin vastaaminen, jota kunnat tavoittelevat muun muassa palvelujen uudelleen organisoinnin avulla. Useista selvityksistä on osoitettavissa, että huolenaihe ei ainoastaan koske suomalaista yhteiskuntaa, vaan väestön ikääntymisen voimakas kasvu suhteessa muuhun väestöön nähdään haasteena myös Euroopan alueella (Työelämän kehittämisstrategia vuoteen 2020, 2; Suomen Kuntaliitto 2017a, 19).

Väestön ikääntyminen tuo väistämättömästi mukanaan kasvavan hoidon tarpeen, jota yhteiskunta pyrkii hillitsemään muuntamalla laitoshoidon avohoitopainotteiseksi (STM 2017:6; Tuominen & Tuuri 2017, 229). Tilastokeskuksen vuonna 2016 julkaiseman tiedon perusteella vuoden 2015 joulukuussa yli 65-vuotiaiden osuus Suomen kokonaisväestöstä oli noin 1.1 miljoonaa henkilöä eli 20.5 %. Vuonna 2030 yli 65-vuotiaiden osuuden ennustetaan olevan noin 26 % ja vuonna 2060 peräti 29 % koko väestöstä. (Tilastokeskus 2015; Holmberg 2016, 174.)

Suomen Kuntaliiton (2017a, 19-20) julkaisussa ikääntyneiden elämäntapojen muuttumisen terveellisempään suuntaan arvioidaan vaikuttavan ikääntymiseen liitettävän hoidon tarpeen vähenemiseen. Toisaalta on mahdollista, että ikääntyneiden kohdalla hoidon tarvetta aktivoivat myös ongelmat psykososiaalisen toimintakyvyn osa-alueella. Tällaisesta muutoksesta antaisi viitettä Pikkaraisen, Pyöriän ja Savikon (2016, 185) kuvaus ikääntyneiden yksinäisyyden ja masentuneisuuden uhkatekijöistä sekä sosiaalisen osallistumisen heikkenemisestä yhteiskunnassa. Näillä tekijöillä on heidän mukaan yhteys vanhusväestön lisääntyneeseen sosiaali- ja terveyspalvelujen kulutukseen. Väestörakenteellisen muutoksen myötä iäkkäiden masennustilojen määrän ennakoidaan myös lisääntyvän (Kampman, Heiskanen, Holi, Huttunen & Tuulari 2017, 18). Globaalilla tasolla sairaus nähdään jo merkittävänä kansakuntia uhkaavana ongelmana (Markkula & Suvisaari 2017).

Voidaanko olettaa, että väestörakenteellisen muutoksen kautta ajankohittaisena suomalaista yhteiskuntaa koskettavana haasteena peilautuu ikäihmisillä todettujen fyysisten sairauksien sijaan enemmän psykososiaalista hyvinvointia koskettavat tekijät? Hyvän, turvallisen ja tasapainoisen vanhenemisen tueksi on nyt ja tulevaisuudessa ajankohtaista tarkastella vanhusväestön kokonaisvaltaista hyvinvointia kiinnittämällä huomio myös

mielenterveyttä vahvistavien keinojen suunnitteluun, arviointiin ja kehittämiseen ikääntyneen toimijuutta tukemalla ehkäisevän toiminnan tasojen menetelmiä unohtamatta (STM 2010; STM 2017:6; Markkula & Suvisaari 2017; Aromaa, Tuulari, Kykyri & Malviniemi 2010, 49; Kivelä 2009, 127-131).

Ikääntyneiden hoitoa ja palvelujen tuottamista ohjaavat useat eri lait ja suositukset. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) kokoaa ikääntyneen väestön palvelujen kehittämisen suuntaviivat. STM on julkaissut yhteistyössä Kuntaliiton kanssa laatusuositukset ”iäkkäiden palveluista” useampana vuonna. Näistä jälkimmäisin: ”Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019” korvaa aiemmat suositukset. Suosituksen tarkoitus on ohjata kuntia varautumaan vanhusväestön kasvavaan muutostarpeeseen uudistamalla palvelurakenteitaan, jotta tavoite niin sosiaalisesti kuin taloudellisesti kestävästä yhteiskunnasta toteutuisi. Lisäksi suosituksen avulla pyritään ohjaamaan kuntia edistämään hyvää ja turvallista vanhenemista asiakas- ja palveluohjauksen käytänteisiin panostamalla. Laatusuositus ohjaa kehittävänä esimerkkinä myös ikäihmisten hoitoon osallistuvien sektoreiden välisten toimijoiden kiinteämmän yhteistyön tavoittelua asiakaslähtöisten prosessien toteuttamiseksi. Suosituksessa tähdennetään itsemääräämisen periaatteen lähtökohdista katsottuna ikääntyneiden aktiivista toimijuuden tukemista oman kuntoutumisensa eteen. STM (2017:6) suosituksesta kuin myös Suomen Kuntaliiton (2017a, 18, 20) julkaisusta on todettavissa teknologian voimakaan kasvunopeuden hyödyntäminen osana tulevaisuuden hoitotyötä.

Hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi suosituksen rinnalla ikääntyneiden kuntoutumista ja hoitoa ohjaa muun muassa vuonna 2013 voimaan astunut vanhuspalvelulaki eli laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012). Mielenterveyslaki (1990/1116) puolestaan säätelee psyykkisesti sairastuneen ihmisen hoitoa ja huolenpitoa. Kaikkien lakien ja säännösten pohja on yhtenevä Suomen perustuslain (731/1999) kanssa. On osoitettavissa, että ikääntyneen asianmukainen auttaminen edellyttää ammattilaisten osaamisen ohella yhteistyövalmiuksien ja verkostoitumistaitojen vaalimista eri alojen asiantuntijoiden välillä (STM 2017:6; Tilli & Neuvonen 2017, 154). Ammatillisen kasvun ja elinikäisen oppimisen prosessi työelämän näkökulman vaatimuksena korostuu (Suomen Kuntaliitto 2017a, 21).

Tämä työ on kuvaileva kirjallisuuskatsaus masentuneiden gerontologista kuntoutumisista edistävästä ja estävästä tekijöistä laitoshoidon aikana. Työ on ensisijaisesti kohdennettu masentuneiden ikäihmisten kanssa työskenteleville sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille ja opiskelijoille, mutta työn sisällöstä voivat hyötyä myös muutkin ikääntyneiden kanssa työskentelevät henkilöt. Työn teoreettiset lähtökohdat on koottu mahdollisimman uuden tiedon pohjalta siitä syystä, että tuorein käsitys ikääntyneen masennuksesta ja masennuksesta kuntoutumisesta olisi sidoksissa

nykyajan kuntoutuksen käytäntöihin. Työn lähteiden haku tehtiin elektronisista tietokannoista, mutta myös manuaalisesti talven 2017-2018 aikana. Työn tutkimuksellinen osuus suoritettiin keväällä 2018.

Suomalaisessa yhteiskunnassa ikääntyvistä ihmisistä käytetään tavallisesti nimityksiä ikääntyneet, ikäihmiset, vanhukset tai vanhusväestö. Tässä työssä tarkasteltava kohderyhmä nähdään tarkasti määritellyn kalenterin sijaan vanhuseläkkeelle jääneiden joukkona, josta käytetään yleisnimitystä *ikäntyneet*. *Kuntoutumisen* käsite puolestaan rinnastetaan tämän työn asiayhteydessä yhteneväksi toipumisen ja hoidon käsitteen kanssa. Ikääntyneiden kokonaisvaltaiseen kuntoutumiseen viitattaessa työssä käytetään käsitettä *gerontologinen kuntoutus* ja potilasryhmästä puhuttaessa yhteiseksi nimitykseksi valikoitui kuntoutus termiä mukaillen *kuntoutujat*. Hoitosuunnitelman synonyyminä työssä sovelletaan termistön yhteneväisyyden säilyttämiseksi *kuntoutussuunnitelman* käsitettä.

Työn teoreettiset lähtökohdat rakentuvat kahdesta pääluvusta. Ensimmäisessä pääluvussa (luku 2) esitetään ikääntyneen mielenterveyden rakentamista, masennusta oirekuvineen sekä riski- ja suojatekijöitä. Luvussa avataan myös masennuksen yhteyttä toimintakykyyn. Työn toisessa pääluvussa (luku 3) selvitetään laitoshoidossa olevan masentuneen ikääntyneen kuntoutumista ja siihen sidoksissa olevia tekijöitä.

Työssä ikääntyneen kuntoutuminen nähdään filosofi Lauri Rauhalan (1914-2016) holistisen eli kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen mukaan. Tästä syystä masennuskuntoutusta kuvataan kokonaisuudessaan ikääntyneen toimintakyvyn ulottuvuuksien kautta. Tutkimusaineistoa tarkastellaan sekä masentuneen ikääntyneen että kuntoutumisen työkentällä toimivan ammattilaisen näkökulmasta katsottuna. Aiheen laaja-alaisuuden vuoksi työn teoreettisissa lähtökohdissa ei käsitellä varsinaisesti masentuneiden ikääntyneiden lääkkeellisiä tai terapeuttisia hoitomenetelmiä, vaikka niihin viitataan aiheen ymmärrettävyyden vuoksi työn luvuissa. Työssä ei myöskään käsitellä psykoottistasoista masennusta tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaihetta. Laitoshoidon käsite mielletään työssä kattamaan paitsi lyhytaikainen myös pitkäaikainen laitoshoido. Työn analysointi tapahtuu induktiivisen sisällön analyysin mukaisesti teemoittelun keinoin.

Työssä kuvataan masentuneiden ikäihmisten gerontologista kuntoutumista edistäviä ja estäviä tekijöitä laitoshoidon aikana. Työn tarkoitus tiivistyy yhteenvedossa, jonka avulla pyritään lisäämään paitsi sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden myös alan opiskelijoiden ymmärrystä masentuneiden gerontologisesta kuntoutuksesta laitoshoidon aikana. Ajatus opinäytteen toteuttamisesta tuli työelämälähtöisestä tarpeesta saada tietoa masentuneen ikäihmisen laitoksessa tapahtuvaan kuntoutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Työn tekemiseen innoitti noin kymmenen vuotta kestänyt työhistoriani sairaanhoitajana eräällä vanhuspsykiatrian osastolla.

2 IKÄÄNTYNEEN MASENNUS

Masennuksen eli depression tiedetään olevan tavallisin ikääntyneiden mielenterveydellinen ongelma (Heikkinen 1998, 21; Koponen & Leinonen 2017, 693-694; Suomen mielenterveysseura n.d.a; Peräköske, Kuosmanen & Vuorilehto 2010, 34). Masennuksen diagnosoiminen ikääntyneen kohdalla voi olla ajoittain sen monimuotoisuuden vuoksi haasteellinen tehtävä. Masennus ei kuitenkaan kuulu luonnolliseen vanhenemisen vaiheeseen. (Suomen mielenterveysseura n.d.a.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa masennuksen oireiden tunnistettavuudessa on puutteita. Tämä aiheuttaa sairastuneelle tarpeetonta kärsimystä. (Koponen & Leinonen 2017, 693; Huuhka & Leinonen 2011; Saarenheimo & Arinen 2009.)

Seuraavissa alaluvuissa esitellään masennusta ja selvitetään mitä masennus on. Lisäksi alaluvuissa tuodaan esille, kuinka yleistä masennus vanhusväestössä on, mitkä tekijät altistavat mitkä puolestaan suojaavat mahdolliselta masennustilan syntymiseltä, ja millainen vaikutus masennuksella saattaa olla ikääntyneen toimintakykyyn ja arjen hallinnan taitoihin. Aihetta lähestytään avaamalla ensiksi ikääntyneen mielenterveyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä.

2.1 Ikääntyneen mielenterveys

Hyvä mielenterveys on asenne ja hyvinvoinnin lähtökohta, joka auttaa ikääntyneitä jaksamaan päivästä toiseen. Hyvä mielenterveys tasapainottaa elämän vastoinkäymisiä tuoden elämään hyvää oloa. (Holmberg 2016, 174.) Maailman terveysjärjestön (WHO) 2013 määrittäykseen viitaten mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen kykenee näkemään kykynsä selviytyä elämäänsä sisältävistä haasteista, työskentelemään sekä osallistumaan yhteisönsä toimintaan (Suomen mielenterveysseura n.d.b). Myönteinen suhtautuminen elämään, joustavuus, luovuus, huumorintajun vaaliminen ja ihmissuhteiden ylläpitäminen ovat mainitusti tekijöitä, jotka edistävät ikääntyneen mielenterveyden säilymistä ja hyvinvoinnin kokemusta. Myös monipuolisilla ruokailutottumuksilla, liikunnalla ja harrastusten jatkamisella riittävän unimäärän ohella on vahvistava vaikutus ikääntymässä yksilön hyvinvoinnin kokemukseen. (Holmberg 2016, 175.)

Ikääntynyt elää jatkuvassa muuttuvassa toimintaympäristössä. Elämän aikana kerätty taitotieto, asenteet ja arvomaailma voi olla ristiriidassa tämän päivän yhteiskunnan odotusten kanssa. Kehossa ja sosiaalisessa asemassa tapahtuvat muutokset sekä riittämättömyyden tunteet suhteessa omiin ja yhteiskunnan odotuksiin saattaa altistaa masennuksen syntymiselle. Runsa somaattinen sairastelu, taloudelliset vaikeudet ja kielteiset yksinäisyyden kokemukset lisäävät omalta osaltaan masennuksen puhkeamisen mahdollisuutta. (Talaslahti & Leinonen 2017, 342.)

Ikääntymiseen liittyy monia muutoksia ja menetyksiä, jotka haavoittavat ikääntyvän mieltä. Ikääntyneen riittämättömät selviytymisen keinot muutosten ja menetysten käsittelyssä saattavat järkyttää mielen tasapainoa. (Heimonen 2013; Appelberg & Saarela 2013, 31.) Ikääntymisen mukana tulevat elämän muutokset voivat johtaa ansaitun roolin menetykseen sekä sosiaalisen elämän kaventumiseen (Talaslahti & Leinonen 2017, 342).

Ikääntyneiden yksinäisyys on otettu toistuvasti yhteiskunnalliseen keskusteluun mukaan (Jansson & Lahtela 2017, 244). Yksinäisyys tai muut psykososiaaliset tekijät eivät Pikkaraisen ja työtoverien (2016, 185) mukaan kuitenkaan yksinomaan oikeuta ainoana perusteena kuntoutukseen pääsemisen syyksi, vaan niiden katsotaan enemmänkin kuuluvan yksilön toimijuuden piirteisiin, jotka saattavat korostua vanhuudessa. Järvikoski (2013, 16-17) ei näe rajausta aivan yhtä selvästi diagnoosin tai vamman pohjalta kuin Pikkarainen työtovereineen asian määrittelee. Järvikosken mukaan myös sosiaaliset tekijät, kuten sosiaalinen syrjäytyminen voi käynnistää henkilön kuntoutusproessin. Määritelmässään Järvikoski tukeutuu vuoden 2002 kuntoutuslontekoon sekä vuoden 2012 sosiaalihuoltolain uudistamista pohtineen työryhmän loppuraporttiin, jossa sosiaalisen kuntoutuksen tarpeen aktivoimiseksi ei edellytettäisi lääketieteellisesti todettua vammaa tai diagnoosia.

Kivelä (2009, 109, 136) näkee länsimaalaisen kulttuurin suhtautuvan pääpiirteittäin kielteisesti ikääntymiseen ja ikääntyneisiin ihmisiin. Yhteiskunnan kielteinen asennoituminen ikääntymiseen ja ikääntyneisiin heikentää Kivelän mukaan ikääntyneiden uskoa selviytyä jokapäiväisestä elämästään. Heimonen ja Fried (2015, 24-25) tarkastelevat asiaa samasta kuvakulmasta kuin Kivelä. Heimosen ja Friedin esittämänä ikääntyminen kuvautuu usein ongelmakeskeisenä ilmiönä, johon liitetään voimakkaasti ikääntyneen toimintakyvyn heikkeneminen sairauksineen. Uusien haasteiden, mahdollisuuksien sekä henkisen kasvun näkökulma, joka heijastaa ikääntymisen mukanaan tuomaa voimavaraisuutta eli elämäkokemusta, viisautta ja luovuutta jää usein länsimaalaisen ajattelutavan mukaan huomiotta.

Ikääntyvien terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi yhteiskunnassa on tehty ja tehdään edelleen jatkuvaa työtä. Kehittämistyöstä esimerkkeinä toimivat muun muassa sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskuksen (STEA) ja vanhustyön keskusliiton yhteistyössä vuosina 2012-2017 toteutunut Eloisa ikä -vuosista viis! kehitysohjelma, jonka tavoitteena oli edistää ikäihmisten arjen hyvinvointia toimijuuden, osallisuuden, yhteisöllisyyden ja mielekkään tekemisen välityksellä. Tärkeäksi tavoitteeksi ohjelmassa nostettiin myös kansalaisten ikääntyneisiin liittyvien asenteiden muovaaminen myönteisemmäksi ikääntyneiden ikäidentiteetin vahvistamiseksi. (Eloisa Ikä n.d.a.) Muita merkittäviä vuoden 2017 lopussa päättyneitä ikääntyneiden mielenterveyteen ja hyvinvoinnin edistämiseen keskittyneitä hankkeita olivat muun muassa Ikäinstituuttisäätiön järjestämä elämäntaidon eväät sekä Suomen Mielenterveysseuran koordinoima Mirakle-mielenhyvinvoinnin rakennuspuut ikääntyville -hanke (Eloisa Ikä n.d.b.).

Ikääntymisen näkeminen myönteisessä valossa mukailee positiivisen psykologian ja gerontologian näkemystä ja tulisi huomioida ikääntyneiden kuntoutumisen lähtökohtana (Pikkarainen ym. 2016, 178).

2.2 Ikääntyneiden masennuksen yleisyys ja oirekuva

Masennus kuvautuu julkisuudessa suomalaisten kansanterveydellisenä ongelmana (Depressio Käypä hoito -suositus 2016; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2013). Masennusta sairastaa vuosittain ainakin 5 % aikuisväestöstä (Depressio Käypä hoito -suositus 2016; Isometsä 2017c, 253). Masennuksen käsitettä käytetään yhteiskunnassa monessa eri merkityksessä ja asiayhteydessä (Isometsä 2017c, 254; Kivelä 2009, 64). Isometsän (2017c, 254) erittelemänä masennus voi olla hetkellistä tai se voi muuntautua masentuneeksi tunnevireeksi, joka voi olla pitkäaikainen, joskus jopa vuosia kestävä tunnetila. Masennuksessa ihmisen ajatukset, toiminta ja tunteet ovat osia, jotka muodostavat yhdessä tiiviin kokonaisuuden. Osien vaikutus toisiinsa kuvautuu usein kirjallisuudessa sairauden piirteiden käyttäytymisenä noidankehämäisesti. (Mielenterveystalo n.d.a.)

Masennustila eli depressio on oireyhtymä, joka luokitellaan kuuluvaksi mielenterveyden häiriöihin. Mielialahäiriöiden luokittelun oleellisimpia lähtökohtia ovat oireiden laatu, vaikeusaste sekä kesto. (Isometsä 2017c, 254.) Tautiluokitus ICD-10:ssä masennustilojen jaottelun perustana ovat yksittäiset masennustilat (F32) ja toistuvat masennukset (F33). Toistuvassa masennustilassa sairastuneella on jo todettu aikaisemmin vähintään kerran elämänsä aikana masennustila. Varsinaisen masennusdiagnoosin tekemiseksi henkilöllä tulee olla päivittäin ja yhtäjaksoisesti vähimmillään kahden viikon ajan kestäneitä kliinisesti olennaisia masennustilan oireita. (Depressio Käypä hoito -suositus 2016.) Yksisuuntainen eli unipolaarinen masennus jaotellaan oireiden vaikeusasteen pohjalta kolmeen eri kategoriaan: lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan masennustilaan. Jaottelu linjaa kuntoutus- ja hoitomuotojen suunnittelun lähtökohdat. (Kampman ym. 2017, 15; Lönnqvist 2017, 73.) Tähän jaotteluun sisältyy vielä muun muassa Lönnqvistinkin (2017) mainitsema psykoottistasoinen masennustila, jonka käsittely on jätetty tietoisesti tämän työn ulkopuolelle. Masennustilan toteaminen vaatii aina lääkärin kliinisen tutkimuksen (Isometsä 2017c, 254).

Depression Käypä hoito -suosituksessa (2016) esitetään, että ikääntyneiden alle 75-vuotiaiden masennuspotilaiden diagnoosi, arviointi ja hoito järjestetään lähes poikkeuksellisesti samojen periaatteiden mukaisesti kuin nuorempien sairastuneiden hoito. Masennuksen kulku on kuitenkin kaikista hoidoista huolimatta pitkäaikainen 7-30 %:lla ikääntyneistä. Noin 10 % ikääntyneiden masennustiloista kroonistuu. (Koponen & Leinonen 2017, 694.) Masennusoireiden aikainen tunnistaminen ja varhainen hoitoon hakeutuminen kohentaa merkittävästi sairauden ennustetta (Depressio Käypä hoito -suositus 2016; Maunuksela & Nykänen 2017, 158, 165). Ikääntyneillä masennuksen hoito kestää Kivelän (2009, 120, 147) mukaan

useita kuukausia ja Holmbergin (2016, 176) esittämänä tavallisesti kuudesta kuukaudesta vuosiin. Toipumisen jälkeen aktiivisen seurantalinnan olisi jatkettava ainakin kuusi kuukautta sairauden uusiutumisen ehkäisemisen vähentämiseksi (Depressio Käypä hoito -suositus 2016).

Ikääntyneillä masennusoireet voivat olla hyvin monimuotoisia ja vaihtelevia, minkä vuoksi masennustilojen tunnistaminen saattaa viivästyä. Tavallisesti masennustilasta kertovat muutokset näkyvät sairastuneen toimintakyvyssä sekä tunteiden hallinnassa. (Depressio Käypä hoito -suositus 2016; Maunuksela & Nykänen 2017, 157-158; Appelberg & Saarela 2013, 31.) Masennustilaan liittyy useasti myös lisääntyneet ongelmat päihdetottumuksissa (Depressio Käypä hoito -suositus 2016; Maunuksela & Nykänen 2017, 160). Hoitamattomana masennus kroonistuu, lamaannuttaa sekä uusiutuu helposti. Vakavimmissa tapauksissa depressio voi johtaa itsetuhoon. (Aromaa ym. 2010, 49.) Sosiaali- ja terveystieteillä työskentelevällä henkilöstöllä olisi oltava taitoa erottaa ihmisen masennustila tavanomaisesta arjen surusta (THL 2015a; Depressio Käypä hoito -suositus 2016; Holmberg 2016, 175).

Psykiatrisen konsultaatiotoiminnan kehittämiseen tulee perusterveydenhuollon puolella Depression Käypä hoito -suosituksen (2016) mukaan panostaa. Maailmanlaajuiset kokemukset viittaavat yhteistyön vanhuspsykiatrian ja perusterveydenhuollon yksiköiden välillä parantavan perusterveydenhuollon puolella toteutettujen hoitomuotojen vaikuttavuutta. Yhteistyön kehittämisen lähtökohta edellyttää kuitenkin vanhuspsykiatrian ammattilaisten määrän lisäämistä ja verkostojen luomista. (Kivelä 2009, 159.) Yli toimintasektoreiden yhteistyötä edistää muun muassa Suomen Psykogeriatrinen Yhdistys (Suomen Psykogeriatrinen Yhdistys n.d.).

Tutkimuksia yli 75-vuotiaiden masennuksen hoidosta on tehty vähän (Depression Käypä hoito -suositus 2016). Julkaistut tutkimukset antavat kuitenkin viitteitä masennukseen sairastumisen lisääntyneestä riskistä 75-vuotta täyttäneiden keskuudessa. Tehdyistä selvityksistä on kyetty osoittamaan, että masennuksen esiintyvyys pienenee 20 ikävuodesta eteenpäin. Toisaalta tutkimustulokset kuitenkin ilmentävät, että riski masennukseen sairastumiseen kasvaisi 75. ikävuoden jälkeen. (Markkula & Suvisaari 2017.)

Masennuksen maailmanlaajuisia tutkimustuloksia esittelevät, esimerkiksi Saarenheimo ja Arinen (2009, 211-212), jotka viittaavat kuvauksessaan Unützerin ja työtovereiden (2006) määritelmään monitekijäisten interventioiden käytöstä masentuneiden ikäihmisten kohdalla. Monitekijäisten interventioiden yhteyttä ikääntyneiden masennuksen hoidossa tutkittiin Saarenheimon ja Arisen mukaan kolmessa yhdysvaltalaisessa IMPACT, PROSPECT ja PRISM-E hankkeessa. Saarenheimo ja Arinen esittävät Brucen ja kollegoiden vuoden 2004, Unützerin ja kollegoiden vuoden 2003 ja Krahnin ja kollegoiden vuoden 2006 lausumiin viitaten hankkeiden yhteiseksi vaikuttavaksi tekijäksi muodostuneen depressiohoitajan merkittävän rooliasetelman suhteessa asiakkaaseensa. Toiseksi merkittäväksi hankkeissa

esille nousseeksi ja hoidon tehokkuutta lisääväksi malliksi osoittautuu Saarenheimon ja Arisen (2009) kuvaamana Levinen ja kollegoiden vuoden 2005 määritelmää lainaten integroitunut yhteistyö depressiohoitajan, terveyskeskuslääkärin ja psykiatrin välillä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa vuosina 2008-2015 toteutetussa KASTE- kehittämisohjelmassa on määritelty sosiaali- ja terveysalan uudistuksen tavoitteet ja toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi (THL 2016a; Kanerva & Hämäläinen 2017, 90). Ohjelmaan sisältyi myös keskeisten mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteiden mukaisten toiminnan rakenteiden luominen. Ohjelman piirissä toteutettiin lisäksi erilaisia alueellisesti kattavia hankkeita, kuten esimerkiksi Tervein Mielin Pohjois-Suomessa ja Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämis-hanke Mielen avain. (Kanerva & Hämäläinen 2017, 90-91.)

Suomessa masennusta ja siihen liitettäviä tekijöitä on muun muassa tutkittu 1978-1980 vuosina tehdyssä Mini-Suomi- tutkimuksessa ja kattavien väestöllisten Terveys 2000- ja Terveys 2011 -tutkimusaineistojen yhteyksissä (Markkula & Suvisaari 2017). Myös laaja-alaisessa mielenterveys- ja päihdepalveluihin kytkeytyneessä Sateenvarjo-projektissa Vantaalla vuosina 2005-2009 toteutetun kehittämishankkeen kohteena oli peruspalveluiden uudistaminen luomalla muun muassa depressiohoitamallin masennuksen tunnistamiseen ja hoitoon (Kanerva & Hämäläinen 2017, 91; Aromaa ym. 2010, 52). Tässä, jo ylempänä sivutussa ”kolmiomallissa” yhteistyö tapahtuu terveyskeskuslääkärin, psykiatrin ja depressiohoitajan välillä. Malli on osoittanut käyttökelpoisuutensa. (Saarenheimo & Arinen 2009, 213.)

Psyykinen häiriöherkkyys on yleistä ikääntyneillä (Karlsson & Skoog 2013, 3). Arviolta noin 20 % :lla yli 75-vuotiaista on mielenterveydellisenä häiriönä masennus (Peräkoski ym. 2010, 34; Peräkoski 2010, 101). Markkula ja Suvisaari (2017) lainaavat Terveys 2011 -tutkimustuloksia esitellessään suomalaisten masennushäiriöiden ilmaantuvuuden prosentteja. Markkulan ja Suvisaaren (2017) mukaan masennushäiriöiden esiintyvyys yli 75-vuotta täyttäneillä on ollut 8.0 % viimeksi kuluneen vuoden aikana. Samalla Koponen ja Leinonen (2017, 694) toisaalta ottavat kantaa masennustutkimusten luotettavuusnäkökulmaan kirjoittaessaan tutkimustulosten vaihtelevaisuudesta tutkimuksiin valikoituneiden diagnostisten kriteerien pohjalta.

On tutkittu, että keskimäärin joka kahdeksas iäkäs on masentunut. Eläkeikäisistä masentuneisuutta esiintyy noin 12-13 %:lla. (Kampman ym. 2017, 18.) Holmberg (2016, 176) esittää, että lievää masennusta sairastaisi joka neljäs yli 65-vuotias henkilö. Vaikean masennuksen osuus ikääntyneillä vaihtelee 1-4% välillä (Huuha & Leinonen 2011, 390; Talaslahti & Leinonen 2017, 342).

Silokangas (2012) viittaa Blazeriin vuodelta 2003. Hänen mukaansa työikäisillä ja sitä vanhemmilla naisilla on kaksi kertaa korkeampi riski sairastua masennukseen kuin saman ikäisten miesten kohdalla. Huuhka ja Leinonen (2011) mainitsevat riskin pysyvän myös vanhusikäisenä samansuuruisena. Markkula ja Suvisaari (2017) puolestaan toteavat, että 40. ikävuoden jälkeen sukupuolten väliset erot sairastumisriskin suhteen ovat merkityksettömät.

Talasalhden ja Leinosen (2017, 342-343) näkemys puoltaa ikääntyneiden masennustilan yleisyyden sidonnaisuutta naissukupuolisuuteen. Kirjoittajien mukaan masennuksen oireita esiintyy noin joka viidennellä iäkkäällä. Lievät masennustilat jäävät usein kuitenkin diagnosoimatta. Eläköityneillä naisilla masennustila on yli kaksi kertaa tavallisempi kuin saman ikäluokan miesten kohdalla. On tyypillistä, että ikääntyvä ei itse tunnista masentuneisuuttaan, mikä johtaa usein kokonaisvaltaiseen toimintakyvyn heikkenemiseen.

Toimintakyvyn heikkeneminen saattaa antaa uudet mittasuhteet ikääntyneen yksinäisyyden ja avuttomuuden tunnekokemuksille. Sairastunut voi muuttua passiiviseksi ja kykenemättömyys arjen hallintaan kasvaa. (Talaslahti & Leinonen 2017, 342-343.) Sairauden pitkittyessä on tyypillistä, että yhteys sairastuneen ja hänen sosiaalisen verkostonsa välillä harvenee (Iso-metsä & Karlsson 2017, 50). Pitkittyneen masennuksen on tutkittu sekä altistavan sairastumista somaattisiin sairauksiin että lisäävän ikääntyneen riskiä päätyä itsemurhaan (THL 2015b; Karlsson & Skoog 2013, 2-3). Asian voi ajatella myös käänteisesti, sillä tiedetään, että somaattisen terveydentilan epävakaus on usein keskeinen tekijä ikääntyneen masennuksen syntymisen taustalla (Leinonen & Koponen 2016, 150; Koponen & Leinonen 2017, 693). Alttius somaattisten sairauksien ja masennuksen välillä ilmenee, esimerkiksi Alzheimerin taudissa, jonka nähdään suurentuneen masentuneilla ikääntyneillä (Appelberg & Saarela 2013, 32).

Itsemurhia tehdään joka vuosi Suomessa noin tuhat. Vanhusväestön osuus tehdyistä itsemurhista on noin 15-20%. (Kanerva & Kuhanen 2017b, 235.) Vanhusväestön itsemurhayritykset johtavat tutkitusti kuolemaan tavallisemmin kuin nuorempien ihmisten (Leinonen & Koponen 2016, 150; Huuhka & Leinonen 2011, 392). Tilastokeskuksen osoittamana vuonna 2008 itsemurhaan päätyi 162 yli 65-vuotiasta. Vuonna 2016 määrä oli 184, joista miehiä oli 142 (77%) ja naisia loput 42 (23%). Vastaava luku vuonna 2010 oli 161 henkilöä, joista miesten osuus oli 117 (73%) ja naisten osuus 44 (27%).

Masennuksen pääoireisiin kuuluu masentuneen mielialan lisäksi kiinnostuksen menettäminen sellaisia asioita kohtaan, joista henkilö on ollut yleensä kiinnostunut tai joista hän on aikaisemmin kokenut saavansa mielihyvän tunteita. Masennustilaan liittyy useasti myös muita arkielämää ja ihmissuhteita vaikeuttavia oireita, esimerkiksi väsymystä sekä uni- ja kes-

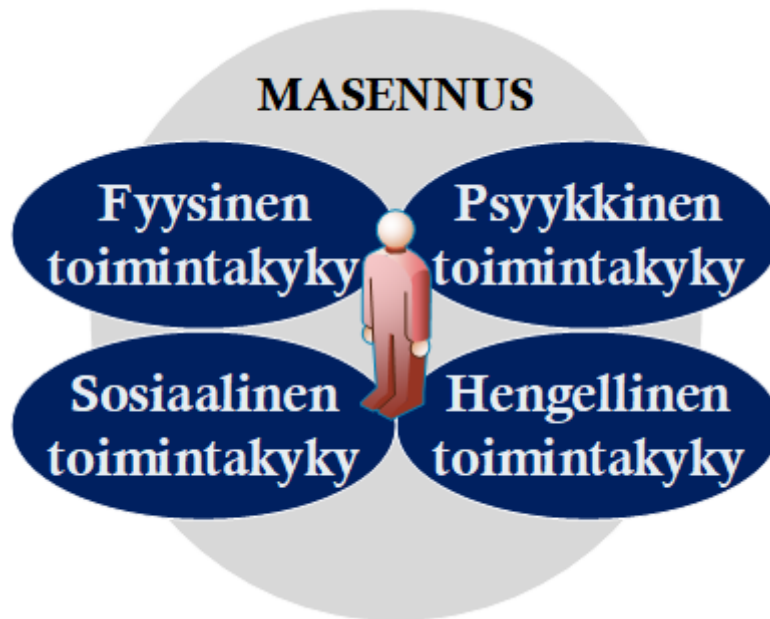
kittymiskyvyn ongelmia. (Suvisaari ym. 2011, 23; Huttunen 2016; Appelberg & Saarela 2013, 31.) Ikääntyneillä masennustilassa erityispiirteenä kuvautuu huomion kiinnittyminen kehollisiin vaivoihin, psykomotorinen esteisyys tai päinvastoin kiihtyneisyys sekä ruokahaluttomuus ja painon lasku (Koponen & Leinonen 2017, 688, 693). Ikääntyneiden vaikeissa masennustiloissa myös ahdistuneisuuden, levottomuuden ja tuskaisuuden tuntemukset voivat näkyä oirekuvassa hallitsevina tekijöinä (Huuhka & Leinonen 2011, 390).

Ikääntyneen masennuksen ilmeneminen näkyy tyypillisesti ilottomuutena sekä mielihyvän kokemisen menettämisenä. Masennukseen sairastunut saattaa olla mieleltään ärtynyt, hidastunut tai kiihtynyt. Masennukseen sairastunut voi oirehtia pahaa oloaan erilaisten kipu ja somaattisten oireiden, esimerkiksi vatsavaivojen kautta. Unettomuusoireet sijoittuvat tavallisesti aamuyön tunteihin. (Talaslahti & Leinonen 2017, 343.) Hoitoa ohjauksissa suosituksissa mainitaan, että ikääntyneiden yli 65-vuotiaiden kohdalla diagnoosia tehtäessä on osattava huomioida myös muun kuin masennussairauden mahdollisuus, erityisesti jos ensimmäinen masennusjakso on ilmennyt vasta vanhemmalla iällä (Masennus: Käypä hoito -suositus potilaalle 2016; Depressio Käypä hoito -suositus 2016; Holmberg 2016, 175; Huuhka & Leinonen 2011, 392).

Ikääntyneiden masennustilassa muutokset näkyvät aikuisväestöön verrattuna helpommin toimintakyvyn heikkenemisenä (Huuhka & Leinonen 2011, 391). Häpeän kokemusten vuoksi masennukseen sairastuneen ikääntyneen ilmaisussa painottuu usein somaattinen oirekuva (Appelberg & Saarela 2013, 31) ja mielialan muutos jää toisinaan korostumatta (Huuhka & Leinonen 2011, 391; Kivelä 2009, 111). Ikääntyneiden masennusoireiden monimuotoisuus ja haasteellinen tunnistettavuus ruuhkauttavat sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköitä. Pahimmillaan sairastunut voi uskoa olevansa hengenvaarassa. Tällaisten ikääntyneiden masennustila voi edetä psykoottistasoiseksi. (Koponen & Leinonen 2017, 693.)

2.3 Masennuksen yhteys toimintakykyyn

Monisairastavuus on yleistä ikääntyvässä väestössä. On tutkittu, että noin kolmasosalla 65-79-vuotiaista ja peräti 70%:lla 80 ikävuoden ylittäneistä ihmisistä on diagnosoitu vähintään kaksi sairautta, joista johtuen ikääntyneen toimintakyvyssä voi olla vajauksia. Toiminnanvajauksiin vaikuttavat kiinteästi paitsi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuudet myös ympäristö ja mahdolliset apuvälineet, jotka tulee huomioida ikääntyneen kuntoutumisen prosessissa. (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2016, 450.) Yhdenvertaiseen asemaan perusulottuvuuksien rinnalle nostetaan sekä STM (6/2017) suosituksessa että Lähdesmäen ja Vornasen (2009, 22, 51) teoksessa ikääntyneen hengellisten tarpeiden toteuttamisen mahdollistaminen hoito- tai kuntoutusyksiköstä riippumatta. Toimintakyvyn ulottuvuudet (Lähdesmäki & Vornanen 2009) suhteutettuna masennukseen esitetään seuraavan sivun kuvassa (kuva 1).



Kuva 1. Ikääntyneen toimintakyvyn ulottuvuuksien suhde masennukseen (mukaillen Lähdesmäki & Vornanen 2009, 22.)

Toimintakyvyn käsitteestä puhuttaessa tarkoitetaan ihmisen kyvykkyyttä selviytyä päivittäisestä elämästään. Vanhenemiseen ja eteneviin pitkäaikaissairauksiin voi liittyä asteittain tapahtuvaa toimintakyvyn heikkenemistä, joka ilmenee aluksi kyvyttömyytenä suorittaa vaativia päivittäisiä toimintoja ja myöhemmin asioiden eli välinetoimintojen hoitamisessa. Viimeiseksi heikkenee suoriutuminen päivittäisistä perustoiminnoista, kuten omasta hygieniasta huolehtimisesta. (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2016, 448.)

Fyysinen toimintakyky määritellään THL:n (2015c) sivustolla ihmisen lähtökohtana selviytyä arkielämäänsä sisältyvistä tärkeistä tehtävistä. Fyysisen toimintakyvyn määritelmään kuuluu aistitoimintojen lisäksi läheisesti käsitteet fyysinen kunto- ja suorituskyky sekä terveyskunto. Henkilön fyysinen toimintakyky näyttäytyy määritelmän mukaan muun muassa kyynä liikkua ja liikuttaa itseään. Suvikkaan ja työtovereiden (2013, 82) kuvaamana ihmisen fyysisen toimintakyvyn ulottuvuuteen vaikuttaa hengitys- ja verenkiertoelimistön, mutta myös tuki- ja liikuntaelimestön kunto. Kirjoittajat tuovat esille fyysisen toimintakyvyn heikkenevän 50. ikävuodesta eteenpäin arviolta prosentin vuodessa. Selvästi fyysisen toimintakyvyn muutokset näkyvät 75-vuotta täyttäneillä ja sitä vanhemmilla ihmisillä, vaikka kirjoittajat esittävätkin toimintakyvyssä esiintyvien yksilöllisten erojen olevan ikääntyneiden välillä huomattavia. (Em. 2013, 82.)

Suvikas, Laurell ja Nordman (2013, 83) sekä Lähdesmäki ja Vornanen (2009, 57) tuovat esille fyysisen toimintakyvyn analysointikeinoiksi haas-

tattelut, havainnoinnin ja mitatut suoritukset. Ikääntyneen, yli 65-vuotiaan toimintakyvyn analysoimisen apuvälineenä voidaan käyttää, esimerkiksi Rajalan ja Vaissin mukaan nimettyä (RaVa) mittaristoa, jonka kolmetoista kysymyksestä kymmenen mittaa ikääntyneen fyysistä kapasiteettia selviytyä tavanomaisista arjen rutiineista. Mittariston tulos määrittää ikääntyneelle 1,29-4,02 välillä liikkuvan RaVa-indeksin, joka puolestaan kuvaa ikääntyvän hoidon tarvetta. Pieni indeksiluku on liitettävissä ikääntyneen omatoimisuuteen ja vähäiseen hoidon tarpeeseen. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 60-63.)

Resident assesment instrument (RAI) on kansainvälinen, kuntoutujien hoidon tarpeen, laadun ja kustannusten arviointiin voittoa tavoittelemattoman tutkijajärjestön interRAI:n kehittämä arviointi- ja seurantajärjestelmä, jota ammattilaisten olisi hyödynnettävä kuntoutussuunnitelman laatimisessa. RAI kattaa runsaasti kysymyksiä. Kysymyksistä muodostuu luotettavia ja vertailukelpoisia mittareita, joita voidaan käyttää palvelujen suunnittelun, tulosseurannan ja henkilöstön johtamisen kehittämisen työvälineenä hoitoketjuissa. RAI -mittaristosta on muodostettu kohderyhmien tarpeista johtuen eri versioita. RAI:n valvontavastuuyksikkönä Suomessa toimii Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. (THL 2017; Lähdesmäki & Vornanen 2009, 63-65.) Mitatuista suorituksista saatuja tuloksia on mahdollista käyttää diagnosoiminnin sekä kuntouttavan toiminnan ja sen vaikuttavuuden arvioinnin apuvälineenä (Suvikas ym. 2013, 83).

Psyykkiseksi toimintakyvyksi määritellään THL:n (2015c) sivustolla ihmisen voimavarat, joita käyttämällä ihmisellä on taito selvitä elämän haasteista ja vastoinkäymisistä. Psyykkinen toimintakyky on määritelmän mukaan yhteydessä ihmisen elämänhallintaan, mielenterveyteen sekä psyykkisen hyvinvoinnin osa-alueeseen. Lisäksi se sisältää ihmisen tunnepuoleen ja ajatteluun liitettävissä olevia toimintoja. Suvikkaan ja työtovereiden (2013, 100-101) ajattelumallin mukaan hyvän psyykkisen toimintakyvyn omaavalla ihmisellä on taito hallita tunteita, ajattelua ja toimintaansa. Ihminen kokee vointinsa hyväksi, on hyväntuulinen ja osaa arvostaa itseään ja muita ihmisiä. Ihmisen tulevaisuuteen suhtautuminen kuvautuu toiveikkaana ja arjessa toimiminen on tehokasta sekä järkipäistä.

Masentuneella ihmisellä psyykkisen toimintakyvyn tasapainottomuus ilmenee pessimistisenä suhtautumisena itseensä ja tulevaisuuden näkymiin. Masentuneen tarkkaavaisuus on laskenut ja päätöksen tekokyky heikentynyt. (Suvikas ym. 2013, 100-101.) Isometsän (2017a, 39) mukaan masentuneen psykomotorinen toiminta voi olla hidastunut tai käänteisesti ajateltuna toiminnassa on masennuksen aiheuttaman tuskaisuuden vuoksi voinut tapahtua myös kiihtymistä, joka voi paitsi Isometsän myös Kivelän (2009, 92) määritelmien perusteella näyttäytyä, esimerkiksi pakonomaisena kävelyn tarpeena. Tarkkaavaisuudessa tapahtunut muutos tulee Isometsän arvioimana vaikeimmillaan esille keskusteluissa mukana pysymisen haasteena. Kuokka (2013, 507) kuitenkin huomauttaa, että dementi-

aan verrattuna varsinaisessa masennustilassa olevilla ihmisillä ei tavallisesti tapahdu heikkenemistä kirjoittamisen, puheen tuottamisen, ajan- tai paikan tajun hahmottamisen eikä myöskään motoristen taitojen osa-alueilla. Sen sijaan kognitiivisten toimintojen heikkeneminen näkyy masentuneilla ihmisillä nopeammin kuin muistisairailta ihmisillä.

Ikääntyneen psyykkistä toimintakykyä kartoittaessa arvioitsijan tulisi Lähdesmäen ja Vornasen (2009, 76-77) esittämän perusteella kiinnittää huomiota persoonallisuuteen, minäkäsitykseen, mielialaan, itsearvostukseen ja motivaatioon visuaalista näkemystään apuna käyttäen. Samalla arvioitsijalle tarjoutuu arvokasta tietoa myös ikääntyneen kognitiivisen toimintakyvyn tilasta, kuten muisti- ja oppimiskyvykkyydestä sekä havainnointi- ja päätöksentekotaidoista. Kivelä (2009, 114) konkretisoi Lähdesmäen ja Vornasen esittämää toteamalla ikääntyneen puhe- ja liikenopeuden, vastaus-ten sisällön ja kasvojen ilmeiden havainnoinnin auttavan mahdollisen masennustilan määrittämisessä.

Psyykkisen toimintakyvyn kartoittamisen apuna voidaan hyödyntää sekä vapaamuotoisia että strukturoituja haastatteluja, mutta myös psyykkisen toimintakyvyn arviointiin kehitettyjä mittaristoja (Lähdesmäki & Vornanen (2009, 76). Mittareita ovat, muun muassa toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisen asiantuntijaverkoston (TOIMIA) mukaan Beckin 21 - osioinen depressiokysely (BDI), myöhäisiän depressioseula (GDS-15) sekä masennusoireiden tunnistamiseen ja vaikeusasteen arviointiin kehitetty seulontamenetelmä (CES-D). Esitetyistä kaksi jälkimmäistä mittaria soveltuvat asiantuntijaverkoston näkemyksen mukaan erityisen hyvin ikääntyneiden palveluntarpeen analysoinnin avuksi haastattelun ohella.

Sosiaalinen toimintakyky koostuu yksilön vuorovaikutussuhteesta yhteisöihinsä ja yhteiskuntaansa (THL 2015c). Sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuudella tarkoitetaan Suvikkaan ja kollegoiden (2013, 103) määritelmän mukaan ihmisen osallisuutta ja yhteyttä muiden ihmisten kanssa sekä omissa yhteisöissään että yhteiskunnallisessa roolissa. Määritelmässä toimintakyvyn alueeseen voidaan liittää myös taloudelliset, tekniset sekä kulttuuriset tekijät. Tuen lähteen ihmiselle tarjoaa epävirallinen niin kutsuttu luomuverkosto, joka kattaa perheen, läheiset, suvun, ystävät ja naapurit sekä niin kutsuttu virallinen verkosto, jota yhteiskunnan organisoima palvelujärjestelmä ilmentää.

Suomen Kuntaliiton (2017a, 19-20) julkaisussa esitetään kasvavaksi uhkatekijäksi yhteiskunnallinen polarisaatio hyvä- ja huono-osaisten ikääntyneiden välillä. Suvikas kollegoineen (2013, 107-108) jäsentää syrjäytymisen käsitteen kuntoutuksen yhteydessä kuvailemaan tapahtumaa, jossa ihminen on jäänyt sosiaalisten instituutioiden ja suhteiden ulkopuolelle. Yhteiskunnasta syrjäytymisen vaaraa lisää tämän julkaisun mukaan vieraantuneisuus yhteiskunnallisista rakenteista. Kyse ei kuitenkaan ole yksittäisestä tekijästä, vaan monen eri ongelman yhteen kasaantumisesta, kuten Suvikas kollegoineen havaintoa myös taustoittaa.

Sosiaalisen toimintakyvyn kapasiteettia voidaan arvioida vuorovaikutuksen sekä dialogin avulla. Arvioinnin apuna ja toimintakyvyn tukemisessa voidaan käyttää, esimerkiksi sukupuuta, verkostokarttaa tai elämänkaarikuvausta. Yhteisenä elementtinä menetelmästä huolimatta toteutuu kuntoutujan itsensä tuottama tarinnallisuuteen pohjautuva tieto ja tulkinta itsestään ja sosiaalisesta elämästään. (Suvikas ym. 2013, 109-111.) Sosiaalisen toimintakyvyn arviointimenetelmät tuottavat ammattilaiselle tietoa, muun muassa ikääntyneen ihmissuhteista, vuorovaikutuskyvykkyydestä sekä toimimisesta yhteisössä ja yhteiskunnan sisällä. Lisäksi menetelmien avulla saadaan tietoa ikääntyneen kiinnostuksen kohteista. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 82.)

Kuntoutujan sosiaalista toimintakykyä voidaan edistää ihmissuhteiden tukemisen, omaisten ja läheisten kanssa tehtävän yhteistyön toteuttamisen sekä vertaistuen organisoiminen avulla. Lisäksi sosiaalista toimintakykyä voidaan tukea vahvistamalla kuntoutujan osallisuutta ja yhteisöllisyyttä suhteessa ympäristöönsä. (Suvikas ym. 2013, 112.)

Henkinen toimintakyky, hengellinen toimintakyky tai hengelliset tarpeet, kuten STM (2017:6) suosituksessa esitetään huomioidaan ikääntyneiden palvelujen tarpeen suunnittelussa. Suvikas kollegoineen (2013, 112) sekä Lähdesmäki ja Vornanen (2009, 86) avaavat henkisen toimintakyvyn sisältöä kirjoittaessaan ihmisen henkisyyden, elämäkatsomuksen, uskonnollisen vakaumukseen sekä arvo- ja aateperustan sisältyvän tähän käsitteeseen. Henkiseen toimintakykyyn liittyvät kirjoittajien mukaan myös yksilön ainutlaatuisuus ja suhde elämän ja kuoleman välillä. Lähdesmäen ja Vornanen (2009, 86) mukaan hengellisen toimintakyvyn ulottuvuus korostuu ikääntyessä vanhenevan ihmisen tulkitessa elettyä elämäänsä kokonaisuutena. Erkkilän ja Lehtosen vuoden 1999, Hallikaisen ja kumppaneiden vuoden 2014 sekä Heimosen ja Voutilaisen vuoden 1998 määritelmien pohjalta Andronoffin (2014, 123) kuvauksessa osoitetaan hengellisten laulujen ja virsien tärkeä asema ikääntyneiden elämässä, jossa ikääntyneet yhdistävät niiden uudelleen kuulemisen paitsi miellyttäviin muistoihin myös turvallisuuden ja lohdutuksen tunteisiin.

Ikääntyneen henkisen toimintakyvyn kartoittaminen edellyttää ammattilaiselta aikaa, tiivistä ja luottamukseen pohjautuvaa vuorovaikutustyökentelyä sekä hienotunteisen työotteen mukaista lähestymistapaa. Hengellisten tarpeiden tunnistaminen on välttämättömyys ikääntyneen henkisen toimintakyvyn tavoitteellisen toteutumisen tukemiseksi. Masennusta sairastavan ikääntyneen toimintakyvyn tukemiseen tarvitaan ammattitaitoa hoitotyön auttamismenetelmistä. Tukemistyössä keskitytään erityisesti vastaamaan sairastuneen psykososiaalisiin, mutta myös hengellisiin tarpeisiin. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 20, 86-87.)

Vanhuuden toimintakyky on pääasiallisesti geenien, elämäntapojen ja ikääntymisen elämänvaiheeseen liitettävän haurauden sekä sairauksien

sanelemaa. Ikääntyneen sopeutuessa heikentyneeseen toimintakykyynsä toiminnanvajavuuden riskit lisääntyvät ja palvelujen piiriin hakeutuminen voi olla hitaampaa. Tästä syystä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilla tulisi olla taito tunnistaa ikääntyneiden kuntoutustarpeet. Laitoshoitoon joutumisen riskiä lisää akuuttien sairauksien jälkeen, muun muassa erinäiset fyysiset toimintakyvyn muutokset, kuten lihasvoiman heikkeneminen, huihaus ja kaatuilu, mutta myös psykososiaaliset tekijät, kuten yksinäisyys ja sosiaalinen eristyneisyys. Myös masennus ja alakuloisuus ennakoivat ikääntyneiden kohdalla lisääntyvää ulkopuolista avun tarvetta. (Autti-Rämö ym. 2016, 62.)

2.4 Altistavien ja suojaavien tekijöiden merkitys masennustilan synnyssä

Isometsä ja Karlsson (2017, 50) toteavat masennustilan synnyn olevan selkeimmin ymmärrettävissä ajan saatossa etenevänä monen eri tekijän muodostamana prosessina. Altistaviksi tekijöiksi kirjoittajat mainitsevat sekä perinnöllisen että hankitun biologisen alttiuden, mutta myös yksilön altistavat persoonallisuuden piirteet. Masennuksen laukaiseviksi tekijöiksi kirjoittajat esittävät muun muassa aivosairaudet sekä sairastuneen elämässä tapahtuneet paitsi kielteiset myös hormonaaliset muutokset. Myös Markkula ja Suvisaari (2017) taustoittavat masennuksen syntymekanismeja kirjoittaessaan yksin elämisen, alhaisen sosioekonomisen aseman ja menneisyydessä tapahtuneiden kielteisten muutosten, esimerkiksi lapsuudessa kiusatuksi tulemisen, stressin ja kaltoinkohtelun kokemusten olevan riskitekijöitä masennustilan synnyssä. Myös muut psyykkiset ja krooniset sairaudet sekä päihteiden käyttö yhdistetään Markkulan ja Suvisaaren mukaan kirjallisuudessa kasvaneeseen masennusriskiin, vaikka syy-seuraussuhdetta ei voida pitää kuitenkaan lainkaan yksiselitteisenä.

Saarenheimo ja Arinen (2009, 217) kirjoittavat masennukselta suojaavista tekijöistä viittaamalla Rappen 2005 analyysiin viherympäristön suotuisista vaikutuksista osana ihmisen hyvinvoinnin kokemusta. Saarenheimon ja Arisen mukaan viherympäristössä liikkuminen rauhoittaa mieltä, palauttaa voimavaroja ja vaikuttaa mielialaan myönteisellä tavalla. Myös Kivelä (2009, 133-134, 173-174) nostaa myönteisessä valossa esille luontokokemukset ja viherkasvit. Näiden ohelle hän tuo lisäksi lemmikkieläinten tuomat positiiviset vaikutukset ikääntyneiden elämässä sekä masennukseen sairastumista suojaavina tekijöinä että mielihyvän ja läheisyyden tunteiden lisääjinä.

Kauronen (2017, 82) viittaa Jongneliksen ja kollegoiden 2004 sekä Fiorin ja kollegoiden 2007 määritelmiin esittäessään laitoshoidon joutuneiden ikääntyneiden riskin sairastua masennukseen olevan merkittävästi suurempi kuin kotona asuvien ikääntyneiden. Sairastumisen riskiä lisää ikä, kiputilat, näön heikkeneminen, toiminnanvajaukset, aivohalvaus, menneisyydessä tapahtuneet kielteiset elämäntapahtumat, yksinäisyyden kokemus, tuen puute sekä puutteellisuudet sairauksien hoidossa. Kivelä (2009, 135-136) näkee, että pitkäaikaislaitoksissa olevat suuret huoneet ilman

ikäntyneiden henkilökohtaisia tavaroita eivät tue ikääntyneiden yksilöllisyyttä, identiteettiä tai itsearvostusta. Sen sijaan viihtyisät kodinomaiset tilat voisivat Kivelän mukaan suojata masennukselta ryhmäkotien ja palvelutalojen ohella myös pitkäaikaislaitoksissa.

Masennustiloilla on taipumus esiintyä suvuittain. Tämä yhteys tukee ajatusta perinnöllisen alttiuden merkityksestä masennuksen syntymisen taustatekijänä. Masennukseen sairastuneen henkilön ensimmäisen asteen sukulaisilla, joita ovat sairastuneen vanhemmat, sisarukset ja lapset on arviolta 2-3-kertainen riski sairastua masennukseen elämänsä aikana. (Isometsä 2017b, 51.) Toisaalta Markkula ja Suvisaari (2017), mutta myös Heikkinen (1997, 21) toteavat ympäristötekijöiden merkityksen korostuvan ja perimän heikkenevän ikääntymisen myötä. Huuhkan ja Leinosen (2011, 391) mukaan mitään yksittäistä masennukselle altistavaa riskigeeniä ei ole pystytty osoittamaan.

Tolvanen (2002) on tarkastellut negatiivisen minäskeman, stressaavien elämäntapahtumien ja masennuksen syntymisen välistä yhteyttä. Lisäksi Tolvasen tarkastelussa ovat olleet sosiaalisen tuen, liikunnan ja fyysisen kunnan sidonnaisuus masennukseen. Tolvasen saamat tulokset osoittavat negatiivisen minäkuvan yhteyden masennukseen olevan suoraviivainen. Voimavaroiksi tutkimuksessa nähdyt sosiaalisen tuen riittävyys ja tutkitun hyvä kokemus fyysisestä kunnostaan olivat vastaavasti yhteydessä alhaiseen depression. Vapaa-ajan liikunnan ja masentuneisuuden väliset yhteydet eivät Tolvasen tutkimustulosten mukaan olleet merkittäviä.

Lampinen (2004) on tutkinut fyysisen aktiivisuuden, harrastustoiminnan ja liikkumiskyvyn yhteyksiä masentuneisuuden ja psyykkisen hyvinvoinnin välillä yli 65- 84-vuotiailla jyvaskyläläisillä kahdeksan vuoden aikana. Tuloksista selviää fyysisen aktiivisuuden vähenemisen yhteys masennuksen enustettavuuteen. Myös harrastusaktiivisuuden väheneminen heikensi psyykkisen hyvinvoinnin kokemusta tutkimustulosten perusteella erityisesti naisten kohdalla. Vanhenemisella, pitkäaikaissairauksien lukumäärällä sekä vaikeuksilla selvitä ADL-toiminnoista oli negatiivinen yhteys hyvinvoinnin kokemukseen. Siviilisäädyllä, koulutuksen tai tiedollisen kyvykkyyden tasolla, mutta myös tupakoinnin ja alkoholin käytöllä ei ollut todettua yhteyttä tämän tutkimustuloksen mukaan psyykkiseen hyvinvoinnin kokemukseen.

Masennukseen johtaviin taustatekijöihin ja sairausmekanismeihin liitettävää tutkimustyötä on tehty jo useiden vuosikymmenten ajan. Tehdyt tutkimustulokset aukaisevat vain osittain masennuksen biologista, sosiaalista ja psykologista olemusta. Vaikka tutkimustyössä on edistytty, ymmärrys terveiden aivojen toimimisesta ja ihmisen psykologiasta on kuitenkin rajallista. Tästä syystä masennuksen olemusta ei täysin pystytä ymmärtämään. (Isometsä & Karlsson 2017, 50.)

3 MASENNUKSESTA KUNTOUTUMINEN LAITOKSESSA

Tässä luvussa keskiöön nostetaan masentuneen ikääntyneen kuntoutusprosessi ja siihen vaikuttavat tekijät. Alaluvuissa avataan sekä kuntoutuksen käsitteistöä että masentuneen laitoshoidosta yksilöllisen ja yhteisöllisen kuntoutumisen kautta. Ikääntyvän erityistarpeista johtuen en tarkastele kuntoutumista vain masennuksen näkökulmasta aiheutuneina toimintakyvyn muutoksina, vaan tarkastelussa huomioidaan myös luonnollisen ikääntymisen mukana tulevat vanhenevan ihmisen elimistöön vaikuttavat tekijät psykiatrisen ja geriatrisen hoidon yhdistelmänä, kuten Depression Käypä hoito -suositus 2016 ohjaa.

Koska kuntoutumista käsitellään laitoshoidettavien potilaiden kautta, käytetään kappaleissa asiakas termin sijasta nimitystä *kuntoutujat*. *Ammattilainen* käsitettä käytettäessä tässä työssä tarkoitetaan sosiaali- ja terveysalan koulutuksen saanutta ammattilaista tai muuta vanhustyöhön osallistuvaa työntekijää. Hoidon ja kuntoutuksen rajapinnan ollessa häilyvä *kuntoutus* käsitteestä puhuttaessa tarkoitetaan tässä tapauksessa myös hoidollista käsitettä ja ikääntyneen kokonaisvaltaista toipumista tukevaa ammattilaisten toimintaa. *Laitos* nähdään työssä sairaalana. Rajanvetoa ei tämän työn asiayhteydessä muodosteta lyhytaikaisen tai pitkäaikaisen laitoshoidon välille.

3.1 Kuntoutumisen prosessi

Ikääntyneiden, kuten myös muiden ikäluokkien masennuksen hoito- ja kuntoutus toteutuu ensisijaisesti kuntien sosiaali- ja perusterveydenhuollon organisoimana sekä avohoidon että laitoshoidon yksiköissä. Vaikeat masennustilat hoidetaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon koordinoimissa toimipisteissä. (Suomen Kuntaliitto 2017b, 56-57; Depression Käypä hoito -suositus 2016; Kanerva & Hämäläinen 2017, 66, 68-69; Kuntoutusportti 2017a; Maunuksela & Nykänen 2017, 161; Kivelä 2009, 144, 150, 159.) Ikääntyneen sosiaalisen verkoston ollessa heikko tulee masennuksen laitoshoidon kyseeseen herkemmin kuin nuorempien ihmisten kohdalla (Huuhka & Leinonen 2011, 392). Laitosjakson aikana on tärkeää huolehtia hoidettavan kuntoutuksen jatkuvuudesta myös osastojakson loputtua. Hoidon jatkuvuus turvataan hyvin suunnitellulla moniammatillisella yhteistyöllä. (Suvikas ym. 2013, 355.) Järvikoski (2013, 61, 74) huomauttaa, että ikääntyneen jatkokuntoutusta suunniteltaessa on tiedettävä ikääntyneen toimintakyvylliset valmiudet selvitä kotioloissaan. Tämä edellyttää ikääntyneen kotitilanteen tiedostamista ja kotona pärjäämisen seuraamista myös laitosjakson jälkeen.

Kuntoutus ja kuntoutuminen nähdään tavallisesti ihmisen toimintakyvyn kasvamisena. Näissä käsitteissä on erotettavissa kuitenkin kaksi eri näkökulmaa. Kuntoutus käsitettä käytettäessä tarkoitetaan ammattilaisen nä-

kökulmaa ja kuntoutuminen käsitettä käytettäessä potilaan eli kuntoutujan näkökulmaa. ”Kuntoutumisen näkökulmassa” ammattilainen pyrkii palauttamaan sairastuneen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn sairautta edeltäneelle tasolle kuntoutujan omia voimavaroja ja palautteiden vaikuttavuutta apuna käyttäen. Työhön vaikuttaa paitsi ammattilaisen tausta myös toimintaa ohjaavat mallit. (Latvala, Visuri & Janhonen 1995, 71.) Kuntoutujan näkökulmassa puolestaan korostuu elämäkokemus ja toiveet tulevastakin (Latvala ym. 1995, 71; Panhelainen 2010, 40).

Kuntoutuminen ymmärretään prosessinomaisena tapahtumana, joka edellyttää sekä kuntoutujan sitoutumista että oikea-aikaisia tavallisesti keskeytyksettä jatkuvia kuntoutumistoimenpiteitä organisaatioiden välillä. Kuntoutujan toimintakyvyssä tapahtuvat muutokset vaativat muutosta yksilön ja ympäristön välillä. Muutoksen toteutumisen tueksi kuntoutuja tarvitsee kuntoutuksen ammattilaisia, mutta kuntoutujan oman osallistumisen odotukset kuntoutumisen prosessinsa suhteen ovat vuosien saatossa lisääntyneet. (Autti-Rämö & Salminen 2016, 14-15.) Nykyään kuntoutujan odotetaan olevan objektin sijasta aktiivinen toimija (Järvikoski 2013, 74; Autti-Rämö & Salminen 2016, 14-15).

Yksilöllinen hoito ja kuntoutus suunnitellaan moniammatillisessa työryhmässä verkostojen ja yhteiskunnan eri sektoreiden ammattilaisten asiantuntemusta ja apua hyödyntäen. Kuntoutuja ja hänen läheisensä pyritään osallistamaan aktiivisesti prosessiin mukaan. (Maunuksela & Nykänen 2017, 160-162.) Kuntoutusprosessin tavoite on edistää yksilön kokonaisvaltaista toimintakykyä kiinnittämällä huomio fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn myös kognitiivinen puoli huomioiden (Kuntoutusportti 2016b; Tuominen & Tuuri 2017, 233).

Kuntoutus määritellään tavallisesti joko sisällön mukaisina kuntoutusmuotoina tai järjestämisestä, mutta myös vaihtoehtoisesti toteutuksesta vastuussa olevien tahojen mukaan (Autti-Rämö & Salminen 2016, 15-16; Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 1997, 24-25). Kuntoutuksen monimuotoista kokonaisuutta jäsenellään, muun muassa Kähäri-Wiikin ja kollegoiden (1997, 23-27; ks. myös Järvikoski 2013, 44, 54-55) WHO luokituksen pohjalta esittämässä kuvauksessa kuntoutuksen nelijaon toiminta-alueista. Kuntoutuksen nelijakoon kuuluvat ammatillisen, -sosiaalisen, -kasvatuksellisen, -ja lääkinällisen kuntoutuksen alueet. Laitoskuntoutus kuuluu näistä alueista lääkinällisen kuntoutuksen tai nykyaikaisemmin toimintakykykuntoutuksen osa-alueeseen, jota lähinnä terveydenhuolto organisoii.

Kuntoutuksen nelijako auttaa ymmärtämään kuntoutuksen käsitteen laaja-alaisuutta. Kuntoutujan kokonaisvaltaisen kuntoutumisen mahdollistuu toiminta-alueiden rinnakkaisella tai perättäisellä käytöllä. (Kähäri-Wiik ym. 1997, 23-24.) Tätä ajatusta mukailee myös Järvikoski (2013, 53-60) toteamalla kuntoutuksen osa-alueiden limittymisen tärkeydestä toistensa välillä. Järvikosken mukaan kuntoutuksen osa-alueiden vaiheittai-

sesta eli ketjumaisesta yhteistyön reaktioista on kuitenkin siirrytty samanaikaiseen yhteistyön toteutumiseen kuntoutujalähtöisyyden kehittämiseksi. Autti-Rämön ja Salmisen (2016, 15-16), kuten myös Järvikosken näkemänä kuntoutuksen ongelmana kuvautuu kuitenkin edelleen useasti sen irrallisuus muista sosiaali- ja terveydenhuollon prosesseista vastuukysymysten hajaantuessa prosessinomaisesti eri toimijoiden kesken. Tällöin ongelmina esiintyy Autti-Rämön ja Salmisen kuvaamana, muun muassa tiedonkululliset ongelmat hoitoyksiköiden välillä.

Tämän työn tarkasteltava aihepiiri huomioiden lienee syytä jäsenellä myös psyykkiseen toimintakykyyn liitettävää termistöä lähemmin. Mielen-terveydellisistä syistä johtuvia toimintakyvyssä ilmeneviä haittatekijöitä vähentävää kuntoutusta kuvataan kirjallisuudessa *käsitteillä psykiatrisen kuntoutus, psyykkinen kuntoutus, psykososiaalinen kuntoutus, sosiaalipsykiatrisen kuntoutus, portaittainen kuntoutus tai vaihekuntoutus*. Yksinkertaistettuna voidaan puhua vain *mielenterveyskuntoutuksesta*, joka käsitteenä on kattavampi kuin psykiatrisen kuntoutuksen käsite. (Suvikas ym. 2013, 290.)

Suvikas työtovereineen (2013, 290) on ryhmitellyt käsitteiden eroa niin, että psykiatrisessa kuntoutuksessa sairastuneella on erityinen kuntoutumisen tarve todetun psykiatrisen diagnoosin pohjalta, kun taas mielenterveyskuntoutus tähtää enemmän syrjäytymisen uhan ja yhteisöllisten ongelmien vähentämiseen. Mielenterveyskuntoutuksessa kuntoutujalla ei tarvitse olla välttämättä diagnoosia, joten kuntoutumisen tarve ei ole spesifinen.

Psykososiaalisuuden käsitteestä puhuttaessa tarkoitetaan henkilön psykologista kehitystä suhteessa sosiaaliseen ympäristöönsä. Mielenterveys-työn alueella psykososiaalisista kuntoutusmuodoista puhuttaessa viitataan tavallisesti ei-lääkkeellisiin kuntoutuskeinoihin, joiden tavoitteena on sairastuneen oireiden lieveneminen, psyykkisten haittatekijöiden kielteisten seuraamusten ehkäiseminen sekä psykososiaalisen toimintakyvyn ja elämänlaadun koheneminen. Suotuisten psykososiaalisten kuntoutuskeinojen avulla pyritään voimistamaan sairastuneen hyvinvoinnin kokemusta ja vahvistamaan olemassa olevia voimavaroja eri keinoin. (Saarenheimo & Arinen 2009, 211.)

Tässä työssä ikääntyvän masennukseen sairastuneen kuntoutuminen on nähty lähtökohtaisesti Suvikkaan ja työtovereiden (2013, 290) esittämän käsityksen pohjalta perusterveydenhuollon ammattilaisten toteuttamana hoidollisena yksilö- ja yhteisömuotoisena psykiatrisena laituskuntoutuksena. Näkemyksen ensisijainen lähtökohta on perustunut kohderyhmän diagnoosiin masennustilasta, mutta käsitteen monimuotoisten tulkinta mahdollisuuksien vuoksi (ks. esim. Isometsä 2017c, 254; Kivelä 2009, 64) käsittelyssä on huomioitu myös masennusoireiset ikääntyneet ilman masennustila diagnoosia. Kuten jo luvun alussa todetaan tarkasteltavan koh-

deryhmän erityistarpeista, mutta myös filosofi Rauhalan holistisen ihmiskäsityksen pohjalta kuntoutumisen käsite on tässä yhteydessä ehkä järkevää hahmottaa psykiatrista kuntoutumista laaja-alaisemmin. Tästä syystä kuntoutumisen tarkastelu on työssä päädytty avaamaan lopulta yhdistelmänä psykiatrista ja geriatrasta kuntoutusta. Näiden yhdistelmästä käytetään tämän työn asiayhteydessä laajempaa nimitystä gerontologinen kuntoutus.

Gerontologinen kuntoutus määritellään ikääntyneen laaja-alaiseksi ja monitieteelliseksi kuntoutukseksi. Gerontologisessa kuntoutuksessa huomioidaan ikääntyneen vanhenemisen ja sairauksien mukana tulleet yksilölliset kuntoutustarpeet, joihin kuuluu myös psykososiaalisen toimijuuden ja osallisuuden mahdollistaminen sekä tukeminen. (A-klinikkasäätiö n.d.; Järvikoski 2013, 52.) Käsite on geriatrasta kuntoutumista monipuolisempi, eikä kuntoutuksen periaatteita muodosteta välttämättä diagnoosin pohjalta toisin kuin geriatrisen kuntoutuksen ajatusmallin lähtökohta korostaa (Järvikoski 2013, 52; Pikkarainen 2013, 11-12).

3.2 Kuntoutussuunnitelma ja moniammatillinen työote

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa kuntoutussuunnitelman käsite voidaan rinnastaa yksikön tarjoamasta palvelusta riippuen myös palvelu- tai hoitosuunnitelmaan. Terveydenhuollon puolella käytetään usein käsitettä hoitosuunnitelma, jonka tehtävänä on nimensä mukaisesti ohjata hoidon suuntaa. (Suvikas ym. 2013, 136-137.) Kanerva ja Kuhanen (2017a, 199) esittävät, että oikeastaan potilaan hoitoa ja kuntoutusta on kuitenkin kovin haasteellista erottaa toisistaan. Samantapaisesti on Achten ja Tamminen vuoden 1997 määritelmän pohjalta Vasarainen (2010, 9) kuvaillut psykiatrisen kuntoutuksen ja hoidon erottamisen vaativuudesta. Kuntoutusselonteossa vuodelta 2002 otetaan Järvikosken (2013, 42) mukaan kantaa siihen, että selkeän rajan tekeminen hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen välillä ei ole edes tarpeellista. Terminologian sijaan oleellisempaa on ikääntyneen elämänlaatua tukevan kokonaisuuden muodostuminen (A-klinikkasäätiö n.d.). Kuitenkin, esimerkiksi Romakkaniemi (2011, 50-51) on ajatellut asiaa toisista lähtökohdista jäsenellen selkeän eron masennuksesta kuntoutumista käsittelevässä väitöskirjassaan hoidon ja kuntoutuksen välille. Tässä työssä hoidon ja kuntoutuksen välille ei kuitenkaan vedetä yksiselitteistä rajaa, vaan sekä hoidon että kuntoutuksen lähtökohdat ymmärretään masentuneen kuntoutujan toipumisprosessin kannalta toisiinsa tukevinä elementteinä.

Masentuneen henkilön kuntoutuksen suunnittelu perustuu oirekuvan ja sosiaalisen verkoston kartoittamiseen. Kuntoutus suunnitellaan yksilöllisesti sairastuneen tarpeiden pohjalta Depression Käypä hoito 2016 -suositusten ohjaamana. Suunnittelussa huomioidaan henkilön toimintakyky, itsemurhariski, mahdolliset aiemmat hoitokokeilut ja niiden vaikuttavuus sekä somaattiset sairaudet ja monihäiriöisyys. Hoidettavan esittämiä toiveita oman kuntoutumiensa suhteen kuunnellaan. (Kanerva & Kuhanen

2017b, 274.) Kuntoutuksen etenemisessä noudatetaan paitsi suunnitelmallisuutta myös pyrkimystä saavuttaa hoidolle asetetut tavoitteet (Suvikas ym. 2013, 131).

Kuntoutussuunnitelma on kirjallisesti tehty dokumentti, jossa esitetään kehen toimesta, millaisilla toimilla ja minkä tahojen organisointivastuulla suunnitelmaan laaditut tavoitteet ovat saavutettavissa. Suunnitelmasta on ilmeistä, mitä yhdessä sovitun tavoitteen saavuttaminen kuntoutujalta vaatii. Kuntoutumisen kannalta on oleellista, että suunnitelmaan asetetut tavoitteet ovat sekä saavutettavissa että kuntoutujalle itselleen merkityksellisiä. (Autti-Rämö ym. 2016, 67-68.) Suunnitelman sisällöstä on tavoitteiden ohella selvittävä keinot ja menetelmät, joihin kuntoutuja on luvannut sitoutua kuntoutusprosessinsa aikana. Suunnitelma luodaan kuntoutusta antavassa yksikössä ja sitä päivitetään ajantasaiseksi kuntoutujan tarpeiden ja kuntoutuksen muuttuvuuden mukaan. (Suvikas ym. 2013, 135-136.)

Ikääntyneiden kuntoutus on vanhuslähtöistä, tavoitteellista ja kokonaisvaltaista moniammatillista yhteistyötä kuntoutujan ja hänen tukiverkostonsa kanssa. Moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen rakentuu monen ammattilaisen taitotiedosta ja erityisosaamisesta, jota toteutetaan kuntoutujan parhaaksi tavallisesti tiimissä. Tiimiin voi kuntoutujan tarpeiden mukaan kuulua kuntoutujan tukiverkoston ja hoitavan lääkärin lisäksi, esimerkiksi fysioterapeutti, kotihoidon työntekijä, toimintaterapeutti, kolmannen sektorin edustajia ja erityisammattiryhmien työntekijöitä, kuten sosiaalityöntekijä. Tiimityön onnistumisen kannalta oleellista on tiimin jäsenten vuorovaikutus ja arvostus toistensa työtä kohtaan. Moniammatillista työtapaa toteuttamalla voidaan ikääntyneiden kohdalla tehostaa kuntoutusta ja sitä kautta vähentää yhteiskunnallisia kustannuksia. Lisäksi moniammatillista työtapaa noudattamalla voidaan kehittää palvelujen laatua, kasvattaa läpinäkyvyyttä päätösten teossa sekä osallistaa kuntoutujaa voimakkaammin mukaan toipumisen prosessiinsa. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 28-30.)

Hoidettavan kuntouttamiseen osallistuvat eri yksiköiden toimijat tarvitsevat ajantasaista tietoa sairastuneen kuntoutuksen vaiheista, jonka vuoksi on oleellista, että kuntoutuksen organisoimisesta vastaa toimipisteessä nimetty henkilö (Autti-Rämö ym. 2016, 68; Kähäri-Wiik ym. 1997, 46; Järviskoski 2013). Eri toimijoiden yhteinen ymmärrys- ja tietopohja hoidettavan kuntoutumiseen liittyvistä asioista tukee kuntoutujan palvelukokonaisuuden säilymistä varmistaen kuntoutumisen jatkuvuuden ja yhteistyön toteutumisen (Suvikas ym. 2013, 131-132). Lähdesmäki ja Vornanen (2009, 30) esittävät, että tiimit, jotka tekevät yhteistyötä organisaation toisten tiimien kanssa saavuttavatkin parhaat työtulokset. Johtajien tehtäväksi jää varmistaa yhteistyön mahdollistaminen yli osasto- ja hallintokuntarajojen.

STM (2017:6) suosituksessa mainitaan henkilökunnan osaamisen olevan laatutekijä ja varautumistoimenpide väestörakenteellisen muutoksen edessä. Räsänen ja Valvanne (2017, 24, 37) esittävät Finlaysonin, Aiken ja Nakarada-Kordicin vuonna 2007 sekä Räsänen vuonna 2011 tutkineen juuri näitä tekijöitä tarkastelemalla henkilöstömäärän ja henkilöstörakenteen sekä hoidon laadun välistä yhteyttä. Saadut tulokset osoittavat henkilöstömäärän vähimmäisvaatimusten välttämättömyyden kuntoutustyön toteutuksessa, mutta tutkimustulokset ilmentävät, että henkilöstön lisääminen ei aina paranna samassa suhteessa hoidettavan kokemaa elämänlaatua. Henkilöstömäärän sijasta tärkeämmäksi kriteeriksi nousee laadulliset tekijät, kuten henkilökunnan osaaminen ja osaamisen ylläpitäminen sekä johtamisen että hoitotyön osa-alueilla.

Kansalaisten mielenterveyttä tukevia palveluita järjestetään sosiaali- ja terveydenhuollon perustason sekä erikoistason ohella myös kolmannella sektorilla (Saarenheimo & Arinen 2009, 210). Kolmannen sektorin toimijat, esimerkiksi erilaiset järjestöt, yhdistykset ja seurakunnat organisoivat monenlaista ryhmä- ja kurssimuotoista toimintaa. Lisäksi kolmannen sektorin toimijat suunnittelevat monenlaisia tapahtumia ja teemailtoja, mistä muun muassa masentuneet ja heidän lähipiirinsä saattavat saada tukea arjessa selviytymiseensä. (Maunuksela & Nykänen 2017, 161-162; Kivelä 2009, 151, 219.)

3.3 Laitoskuntoutus

Arvioitaessa avohoidon tukipalvelut riittämättömiksi masentunut ihminen tarvitsee laitoshoidon. Perusterveydenhuollon puolella masentuneen aikuisen hoitopaikkana voi olla terveyskeskuksen vuodeosasto, jonne tarvitaan tavallisesti lähete. Hoitotaksot ovat yleensä lyhyitä (Kanerva & Hämäläinen (2017, 69-70), keskimäärin enimmillään kolmen viikon mittaisia (Hiekkala, Hämäläinen & Pekkonen 2016, 337) ja pohjautuvat tavallisesti sairastuneen vapaaehtoisuuteen tulla hoidetuksi laitoksessa (Kanerva & Hämäläinen 2017, 70; Kivelä 2009, 159; Suvikas ym. 2013, 292).

Laitoskuntoutuksella tarkoitetaan laitoksissa annettavaa kuntoutusta, johon kuuluu moniammatillisen kuntoutusohjelman ohella myös muunlainen ohjattu yhteisöllisyyteen tukeva tavoitteellinen toiminta. Kuntoutumista edistävä hoitotyö, ruokailut ja yöpymisen tapahtumat jakson aikana laitoksessa ja sen ympäristössä. Laitosjakson perustana on moniammatillisen työryhmän ja kuntoutujan yhdessä laatima paitsi tavoitteellisuuteen tähtäävä myös jatkuvan arvioinnin alla oleva kuntoutussuunnitelma, jossa kuntoutujan tarvelähtöisyys on nostettu toipumisen prosessin keskiöön. (Hiekkala ym. 2016, 335-336.)

Laitoshoidossa organisoitu kuntoutus on intensiivistä toteutuen sekä yksilömuotoisena että ryhmämuotoisena kuntoutumisen muotoina. Kuntoutumiseen laaditun yksilöllisen ohjelman tavoitteena on siirtää jakson ai-

kana opitut asiat osaksi päivittäistä kotona tapahtuvaa arkea. Uusia toimintatapoja ja omahoitoa tukevia menetelmiä harjoitellaan sairastuneen yksilölliset voimavarat huomioiden rauhallisessa ympäristössä ammattilaisten ohjaamana ja avustamana. Laitoshoidon aikana toteutuva monipuolisen ja säännöllisen ravinnon saannin turvaaminen kohentaa potilaan vireystasoa ja auttaa häntä jaksamaan. Ruokailujen organisoiminen yhteisissä tiloissa edistää sosiaalisissa vuorovaikutustaidoissa harjaantumista. Esteettömät, turvalliset ja virikkeelliset tilat puolestaan motivoivat ja luovat pohjaa itsenäiselle osallistumiselle. Laitoshoidon aikana tapahtuva kokemusten vaihto vertaisten kanssa lisää potilaan hyväksytyksi tulemisen tunnetta edistämällä kuntoutustavoitteisiin pääsemistä. (Hiekkala ym. 2016, 337-339.)

Ikääntyneiden masennusta hoidetaan tavallisesti mielialalääkkeillä, vaikka psykososiaalisten hoitomuotojen käytettävyys on havaittu suhteellisen tehokkaaksi menetelmäksi (Saarenheimo & Arinen 2009, 209-210). Esitetään, että psykososiaalisista menetelmistä erityisesti taidelähtöisillä menetelmillä, kuten tanssilla, musiikilla, kuvataiteella ja luovalla kirjoittamisella on todettuja terveysvaikutuksia yksilön ajattelun ja toiminnan tasolla. Kivun hoidossa musiikilla ja visuaalisilla taidemenetelmillä on tutkimustiedon valossa myös kipua vähentävä vaikutus, esimerkiksi laitoshoidon aikana. (Ikäläinen 2017, 4; Maunuksela & Nykänen 2017, 167.) Myös Saarenheimo ja Arinen (2009, 217) viittaavat Weissbergin ja Wilderin 2001; Renzin 2002; Nainiksen ja kollegoiden 2006 tutkimustuloksiin kuvaillessaan luovan toiminnan edistävän ihmisen fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Edellä mainittuja tutkimustuloksia arvioiden Saarenheimo ja Arinen (2009) kirjoittavat luovan toiminnan saattavan ylläpitää ja jopa korjata toimintakyvyssä tapahtuneita haitallisia vaikutuksia.

Saarenheimon ja Arisen (2009, 215) mukaan liikunnan hyödyistä ihmisen hyvinvoinnin ylläpitämisen kannalta puhutaan julkisuudessa paljon, mutta vain harva tutkimustieto on huomioinut tutkimusasetelmassaan ikääntyneen sukupolven. Liikunnan hyödyistä raportoidessaan Saarenheimo ja Arinen lainaavat Matherin ja kollegoiden vuoden 2002, Pitkälän ja kollegoiden vuoden 2004, Leen ja Parkin vuoden 2007 sekä Babyakin ja kollegoiden vuoden 2000 tutkimustuloksia muotoillessaan liikunnalla ja liikuntaryhmillä olevan suotuisia vaikutuksia ikääntyneiden masennusta sairastavien ihmisten hyvinvointiin. Saarenheimo ja Arinen esittävät, että Pitkälän ja kollegoiden tekemien havaintojen mukaan ryhmäliikuntaan osallistuminen vähentää iäkkään masentuneen yksinäisyyden kokemusta sosiaalisen vuorovaikutuksen avulla. Matherin ja kollegoiden määrittämisen perusteella liikunnan vaikutukset masentuneen hyvinvointiin ovat olleet hyvät myös silloin, kun muilla hoidoilla ei ole saatu voinnille toivottua vastetta. Babyakin ja kollegoiden vuoden 2000 tulokset puoltavat Saarenheimon ja Arisen mukaan liikunnan suotuisuuden vaikutuksista masennuksen uusiutumisen riskiä vastaan.

Saarenheimo ja Arinen (2009, 216) jatkavat kuvaustaan kirjoittaessaan psykososiaalisista kuntoutusmuodoista myös muistelun myönteisistä vaikutuksista ikääntyneiden hyvinvoinnin kokemukseen. Tästä kirjoittaessaan Saarenheimo ja Arinen viittaavat Stinsonin ja Kirkin vuoden 2006 kahdeksaan masennuksen ja muistelun yhteyttä selvittäneeseen tutkimukseen. Saarenheimon ja Arisen mukaan tulokset osoittavat, että neljässä tutkimuksessa muistelulla oli ollut selkeä hyöty masennusoireiden vähenemisen suhteen. Yhdessä tutkimuksessa muistelusta olivat hyötynneet 65-74-vuotiaat ikääntyneet, mutta eivät enää yli 74-vuotiaat. Kolmessa tutkimuksessa masennuksen ja muistelun välillä ei todettu olevan minkäänlaista vaikutusta. Vaikka tutkimustulokset ovat osin ristiriitaiset, Saarisen ja Arisen mukaan, esimerkiksi Bohlmeyerin ja kollegoiden vuonna 2003 saatu tutkimustulos puoltaa muistelun vaikutusta ristiriitojen ratkaisussa, itsetunnon voimistamisessa sekä oman elämän tarkoituksellisuuden havaitsemisessa. Täten muistelun vaikutusta voi pitää kirjoittajien kuvauksen mukaan yksilön psyykkistä hyvinvointia lisäävänä.

Saarenheimo ja Arinen (2009, 216) täydentävät vielä kuvaustaan viittamalla Suomen musiikkiterapiayhdistyksen vuodelta 2008, jonka esityksen perusteella psykososiaalisista kuntoutusmuodoista myös musiikilla näyttäisi olevan myönteinen vaikutus psyykkisten sairauksien, mutta myös fyysisten sairauksien toipumisen prosessissa. Vaikka tutkimuksia ikääntyneiden masennuksen ja musiikkiterapian vaikutuksista oli tehty vuoteen 2009 mennessä vielä vähän, on muun muassa Myskjan vuonna 2005 Saarenheimon ja Arisen mukaan esittänyt, että musiikkia olisi hyvä käyttää muiden hoitomuotojen lisänä erityisesti pitkäaikaislaitoksissa. Myskjanin määritelmään viitaten musiikki voi Saarenheimon ja Arisen kuvauksen perusteella vähentää masennusoireita ja lisätä hyvinvoinnin kokemusta. Hsun ja Lain vuoden 2004 tutkimustulosta esitellessään Saarenheimo ja Arinen kuvaavat päivittäisen puolen tunnin rauhallisen musiikin kuuntelun vähentäneen vakavasti sairaan masentuneen oireita kahdessa viikossa merkittävästi. Ikäläinen (2017, 4, 13) puolestaan toteaa Erkkilän ja työtovereiden vuoden 2011 tutkimustuloksen puoltavan niin ikään musiikin kuntouttavaa vaikutusta masennuksen hoidossa. Erkkilän ja työtovereiden vuoden 2011 tutkimustulos osoittaa Ikäläisen mukaan niiden masennusta sairastavien henkilöiden, jotka ovat muiden hoitomuotojensa ohella saaneet musiikkiterapiaa, kuntoutuvan paremmin kuin henkilöiden, joiden hoitoon ei ole sisällynyt musiikkiterapiaa.

Taidelähtöisten menetelmien avulla on mahdollista vaikuttaa hyödyllisesti ihmisen terveydentilaan. Taideteosten sijoittaminen julkisiin tiloihin vaikuttaa rauhoittavasti ihmismieleen. Masennuksen hoidossa ammattimaisesti ohjatulla taidetoiminnalla on myös tehokas vaikutus liitettynä muihin hoitomuotoihin. Myös tanssiin ja musiikkiin pohjautuvien menetelmien hyödyntämisestä masennuksen hoidossa on saatu hyviä tutkimustuloksia. (Ikäläinen 2017.)

3.4 Vuorovaikutteinen yksilökuntoutus

Masentuneen kuntoutusprosessissa olennaista on kuntoutujan ja ammattilaisen välinen kohtaaminen ja vuorovaikutussuhdetyöskentely, jossa kuntoutujan kokemusmaailma ja avunsaanti odotukset kohtaavat ammattilaisen tietotaidon kanssa. Vuorovaikutustyöskentelysuhteessa kuntoutuminen tapahtuu ajatuksellisella tasolla, minkä lähtökohtana on ammattilaisen ymmärrys kuntoutujan eletystä elämästä syyllistämättä kuitenkaan kuntoutujaa tekemistään valinnoista. Kuntoutujan toipumisen prosessi puolestaan kytkeytyy ajatukseen löytää elämäänsä edistäviä valintoja. Ammattilaisen tehtävänä on ohjata ja tukea kuntoutujaa punnitsemaan ja valitsemaan toipumisestaan edistävien sekä estävien valintojen välillä. (Panhelainen 2010, 40-41.) Vuorovaikutussuhteessa on mukana läheisyyden elementtejä, mutta toisaalta taas ammatillisuuteen kuuluvaa etäisyyden tunnetta (Kähäri-Wiik ym. 1997, 60).

Kuntoutumista tukevan työotteen toteutuminen perustuu läsnäolon, empaattisuuden, luottamuksen, turvallisuuden ja kuuntelemisen taitoon (Panhelainen 2010, 40-41). Ammattilaisen näkökulmasta tarkasteltuna tarvitaan myös tietoa kuntoutujan valmiuskyvystä sitoutua kuntoutumisprosessiinsa oman toipumisensa edistämiseksi (Suvikas ym. 2013, 127; Panhelainen 2010, 40). Yhtä lailla kuin ammattilainen tarvitsee toimintansa tueksi tietoa Kanerva ja Kuhanen (2017b, 277) esittävät, että myös kuntoutujalle ja hänen lähipiirillensä on tärkeää tiedottaa masennuksesta ja sen eri kuntoutusmuodoista hoito- tai kuntoutuspaikasta riippumatta.

Koska masennukseen on liitettävissä vuorokausirytmilliset häiriöt, on masentuneen vuorokausirytmien tasapainottaminen tärkeää kuntoutusjakson aikana. Toipumisen tueksi kuntoutujalle voidaan organisaatioissa luoda viikko-ohjelma, johon kootaan yhteistyössä hänen kanssaan mieluisia liikunnallisia, rentouttavia ja toimintakykyä tukevia vaihtoehtoja. Viikko-ohjelma järjestää kuntoutujan päivää ja motivoi toipumista mielekkään tekemisen kautta. (Kanerva ja Kuhanen 2017b, 274-275.)

Kuokka (2013, 507-508) näkee masentuneen ikäihmisen kuntoutumisen tavoitteena fyysisen ja psyykkisen turvallisuuden sekä elämänlaadun palauttamisen masennustilaa edeltävälle tasolle. Tämä tarkoittaa Kuokan mukaan mahdollisen somaattisen sairauden hoitoa ja ongelmia aiheuttaneen elinympäristön korjaamista sairastuneen arvokkuus huomioiden. Kuokka, kuten myös Maunuksela ja Nykänen (2017, 166) korostavat ikääntyneen osallistamista päättämään omista asioistaan. Kuokan mukaan ikääntyneen menetyksiä tulisi lähteä työstämään sekä toimijuutta ja omanarvontuntoa tukemaan liiallista suojelua joka tapauksessa välttämällä, mutta ikääntyneen subjektiivisiin tuntemuksiin kuitenkin reagoimalla.

Kivelän (2009, 151) ilmentämänä masentuneen ikääntyneen kuntoutus olisi mahdollistettava omalääkäri- ja omahoitajamallin mukaisesti. Kanervan ja Kuhasen (2017, 275-276) mukaan keskeisinä masennuksesta kuntoutumista tukevinä menetelminä omahoitajasuhdetyöskentelyssä korostuu sairastuneen toivottomuuden tunteiden lievittäminen sekä toivon herättäminen ja sen ylläpitäminen, mitkä mahdollistavat vaikeiden asioiden kohtaamisen ja selviytymiskeinojen löytymisen. Yksilöllisen kuntoutuksen lisäksi ammattilaiset järjestelivät eli koordinoivat hoitoa kuntoutujan kokonaisvoinnin havainnoimisen pohjalta (Kivelä 2009, 151).

Kuntoutujan ja ammattilaisen väliseen vuorovaikutustyöskentelyyn kuuluu puheen lisänä toiminta, tunnereaktiot ja niiden synnyttämät erilaiset vaikutelmat. Kuntoutumisen tarve puolestaan nousee usein arkielämän toimintojen vaikeutumisesta toimintakyvyn laskun myötä. Tällöin käytännön avun antaminen voi olla ratkaiseva toimenpide hoidettavan kuntoutumisen tukemisen kannalta. (Kähäri-Wiik ym. 1997, 58.) Kanerva ja Kuhanen (2017b, 275) kuitenkin muistuttavat ammattilaisen kannustavan ja tukea antavan roolin merkityksestä masentuneen toipumisesta tukevassa kuntoutustyössä. Kanervan ja Kuhasen mukaan ammattilaisella olisi oltava herkkyyttä havaita hoidettavan kuntoutumisvalmius motivoimalla kuntoutujaa ottamaan ajallisesti oikeankokoinen vastuu elämästään. Samalla liiallista auttamista ja puolesta tekemistä olisi vältettävä kuntoutujan mahdollisen passivoitumisen uhan lisääntyessä.

Ikääntymisen myötä sosiaaliset suhteet ja osallistuminen yhteiskunnan toimintoihin voivat myös heiketä, mikä voi edistää ikääntyneen syrjäytymisen kokemusta ulkomaailmasta. Kuntoutujan kokiessa liikkumisen syystä tai toisesta hankaloituneeksi ammattilainen lähtee toimintaan, esimerkiksi ulkoilemaan mukaan. Ammattilaisen valmius kannustaa, tukea kuntoutujaa ylläpitämään ihmissuhteitaan sekä osallistumaan yhteiskunnan toimintoihin saattaa auttaa kuntoutujan toipumisessa. (Kähäri-Wiik ym. 1997, 59.)

Fyysisessä avustamisessa ammattilainen koskee hoidettavaan. Kosketuksen mukana hoidettavaan välittyy hoitajan tunnelataukset. Jos ammattilainen ei kykene tiedostamaan vuorovaikutussuhdetyöskentelyssä heränneitä tunteitaan, on se este hoidettavaa arvostavalle ja kunnioittavalle kohtaamiselle. (Kähäri-Wiik ym. 1997, 60.) Panhelainen (2010, 41-42) huomauttaa, että vuorovaikutukseen perustuvan työskentelyn työvälineenä hoitaja käyttää omaa persoonaansa. Persoonan käyttö edellyttää Panhelaisen mukaan omien tuntemusten ja arvopohjan tunnistamista sekä itsensä kehittämistä.

Kuntoutujan ja ammattilaisen välisessä vuorovaikutussuhdetyöskentelyssä ammattilaisen on tärkeä tunnistaa vuorovaikutustilanteisiin liittyviä ilmiöitä (Panhelainen 2010, 42). Kivelän (2009, 174) arvioimana ammattilaisen kielteiset tunnelataukset vuorovaikutussuhteessa kuntoutujaan voivat estää kuntoutujan toipumista. Kanerva ja Kuhanen (2017, 275b) esittä-

vät, että ammattilaisen työssä jaksamisen kannalta on tärkeää päästä työtämään masentuneiden parissa heränneitä tuntemuksia paitsi työnohjauksessa myös työyhteisön sisällä.

Holmbergin (2016, 188-190) mukaan sairastuneen toipumisen edistämiseen voi sisältyä muun muassa hoidettavan tunnetaitojen voimistamista ja voimavarojensa tunnistamista. Holmberg ilmaisee, että oikeastaan ikäänntyneet toivovat tietoa kuntoutumiseensa liittyvistä tekijöistä, mutta myös avointa, arvostavaa ja kiireetöntä työtapaa. Arvostusta ikäänntyneiltä saa ammattilainen, joka kykenee näkemään asiat ikäänntyneen kuvakulmasta sekä kohtaamaan heidät ihmisinä sairauksien ja ongelmien takana. Tällaisella ammattilaisella on ikäänntyneiden elämästä perusteellisempi ymmärrys kuin ammattilaisella, joka osaa tarkastella ikäänntyntä vain sairauden tuomasta näkökulmasta.

3.5 Vertaistuellinen yhteisökuntoutus

Yhteisöhoidolla, tässä yhteydessä yhteisökuntoutuksella tarkoitetaan Kanervan ja Kuhasen (2017a, 205) mukaan kuntouttavaa toimintaa, jossa hyödynnetään tietoisesti inhimillisyyttä, tasa-arvon tavoittelua sekä ihmisiä yhdistäviä sosiaalisia voimia sairastuneiden toipumisen edistämiseksi. Latvala työtovereineen (1995, 68-69) lainaa Matti Isohannia vuosilta 1986 ja 1989 kuvaillessaan yhteisökuntoutusta. Latvalan ja työtovereiden mukaan yhteisökuntoutuksessa pyritään inhimillisen ja tasa-arvon tavoittelun lisäksi potilaan sallivuuteen, kuulemiseen, ymmärtämiseen, yhdessä olemiseen ja yhteisvastuuseen, mutta myös todelliseen sopeutumiseen yhteisön sisällä ja sen ulkopuolella. Latvala työtovereineen tiivistää kuntouttavan yhteisön toiminnan perustuvan yhteisesti sovittuihin tavoitteisiin ja toimintasääntöihin, joita jokainen yhteisön jäsen sitoutuu noudattamaan. Yhteisön toimintaan osallistumisessa noudatetaan vapaaehtoisuuden periaatetta.

Kanerva ja Kuhanen (2017a, 205-206) kiteyttävät yhteisöhoidon tavoitteeksi potilaslähtöisen yhteistyön toteutumisen ympäristökijät huomioiden. Kanervan ja Kuhasen mukaan kohtaamiseen sisältyvä vuorovaikutus toimii yhteisön toipumista edistävänä voimana. Kuntoutusta tarjoavissa organisaatioissa yhteisöllisyyttä on kirjoittajien ilmaisemana yhdessä tekeminen, jonka he näkevät korostuvan erityisesti toteutettaessa kuntouttavaa hoitotyötä. Esimerkkeinä yhteisöllisyyttä edistävästä toiminnoista he mainitsevat muun muassa erimuotoiset kokoukset ja yhteisöpalaverit, joissa tiedotetaan ja päätetään yhteisöä koskevista asioista tasa-arvoisuuden ja avoimuuden periaatteita noudattaen. Yhteisön jäsenten keskenään antamat palautteet toistensa käyttäytymisestä mahdollistavat ihmisenä kasvamisen. Yhteisön tarjoama vertaistuki myös kuntouttaa, motivoi ja tukee hoidettavaa osallistumaan kuntoutumiseensa aktiivisemmin. Yhteisössä olemisen tarjoaa lisäksi jäsenilleen mahdollisuuden harjaantua sosiaalisissa vuorovaikutustaidoissa. Yhteisökuntoutuksesta tutustumisen

arvoisena esimerkkinä nostan tähän asiayhteyteen Fountain House -tyyppiset klubitalot (ks. esim. Kanerva & Kuhanen 2017a, 206; Järvikoski 2013, 21, 71, 74-75), joiden toimintaa en kuitenkaan tässä työssä lähde enempää avaamaan aiheen edelleen laajenemisen hallitsemiseksi.

Vertaistukiryhmät ovat muodollisesti vapaita ja tavoitteellisia koulutettujen vapaaehtoisten ohjaamia keskusteluryhmiä, joissa tarkastellaan ryhmän jäseniä yhdistäviä asioita (Maunuksela & Nykänen 2017, 167). Vertaistuki perustuu vastavuoroiseen kokemusten vaihtamiseen samassa elämäntilanteessa tai samojen ongelmien kanssa työskentelevien ihmisten kesken. Vertaisryhmä tarjoaa henkilölle tilaisuuden jakaa kokemuksiansa sekä tuntemuksiansa saman kokeneiden ihmisten eli vertaisten kesken. Kokemusten jakamisen välityksellä ihminen työstää omaa tapaansa suhtautua ongelmaansa tai elämäntilanteeseensa. Samaistumalla toisten vertaisten tilanteeseen ihmisen on mahdollista kokea samankaltaisuuden tuntemuksia, jotka lisäävät ihmisessä toivoa selviytyä omasta tilanteestaan. (Jääskeläinen 2010, 86-87.) Vertaistukitoiminta voi tapahtua myös internetin välityksellä (Mielenterveystalo n.d.b). Vertaistuki täydentää ammattilaisten antamaa tukea toimien hoitotyön toteutuksen rinnalla (Vertaistalo n.d). Vertaisryhmän puuttuessa hoito- ja kuntoutustulokset ovat verrattain heikompia (Murto 2013, 25).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Työn tavoitteena on toteuttaa kuvaileva yhteenveto masentuneiden gerontologista kuntoutumista edistävästä ja estävästä tekijöistä laitoshoidon aikana. Työn tarkoitus tähtää paitsi sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden myös alan opiskelijoiden ymmärryksen lisäämiseen masennuksesta ja gerontologiseen kuntoutumiseen vaikuttavista tekijöistä

Työn tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millaiset tekijät edistävät masentuneen gerontologista kuntoutumista laitoshoidon aikana?
2. Millaiset tekijät estävät masentuneen gerontologista kuntoutumista laitoshoidon aikana?

5 KUVAILEVAN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS

Tässä pääluvussa kuvataan kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen. Ensimmäisessä alaluvussa selvitetään kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusme-

netelmänä. Toisessa alaluvussa avataan aineiston keräämisen väylät ja valintakriteerit. Kolmanteen alalukuun on koottu lyhyt kuvaus tutkimukseen valikoituneesta aineistosta ja neljännessä alaluvussa esitetään työssä käytetty analyysimenetelmä. Luvun viimeisessä alaluvussa keskitytään työn luotettavuuden ja eettisyyden tarkasteluun.

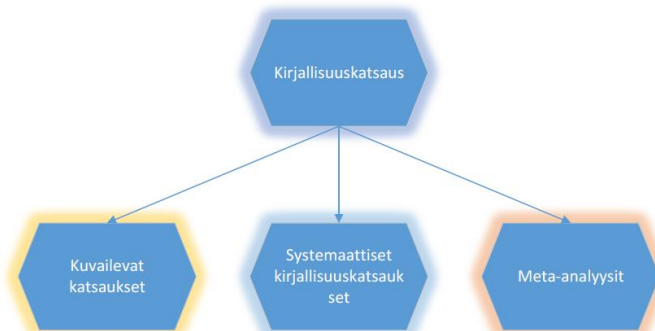
Työn selkeyttämiseksi aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit on taulukoitu. Myös tutkimuksessa käytetyt tietokannat kuvailuineen sekä tutkimukseen valikoitunut aineisto on taulukoitu. Aineiston haku- ja valintaprosessi on koottu kuvan muotoon.

5.1 Tutkimusmenetelmä

Kirjallisuuskatsauksesta puhuttaessa tarkoitetaan metodia ja tutkimustekniikkaa, jossa tutkija tutkii tehtyjä tutkimuksia. Kirjallisuuskatsauksen avulla aikaisempien tutkimusten tuloksista tehdään ikään kuin uutta tutkimusta kokoamalla tuloksia yhteen. Kerätyt tulokset ovat uusien tutkimustulosten pohjana. (Salminen 2011, 1, 4.)

Salminen (2011, 1,6) kirjoittaa Haaparannan ja Niiniluodon vuoden 1986 määritelmän pohjalta kirjallisuuskatsauksen luonteesta, joka ei eroa muista tutkimusmetodeista, vaan sen on täytettävä tieteen metodille määrittämät ehdot, kuten julkisuuden, itsekorjautuvuuden, kriittisyyden ja objektiivisuuden vaatimukset. Vaikka kirjallisuuskatsaus ymmärretään usein yhtenevänä tutkimusmenetelmänä, on siinä Salmisen mukaan erotettavissa useampia erilaisia alatyyppejä.

Kirjallisuuskatsauksen pääasiallisia alatyyppejä ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä meta-analyysi. Tässä työssä kirjallisuuskatsauksen alatyypiksi valikoitui kuvaileva katsaus sillä perusteella, että ikääntyneiden masennuksen hoidosta ja kuntoutuksesta haluttiin saada paitsi laaja-alaista myös ajantasaista tutkimustietoa ilman tutkimukselle tiukasti ennalta määriteltyjä reunaehtoja. Katsaustyyppin valintaan vaikutti myös kuvailevan kirjallisuuskatsauksen soveltuvuus hajanaisen ja pirstaleisten ilmiöiden tutkimiseen, mitä paitsi masennuksen myös kuntoutuksen monimuotoiset käsitteet teoreettisten lähtökohtien valossa ilmentävät. (Salminen 2011, 1, 6-7; Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen ja Liikanen 2013, 295; Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 8.) Tavallisin kirjallisuuskatsausten tyyppijako esitetään alla (kuva 2).



Kuva 2. Kirjallisuuskatsausten tyypittely. (Mukaihen Salminen 2011, 6).

Kirjallisuuskatsaus mahdollistaa kokonaiskuvan luomisen tietyistä aihealueista tai kokonaisuudesta ja sen tehtävänä voi olla, esimerkiksi ristiriitojen tai ongelmien tunnistaminen tarkasteltavassa ilmiössä. Tässä asiayhteydessä kokonaiskuva hahmottuu ikääntyneiden masennuksesta sekä gerontologisen kuntoutuksen sisällöstä laitospäivien aikana. Katsauksen tyypistä riippumatta kirjallisuuskatsaus sisältää aina tietyt osat (SALSA), jotka ovat kirjallisuuden haku (Search), (kriittinen) arviointi (Appraisal), aineiston perusteella tehty synteesi (Synthesis) sekä analyysi (Analysis). (Suhonen ym. 2016, 7-8.) Kirjallisuuskatsaukset ovat löytäneet oman asemansa suomalaisessa yhteiskunnassa ja niiden käyttö hoito- ja terveystieteellisten tutkimusten yhteydessä itsenäisenä tutkimusmenetelmänä on sekä vakiintunut että monipuolistunut viimeisten vuosikymmenten aikana (Kangasniemi ym. 2013, 291).

Kirjallisuus eli tutkimuskatsauksissa keskitytään tutkimuksen sisällön kannalta oleellisen kirjallisuuden, tässä työssä ikääntyneiden masennuksen ja kuntoutuksen tarkasteluun, esimerkiksi aikakauslehtien, tutkimuslehtien ja muiden merkittävien julkaisukanavien avulla. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on esittää miten ja mistä näkökulmista tutkijat ovat aiheita jo aikaisemmin lähestyneet, ja mitä yhtymäkohtia sekä erilaisuuksia tekeillä olevalla tutkimuksella ja aikaisempien tutkimusten välillä voidaan havaita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 121; Tuomi & Sarajärvi 2009, 123.)

Tutkimuskirjallisuutta analysoivassa katsauksessa on pyrittävä esittelemään lukijalle tutkittavaan aihepiiriin yhteydessä olevat merkittävimmät näkökulmat, teorit, metodiset ratkaisut ja oleellisimmat eri menetelmillä saavutetut tutkimustulokset. Samalla lukijalle olisi osoitettava keskeisten aihealuetta johtavien tutkijoiden nimet. Julkaistu tieto on analysoitava tarkoin, koska tutkielman lopussa esitettävässä pohdinnan osiossa katsauksesta saadut uudet tulokset asetetaan vastakkain vanhan tutkitun tiedon kanssa. (Hirsjärvi ym. 2015, 258-259.)

Kuten jo luvun alussa todetaan, on tämä työ tutkimusmenetelmältään kuvaileva katsaus. Salmisen (2011, 6) luonnehdinnan mukaan kuvaileva katsaus on yksi tavallisimmin käytössä olevista katsauksien perustyypeistä. Salminen jäsentää kuvailevan katsauksen yleiskatsaukseksi, joka ei ole sidoksissa joustamattomiin sääntöihin. Katsauksen tekemiseen käytetyt aineistot saavat olla kaikenkattavia ja tutkimuskysymykset laaja-alaisempia kuin esimerkiksi systemaattisen katsauksen tai meta-analyysin kohdalla, mikä on tässä työssä nähty mahdollisuutena hyödyntää eri tyyppisesti tuotettuja aineistoja.

Suomenkielinen kirjallisuus käyttää kuvailevasta katsauksesta useita eri nimityksiä, kuten perinteinen, laadullinen ja narratiivinen katsaus (Salminen 2011; Kangasniemi ym. 2013, 293). Työn johdonmukaisuuden säilyttämiseksi ja epäselvien tulkintojen välttämiseksi tässä työssä katsaukseen

viitattaessa käytettiin järjestelmällisesti nimitystä *kuvaileva kirjallisuuskatsaus*.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöistä ja ymmärtämiseen pyrkivää ilmiön kuvailua, jota myös tälle työlle asetetulla tavoitteella ”ymmärryksen lisääminen” on tavoiteltu (Kangasniemi ym. 2013, 291-292, 294). Kuvailevissa katsauksissa kerrotaan tai kuvaillaan aihepiiriin liittyvä aiemmin tehty tutkittu tieto jäsentäen tarkasteltavan tutkimustiedon laajuutta, syvyyttä ja määrällisyyttä (Suhonen ym. 2016, 9). Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen lähtökohta muodostuu tutkimuskysymyksestä, joka antaa valikoituneen aineiston pohjalta tutkimukselle kuvailevan eli laadullisen vastauksen. Onnistuneesti asetettu tutkimuskysymys on paitsi täsmällinen myös rajattu, jolloin ilmiön syvälinen tarkastelu mahdollistuu. Toisaalta on myös mahdollista asettaa tutkimuskysymys väljäksi, jolloin ilmiötä voidaan tarkastella monesta eri perspektiivistä, kuten tässä yhteydessä on tehty keskittämällä aiheen tarkastelu paitsi ikääntyneen kuntoutujan myös ammattilaisen näkökulmaan. (Kangasniemi ym. 2013, 291-292, 295.)

Laajin kuvailevan katsauksen toteuttamisen tapa, jota myös tämä työ edustaa on yleiskatsaus. Yleiskatsauksissa tutkija pyrkii tiivistämään jo tehdyt tutkimuksia. Analyysin muotona on kuvaileva synteesi. Tutkimustekniikkana kuvaileva katsaus auttaa katsauksen aihepiiriin kohdistuneen tiedon päivittämisessä, mutta varsinaista analyttistä tulosta se ei kuitenkaan tarjoa. Vaikka kuvailevan kirjallisuuskatsauksen oletusarvo ei lähtökohtaisesti ole kriittinen, ei kriittinen tarkastelu ole katsauksessa kuitenkaan täysin mahdotonta. (Salminen 2011, 7.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen erityispiirteenä muista kirjallisuuskatsauksista poiketen on sen vaiheiden eteneminen osin limittäin koko kirjoittamisen prosessin ajan tutkimuskysymyksen muotoilusta tuotoksen kuvailun analysointiin. Kuvassa 3. havainnollistetaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen nelivaiheinen vaihejako, erityispiirteet ja niiden päällekkäinen eteneminen, mitä mukailen tämä työ on muodostunut. (Kangasniemi ym. 2013, 291-294.)



Kuva 3. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet erityispiirteineen. (Kangasniemi ym. 2013, 294.)

5.2 Aineiston kerääminen ja valinta

Kangasniemi työtovereineen (2013, 295) esittää kuvauksen kirjallisuuskatsauksen aineiston valinnan periaatteista. Kangasniemi ja työtoverit tukevat kirjoituksessaan Burns ja Groven vuoden 2005 sekä Grantin ja Boothin vuoden 2009 määritelmiin toteamalla kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston koostuvan jo julkaistusta tutkimuskohteen kannalta merkityksellisestä tutkimustiedosta ja sisältävän tavallisesti kuvauksen aineiston valintaprosessista.

Tässä tutkimuksessa tutkimuskysymyksiä oli kaksi. Ensimmäiseksi haluttiin tietää ”Millaiset tekijät edistävät masentuneen gerontologista kuntoutumista laitoshoidon aikana”. Toiseksi haluttiin selvittää ”Millaiset tekijät estävät masentuneen gerontologista kuntoutumista laitoshoidon aikana”. Kysymysten muodostamisessa käytettiin vastakkainasettelua siitä syystä, että tutkimusta tehdessä oltiin kiinnostuneita vastauksista näiden kahden ääripään välillä. Kysymysten muodostuttua työssä edettiin Kangasniemen ja työtovereiden (2013, 294) jäsentämän kuvan mukaisesti katsauksen toiseen vaiheeseen.

Tämän tutkimuksen aineiston hankinnan lähtökohtana oli aineiston haku sähköisistä tietokannoista. Aineistoa täydentävä haku tehtiin manuaalisesti vanhustyötä käsittelevään Gerontologia-lehden sähköisiin versioihin, koska sen kautta ajateltiin löytyvän arvokkaita vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Vaikka Kangasniemi työtovereineen (2013, 295) mainitsee Paniquan vuoden 2002 määritelmään viitaten tutkimusaineiston koostuvan usein viimeaikaisista tutkimuksista, on tähän tutkimukseen hyväksytty aihealueen viimeaikaisen tutkimustiedon vähyyden vuoksi myös vanhempaa, aina vuoteen 2008 asti julkaistua aineistomateriaalia. Siitä huolimatta, että kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä ei ole sidonnainen rajauksiin (Salminen 2011, 6), on tässä tapauksessa tutkimukseen hyväksytyyn aineiston mahdollisimman ajankohtaisen tiedon saamisen valossa haluttu määrittää aineiston julkaisuvuodelle tiukka aikarajaus, josta ei ole tutkimusaineistoa valittaessa joustettu. Tutkimusaineiston aikarajauksista perustellaan yleisellä käsityksellä tiedon nopeasta muuttuvuudesta, jonka vuoksi yli kymmenen vuotta vanhaa aineistoa pidettiin tämän työn yhteydessä jo vanhentuneena (Tuomi & Sarajärvi 2009, 159; Hirsjärvi ym. 2015, 113).

Alustavia kirjallisuushakuja tehtiin paitsi elektronisesti myös manuaalisesti jo työn teoreettisia lähtökohtia muodostettaessa syksyn 2017 aikana. Varsinainen tutkimusaineiston kerääminen aloitettiin helmikuussa 2018 tekemällä koehaut Arto, Melinda, Medic ja Cinahl tietokantoihin sekä hakukonesovellus Google Scholariin yhdessä kirjaston informaattikon kanssa. Informaattikon kanssa tehdyt koehaut osoittivat, että kyseisistä tietokannoista löytyy nopealla yleissilmäyksellä aihepiiriä käsittelevää tutkittua tietoa. Tästä syystä mainitut tietokannat ja Google Scholar valittiin tutkimuk-

seen mukaan. Tutkimuksessa käytetyt tietokannat, Google Scholar ja manuaalisen aineistohaun väylänä käytetty Gerontologia- lehti kuvauksineen esitetään alapuolella (taulukko 1).

Taulukko 1. Aineiston haussa käytetyt tietokannat, Google Scholar ja Gerontologia- lehti kuvauksineen

TIETOKANTA	KUVAUS
Arto	Kotimaisten aikakausilehti- ja monografia-artikkelien viitetietokanta sekä metatietovarasto (Kansalliskirjasto 2015).
CINAHL with Full Text (Ebsco)	Hoitotieteen sekä hoitotyön viitetietokanta, joka kattaa lisäksi terveydenhuollon hallintoa sekä koulutusta, kuntoutusta ja fysioterapiaa tarkastelevaa aineistoa. Lisäksi tietokantaan on linkitetty merkittävien hoitotieteellisten lehtien koko tekstiartikkeleita. Kansainvälinen, englanninkielinen. (HAMK Finna).
Medic	Kotimaisista terveystieteiden artikkeleista, teoksista, väitöskirjoista, opinnäytteistä ja tutkimuslaitosten raporteista koostuva tietokanta (Terikko).
Melinda	Kotimainen laaja-alainen korkeakoulukirjastojen yhteisluettelo, joka päivittyy toistuvasti (HAMK Finna).
Google Scholar	Syksyllä 2004 avattu maksuton hakupalvelu, jonka kautta voi hakea tieteellisiä julkaisuja 14 eri kielellä (Google Scholar n.d.).
Gerontologia- lehti	Tieteellinen, vuodesta 1987 ilmestynyt aikakauslehti, jossa käsitellään paitsi vanhenemista myös alan kehitystyötä eri tieteiden näkökulmista. Lehti koostuu gerontologian osa-alueen kirjoituksista sekä tieteellisistä artikkeleista -ja katsauksista. Ilmestyminen neljästi vuodessa. (Gerontologia-lehti n.d.)

Tietokannoista hakeminen edellyttää valitun aiheen kannalta keskeisiä hakusanoja ja niistä johdettuja hakulauseita, mitkä tutkijan on edeltävästi määriteltävä (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25-26; Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2014, 39-40). Hakusanojen määrittely ja oikeellisuuden tarkastaminen tapahtui tässä työssä yleisestä suomalaisesta asiasanastosta (YSA). Hakusanoina tietokannoissa käytettiin sanoja *ikääntyneet, vanhukset, masennus, laitoshoido, sairaalahoito, kuntoutuminen,*

depressio, psykiatrinen kuntoutus ja psykososiaalinen kuntoutus, mitä katkaistiin ja yhdisteltiin käytetystä tietokannasta riippuen keskenään Boolean operaattoreita "AND" ja "OR" apuna käyttäen. Google Scholarista haettiin tietoa tarkennettua hakukenttää hyödyntäen.

Englanninkielisen tietokantahaun (CINAHL) rajauksessa käytettiin Järvikosken (2013, 9) mainitsemaa psyykkiseen kuntoutumiseen usein yhdistettävää käännoästä "*recovery*". Lopullisessa rajauksessa käytössä olivat myös kuntoutuksen tarkennukset "*geriatric rehabilitation*" (geriatrinen kuntoutus) ja "*psychosocial rehabilitation*" (psykososiaalinen kuntoutus). Masennuksesta käytettiin suoraa englanninkielistä käännoästä "*depression*". Jokaisessa tutkimukseen hyödynnetyssä tietokannassa tehtiin hakuja useamman kerran eri hakuyhdistelmillä, jotta saatiin kartoitettua, kuinka paljon aiheesta löytyy aiemmin julkaistua tietoa (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25).

Kangasniemi työtovereineen (2013, 294-296) esittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valinnan olevan joko implisiittinen tai eksplisiittinen. Rotherin vuoden 2007 määritelmää lainaten Kangasniemen ja työtovereiden kuvauksen perusteella implisiittisessä valinnassa ei esitetä erikseen aineiston hankinnassa mukana olleita tietokantoja eikä valinnan taustalla olevia mahdollisia aineiston sisäänotto- ja arviointikriteereitä toisin kuin eksplisiittisessä valinnassa Carnwell ja Dalyn vuoden 2001 sekä Grantin ja Boothin vuoden 2009 määritelmien mukaan Kangasniemen ja työtovereiden esittämänä tehdään. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta pidettiin tärkeänä, että aineiston valintakriteerit on tuotu mahdolliselle lukijalle ilmi, joten tässä työssä aineiston valinta oli eksplisiittinen ja noudatteli systemaattisen kirjallisuuskatsauksen hakuperiaatteita. Aineiston päähaku kohdennettiin sähköisiin tietokantoihin. Hauissa hyödynnettiin aineiston julkaisu- ja kielirajauksia, mukaan ei otettu julkaisematonta eli "harmaata kirjallisuutta" (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26). Sähköinen tiedonhaku suoritettiin Hämeen ammattikorkeakoulun (HAMK) Finnan kautta taulukossa 1. esitettyihin tietokantoihin maaliskuussa 2018.

Suoritettujen koehaut osoittivat, että useista hakujen tuottamista aineistoista ei käynyt tutkijana mielestäni selkeästi ilmi, oliko tarkastelussa olevalle kohderyhmälle asetettu masennusdiagnoosi vai tarkoitettiinko aineistoissa diagnosoimattomia masennukseen viittaavia oireita. Tämän vuoksi tutkimukseen päädyttiin hyväksymään mukaan myös aineistot, joissa ei selkeästi esitetty kohderyhmän masennusdiagnoosia, mutta esitettiin kuitenkin tutkittavilla olevan masennuksen oireita tai ylipäänsä sivuttiin ikääntyneiden masennuksen hoitoa tai kuntoutusta.

Vaikka tutkimukseen valikoituneista tietokannoista oli löydettävissä aineistoa masentuneen ikääntyneen kuntoutumisesta, huomattiin monen aineiston olevan opinnäytetöitä, joita ei valintakriteerien pohjalta hyväksytty tutkimukseen mukaan. Tästä syystä pidennettiin sisäänottokriteerien vuosiväliä kymmeneen vuoteen määrittäen julkaisun vuosiväliseksi vuodet

2008-2018 alkuperäisesti suunnitellun vuosivälin 2010-2018 sijaan. Muutoksesta huolimatta lukuisat koehaut paljastivat, että ikääntyneen masennusta on käsitelty monissa aineistoissa somaattisiin sairauksiin liitettynä osana. Yksistään ikääntyneiden unipolaarisesta masennuksesta tai masennuskuntoutuksesta laitoksessa vaikuttaisi olevan saatavilla tutkittua tietoa niukasti.

Koska koehaut eivät tuottaneet alkuperäisten sisäänottokriteerien mukaisia aineistoja ikääntyneen masennukseen sairastuneen psykiatrisesta kuntoutumisesta laitoshoidossa, muutettiin valintakriteereitä väljemmiksi ennen varsinaista tiedonhakua. Varsinaiseen tutkimukseen hyväksyttiin aineistot, jotka kuvasivat ikääntyneiden masennusdiagnoosin saaneiden tai ainakin masennusoireista kärsivien ihmisten kuntoutumista laitoksessa ja kuntoutusyksikössä siinä määrin, että vastaus asetettuihin tutkimuskysymyksiin oli aineistosta saatavilla. Kuntoutus käytänteiden kokonaisvaltaisemman kuvan saamiseksi hyväksytyksi tulivat myös aineistot, jotka käsitelivät ikääntyneiden laituskuntoutumista ilman masennuksen erityispiirteiden aktiivista kuvaamista. Valintaan ohjasi teoreettisten lähtökohtien pohjalta muodostunut käsitys paitsi ikääntyneiden masennustilan vaikeasta tunnistettavuudesta myös ikääntyneiden masennuksen somaattisen oirekuvan erityispiirteiden laajuudesta. Lisäksi kriteeriksi asetettiin, että tutkimusaineiston julkaisun piti sijoittua vuosien 2008-2018 välille. Tutkimukseen hyväksytyn aineiston tuli olla myös saatavilla kokonaisuudessaan sähköisesti, maksuttomasti ja tulostettavissa olevana versiona. Tutkimukseen hyväksytyn aineiston julkaisukielenä piti olla suomi tai englanti. Aineisto sai olla mikä tahansa muu kuin opinnäytetyö.

Tutkimuksesta poissuljettiin aineistot, jotka kuvasivat selkeästi aikuisten tai sitä nuorempien masennusta sekä aineistot ilman masennusdiagnoosia, masennusoireita, masennuksen käsittelyä tai kuntoutumista. Tutkimukseen ei myöskään hyväksytty mukaan aineistoa, joka oli julkaistu ennen vuotta 2008. Aineiston hylkäämisen perusteena oli myös masennuksen tai kuntoutumisen suoranaisten käsittely avohoidon puolella siitä syystä, että kiinnostukseni kohde painottui ammatillisen urakehitykseni halun myötä laituskuntoutuksen osa-alueeseen. Maksulliset ja ilman tulostamisen mahdollisuutta olevat aineistot sekä ”harmaa kirjallisuus” jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle automaattisesti. Myös muu kuin suomi tai englanti julkaisukielenä rajasi aineiston tutkimuksesta pois. Opinnäytetyöt hylättiin sillä perusteella, että ne ovat tavallisesti tekijänsä ensimmäisiä tutkimuksellisia töitä, joissa on virheitä ja puutteita (Hakala 1996, 101). Seuraavan sivun taulukossa (taulukko 2) on kuvattu aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka ovat keskenään käänteiset.

Taulukko 2. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

SISÄÄNOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
Aineisto on julkaistu vuosien 2008-2018 välillä	Aineisto on julkaistu ennen vuotta 2008
Aineiston julkaisukieli on suomi tai englanti	Aineiston julkaisukieli on muu kuin suomi tai englanti
Aineiston kohderyhmänä ovat ikään-tyneet	Aineiston kohderyhmänä ovat aikuiset, lapset tai nuoret
Aineisto kuvaa kokonaisvaltaista kuntoutumista ja arvioi kuntoutumista tukevaa hoitotyötä laitoksessa tai kuntoutusyksikössä	Aineisto ei kuvaa kokonaisvaltaista kuntoutumista eikä arvioi kuntoutumista tukevaa hoitotyötä laitoksessa tai kuntoutusyksikössä
Aineistossa käsitellään masennustilaa, masennuksen oireita ja /tai kuntoutumista siinä määrin, että aineistolla saadaan vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin	Aineisto ei käsittele masennusta, masennuksen oireita tai kuntoutumista. Aineistolla ei saada vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin
Aineisto on saatavilla maksuttomasti	Aineisto ei ole saatavilla maksuttomasti
Koko aineisto on saatavissa sähköisenä tulostettavana versiona	Koko aineisto ei ole saatavissa sähköisenä tulostettavana versiossa
Aineistona on muu kuin opinnäytetyö (AMK, YAMK, Pro gradu -tutkielma)	Aineisto on opinnäytetyö (AMK, YAMK tai Pro gradu -tutkielma)
Aineistoa ei ole käytetty työn teoreettisia lähtökohtia muodostettaessa	Aineistoa on käytetty työn teoreettisten lähtökohtien muodostamisessa
	Harmaa kirjallisuus

Kotimaiseen artikkeliviitetietokanta Artoon lopullinen haku tehtiin tarkennetulla, mutta väljällä sanahaululla. Hakusanoina käytettiin sanoja *ikääntyn?* *OR vanhu?* *AND masen?* Vuosi rajattiin sisäänottokriteerien mukaan vuosien 2008-2018 välille. Hakutulokseksi saatiin 33 viitettä, vaikka mukaan otettiin sekä painettu että elektroninen aineisto. Saadut viitteet olivat pääosin suomeksi. Yksi viitteistä oli julkaistu ruotsiksi, yksi saameksi. Rajausta jatkettiin valitsemalla mukaan vain elektroninen aineisto, jolloin hakutulos oli 5 viitettä, joista kaikki olivat suomenkielisiä. Hakutulosta supistettiin edelleen otsikoinnin perusteella. Jäljelle jääneistä viitteistä neljän otsikosta oli suoraan havaittavissa, että kyseisissä aineistoissa käsitellään juuri ikäänntyneiden masennusta. Nämä aineistot luettiin lävitse kokonaisuudessaan. Luetun sisällön perusteella hyväksyttiin tutkimukseen mukaan 1 aineisto.

Melindassa haku suoritettiin vastaavasti kuin Artossa tarkennettua haku käyttäen sanoilla *ikääntyn? OR vanhu? AND masen?* Julkaisuvuodeksi valittiin vuodet 2008-2018. Haussa aineiston suhteen ei tehty välitöntä rajausta. Hakutulokseksi saatiin 99 viitettä. Hakutulosta saatiin rajattua 21 viitteeseen lisäämällä alkuperäiseen hakuun mukaan vielä *laitos? OR sairaala?*. Lopullinen haku suoritettiin sanoilla *ikääntyn? OR vanhu? AND masen? AND laitos OR sairaala OR osasto* käyttäen sisäänottokriteerien mukaista vuosirajausta. Osasto? -sanan lisäys ei muuttanut aikaisempaa hakutulosta. Tulokseksi saatu 21 viitettä oli julkaistu suomeksi 17 tai englanniksi 4. Näistä 8 oli saatavilla elektronisesti. Elektronisesti saatavilla olevat aineistot käytiin otsikkoittain lävitse. Tarkempaan sisällölliseen lukuun pääsi 2 aineistoa, joiden sisällön uskottiin vastaavan asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Nämä kaksi aineistoa olivat alkuperäisistä sisäänottokriteereistä huolimatta pro gradu -tutkielmia, jotka eivät aineistojen tarkemman sisällön silmäilyn perusteella kuitenkaan vastanneet laadittuihin tutkimuskysymyksiin.

Medic tietokannassa viimeistelty tiedonhaku toteutui hakuyhdistelmällä *vanhu* OR ikääntyn* AND masen* OR depress* AND hoito* OR kuntoutu* OR psy**. Haku rajattiin kokoteksteihin ja asettamalla vuosiväli vuosien 2008-2018 välille. Asiakirjojen synonyymit saivat olla haussa käytössä. Tulokseksi saatiin 88 hakusanoihin sopivaa osumaa, joista suomenkielisiä oli 61 osumaa, englanninkielisiä 26 osumaa ja ruotsinkielisiä 1 osuma. Koska sisäänottokriteereissä oli rajattu kattavan kielen osaamisen rajoitteen vuoksi ruotsin kieliset osumat, hylättiin yksi julkaisu kielen perusteella jo ennen otsikon varsinaista tarkastelua. Jäljelle jääneet 87 osumaa käytiin otsikko kerrallaan lävitse, jonka perusteella hyväksyttiin sisällön lukuun 6 osumaa. Sisällön perusteella tutkimuksen sisäänottokriteerit läpäisivät 3 osumaa, jotka otettiin tutkimukseen mukaan.

CINAHL tietokannassa lopullinen haku tehtiin yhdistelmällä *psychosocial rehabilitation AND depression*. Tällä yhdistelmällä löytyi 1503 tulosta, joita lähdettiin pienentämään rajaamalla haku kokoteksteihin (Full Text). Tällöin hakutulos oli 1287. Rajaamista jatkettiin valitsemalla julkaisuväliksi vuodet 2008-2018. Tämä kavensi hakutulosta 818 aineistoon. Seuraavaksi tehtiin kielirajaus englannin kielelle, jolloin jäljelle jäi 814 aineistoa. Aineiston rajaamista jatkettiin edelleen määrittämällä haulle ikärajaus rajaamalla alle 65-vuotiaat hakutuloksista pois valitsemalla hakutulos koskemaan yli 65 -vuotiaita (aged 65+ years). Nyt jäljelle jäi 143 aineistoa. Viimeinen rajaus tietokannassa tehtiin aiheen (subject: Major Heading) mukaan valitsemalla pääotsikot koskemaan masennusta (depression), psykososiaalista kuntoutusta (psychosocial rehabilitation), toipumista (recovery) ja geriatriasta kuntoutusta (geriatric rehabilitation). Lopullisen rajauksen jälkeen hakutulos tuotti 35 aineistoa, jotka käytiin lävitse otsikoittain.

Saatujen hakutulosten otsikot käännettiin suomeksi, jolloin saatiin selville, että 16 aineiston otsikko oli yhteydessä fyysisen sairauden käsittelyyn.

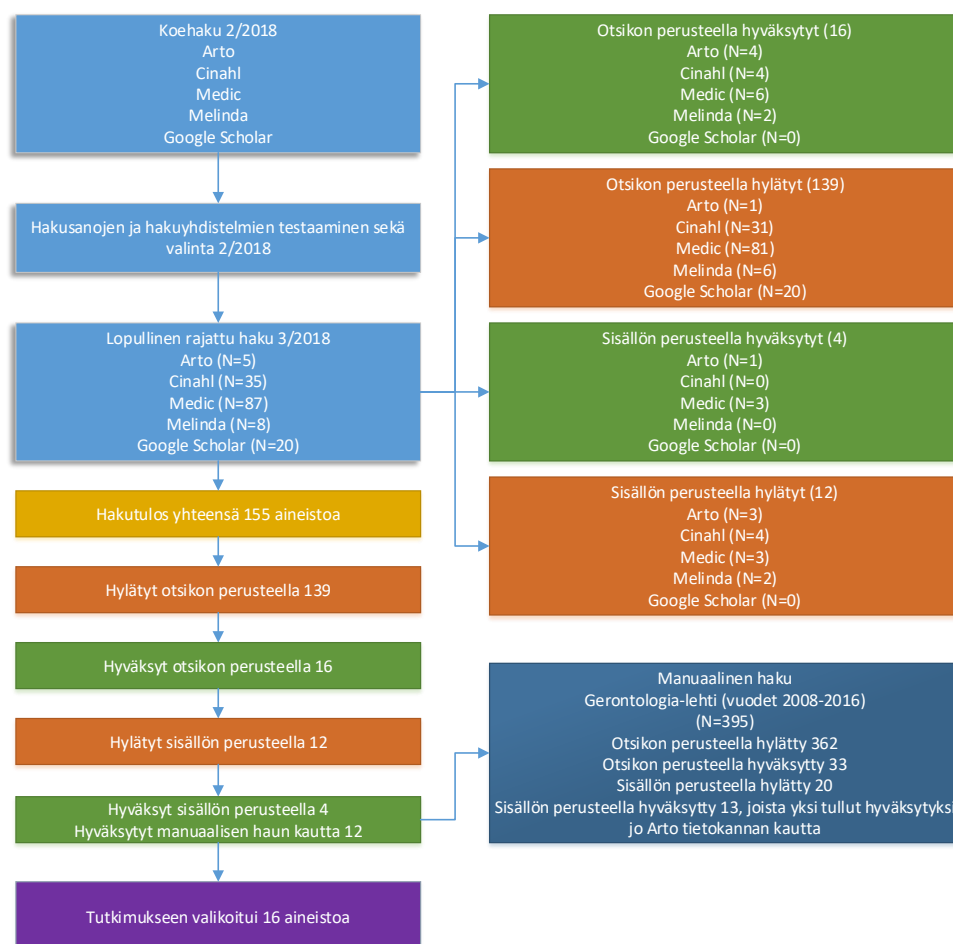
Nämä aineistot rajautuivat tutkimuksesta. Jäljelle jääneen 19 aineiston otsikosta haettiin sekä masennus että laitos tai sairaala ilmaisuja. Sairaalaan tai laitoshoitoon ei jäljelle jääneissä otsikoissa oltu viitattu lainkaan. Masennusta puolestaan oltiin käsitelty 4 aineiston otsikossa, joista 1 aineisto olisi tiivistelmänsä puolesta sopinut tutkimukseen mukaan. Kokonaisuudessaan tämän aineiston lukeminen olisi ollut maksullista, joten aineisto karsiutui tästä syystä tutkimuksen ulkopuolelle.

Google Scholarissa käytettiin tarkennettua hakukenttää. Kaikilla sanoilla hakukenttään kirjoitettiin *psykogeriatrinen hoito*. Sisältäen tarkan ilmaisun kenttään kirjoitettiin *masennus* ja ilman sanoja hakukenttään *hoitotyön koulutusohjelma* sekä *opinnäytetyö*, jonka jälkeen tehtiin haku. Aikaväli rajattiin vuosien 2008-2018 välille. Haku antoi 20 tulosta, jotka käytiin otsikoittain lävitse. Otsikoiden perusteella sisällölliseen lukuun ei valikoitunut yhtään tulosta. Johtopäätöksenä todettiin, että Google Scholar hakusovellus ei tuottanut merkittävää lisäarvoa tekeillä olevalle tutkimukselle.

Lisätiedon saamiseksi elektronista hakua täydennettiin manuaalisesti käymällä lävitse *Gerontologia*-lehtien sisällysluettelot otsikoittain vuodesta 2008 vuoteen 2016, johon asti lehti oli saatavilla Hämeen ammattikorkeakoulun Finnan kautta. Hyväksytyksi otsikon perusteella aineiston tuli joko suoranaisesti tai välillisesti käsitellä ikääntyneen masennusta, masennuksen oireita tai laituskuntoutusta.

Gerontologia-lehti sisälsi aineistoja, joita oltiin käytetty jo työn teoreettisia lähtökohtia muodostettaessa. Koska tutkijana olin tutustunut jo näihin aineistoihin, koin tulosten ennustettavuuden vuoksi olevan järkevintä jättää nämä aineistot tutkimuksesta automaattisesti ulkopuolelle. Lehdessä julkaistujen aineistojen kokonaismäärä oli 395, joista hyväksyttiin otsikon perusteella tarkempaan sisällön lukuun 33 aineistoa. Otsikon perusteella hylätyksi tulleiden aineistojen osuus oli 362 aineistoa. Otsikon perusteella mukaan hyväksytyt aineistot käytiin tarkemmin lävitse, jolloin jäljelle jääneistä aineistosta karsiutui pois 20 aineistoa. Loput 13 aineistoa tulivat sisältöjensä perusteella hyväksytyksi tutkimukseen mukaan. Näistä 13 aineistosta 1 aineisto löytyi myös kotimaisesta viitetietokanta Artosta. Koska tässä työssä aineistojen haku oli kohdennettu ensisijaisesti elektronisiin viitetietokantoihin, oli tämä julkaisu hyväksytty tutkimukseen mukaan jo Arto tietokannan kautta. *Gerontologia*-lehden kautta hyväksytyksi tutkimukseen jäi lopulta 12 aineistoa.

Kokonaisuudessaan tutkimusaineiston haussa käytettiin neljää eri tietokantaa sekä Google Scholar hakusovellusta. Lisäarvoa tutkimukselle haettiin manuaalisesti *Gerontologia*-lehden aineistoista. Tutkimusaineiston haku -ja valintaprosessi esitetään seuraavan sivun kuvassa 4.



Kuva 4. Tutkimusaineiston haku -ja valintaprosessin kuvaus

Tutkimuksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit huomioiden tutkimukseen hyväksyttiin lopulta 550 aineistosta 16 aineistoa. Aineiston analysoinnin helpottamiseksi tutkimukseen valikoitunut aineisto tulostettiin kokonaisuudessaan. Tutkimukseen valikoitunut aineisto kuvataan liitteessä 1, jossa eritellään aineiston tekijä(t), aineiston nimi, aineistotyyppi, julkaisu-vuosi ja tietokanta tai väylä, josta aineisto on haettu. Lisäksi liitteeseen 1 on koottu aineistoista erottuva keskeinen sisältö.

5.3 Tutkimusaineiston kuvaus

Tutkimuksessa käytetty materiaali koostuu kuudestatoista aineistosta, jotka on julkaistu vuosien 2008-2014 välillä. Tutkimusaineistosta neljä aineistoa on julkaistu vuonna 2008. Kolme aineistoa on julkaistu vuosina 2009, 2010 ja 2014. Yksi tutkimuksen sisäänottokriteerit täyttäneistä aineistoista on julkaistu vuonna 2011, toinen vuonna 2012 ja kolmas vuonna 2013.

Tutkimusaineisto on suomenkielistä koostuen kahdestatoista vertaisarvioidusta artikkelista ja yhdestä vertaisarvioimatta jääneestä artikkelista. Li-

säksi tutkimusaineistoon kuuluu kolme kokousselostetta. Enemmistö tutkimukseen valikoituneesta aineistosta löytyi sähköisesti Gerontologia-lehden sisällysluetteloja systemaattisesti tarkastelemalla siitä huolimatta, että ensisijainen haku oli kohdennettu sähköisiin tietokantoihin. Sähköisistä tietokannoista löytyi vain neljä tutkimukseen valikoitunutta aineistoa. Tutkimuksessa käytetty aineisto esitellään tämän työn liitteenä (liite 1).

5.4 Aineiston analyysimenetelmä

Hirsjärvi työtovereineen (2015, 221) tiivistää aineiston analyysin, tulkitsemisen ja johtopäätösten muodostamisen olevan tutkimuksen tekemisen ydin. Hirsjärven ja työtovereiden mukaan analyysivaihe osoittaa, millaisia vastauksia tutkija saa asettamiinsa tutkimuskysymyksiin. Vaihtoehtoisesti analyysivaihe voi myös paljastaa, millä tavoin tutkijan olisi pitänyt alkuperäisesti muotoilla tutkittavat ongelmansa. Tässä työssä aineiston analyysivaihe paljasti, että ääripäihin rajoittuvia vastauksia alkuperäisesti suunniteltuihin tutkimuskysymyksiin ”Mitkä tekijät edistävät masentuneen psykiatrista kuntoutumista laitoshoidon aikana?” ja ”Mitkä tekijät estävät masentuneen psykiatrista kuntoutumista laitoshoidon aikana” ei aineistosta saada kuntoutuksen linkittyessä voimakkaasti fyysisen toimintakyvyn käsitteeseen jättäen aineistoissa psyykkisen toimintakyvyn ja masennuksen kuvaamisen vähäiseksi. Tästä syystä tutkimuskysymystä muokattiin korvaamalla ”psykiatrinen kuntoutuminen” ”gerontologisen kuntoutumisen” käsitteellä, jonka kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä sallivuutensa puolesta mahdollisti (Kangasniemi ym. 2013, 296; Salminen 2011). Alkuperäisesti asetettuja tutkimuskysymyksiä laajentamalla tähdättiin vastausten saamiseen, joita pelkkä psykiatrisen toimintakyvyn ulottuvuuden tarkastelu ei ikääntyneiden laitoshoidon aikana olevien masentuneiden kohdalla kirjallisuudessa tuottanut. Haettu aineisto pidettiin samana.

Tutkimusaineistoa voidaan analysoida usealla eri menetelmällä, vaikka eriteltä kahtia jakaminen pystytään tekemään selittämiseen pyrkivän lähestymistavan ja ymmärtämiseen pyrkivän lähestymistavan välillä. Selittämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään tavallisesti päätelmien ohessa tilastollista analyysia, kun taas ymmärtämiseen pyrkivässä lähestymistavassa hyödynnetään usein päätelmien lisänä laadullista analyysia. (Hirsjärvi ym. 2015, 224.) Tässä työssä pyrkimys oli kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla saatujen lähtökohtien perusteella ymmärtää millä tekijöillä on vaikutusta masentuneen gerontologiseen kuntoutumiseen laitoshoidon aikana. Lisääntyvän ymmärryksen kautta tällä työllä yritetään laajemmin tavoitella sosiaali- ja terveysalan työntekijöitä arvioimaan ja kehittämään yksiköidensä toimintamalleja tutkitun tiedon pohjalta.

Sisällönanalyysi on tavallinen laadullisen eli kvalitatiivisen aineiston analyysimenetelmä. Sisällönanalyysi mahdollistaa paitsi erilaisten aineistojen analysoinnin myös niiden kuvaamisen. Sisällönanalyysin tavoite on tarkasteltavan ilmiön samalla laaja-alainen, mutta kuitenkin tiivis esittäminen, jonka tuloksena muodostuu käsiteluokituksia- ja järjestelmiä sekä malleja

ja käsitekarttoja. (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen, 2009, 131, 133-134.) Syntyneillä luokituksilla, malleilla ja kartoilla tarkoitetaan tutkittavaa ilmiötä kuvailevaa kokonaisuutta. Kokonaisuudesta selviää käsitteet, niiden hierarkisuus ja mahdolliset suhteet toistensa välillä. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139.) Sisällönanalyysin tekeminen edellyttää tutkijalta ajattelukykyä joustavuutensa ja säännöttömyytensä vuoksi (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 135) korostaen tutkijan jatkuvaa omaa tulkintaa tarkasteltavasta aiheesta (Ronkainen ym. 2014, 82-83). Sisällönanalyysiä on mahdollista käyttää myös kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa avointen vastausten analysointimenetelmänä (Kyngäs ym. 2011, 139).

Sisällönanalyysi voidaan rakentaa kahdella eri tavalla: aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai teorialähtöisesti eli deduktiivisesti (Kyngäs ym. 2011, 139; Tuomi & Sarajärvi 2009, 95; Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen, 2009, 135). Induktiivisessa analyysissä aineistoa tarkastellaan samalla monitahoisesti, mutta myös yksityiskohtaisesti. Sitä mikä aineistossa on oleellista ei määrää tutkija. (Hirsjärvi ym. 2015, 164; Tuomi & Sarajärvi 2009, 95-96.) Pyrkimyksenä on muodostaa analysoitavasta aineistosta teoreettinen kokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135). Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 135) kuvailevat Latvalan ja Vanhanen-Nuutisen vuoden 2003 lausumaan tukeutuen aineistolähtöisen lähestymistavan käytön olevan järkevämpää kuin teorialähtöisen lähestymistavan käytön, jos tutkija ei tiedä aiheesta tai aikaisempi tietopohja on hajanainen, kuten tämän työn teoreettisten lähtökohtien monitulkittavat käsitteet ilmentävät. Tästä syystä johtuen tämän työn analyysi on rakennettu induktiivisen eli aineistolähtöisen menetelmän mukaisesti.

Ennen varsinaista analyysivaihetta tutkimusaineisto tulostettiin kokonaisuudessaan, jotta merkintöjen tekeminen värikynällä, toisin sanoen koodaaminen mahdollistui ja aineiston käsittely helpottui. Valikoitunut aineisto pilkottiin osiin alleviivaamalla eri värein aineistossa usein esiintyviä paitsi masennukseen myös laitokseen ja kuntoutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Koodausyksiköiksi hyväksyttiin paitsi rivit ja kappaleet myös yksittäiset sanat, lauseet ja pidemmät tekstin osat. Samaa tarkoitaviin asioihin käytettiin samaa värikynää. Aineistoissa tarkastelu kohdennettiin niissä esiintyviin ilmisältöihin (manifest) piilosisältöjen (latent) jäädessä analysoimatta. Koodaus auttoi tässä yhteydessä aineiston sisällön jäsentämisessä ja syntyvien teemojen havainnollistamisessa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniikka 2006b; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135-136.)

Analyysivaiheessa koodattu aineisto kerättiin yhteen. Alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin, jonka jälkeen ne ryhmiteltiin samaa tarkoittavien sisältöjensä perusteella ensin alaluokiksi, jotka yhdistettiin edelleen yläluokiksi edeten aina pääluokkien muodostamiseen tutkimusaineistosta asetettujen tutkimuskysymysten ohjaamina. Luokittelun avulla saatiin muodostet-

tua tutkimuskysymysten kannalta sisältöä kuvaavia yhteisiä aiheita eli teemoja. Tässä työssä teemoja muodostui 6 kappaletta. Teemat esitetään koostetussa kuvailevassa yhteenvedossa seuraavassa luvussa. Teemojen alle on koottu tutkimuskysymysten kannalta olennainen tutkimusaineistoista selville saatu sisältö. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a; Tuomi & Sarajärvi 2009, 92-93, 101, 108-113; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 137.) Alapuolella olevassa taulukossa (taulukko 3) esitetään esimerkki analyysin vaiheittaisesta etenemisestä.

Taulukko 3. Esimerkki analyysin vaiheittaisesta etenemisestä

ALKUPERÄISILMAUS	PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
"Asiantuntevalla hoidolla pystytään parantamaan potilaan toimintakykyä"	Asiantunteva hoito parantaa potilaan toimintakykyä	Osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen		
"Koulutukseen on myös panostettu"	Koulutukseen panostaminen			
"Kuntoutuksen ammattilaisilta edellytetään toimintakyvyn laaja-alaista ymmärtämistä"	Ammattilaisten ymmärrys kuntoutujan toimintakyvyn osa-alueista		Taito	
"Mielenterveysosaaminen näyttäytyi aineistossa puutteellisenä"	Mielenterveysosaamisen puutteet	Osaamisen puutteet		
"Masennuksen tunnistaminen voi olla hankalaa ja hoidon osaaminen puutteellista"	Masennuksen tunnistamisen hankaluus ja hoidon osaamisen puutteellisuus			Taitotieto
"Somaattisten vaivojen ja mielenterveysongelmien erottaminen toisistaan nähtiin ajoittain vaikeaksi"	Somaattisten oireiden ja mielenterveysongelmien erottamisen vaikeus			
"Koulutuksen ja työnkuvan puutteet"	Ammattitaidolliset puutteet			
"Dokumentointi toimii apuvälineenä asiakkaan tilanteen ja tarpeiden yksilöinnissä"	Dokumentoinnin käyttö asiakkaan tarpeiden suunnittelun apuna	Dokumenttien välittämä tieto	Tieto	
"Kirjalliset dokumentit välittivät hänen mukaansa hyvin tietoa kuntoutujan terveydentilasta ja fyysisestä toimintakyvystä"	Kirjalliset dokumentit kuntoutujan fyysisen toimintakyvyn ja terveydentilan välittäjinä			
"Kirjalliset dokumentit välittivät vain niukasti tietoa sosiaalisesta toimintakyvystä ja tilannetekijöistä, kuten kotiympäristöstä, elämäntilanteesta ja avun tarpeesta"	Kirjallisten dokumenttien puutteellinen asiasisältö sosiaalisen toimintakyvyn ja tilannetekijöiden osa-alueella	Dokumentoinnin tiedolliset puutteet		
"Vajavaiset asiakirjat ovat merkinneet selkeää uhkaa potilaille, tai asiakkaalle"	Vajavaisten asiakirjojen uhka hoidettavalle			
"Ei välttämättä millään lailla dokumentoinut keskustelun sisältöä loppulausuntoon"	Dokumentoinnin mahdolliset puutteet loppulausunnossa			
"Sosiaalityöntekijä ei tehnyt vapaissa haastatteluissa muistiinpanoja"	Sosiaalityöntekijän muistinvarainen tieto			

5.5 Luotettavuus ja eettisyys

Tieteellisesti tehdyissä tutkimuksissa tutkimuksen tekijöiltä edellytetään tutkimuksen laadun ja luotettavuuden arviointia. Luotettavuuden arviointi alkaa jo työn suunnitelmavaiheessa jatkuen aina tutkimusaineiston analysoimiseen asti. (Kananen 2010, 68-69.) Eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja uskottava tutkimus edellyttää hyvän tieteellisen käytännön noudattamista, jota tämän työn etenemisessä on kaikin puolin pyritty noudattamaan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta n.d.).

Hyvän tieteellisen käytännön ohjeet neuvovat tutkijaa rehellisyyteen, yleiseen huolellisuuteen ja tarkkuuteen tutkimustyössään ja tulosten käsittelyssä. Hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtiin kuuluu myös muun muassa avoimuuden ja vastuullisuuden periaatteiden noudattaminen. Hyvä tieteellinen käytäntö ohjaa tutkijaa huomioimaan myös muiden tutkijoiden työt kunnioittaen, ja niihin asianmukaisella tavalla viitaten. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan jokainen tutkija on ensisijaisesti vastuussa omasta tutkimuksestaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta n.d.; Tuomi & Sarajärvi 2009, 132-133.)

Puhuttaessa kvantitatiivisesta eli määrällisestä tutkimuksesta tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa sovelletaan reliabiliteetin eli tutkimuksesta saatujen tulosten pysyvyyttä ja validiteetin eli tutkimuksen kannalta oikeiden tekijöiden arvioinnin käsitteitä suhteessa tekeillä olevaan tutkimukseen. Nämä kvantitatiivisen tutkimusotteen luotettavuuden käsitteet eivät kuitenkaan ole suoraan sovellettavissa kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusotteella tehtyjen tutkimusten luotettavuuden arvioimisessa. (Kananen 2010, 68-69.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole olemassa yhdenpitäviä ohjeita (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140; Kananen 2010, 71).

Toisaalta esitetään, että kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa eettisyys linkittyy paitsi tutkimuskysymyksen muotoiluun myös tutkimusetiikan noudattamiseen. Luotettavuuden lähtökohta liittyy asetettujen tutkimuskysymysten ja kirjallisuuden perusteluun, mutta myös prosessin johdonmukaiseen etenemiseen kuvailun argumentoinnin vakuuttavuutta unohtamatta. (Kangasniemi ym. 2013, 292.)

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa, mitä tämä työ edustaa, luotettavuutta ja uskottavuutta voidaan lisätä kuitenkin monin eri keinoin. Yksi keskeisimmistä työn luotettavuuden lisäämisen keinoista on työn eri vaiheiden ja valintojen perustelu eli dokumentointi, jota olen tutkijana tehnyt paitsi avaamalla myös perustelemalla käyttämäni käsitevalinnat mahdolliselle työntekijälle. (Kananen 2010, 68-70, 144.) Työssä tekstiä on havainnollistettu taulukoiden ja kuvien avulla (Hirsjärvi ym. 2015, 263).

Dokumentoinnin ohella tutkimuksen luotettavuutta parantaa riittävä aineiston käyttö. Tutkimusaineiston määrä ei kuitenkaan korvaa tutkimusaineiston laatua. (Kananen 2010, 144.) Usein laadullisten aineistojen riittävyyttä mitattaessa kuulee puhuttavan saturaation käsitteestä, jolla tarkoitetaan aineiston kylläntymistä. Kylläntymisessä aineisto alkaa toistaa itseään. (Hirsjärvi ym. 2015, 182; Kananen 2010, 70.) Myös tässä tutkimuksessa aineisto alkoi osittain toistamaan itseään, vaikka aineiston keräämistä oltaisiin toki voitu vielä jatkaa. Yksinäisenä tutkijana ja henkilökohtaisten resurssieni vuoksi tähän ei kuitenkaan enää ryhdytty.

Luotettavuutta tässä työssä voi myös heikentää aineiston laadulliset tekijät, sillä osa tutkimusaineistosta pohjautuu tieteellisten julkaisujen sijaan yksittäisten henkilöiden kokousselosteisiin. Toisaalta myös aineistomateriaalina käytetyt selosteet on julkaistu tieteellisessä Gerontologia lehdessä, jolloin voitaisiin lähtökohtaisesti olettaa niiden täyttävän tieteelliselle tekstille asetetut yleiset vaatimukset. Hyvän tieteellisen käytännön oheistuksen mukaisesti lainatuista teksteistä löytyvät viittaukset. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta n.d). Työn loppuun on lisätty asianmukainen lähdeluettelo. Tämä tukee nähdäkseni työn luotettavuuden käsitettä.

Elektronista tietokantahakua täydentämään työssä tehtiin sähköisesti manuaalinen haku, jonka kautta valikoitui tutkimukseen myös sisäänottokriteerit täyttäviä aineistoja. Tämän koen tutkimuksen kokonaiskuvan hahmottamisen kannalta aihepiirin ymmärrystä, mutta en niinkään luotettavuutta lisäävänä tekijänä. Julkaisuvuosien, kielen ja aineiston maksuttomuuden rajaukset sitä vastoin sulki todennäköisesti työstä pois aineistoja, joilla olisin mahdollisesti voinut saada lisäarvoa tekeillä olevalle tutkimukselleni (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26). Tämä heikentää hyvin todennäköisesti tutkimuksen luotettavuuden arvoa. Myös se, että tutkijana olen työstänyt työn itsenäisesti ei puolla työn luotettavuuden käsitettä. Whittemoren vuoden 2005 määritelmään viitaten työn luotettavuuden lisäämiseksi tutkimuksella tulisi olla Niela-Vilénin ja Hamarin (2016, 26-28) mukaan vähintään kaksi itsenäistä tekijää. Koska kirjallisuuskatsausta laatiesani olen käyttänyt sekundäärisiä eli toisen asteen aineistoja, on analyysi tehty täysin niiden valossa, jolloin alkuperäisen tiedon muuntuvuuden mahdollisuus on otettava luotettavuuden arviointia tehtäessä mielestäni huomioon. Lupaa tutkimuksen teolle ei tarvinnut anoa.

Niela-Vilén ja Hamari (2016, 27-28) viittaavat kirjoituksessaan Aveyardin vuoden 2007 lausumaan, jossa ohjataan tutkijaa pohtimaan kirjallisuuden hakusuunnitelmaan ja haun toteutukseen liitettävissä olevia vahvuuksia ja heikkouksia työnsä kannalta. Tässä työssä vahvuutena arviointini mukaan näyttäytyy informaation kanssa helmikuun 2018 alussa tehdyt koehaut, joiden kautta henkilökohtainen valmiuteni työskennellä eri tietokannoissa lisääntyi. Vahvuutena näen myös elektronisiin tietokantoihin tehdyt lukuisat koehaut ennen lopullisten hakusanojen päättämistä ja viimeistellyn tiedonhaun suorittamista. Vahvuutena arviointini mukaan korostuu myös ai-

neiston paitsi hakuprosessista myös valintaprosessista esitetyt tarkat kuvaukset. Työn heikkouksiksi miellän paitsi aiheen tutkitun tiedon niukkuuden myös yksinäisen työskentelyn, jonka johdosta olen joutunut tekemään päätökset tutkimukseen valikoituneesta aineistosta itsenäisesti. Tällöin olen mahdollisesti päätenyt eri näkemykseen kuin olisin saattanut päätyä, jos olisin tehnyt tutkimusta yhdessä toisen tutkijan kanssa. Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2009, 159) mukaan yksintyöskentely voi altistaa tutkijan sokaistumaan tutkimuksellensa. Tätä olen tutkijana pyrkinyt väistelemään ottamalla etäisyyttä työhöni välipäivien avulla, jonka työlleni suunnittelema väljä aikataulut on mahdollistanut.

Arvioidessaan työnsä luotettavuutta tutkijan on tarkasteltava objektiivisuuttaan suhteessa tekeillä olevaan tutkimukseensa. Objektiivisuudella tarkoitetaan tutkimusaineiston avointa tarkastelua ilman tutkijan ennakkokäsityksiä tai mielipiteitä tutkittavasta ilmiöstä. Tutkijana minun on myönnettävä ennako-oletukseni, havaintoni ja omakohtainen työni kautta kerääntynyt kokemukseni tarkasteltavasta ilmiöstä. Vaikka ennako-oletukseni työn tuloksista oli vahva, tutkimusaineiston analysoimisessa olen pyrkinyt sivuuttamaan havaintoni työstäen analyysia avoimesti ja aineistolähtöisesti työn läpinäkyvyyden periaatetta edistäen. Työn yleistettävän aseman sijaan työssä on pyritty ikääntyneiden masennuskuntoutumisen ymmärrettävyyden lisäämiseen, jota tämän laadullisen tutkimustyön tarkoitus edustaa. On kuitenkin hyvä muistaa, että laadullisen tutkimuksen lopputulos on tekijänsä näköinen, joten samasta aineistosta tehdyt tulkinnat voivat olla toisen tutkijan analysoimana erilaisia. (Kananen 2010, 133, 144-145.)

6 TULOSTEN KUVAAMINEN JA TARKASTELU

Tässä luvussa esitetään tutkimusaineiston pohjalta tehty kuvaileva yhteenveto masentuneen gerontologista kuntoutumista edistävästä ja estävästä tekijöistä laitoshoidon aikana. Kuvailu on koostettu sekä kuntoutujan että ammattilaisten näkökulmasta katsottuna. Tutkimusaineistosta selvinneistä yksittäisistä havainnoista muodostettiin asteittain isompia kokonaisuuksia eli teemoja. Aineistosta erottuvia teemoja muodostui 6 kappaletta, joiden varaan seuraavaksi esitelty kuvailu on rakentunut. Teemojen esitysjärjestyksen valinta perustui järjestelmällisen kuvailun etenemiseen. Sen sijaan, että asetettuihin tutkimuskysymyksiin vastattaisiin yksitellen, on tässä työssä tutkimuskysymyksiä käsitelty rinnakkain jokaisen teeman alla.

6.1 Asiakslähtöisyys

Masentuneisuus on yleinen oire ikääntyneiden keskuudessa ja se eroaa varsinaisesta masennustilasta. Ikääntyneen masennuksen tunnistettavuus

voi olla ongelmallista, jonka johdosta asianmukaisen hoidon käynnistyminen voi viivästyä. (Pietilä & Saarenheimo 2011.) Kuntien ja yksiköiden väliset toiminnan erot voivat asettaa ikääntyneet eriarvoiseen asemaan (Pietilä & Saarenheimo 2011; Alanen & Leinonen 2010, 3791; Ojanen 2014, 18). Myös henkilöstöresurssit ja ajankäytön haasteet vaikeuttavat ikääntyneen tarkoituksenmukaisen hoidon toteutumista (Pietilä & Saarenheimo 2011; Ojanen 2014, 16). Suhteessa nuorempiin ihmisiin ikääntyneiden mielenterveyden hoito ja kuntoutus jää usein toissijaiseen arvoon (Salermo, Salovaara, Takkinen & Lyyra 2008, 121; Pietilä & Saarenheimo 2011) ja painottuu tavallisesti somaattisten sairauksien, erityisesti muistisairauksien hoitoon. Masennusoireilu nähdään yhteiskunnassa tyypillisesti ikääntymiseen kuuluvana erityispiirteenä ja psyykkisesti sairas ikääntynyt koetaan monesti haasteellisena hoidettavana. (Pietilä & Saarenheimo 2011.) Mielenterveysongelmaisen ikääntyneen selkeän hoitopolun puuttuessa (Alanen ja Leinonen 2010, 3791, 3794), ikäihminen voi jäädä yhteiskunnassa hoidon kannalta väliinputoajan rooliin (Pietilä & Saarenheimo 2011, 169-172; Alanen & Leinonen 2010, 3791, 3794).

Psyykkisesti sairaan ikääntyneen hoidon- ja kuntoutuksen suunnittelu perustuu paitsi psykiatrisen tilan arviointiin myös somaattisen voinnin selvittämiseen (Alanen & Leinonen 2010, 3791; Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3260). Kuntoutuksen aloitusta ei viivytetä (Valvanne 2010, 220; Lupsakko, Viskari, Lemmetti & Kivekäs 2008, 766; Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3264). Lähtökohtaisesti hoito toteutetaan perusterveydenhuollon yksiköissä samoilla periaatteilla kuin työikäisten hoito (Alanen & Leinonen 2010, 3791).

Ihminen tarvitsee sairaalahoitoa, jos hän on vaarallinen itselleen tai ympäristölleen. Sairaalahoitoa tarvitsevat myös ihmiset, jotka eivät oirekuvansa vuoksi selviä kotona avohoidon hoitokeinojen turvin. Myös sairaudentunnottomuus ja hoitoon sitoutumattomuus ovat esteitä avohoidon toteutukselle. Ikääntyneiden katkaisuhoitopaikkojen puuttuessa alkoholin aiheuttamien voimakkaiden vieroitusoireiden hoito, joihin voi liittyä muun muassa masennusta, edellyttää usein myös sairaalahoidon käynnistämistä. (Alanen & Leinonen 2010, 3791-3794.) Tällöin toipumisen tueksi tarvitaan yhteistyötä päihdehuollon yksiköiden kanssa (Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3260, 3264). Ikääntyneiden kohdalla masennuksen hoito on edelleen suhteellisen lääkekeskeistä, vaikka ikääntyneet itse toivovat enemmän keskusteluhoitoa. Lääkityksen hoitovaste on yksilöllinen. (Pietilä & Saarenheimo 2011, 168; Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3262.)

Masennuksen tunnistettavuudessa käytetään apuna erilaisia diagnostisia mittareita. Mittareista saadut tulokset voivat kuitenkin sekoittaa elämäntilanteisiin, mikä tekee mahdolliseksi virheellisten masennusdiagnosien asettamisen. Ikääntyneen masennustilaa epäiltäessä on syytä lähteä poissulkemaan somaattisten sairauksien mahdollisuus laboratoriotestien avulla. (Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3259-3261.) Myös kuolemantoi-veiden riskit olisi selvitettävä kysymällä niistä ihmiseltä itseltään (Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3261; Alanen & Leinonen 2010, 3793).

Ammattilaisten aktiivinen voinnin seuranta edistää kuntoutujan hoitoon sitoutumista (Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3264). Kuntoutujan yksilöllisiä vahvuuksia, kuten osaamista, pätevyyttä ja voimavaroja olisi osattava hyödyntää kuntoutumisen suunnittelun tukena (Eskola 2009, 126; Wallin 2009, 114). Kuntoutuksen suunnittelun edellytyksenä korostuu ammattilaisen ja kuntoutujan välisen kumppanuuden syntyminen (Wallin 2009, 112-114; Krokfors 2010, 249).

Ikääntyneiden hoito- ja palvelulinjaukset pohjaavat asiakaslähtöisyyden ja valinnan mahdollisuuksien edistämiseen eettisten periaatteiden ohjaamana. Tärkeä toimintaa ohjaava käsite on ikääntyneen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, jolloin ikääntynyt huomioidaan yksilönä omassa elinympäristössään. Toimijuutta osallistua omaa kuntoutustaan koskevaan päätösten tekemiseen pitäisi tukea ja kuntoutuksen erilaiset lähtökohdat, kuten sairaudet, toimintakyky, kotiympäristö, elintavat ja kuntoutusodotukset huomioida yksilöllisesti. (Wallin 2009, 112-113; Wallin, Talvitie, Catan & Karppi 2008, 156-157.)

Ikääntyneen itsemääräämisoikeuden ja voimavarat huomioiva työote vahvistaa ikääntyneen toimintakykyä (Kinni 2014, 9). Ikääntyneen toimintakykyä edistää myös ammattilaisen valmius nähdä kuntoutustarpeet laajalaisesti ja ulottaa niiden soveltuvuus ikääntyneen kotiympäristöön, jolloin kuntoutumisen tavoitteellinen jatkuvuus toteutuu myös laitospaikan jälkeen (Wallin 2009, 113-114; Salmelainen 2009, 33; Eskola 2009, 127; Wallin ym. 2008, 156).

Ammattilaisten vallankäyttö menee kuitenkin usein kuntoutujan tarvelähtöisyyden ja toimijuuden edelle (Valvanne 2010, 220; Wallin ym. 2008, 156-157; Ojanen 2014, 20-24; Kinni 2014, 10). Ammattilaisten vallan käyttö näyttäytyy ikääntyneiden pyyntöjen ohittamisena ja vähättelynä kuntouttavan työtavan toteuttamiseen nojaten (Ojanen 2014, 20-21, 26). Myös kuntoutujan kokonaistilanteen arviointia tehdään edelleen toistuvasti ilman kuntoutujan ja hänen läheistensä läsnäoloa (Krokfors 2010, 250, 257; Kinni 2014, 3, 12).

Sairaalaan siirtyminen aiheuttaa ihmisessä identiteetti muutoksen, jonka myötä mahdollisuus oman elämän säätelyyn heikkenee (Kinni 2014, 3,5-8,12). Jos ikääntyneen valinnanvapautta halutaan tukea, annetaan ikääntyneelle valtaa päättää kuntoutustaan vahvistavien eri vaihtoehtojen välillä (Krokfors 2010, 257-258; Pohjolainen & Salonen 2012, 242-243) ja tuetaan ikääntyneen toimijuutta omassa kuntoutumisen prosessissaan (Wallin ym. 2008, 156). Laitoskuntoutuksen ongelmana kuitenkin käytännössä näyttäytyy ikääntyneiden toiminnan rajoittaminen ja kuuliaisuuden palkitseminen turvallisuuden hallinnan lähtökohtien pohjalta (Wallin ym. 2008, 156, 161).

6.2 Verkostotyö

Potilaan kokonaisvaltaisen hoidon ja kuntoutumisen huomioimiseksi edellytetään moniammatillista yhteistyötä (Salmelainen 2009, 33; Pietilä & Saarenheimo 2011, 168, 173; Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3261), jonka toteutuminen voi kuitenkin vaihdella yksikön toimintatavoitteista riippuen (Ojanen 2014, 18). Käytännössä yhteistyö eri toimintatahojen kesken on kunnissa vähäistä, vaikka edellytykset työn tekemiselle tiedostetaan (Pietilä & Saarenheimo 2011, 173). Yhteistyön toteuttamisen kynnyks on matalampi, jos toimijat tuntevat toinen toisensa (Salmelainen 2009, 34). Yleislääkärin, psykiatrin ja hoitajan yhteistyön eli niin kutsutun kolmiomallin hyödyntäminen edistää masennuksen hoitoa perusterveydenhuollossa (Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3261, 3264). Case-manager luonteista työntekijää tarvitaan huolehtimaan tiedonkeruusta ja tiedonkulusta (Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3261; Salmelainen 2009, 34-35; Pietilä & Saarenheimo 2011, 165).

Totuudenmukainen mielikuva ikääntyneen psykososiaalisesta elämäntilanteesta selviää kotikäynnin yhteydessä (Alanen & Leinonen 2010, 3791). Kotikäynti ikääntyneen ihmisen asuinympäristöön tukee myös ammattilaisten välisen yhteistyön kehittymistä ja mahdollistaa työssäoppimisen eri toimijoiden välillä. Lisäksi kotikäynti tarjoaa ammattilaisille mahdollisuuden ikääntyneen laaja-alaisen avuntarpeen arviointiin. (Salmelainen 2009, 34; Eskola 2009, 127.)

Verkostotyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä mahdollistaa teknologisen kehityksen tukemana ikääntyneen psykiatrisen konsultaation potilaan terveydentilan niin edellyttäessä (Alanen & Leinonen 2010, 3791; Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3259, 3262, 3264). Konsultaatioväylänä voidaan hyödyntää, esimerkiksi videoneuvottelua. Kuntakohtaisista eroista johtuen konsultaatiopalveluita ei ole kuitenkaan kaikilla paikkakunnilla saatavissa. Tällöin ikääntynyt joudutaan tarvittaessa lähettämään erikoissairaanhoidon yksikköön. (Alanen & Leinonen 2010, 3791, 3793.) Ikääntyneen onnistuneen jatkohoidon turvaamiseksi yhteistyötä tulee tiivistää sekä sosiaalitoimen vanhuspalveluiden että avopalveluiden kanssa (Lupsakko ym. 2008, 765-766, 768).

6.3 Vuorovaikutus

Kuntoutusprosessin toteutumisen tueksi edellytetään kuntoutujan kohtaamisen ja dialogisen vuorovaikutuskäytänteiden ymmärtämistä (Wallin 2009, 114). Krokforsin (2010, 253-255) artikkelissa ammattilaisen ymmärrys ilmentyi nonverbaalisena viestintä eli ystävällisen ilmeen ylläpysymisenä, nyökkäilyinä ja katsekontaktina kuntoutujaan ja hänen omaiseensa haastattelun aikana. Kuntoutujien ja heidän omaistensa puheisuus oli tasavertainen tai isompi kuin tutkimuksenkohteena olleen sosiaalityöntekijän osuus.

Hoitajan toiminta voi rajoittaa potilaan kuntoutusta (Vähäkangas, Niemelä & Noro 2013, 14). Wallinin ja työtovereiden (2008) tutkimustulos osoitti ammattilaisten ohjaaman toiminnan rajoittavan vuorovaikutustilannekäyttäytymistä paitsi kuntoutujan ja ammattilaisen välillä myös kuntoutujan ja toisten kuntoutujien välillä. Toiminnan rajoittaminen perustui ammattilaisen näkökulmasta katsottuna turvallisuuden ja toiminnan jatkuvuuden käsitteisiin, joiden tiukka noudatus esti ammattilaisen ja kuntoutujan välisen tasavertaisen kumppanuuden toteutumista. Lisäksi se esti kuntoutujan aktiivisen toimijuuden mahdollistamista sivuuttaen myös itsemääräämisoikeuden toteutumisen. Vaikka ammattilaisen autoritäärinen asema rajoitti Wallinin ja työtovereiden artikkelin mukaan ryhmän toimintaa, edisti se kuitenkin myös oma-aloitteisuuden aktivoitumista ja vertaistuen toteutumista ryhmätoiminnassa olleiden kuntoutujien välillä.

Myös potilaan sukupuoli vaikuttaa ammattilaisten vuorovaikutuskäyttäytymiseen. Yhteiskunnassa vallitsevan stereotyyppisen mallin mukaan miesten oletetaan olevan vahvempia ja vaatimukset omatoimisesta laitostarjesta suoriutumiseen ovat isommat kuin naisten kohdalla. Miesten pyynnöt ohitetaan useammin, heitä autetaan oma-aloitteisesti harvemmin ja sanallinen viestintä on suurempaa kuin naispuolisten potilaiden kanssa. Joissain tapauksissa myös ammattilaisen mies sukupuoli vaikuttaa vuorovaikutuskäyttäytymisen toteutumiseen, sillä samaistuminen ja yhteistyö miespuolisten ikääntyneiden ja miespuolisten ammattilaisten välillä kuvautui Ojaseen aineistossa tällöin herkempänä. (Ojanen 2014; Pohjolainen & Salonen 2012, 243.)

6.4 Ympäristö

Kuntoutuksen suunnittelu edellyttää kuntoutujan lähiympäristön huomiointia paitsi rajoitteineen myös mahdollisuuksineen kattaen kuntoutujan läheisten tukimahdollisuuksien arvioimisen kuntoutusprosessin aikana (Salmelainen 2009, 34; Wallin 2009, 112-113, Eskola 2009, 127). Laitoksessa toiminta kulminoituu sääntöihin, aikataulutettuihin resursseihin ja merkityksiin, joihin liittyy kuitenkin tilanteellisten muuntuvuuksien mahdollisuus (Koivula 2008, 205-206, 209; Ojanen 2014, 16, 21, 24). Krokforsin (2010, 249) aineistossa tämä näkyi kuntoutuslaitoksen työkäytännöissä, jotka heijastuivat myös sosiaalityöntekijän toimijuutta rajaavina tekijöinä.

Koivula (2008) on tarkastellut vanhuksen toimijuuden rakentumista pitkäaikaisosaston lounasruokailun aikana. Koivulan kuvaus tiivistä laitoksessa ollessaan ihmisen olevan riippuvainen laitoksen ja siellä työskentelevien, mutta myös laitoksen ulkopuolella olevien ammattilaisten toimintatavoista. Lisäksi Koivulan tutkimus paljasti ammattilaisten kohdalla paitsi laitoksen rutiininomaisten toimintakäytäntöjen noudattamisen, mutta myös epäjohdonmukaisen toiminnan harjoittamisen. Vaikka tietty toimintatapojen kaavamaisuus vaikutti toisaalta luovan potilaille turvaa, väliinpuotoajan rooliin jäivät ikääntyneet, joiden toimintakyky oli kohtalaisesti heikentynyt

ammattilaisten resurssien kuluessa heistä täysin riippuvaisten vuodepotilaiden hoidossa. Vastaava havainto esitettiin Vähäkankaan ja työtovereiden (2013, 13, 16) artikkelissa, jossa epävakaassa terveydentilassa olevat potilaat saivat enemmän ohjausta ja harjoittelua kuin vakaammassa terveydentilassa olevat potilaat. Avun odottamisen nähtiin kuuluvan ikääntyneiden laitossarkeen (Ojanen 2014, 22, 25).

Koivulan (2008, 210-212) kuvaus esitti turvallisen ruokailuympäristön järjestämisen periaatteen menevän hyväksi havaitun käytännön periaatteen toteuttamisen edelle. Myös itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen nousi Koivulan tapausesimerkin kautta henkilöstössä kuntouttavaa työtettä merkityksellisemmäksi, vaikka henkilökunta tiedostaa paineen kuntouttavan työtteen toteuttamiseen. Itsemääräämisoikeuden periaate kuvautui artikkelissa ikääntyneen mahdollisuutena valita paitsi ruokailupaikkansa myös mahdollisuutena jättää aterioimatta.

6.5 Taitotieto

Onnistuneeseen kuntoutusprosessiin tarvitaan paitsi täsmällistä myös hiljasta tietoa. Erilaiset tietohäiriöt tai vajavaisesti täytetyt asiakirjat ovat uhka potilaan kuntoutusprosessin toteutumiselle ja hoidon jatkuvuudelle. (Salmelainen 2009, 34-35; Krokfors 2010, 257; Eskola 2009, 127.) Muistinvarainen tieto ja havaintojen dokumentoinnin puutteellisuus ei tue erityisalan, tässä yhteydessä sosiaalityön näkyvyyttä potilaan kokonaisvaltaisen kuntoutumisen hoitoketjussa (Krokfors 2010, 255, 257).

Ammattilaisten luomista asiakirjadokumenteista ilmenee hyvin tieto ikääntyneen terveydestä ja fyysisestä toimintakyvystä (Salmelainen 2009, 34). Merkittävät puutteet esiintyvät sosiaalisen toimintakyvyn ja tilannekijöiden kirjallisessa kuvaamisessa (Salmelainen 2009, 34-35; Krokfors 2010, 257). Koivulan (2008, 214) kuvaus esitti, että laitoksessa kirjatuihin tiedotteisiin ei käy esille ikääntyneen todellinen arjessa selviytyminen.

Hiljaiseen eli kuntoutujan henkilökohtaiseen tuntemiseen perustuvan tiedon liikkumisessa on eroja. Potilastieto liikkuu paremmin pienten kuntien sisällä lisääntyen yhteisesti jaetun kokemuksen avulla, mitä yhdyshenkilötoiminta ja moniammatillisten työskentelyfoorumien toteutuminen edistää. (Salmelainen 2009, 34-35; Eskola 2009, 127.) Tutkimukseen valikoituneissa aineistoissa yhteiset työskentelyfoorumit kuvautuivat paitsi hoitoneuvotteluluina myös ammattilaisten välistä tiedon siirtoa mahdollistavina väylinä, joita nimitettiin aineistoissa kuntoutuspalavereiksi tai tiimikokouksiksi (Lupsakko ym. 2008, 767; Krokfors 2010, 253).

Ammattilaisten taitotiedon osa-alueella on edelleen kehitettävää, joka ilmenee masennukseen sairastuneen ikäihmisen kohtaamisessa ja hoitokäytänteissä (Pietilä & Saarenheimo 2011). Ammattilaisten keinottomuuden kokemusten, henkilökunta sekä aikaresurssien vähyyden vuoksi masentuneelle ikäihmiselle ei usein löydy hoitovastuuta ottavaa yksikköä,

vaan tavallisesti hän ohjautuu hoitoketjussa eteenpäin. Ammattilaisten näkemyksen mukaan ongelma-alueeksi kuvautuu ikääntyneen sukupolven kokemus masennuksesta häpeää tuottavana asiana, jolloin sen myöntäminen on tavallisesti vaikeaa. Häpeän kokemuksen syntyyn voi osin vaikuttaa paitsi sukupolvisuus myös ikääntyneiden vajavainen tieto masennusta ja sen hoito- ja kuntoutuskeinoista. (Pietilä & Saarenheimo 2011, 165-175.) Hoitoa ohjaavan tiedon puuttuessa sairastunut ei myöskään tiedosta potilasoikeuksiaan eikä osaa sen vuoksi kyseenalaistaa hoitoaan (Salermo ym. 2008, 121).

Ikäihmisen hoidon suunnittelu edellyttää ammattilaisilta riittävää tietopohjaa hoidettavan elämänhistoriasta ja arjen selviytymiseen vaikuttavista tekijöistä (Alanen & Leinonen 2010, 3791; Eskola 2009, 126; Salmelainen 2009, 33; Krokfors 2010, 258). Hoidon suunnitteluun tarvittava tieto kerätään potilaalta, mutta myös omaisten näkemystä on syytä kuunnella (Alanen & Leinonen 2010, 3791; Krokfors 2010, 256). Tarvittaessa tietoa potilaan elämänhistoriasta voidaan saada myös viranomaisilta (Alanen 2010, 3791). Tiedon vaikutus voi motivoida kuntoutusprosessissa ja riittävä sairaustieto auttaakin todennäköisesti lääkitykseen sitoutumisen edistämässä ainakin ensimmäistä masennustaan sairastavien henkilöiden kohdalla (Vuorilehto ja Riihimäki 2014, 3262). Puhuttaessa psyykkisesti sairaista ikääntyneistä kokonaisvoinnin kartoittaminen vaatii aikaa (Alanen & Leinonen 2010, 3791; Pietilä & Saarenheimo 2011, 171, 173), mikä haastaa ammattilaisten ajankäytölliset resurssit (Krokfors 2010, 257).

Työntekijöiden ammattitaidolla on todennäköinen yhteys yksikön toiminnan tehokkuuden kanssa. Myös kuntouttavan hoitotyön koulutus ja aktiivinen työote tehostaa hoitoa ja lyhentää osittain ikääntyneiden sairaalajaksoja. Työntekijöiden, erityisesti osastolääkärin vanhustyön erikoisosamisella on myönteinen yhteys potilaan kuntoutumisen etenemiseen. (Lup-sakko ym. 2008, 766; Alanen & Leinonen 2010, 3794.) Ammattilaisen koulutustausta ja hoitotyön kokemus tukee hienovaraista vuorovaikutusta ja tilanteiden ohjaamista kuntoutujan toimijuutta vahvistavalla tavalla (Krokfors 2010, 256).

6.6 Elintapaohjaus

Ikääntymisen vaikutukset heijastuvat toimintakykyyn. Usein toimintakykyä arvioidaan ikääntyneen arjen taitojen sujumisena, mikä ilmenee lähinnä fyysisen toimintakyvyn osa-alueella. Arjen asioiden hoitamisessa edellytetään puolestaan myös psykososiaalista toimintakykyä, joita useat sairaudet, erityisesti masennus ja muistihäiriöt rajoittavat. (Pohjolainen & Salonen 2012, 235-237; Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3260.)

Elintapavalintojen merkitys kasvaa ikääntymisen myötä ja korostuu ikääntyvien miesten kohdalla. Monet sairaudet ovat yhteydessä elintapavalintoihin, joiden vaikutus näkyy eri toimintakyvyn osa-alueilla. Toimintakykyä

heikentävät ikääntyneillä myös toimintojen käytön puute. (Pohjolainen & Salonen 2012, 238.)

Ikääntyneiden kuntoutuksella pyritään vaikuttamaan toimintakyvyn, selviytymisen ja hyvinvoinnin edistämisen alueisiin (Wallin 2009, 112). Ammatillaiset ohjaavat omahoidon toteutuksessa, mutta vastuu varsinaisesta omahoidosta huolehtimisesta jää sairastuneelle itselleen (Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3261-3262, 3264; Wallin 2009, 114).

Liikunta vaikuttaa myönteisesti ikääntyneen toimintakyvyn osa-alueisiin paitsi korjaavasti myös ennaltaehkäisevästi (Pohjolainen & Salonen 2012, 238, 242; Eskola 2009, 126; Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3261; Salermo ym. 2008, 120). Vaikutukset psyykkisen toimintakyvyn osa-alueella näkyvät yleisesti itseluottamuksen ja elämään tyytyväisyyden kasvuna, mutta yhteyttä ei välttämättä ole tai se voi olla myös vähäinen (Pohjolainen & Salonen 2012, 238, 242; Vähäkangas ym. 2013, 14).

Yksikkö ja sen erikoistumisvalmius kuntoutumiseen vaikuttaa kuntoutujien terveydentilan ohella toiminnan järjestämisaktiivisuuteen (Ojanen 2014, 18). Lupsakon ja työtovereiden (2008, 765-767) kuvauksessa vuodeosastolle rakennettu kuntosali, johon iäkkäiden pääsy mahdollistettiin päivittäin tuki kuntoutumisen etenemistä. Ojaseen (2014, 18) aineistossa kuntoutumista kuvattiin fysioterapeutin ja toimintaterapeutin työtehtävien kautta mahdollistaen ikääntyneiden päivittäinen kuntoilu ja ryhmien järjestäminen. Wallinin (2009, 114) ja Eskolan (2009, 126-127) osoittamana ikääntyneet sitoutuivat laitoshaksolla opittujen kuntoutusharjoitteiden tekemiseen myös kotona, kun ne olivat yksilöllisesti räätälöityjä, ymmärrettäviä ja kuntoutujalle itselleen mieluisia. Osastojakson jälkeen ikääntyneen toimintakyvyn ylläpysymistä tuettiin Lupsakon ja kumppaneiden (2008, 767) kuvauksessa organisoimalla paikka jatkokuntoutusryhmään.

Myös ravitsemuksella on moninainen yhteys ikäihmisten terveyden ja toimintakyvyn välillä. Suurimpien ravitsemuksellisten puutteiden on tutkittu ilmenneen laitoshoidossa olevilla ikääntyneillä, erityisesti pitkäaikaishoitoa vaativien ikääntyneiden kohdalla (Pohjolainen & Salonen 2012, 238-239, 241; Salermo ym. 2008, 121), vaikka laitosten ravitsemussuunnitelma kootaankin valtakunnallisten ravitsemussuosituksen pohjalta (Koivula 2008, 207, 212). Sen sijaan, että laitoshoidossa kiinnitetään huomiota ruoan määrään, pitäisi huomiota kohdentaa ruoan laatutekijöihin (Pohjolainen & Salonen 2012, 238-239, 241; Salermo ym. 2008, 121). Ikääntyneen ravitsemustilan seuranta kuuluu huomioida osana kuntoutussuunnitelmaa (Salermo ym. 2008, 121).

Neuvonta- ja ryhmäkuntoutus kohentaa ikääntyneiden yhteenkuuluvuuden tunnetta (Valvanne 2010, 220), mikä ilmeni Wallinin (2009, 113) ja Kinin (2014, 12) aineistoissa oma-aloitteisen toiminnan aktivoitumisena tai toisten auttamisena. Salermon ja työtovereiden (2008, 121) kirjoituksessa esitettiin ryhmätoimintaan keräämisen olevan ikääntyneen näkökulmasta

mielekästä silloin, kun ikääntyneitä yhdistää jokin yhteinen tekijä, jonka välityksellä yhteenkuuluvuuden tunnetta voi kasvattaa. Vuorilehto ja Riihimäki (2014, 3264) näkivät paitsi yksilötilanteet myös ryhmätilanteet toimivina omahoidollisen ohjauksen edistämisen paikkoina.

Sosiaalinen osallistuminen edistää kuntoutumista (Vähäkangas ym. 2013, 18). Mielekäs toiminta ja sosiaalinen aktiivisuus auttaa säilyttämään myös ikääntyneen kognitiivisia kykyjä (Pohjolainen & Salonen 2012, 242; Salermo 2008, 121). Tällaista harrastustoimintaa edustavat, esimerkiksi taideharrastukset, kulttuuriharrastukset ja kädentaitoja edistävät harrastukset. Myös keskusteluryhmä voi tarjota ikääntyneelle itsensä kehittämisen mahdollisuuden. (Pohjolainen & Salonen 2012, 242.)

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä työssä pyrittiin kuvailevan yhteenvedon avulla esittämään laitoshoidettavien masentuneiden gerontologista kuntoutumista edistäviä ja estäviä tekijöitä. Gerontologiseen kuntoutukseen vaikuttavat tekijät tunnistamalla tähdättiin paitsi sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden myös alan opiskelijoiden ymmärryksen lisääntymiseen masennuksesta ja ikääntyneiden laitoksessa kuntoutumiseen vaikuttavista tekijöistä.

Tutkimustulosten mukaan voidaan todeta, että masentuneen gerontologisen kuntoutuksen toimivuus perustui aktiiviseen ja viiveettä alkavaan ikääntyneen kokonaisvaltaiset tarpeet huomioivaan yksilölliseen ja moniammatillisesti toteutuneeseen hoitoon. Tiedon saamisen rooli niin ikääntyneen kuin työntekijän näkökulmasta näyttäytyi katsauksen perusteella merkittävänä kuntoutumisen sujuvuuteen vaikuttavana osatekijänä (Alanen & Leinonen 2010, 3791; Eskola 2009, 126; Salmelainen 2009, 33; Krokfors 2010, 258; Salermo ym. 2008, 121). Sujuvan tiedon siirron toteutumiseksi case-manager-tyyppiselle työntekijälle nähtiin katsauksen perusteella olevan tarvetta (Vuorilehto & Riihimäki 2014, 3261; Salmelainen 2009, 34-35, Pietilä & Saarenheimo 2011, 165).

Tämän kirjallisuuskatsauksen mukaan ammattilaisten taitotiedolla sekä kunnioittavan kohtaamisen toteutuksella näytti olevan myönteinen vaikutus ikääntyneen toipumiseen (Lupsakko ym. 2008, 766; Alanen & Leinonen 2010, 3794). Ammattilaisten liiallinen vallankäyttö kuvautui tutkimustulosten kautta ikääntyneen toimijuuden toteutumista estävänä ja täten ajateltuna kuntoutumista rajoittavana tekijänä (Vähäkangas ym. 2013, 14). Myös terveelliset elintavat, harrastukset ja liikunnan harjoittaminen vaikuttivat olevan tämän työn tulosten mukaan sidoksissa yksilön kuntoutumisen vaiheittaiseen etenemiseen (Pohjolainen & Salonen 2012, 238, 242; Salermo ym. 2008 121).

Katsauksesta saatujen tulosten perusteella kuntoutettavan sukupuolisuu-
della oli merkitystä annettuun apuun niin, että miessukupuolisuus vai-
keutti avun saamista laitoksessa (Ojanen 2014). Vertaisiin tukeutuminen
nousi aineistosta myönteisenä, yhteisyyttä ja sen välityksellä ikääntyneen
kuntoutumista edistävänä osatekijänä (Salermo 2008, 121) eikä kuvautu-
nut tutkimusaineistossa sukupuolisidonnaisena. Ikääntyneen kotitilanteen
selvittäminen erottui aineistosta jatkokuntoutuksen järjestämisen kan-
nalta oleellisena tietona (Alanen & Leinonen 2010, 3791; Salmelainen
2009, 34; Eskola 2009, 127).

Tästä tutkimuksesta saadut tutkimustulokset vahvistavat liikunnan tunnet-
tua myönteistä vaikutusta psyykkisen hyvinvoinnin ja sitä kautta myös
mahdollisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämisessä (Pohjolainen &
Salonen 2012, 238, 242; Eskola 2009, 126; Vuorilehto & Riihimäki 2014,
3261; Salermo ym. 2008, 120). Liikunnan ohessa laadukkaan ja monipuoli-
sen ravinnon turvaaminen sekä aktiviteettiä edistävän mielekkään toimin-
nan järjestäminen kuvautuivat aineistossa ikääntyneen toipumista tuke-
vina tekijöinä. Huolestuttavaa oli havaita, että huolimatta laitoshoidon ra-
vitsemussuosituksiin perustuvasta ateriasuunnittelusta pitkäaikaishoi-
dossa olevat potilaat kärsivät katsauksesta saatujen tietojen mukaan usein
aliravitsemuksesta (Pohjolainen & Salonen 2012, 238-239, 241; Salermo
ym. 2008, 121; Koivula 2008, 207, 212). Tämä saattaisi kertoa siitä, että
ruokailutilanteisiin ei panosteta ammattilaisten taholta tarpeeksi. Toi-
saalta syynä voi olla myös laitoshoidossa olevien ikääntyneiden heikko ter-
veydentila. Myös kiinnostuksen puute ruokailutilanteita kohtaan voi olla
vähentynyt. Laihtumisen kuuluessa tyypillisiin masennusoireisiin aliravit-
semus voi korostua myös erityisesti masentuneiden ikääntyneiden koh-
dalla. Itsemääräämisoikeuden periaatteeseen vedoten runsaan kymme-
nen vuoden osastotyökokemus ikääntyneiden parissa osoittaa, että poti-
laita motivoidaan, mutta ei pakoteta ruokailemaan eli itsemääräämisoi-
keutta toisaalta kuitenkin tietyllä tavalla myös kunnioitetaan.

Hoidon ja kuntoutuksen kulmakiveksi muodostui tutkimusaineiston poh-
jalta tasavertainen kumppanuus ikääntyneen ja ammattilaisen välillä, mikä
tuki vastavuoroisen eli dialogisen vuorovaikutuksen toteutumista (Wallin
2009, 114) ja oli havaittavissa jo työn teoreettisissa lähtökohdissa esitetyn
tutkimustiedon pohjalta. Kuten jo edeltävästi mainittiin, havaittiin ikään-
tyneen sukupuolella olevan tutkimustuloksissa vaikutusta ammattilaisen
vuorovaikutuskäyttäytymiseen (Ojanen 2014). Tätä näkemystä ei havaittu
työn teoreettisissa lähtökohdissa käytetyssä lähdemateriaalissa. Ammatti-
laisten, erityisesti lääkärin osaamisen ja osaamisen ylläpitämisen vaati-
mukset kuntoutujan näkökulmasta saivat vahvistusta katsauksen myötä
(Lupsakko ym. 2008, 766).

Yleisesti ottaen tutkimuksesta saadut tulokset olivat hyvin samansuunta-
isia aikaisemman aiheesta julkaistun tutkimustiedon välillä, mutta tutkijana
yllätyin kuntoutuksen vahvasta jäsentymisestä kirjallisuudessa fyysisen

toimintakyvyn osa-alueen kautta. Tämä seikka jättää osin mahdollisesti korostamatta psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset elementit, mitä aiheesta tehty aiempi tutkimustieto ja holistinen ihmiskäsitys painottaa. Kuntoutuksen sisäistäminen fyysisen toimintakyvyn osa-alueen kautta näkyi tämän työn tutkimustulosten perusteella muun muassa ammattilaisten raportoinnissa, jossa esimerkiksi sosiaalisten tekijöiden kirjallinen kuvaaminen heijastui puutteellisina potilaskirjauksina (Salmelainen 2009, 34-35). Vaikka sekä aiempi tutkimustieto että tämän työn tutkimustulokset viitoittavat yhteistyön toteuttamisesta eri toimintasektoreiden välillä, tämän työn tulokset ilmentävät kuitenkin edelleen yhteistyön tarpeen tiivistämisen tärkeyttä kuntoutujalähtöisten prosessien toteuttamisen tueksi (Lup-sakko ym. 2008, 765-766, 768).

Tutkimustuloksista oli johdettavissa, että ikääntyneet kokivat kuntoutustyön kehittämistarpeen kohdistuvan eettisiin arvotekijöihin, kuten itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen ja valinnanvapauden mahdollistamiseen. Käytänteet ohitettiin laitokseen joutuessa toistuvasti Koivulan (2008) aineistoa huomioimatta. Vaikka hoidon ja kuntoutustyön lähtökohta perustuu potilaan itsemääräämisoikeuden huomioimiseen ja eettisten arvojen kunnioittamiseen, käytännön kokemus osoittaa hoito- ja kuntoutustyössä olevan tilanteita, jolloin joudutaan toimimaan toisin erityisesti hoidettavien turvallisuus- ja vastuukysymysten sanelemana. Tämä seikka näyttäytyi myös tässä työssä niin ikään Koivulan (2008) aineistossa.

Ammattilaisen mahdollinen kykenemättömyys nähdä ikääntyneen toimintakykykapasiteetin toteutus elinympäristössään rajoittaa kuntoutuksen laitokseen, jolloin kuntoutuksen tavoitteellinen jatkuvuus jää laitospaikan loputtua toteutumatta ja varsinainen hyöty ikääntyneen arjessa saavuttamatta. Kotikäynnin rooli näyttäytyi tässä tutkimuksessa elinympäristön ja toimintakyvyn arvioinnin suhteen merkittävänä ikääntyneen kotona pärjäämistä ennustavana tekijänä, mutta myös ammattilaisten yhteistyön mahdollistamisen väylänä (Salmelainen 2009, 34; Eskola 2009, 127). Vaikka kotikäynti tuki tämän tutkimuksen, mutta myös teorian tiedon (Järviskoski 2013, 61, 74) valossa selkeästi kuntoutuksen asiakaslähtöistä suunnittelua, käytännön osastotyöstä kerätty todellisuuden kuva osoittaa kotikäynnin mahdollisuuden laitoksesta olevan nykyään vähäinen ammattilaisten resurssipulan vuoksi. Kotikäynnin sijasta perehtyneisyys osoittaa ikääntyneen kotitilanteen selvittämisen arvioimiseksi hyödynnettävän paitsi ikääntyneen ja hänen omaistensa myös avohoidon tukipalvelujen suullista ja kirjallista informaatiota.

Tutkimustulosteni valossa uskallan nostaa nyt esille tiedon saannin suuren merkityksen niin ammattilaisen kuin sairastuneen näkökulmasta, mikä tuntuu kerätyn ammattitaitoni perusteella joskus käytännön työssä unohtuvan. Ikääntyneen gerontologinen hoito ja kuntoutus edellyttää tietoa. Tiedon kulussa on keskityttävä olennaisten asioiden kokonaisvaltaiseen kirjaamiseen tiedonkulullisia katkoksia välttämällä. Tiedon sujuvuus mahdol-

listaa ikääntyneen hoidolle laadukkaan lähtökohdan, esimerkiksi ikääntyneen siirtyessä laitoshoidosta avohoidon palvelujen piiriin, mutta myös toisinpäin. Kokonaisvaltaisen toimintakyvyn osa-alueet huomioivaa tiedon roolia kuntoutumisen onnistumisen tukena ei voi siis väheksyä. Ongelmana saattaakin olla tiedon puute hoitoyksiköiden välillä kuten Autti-Rämö ja Salminen (2016, 15-16) myös esittävät. Tällöin voisi ajatella, että case-manager tyyppiselle kuntoutustyön koordinoijalle voisi olla erityisesti lukuisia sosiaali- ja terveystalvueluita hyödyntävien monisairaiden ikääntyneiden kohdalla aitoa tarvetta.

Tutkimusaineisto ei tuottanut varsinaisia ääripäitä asetettuihin tutkimuskysymyksiin, jota sinällään tutkijana tutkimuskysymyksiä muodostaessani odotin saavani. Toisaalta Salmisen (2011, 7) mukaan kuvaileva kirjallisuuskatsaus ei tarjoakaan analyttistä tulosta, vaan auttaa ajantasaisen tiedon päivittämisessä niin kuin tässä työssä vaikutti osin käyvän. Lähtökohtaisesti tavoitellun vastakkainasettelun sijaan aineisto tuotti enemmän vastauksia kysymyksiin: ”Millaisilla tekijöillä on vaikutusta masentuneen gerontologiseen kuntoutumiseen?” ja ”Miten masentuneiden ikäihmisten kuntoutuminen kuvautuu kirjallisuudessa?”. Suuri osa tutkimukseen hyväksytystä aineistosta löytyi myös vastoin odotuksiani sähköisesti toteutetun manuaalisen haun kautta ja oli julkaistu vuosien 2008-2010 välillä. Yleisen käsityksen mukaan tieto vanhenee kymmenessä vuodessa, joten tässä kohtaa ajantasaisempaa tutkimusta ikääntyneiden masennuksen hoidosta ja kuntoutumisesta laitoksessa voidaan ajatella tarvittavan.

Tutkimusaineisto oli kirjava. Moni valikoitunut aineisto jätti arvuuttelun varaan kuntoutuksen organisoijan, jonka vuoksi voi olla mahdollista, että laituskuntoutus ei tämän työn tuloksissa nouse keskeisesti esille. Sen sijaan kuntoutuminen kuvautui työn tuloksissa jatkumona eli yhteistyönä avohoidon sekä laitoshoidon välillä ilman selkeän rajan vetämistä suuntaan tai toiseen, mitä paitsi työn teoreettiset lähtökohdat myös käytännön tunteukseni vanhustyön tiimoilta puoltaa. Olennaista ikääntyneen toimintakyvyn kannalta lienee kuitenkin se, että kuntoutusta ei rajoiteta ainoastaan laitokseen, vaan sen jatkuvuus toteutuu myös mahdollisen kotiutuksen jälkeen avohoidon toimintayksiköiden tukemana ja tarvittaessa myös päinvastoin. Tämä edellyttää yksilövastuisen hoitotyön ohella moniammatillista yhteistyötä, joka tämän työn tutkimustulosten mukaan tiedostetaan, mutta jota ei vielä osata hyödyntää käytännön työn organisoimisessa tarpeeksi (Pietilä & Saarenheimo 2011, 173).

Kehittämisen kohteena tutkimustulosten mukaan ilmeni selkeästi ikääntyneen toimijuuden vahvistaminen eettisiä arvoja, kuten itsemääräämisoikeutta ja valinnanvapautta tukemalla ilmentyen erityisesti miespuolisten hoidettavien aseman kautta (Valvanne 2010, 220; Wallin ym. 2008, 156-157; Ojanen 2014, Kinni 2014, 10). Arvoperusta korostuu myös STM (2017:6) laatusuosituksen sisällössä. Kuntoutujälähtöisyyden tukemiseksi tarvitaan ikääntyneen arvo- ja aateperustan tiedostamista, joka asettuu tietyllä tapaa vastakkain yhteiskunnan kustannustehokkuuden tavoittelun

kanssa. Ammattilaisten paineet kuntouttavan työotteen toteuttamisesta suhteessa kunnioittavaan kohtaamiseen voivat erottaa kuntoutujia ja henkilöistöä entisestään. Vaikka ammattilaisilla olisi halua rauhalliseen kohtamiseen, sanelevat ylhäältä määritellyt resurssit usein toisin. Nähdäkseni ongelman ydin kumpuaa yhteiskunnasta, mutta heijastuu usein ikääntyneisiin hoito- ja kuntoutustyössä ammattilaisten resurssipakon saneleman toiminnan kautta siitakin huolimatta, että Räsänen ja Valvanne (2017, 24, 37) viittaavat Nakarada-Kordicin vuoden 2007 tulosten sekä Räsänen vuoden 2011 tulosten valottaneen asiaa myös laadullisten tekijöiden, kuten ammattilaisten johtamisen ja osaamisen kautta.

Ikääntyneiden masennuksen hoidon lähtökohdat osoitetaan Depression Käypä hoito 2016 -suosituksessa olevan yhtenevät työikäisten kanssa. Tämä tutkimus osoitti ikääntyneiden jäävän tässä yhtälössä kuitenkin useasti nuorempien hoidettavien varjoon (Salermo ym. 2008, 121; Pietilä & Saarenheimo 2011). Kunta-asetelmien ollessa erilaiset voidaan ajatella, että tasa-arvoisen hoidon periaatteen lähtökohta jää ainakin toistaiseksi ensisijaisesti myös käytännön tasolla toteutumatta. Arvuuttelun varaan jää pystytäänkö sosiaali- ja terveyspalveluiden alueuudistuksella vastaamaan tähän haasteeseen ja kykenemmekö yhteiskunnan kansalaisina muokkaamaan asenteitamme ikääntymiseen liitettävän sairaskeskeisen ajattelumallin muuntamisesta myönteisempään suuntaan.

Tästä työstä saadut tutkimustulokset vahvistavat virtaviivaisesti yleistä käsitystä moniammatillisen verkostotyön ja kunnioittavan vuorovaikutuksen toteutumisen tärkeydestä osana yksilöllistä ja toipumista edistävää kuntoutustyötä. Tutkimuksesta saatuja tuloksia ei voida yleistää, mutta niiden avulla alan työntekijöiden ja opiskelijoiden näkökulma masennuksen hoidosta ja kuntoutustyöhön vaikuttavista tekijöistä voi laajentua. Tutkimusaineisto antoi aiheita pohtia kuntouttavan työtavan ja ikääntyneiden itsemääräämisoikeuden suhdetta toisiinsa laitossarjessa, jossa rutiininomainen toiminta, henkilöistö- ja ajankäytön resurssit, mutta myös ylhäältäpäin tulevat kuntouttavan työotteen vaatimukset ovat arkea. Tehokkuutta, näyttöä ja tuloksia vaativassa yhteiskunnassa asetelma voi pahimmillaan sotia keskenään ikääntyneen kunnioittavan kohtaamisen periaatteita vastaan, minkä kehittämiseen tulisi nähdäkseni tulevaisuudessa edelleen panostaa.

Mitä sitten tiedetään ikääntyneiden hyvinvoinnista. Ovatko ikääntyneiden psykososiaaliseen hyvinvointiin liitettävissä olevat uhkatekijät lisääntymässä? Tähän kysymykseen on varmasti kenenkään mahdotonta vastata yksiselitteisesti. Voidaan ehkä ajatella, että ikääntyneiden suhteellisen määrän kasvaessa näin voi tuki yhteiskunnan näkökulmasta katsottuna tapahtua. Yksilötasolta tarkasteltuna katsoisin asiaa tämän työn tutkimustulosten ja teoreettisten lähtökohtien antaman tiedon pohjalta enemmän ikääntyneen fyysisen terveyden, elinympäristön, elämäntottumusten, persoonallisuuden piirteiden ja ikääntymisen muutoksiin sopeutumisen yhtä-

lönä, johon elämässä tapahtuneilla hyväksymättömillä ei-toivotuilla muutoksilla on yksilön mahdollisia masennusoireita lisäävä ja psykososiaalista hyvinvointia heikentävä vaikutus.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen oli työläs ja aikaa vievä prosessi, joka vaati paitsi järjestelmällistä sitoutumista työn tekemiseen myös aitoa mielenkiintoa tutkimusaihetta kohtaan. Kohdallani opinnäytetyön systemaattisen työstämisen mahdollisti opintovapaan jakso keväällä 2018.

Opinnäytetyön aiheeni miellän yhteiskunnan väestörakenteellisen muutoksen edetessä sekä ajankohtaiseksi että oman työnkuvani myötä myös itseni kehittämistä ja työelämää palvelevaksi aihekokonaisuudeksi. Työn edetessä ymmärrys aihetta ja sen laaja-alaisuutta kohtaan lisääntyi. Lisääntyvän ymmärryksen kautta on nähdäkseen mahdollista kehittää paitsi omia myös työyksikön yhteisiä toimintatapoja kuntoutujalähtöisyyden parantamiseksi ja ikääntyneiden psyykkisen toipumisen edistämiseksi. Ongelmiksi työni tekemisessä muodostui kuntoutuksen käsitteen monimuotoisuus ja sen voimakas yhdistäminen kirjallisuudessa kuntoutujan fyysisen toimintakyvyn ulottuvuuden kanssa.

Vaikka työn tekemisen suurin haaste muodostui kuntoutuksen käsitteen monimuotoisuudesta, ilmeni työn eteenpäin viemisessä myös muita ongelmakohtia. Työn edetessä minulle selvisi, että tutkittua tietoa ikääntyneistä ja ikääntyneen kuntoutuksesta on julkaistu runsaasti. Sitä vastoin ikääntyneiden masennuksesta ja masennuskuntoutuksesta laitoksessa ei juuri löytynyt tietoa, joka teki tutkimusprosessin toteuttamisesta haasteellista. Sen lisäksi että kuntoutuminen kuvautui kirjallisuudessa monimuotoisena käsitteenä, näkyi sama ilmiö myös masennuksen käsitteen kuvautumisen kohdalla. Näiden kahden käsitteen monimuotoinen kuvautuminen ja tulkinta kirjallisuudessa vaikeutti työn jäsentelyä ja vaati työn laajenemisen hallitsemiseksi teoreettisten lähtökohtien muodostamisessa isolinjaisia rajoituksia. Omat haasteensa työn kirjallisen tuotoksen jäsentämiselle toi myös ikääntyneiden masennuksen hoidon periaatteiden toteuttaminen aikuisväestön mallin mukaisesti, mutta kuitenkin tarpeiden huomioiminen ja niiden esittäminen omana erityisryhmänä. Vaikka aihekokonaisuus oli laaja, viimeisen kymmenen vuoden sisällä tutkittua täsmätietoa ei aiheesta juuri oltu käyttämässäni tietoväylissä julkaistu.

Halusin tehdä aiheesta kirjallisuuskatsauksen, koska tekniikaltaan se ei ollut minulle tutkijana entuudestaan tuttu. Uskoin aiheesta löytyvän tietoa, mitä alustavat kirjallisuushaut tietokantoihin tukivat. Jälkeenpäin ajateltuna kirjallisuuskatsauksen valinta ei ollut julkaistun tutkimustiedon niukuuden vuoksi paras mahdollinen menetelmä aiheen tarkastelulle. Nyt

myöhemmin arvioisin, että aihetta olisi pitänyt lähteä kartoittamaan, esimerkiksi haastattelun keinoin. Toisaalta tiedon keruu masentuneilta ikäihmisiltä olisi saattanut olla vielä haastavampaa masennuksen tyyppilliseen oireokuvaan sisältyvän motivaation puuttuessa tai ollessa tavallisesti heikko laitosjakson aikana. Ehkä tämä saattaa olla jopa yksi syy miksi masentuneisuutta ei juurikaan ole tutkimustiedon valossa käsitelty yksistään ikääntyneiden sairauden kuin kuntouttavan laitoshoidon kuvakulmastakaan katsottuna.

Huolimatta työn aikana esiintyneistä haasteista olen kokonaisuudessaan tyytyväinen tekemääni työhön ja siihen kuinka pystyin haasteet itsenäisenä tutkijana ohjaajaltani ja ryhmäohjauksesta saamani tuen turvin ratkaisemaan. Vaikka aineiston sisältö ei tuottanut selkeää vastakkainasettelua asettamiini tutkimuskysymyksiin, työn tekeminen ei kuitenkaan ollut turhaa. Opinnäytetyöprosessi syvensi tiedollisia ja taidollisia valmiuksiani masentuneen ikääntyneen kohtaamisesta ja hoitotyön auttamismenetelmistä edistään myös elinikäistä oppimisprosessiani. Tämän lisäksi työn tekeminen kehitti valmiuksiani myös itse tutkimuksen teosta. Opinnäytetyöprosessin aikana opin paitsi suhtautumaan käsittelemääni tietoon kriittisemmin myös analysoimaan tietoa perusteellisemmin eri näkökulmista tarkasteltuina. Tutkimusmenetelmistä uutena opin kirjallisuuskatsauksen tekemisen. Tutkimuksen ”eläminen” konkretisoitui aiheen hakiessa lopullista muotoaan koko tutkimusprosessin ajan. Tämä ilmeni tutkimuksen aihevalinnan päivittyessä ikääntyneen masennuksen psykiatrisen kuntoutumisen tarkastelusta gerontologisen kuntoutumisen tarkasteluun.

Tästä työstä saadun tiedon valossa näkisin, että ikäihmisten suhteellisen väestömäärän kasvaessa masentuneiden hoito ja kuntoutustyön organisoiminen edellyttää ammatillisuuden ylläpitoa ja kehittämistä. Laadukkaan gerontologisen hoidon toteutukseen vaaditaan jatkuvaa koulutautumista ja moniammatillista verkostotyötä eri toimintayksiköiden ja sektoreiden välillä unohtamatta kuitenkaan yksiköille oikein mitoitettuja henkilöstömääriä. Tällä tavoin ammattilaisten asiantuntijuus saadaan tehokkaaseen käyttöön ja ikääntyneen hoito ja kuntoutus voidaan hahmottaa kokonaisvaltaisemmin toimintakyvyn ulottuvuuksien kautta, kuten myös filosofi Rauhalan holistinen ihmiskäsitys painottaa.

Laitospaikkojen vähentämisen voidaan ajatella edellyttävän sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta avohoidon tukipalveluihin panostamista ja ennen kaikkea sairauksia ennaltaehkäisevän toimintaotteen omaksumista. Laitoskuntoutuksen on oltava tehokasta, jotta ikääntyneen mahdolliseen laitoshoidon tarpeeseen pystytään vastaamaan välittömästi tarpeen niin edellyttäessä. Tästä syystä on mielestäni hyvä ajatella ikääntyneen kuntoutuminen jatkuvana prosessina, jota laitoshoidon äkillisissä toimintakyvyn menetyksissä pystyy tarvittaessa korjaamaan. Selvän rajan tekemistä laitoshoidollisen kuntoutuksen ja avopuolen kuntoutuksen välille ei ehkä tosiaan tarvitakaan.

Ikääntyneiden masennustutkimuksia on julkaistu vähän, myös toimijuutta laitoksessa ei ole juurikaan tietojeni valossa tutkittu. Jotta ikääntyneiden masennuksen hoitoon ja lisääntyvään gerontologiseen kuntoutustarpeeseen kyetään vastaamaan, tarvitaan alan lisätutkimusta. Kuten jo esitin, ongelmaksi voi masentuneiden ikäihmisten kohdalla muodostua masennuksen oirekuvaan liitettävä motivaation puute. Lienee kuitenkin tavoitteellista yrittää selvittää ikääntyneiltä itseltään millainen kuntoutus edistää masennuksesta toipumisessa ja mitkä tekijät vaikuttavat siihen käänteisesti. Tällöin kuntoutuksen ja hoidon suunnittelussa mahdollistetaan paitsi vanhuslähtöinen myös ikääntyneiden toimijuutta tukeva lähestymistapa. Työtapojen ja menetelmien kehittäminen ei lähde silloin organisaation tarpeista vaan ikääntyneiden kuntoutujien tarpeista, johon organisaation palveluksessa olevat ammattilaiset yrittävät taitotietojensa keinoin vastata.

Työn suunnitteluvaiheessa oli tiedossa työorganisaatiossani tapahtuvat laajat palvelulinjamuutokset, joiden vuoksi halusin tehdä työn ilman toimeksiantajaa. Tästä huolimatta uskon työni lisäävän ymmärrystä mahdollisissa lukijoissaan masennuksen monimuotoisesta oirekuvasta ja kuntouttavan hoitotyön toteutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Lisääntyneen ymmärryksen avulla lukijat voivat arvioida omia ja työyksiköidensä toimintakäytäntöjä, joiden pohjalta kehittämistyö mahdollistuu. Itse voin soveltaa oppimaani käytännön työssäni vanhuspsykiatrian puolella.

Jatkotutkimusaiheiden kannalta saattaisi olla luontevinta tutkia millaiset tekijät ylläpitävät ikääntyneen hyvinvointia ja miten masennuksen syntymistä voitaisiin yhteiskunnan tukitoimien avulla ehkäistä, jotta laitoshoidoa ei tarvittaisi tai sen tarve ainakin viivästyisi. Tästä työstä saatujen tutkimustulosten valossa olisi varmasti myös jatkossa hedelmällistä kartoittaa millä eri keinoilla ikääntyneiden toimijuutta voidaan tukea ja kuinka ikääntyneiden eettiset periaatteet, esimerkiksi itsemääräämisoikeus voidaan huomioida myös laitospalveluiden suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin lähtökohtana.

LÄHTEET

A-klinikkasäätiö (n.d.). Ikääntyneet -Gerontologinen kuntoutus. Haettu 14.5.2018 osoitteesta <https://keskuststo.a-klinikka.fi/tietopuu/ika-paihteet-ja-mieli/gerontologinen-kuntoutus>

Andronoff, S. (2014). Viriketoiminnan käynnistäminen Honkaharjun sairaalan osastolla 2. Teoksessa E. Jouppila-Kupiainen, S. Kammonen, T. Kirvesniemi, T. Kuru, H. Mikkonen, A. Piirainen, E. Rautasalo, M. Reunanen ja S. Utriainen (toim.) *Ammatti-ihmiset vanhusten asialla. Gerontologinen erityisosaaja kehittäjänä*. Vapaamuotoisia julkaisuja. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Haettu 15.2.2018 osoitteesta <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/85972/URNISBN9789515884732.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Appelberg, B. & Saarela, T. (2013). Depression hos äldre. *Årgång 173 Nr. 2*. Haettu 29.12.2017 osoitteesta https://www.fl.s.fi/Site/Data/884/Files/2_2013_08.pdf

Aromaa, E., Tuulari, J., Kykyri, V-L., & Malviniemi, M. (2010). Masennustalkoot kansantautimme kimpussa - kehittämismallin käyttöönotto ja siirrettävyys. Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys ja päihdetyössä – kokemuksia Pohjanmaa-hankkeesta, Sateenvarjo-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005–2009. THL avauksia 5/2010. Haettu 12.1. 2018 osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79990/f8cb23c3-edb6-4fc6-8fdc-c26650a8108d.pdf?sequence=1>

Autti-Rämö, I. Mikkelsen, M. Lappalainen, T. & Leino, E. (2016). Kuntoutumisen prosessi. Teoksessa I. Autti-Rämö, A-L Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen (toim.) *Kuntoutuminen*. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 56-73.

Autti-Rämö, I. & Salminen, A-L. (2016). Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Teoksessa I. Autti-Rämö, A-L Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen (toim.) *Kuntoutuminen*. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 14-17.

CINAHL with Full Text. Haettu 9.3.2018 osoitteesta <https://hamk.finna.fi/Record/vanaicat.128707>

Eloisa Ikä (n.d.a). Ohjelman tavoitteet ja toteutus. Haettu 12.1.2018 osoitteesta <https://www.eloisaika.fi/eloisa-ika/ohjelman-tavoitteet-ja-toteutus/>

Eloisa Ikä (n.d.b). Tavoitteellinen hanketoiminta. Haettu 12.1.2018 osoitteesta <https://www.eloisaika.fi/hankkeet/>

Eloranta, S., Arve, S., Viitanen, M., Isoaho, H., & Routasalo, P. (2012). Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutumisen kotihoidossa. *Hoitotiede* 2012, 24 (1) 14-26. Haettu 8.1.2017 osoitteesta <http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.hamk.fi/se/h/0786-5686/24/1/ikaihmis.pdf>

Eläketurvakeskus (2017). Kuntoutuksen työnjako ja toimijat. Haettu 8.2.2018 osoitteesta https://www.tyoelakelakipalvelu.fi/telp-publishing/vepa/document.faces?document_id=308723

Gerontologia-lehti (n.d.). Haettu 29.3.2018 <https://www.gerontologia.fi/gerontologia-lehti/>

Google Scholar (n.d.). Haettu 9.3.2018 osoitteesta https://www.google.fi/search?biw=1093&bih=530&ei=KwOjWsCQNOqR6ASB37iIDw&q=google+scholar+&oq=google+scholar+&gs_l=psy-ab.3..0i10.4581.6018.0.6604.6.6.0.0.0.0.257.596.5j0j1.6.0...0...1.1.64.psy-ab..0.6.595...0i22i30k1j33i160k1j0i19k1j0i22i30i19k1.0.Yv7dfUXMvME

Hakala, J T. (1996). *Opinnäyte ja sen ohjaaminen -Johdatus tutkimusprosessin hallintaan*. Helsinki: Gaudeamus.

Heikkinen, R-L. (1998). *Iäkkäiden depressiomaisema*. Helsinki: Kirjayhtymä.

Heimonen, SL. (2013). Ikääntyminen ja mielen hyvinvointi. *Katsaus kirjallisuuteen*. Ikäinstituutti. Haettu 29.11.2017 osoitteesta <https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/ik%C3%A4%C3%A4ntyminen-ja-mielen-hyvinvointi.pdf>

Heimonen, SL. & Fried, S. (2015). Iästä ja mielestä: Vanhuuden Mielessä koettua ja opittua. Teoksessa SL. Heimonen & S. Fried (toim.) *Vanhuuden Mieli*. Ikäinstituutti, 23-42.

Hiekkala, S., Hämäläinen, P., & Pekkonen, M. (2016). Laitoskuntoutus osana hyvää kuntoutuskäytäntöä. Teoksessa I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen (toim.) *Kuntoutuminen*. 1.painos. Helsinki: Duodecim, 335-346.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2015). *Tutki ja kirjoita*. 20. painos. Helsinki: Tammi.

Holmberg, J. (2016). *Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä*. 1. painos. Helsinki: Edita.

Huttunen, M. (2016). Masennus. Terveyskirjasto. *Lääkärikirja Duodecim*. Haettu 29.11.2017 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389&p_hakusana=masennus

Huuhka, K. & Leinonen, E. (2011). Vanhuksen vaikea ja psykoottinen masennus. *Duodecim 2011; 127:390-6*. Haettu 15.1.2018 osoitteesta http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66371/vanhuksen_vaikea_ ja_ 2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ikäläinen, P. (2017). Taiteesta tukea työhyvinvointiin. Yleisimmät sairauspoissaolojen syyt ja taidelähtöisen toiminnan mahdollisuudet työterveyden ylläpitämisessä. Haettu 14.1.2018 osoitteesta https://storage.googleapis.com/turku-amk/2017/05/taiteesta_tukea_tyohyvinvointiin_web-2.pdf

Isometsä, E. & Karlsson, H. (2017). Masennustilaan vaikuttavien biologisten ja muiden tekijöiden merkitys. Teoksessa O. Kampman, T. Heiskanen, M. Holi, M. Huttunen & J. Tuulari (toim.) *Masennus*. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 50.

Isometsä, E. (2017a). Masennustilan oireet ja diagnoosi. Teoksessa O. Kampman, T. Heiskanen, M. Holi, M. Huttunen & J. Tuulari (toim.) *Masennus*. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 38-40.

Isometsä, E. (2017b). Perinnöllisyys masennuksen taustatekijänä. Teoksessa O. Kampman, T. Heiskanen, M. Holi, M. Huttunen & J. Tuulari (toim.) *Masennus*. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 51.

Isometsä, E. (2017c). Depressiiviset häiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. 12. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 253-293.

Jansson, A. & Lahtela, U. (2017). Iäkkäiden ihmisten yksinäisyys ja sen lievittäminen. Teoksessa J. Helminen (toim.) *Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa*. 1. painos. Helsinki: Edita, 242-258.

Järvikoski, A. (2013). *Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:43. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Jääskeläinen, A. (2010). Depressiokoulu eli masennuksen ryhmämuotoinen hoitomalli. *Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa*. Helsinki: Tammi, 78-93.

Kampman, O., Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M., & Tuulari, J. (2017). Masennuksen monet kasvot. Teoksessa T. Heiskanen, M. Holi, M. Huttunen & J. Tuulari (toim.) *Masennus*. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 10-18.

Kananen, J. (2010). *Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas*. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 111. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kanerva, A. & Hämäläinen, K. (2017). Mielenterveyshoitotyö ja yhteiskunta. Teoksessa K. Hämäläinen, A. Kanerva, C. Kuhanen, C. Schubert & T. Seuri (toim.) *Mielenterveyshoitotyö*. 5.uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro, 65-101.

Kanerva, A. & Kuhanen, C. (2017a). Mielenterveyshoitotyön menetelmät. Teoksessa K. Hämäläinen, A. Kanerva, C. Kuhanen, C. Schubert & T. Seuri (toim.) *Mielenterveyshoitotyö*. 5.uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro, 175-223.

Kanerva, A. & Kuhanen, C. (2017b). Keskeisimmät mielenterveyden häiriöt ja niiden hoitotyö. Teoksessa K. Hämäläinen, A. Kanerva, C. Kuhanen, C. Schubert & T. Seuri (toim.) *Mielenterveyshoitotyö*. 5.uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro, 224-282.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P., & Liikanen, E. (2013). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 2013,25 (4), 291-301. Haettu 17.12.2017 osoitteesta

<http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.hamk.fi/se/h/0786-5686/25/4/kuvailu.pdf>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2009). *Tutkimus hoitotieteessä*. 1.painos. Helsinki: WSOYpro.

Kansalliskirjasto 2015. ARTO. Haettu 9.3.2018 osoitteesta <https://www.kansalliskirjasto.fi/fi/palvelut/metatietovarantopalvelut/arto>

Karlsson, I. & Skoog, I. (2013). Psykisk sjukdom hos äldre vanligare än demens. *Läkartidningen*. 2013;110: CHYE. Haettu 2.1.2018 osoitteesta <http://www.lakartidningen.se/EditorialFiles/YE/%5bCHYE%5d/CHYE.pdf>

Kauronen, M-L. (2017). Terveysten edistäminen osana vanhustyön strategista johtamista. Teoksessa J. Kulmala (toim.) *Parempi vanhustyö, menetelmiä johtamisen kehittämiseen*. Jyväskylä: PS-kustannus, 70-88.

Kivelä, S-L. (2009). *Depressiosta tasapainoon- Hyvä elämä iäkkäänä*. 1. -2. painos. Helsinki: Kirjapaja.

Koponen, H. & Leinonen, E. (2017). Vanhuspsykiatria. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. 12. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 688-703.

Kuntoutusportti. 2017a. Toimijat. Haettu 12.1.2018 osoitteesta <https://kuntoutusportti.fi/kuntoutus/toimijat/>

Kuntoutusportti 2016b. Mitä kuntoutus on? Haettu 18.1.2018 osoitteesta <https://kuntoutusportti.fi/kuntoutujalle/mita-kuntoutus-on/>

Kuokka, P. (2013). Masentuneen vanhuksen hoito. Teoksessa M. Mustajoki, A. Alila, E. Matilainen, M. Pellikka & M. Rasimus (toim.) *Sairaanhoitajan käsikirja*. 8. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 507-508.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M., & Kanste, O. (2011). Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2011, 23 (2) 138-148. Haettu 14.3.2018 osoitteesta https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessa_tutkimuksessa

Kähäri-Wiik, K., Niemi, A., & Rantanen, A. (1997). *Kuntoutuksella toimintakykyä*. 1.painos. Porvoo: WSOY.

Käypä hoito -suositus (2016). Mieli maassa, mikä avuksi? Käypä hoito suositus potilaalle. 29.9.2016. Haettu 28.11.2017 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00044>

Käypä hoito -suositus (2016). Depressio (online). 6.7.2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. 2016. Haettu 28.11.2017 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Haettu 11.12.2017 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Lampinen, P. (2004). *Fyysinen aktiivisuus, harrastustoiminta ja liikkumiskyky iäkkäiden ihmisten psyykkisen hyvinvoinnin ennustajina*. Väitöskirja. Gerontologia ja kansanterveystieteiden tutkinto-ohjelma. Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.iyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13489/9513918394.pdf?se>

Latvala, E., Visuri, T., & Janhonen, S. (1995). *Psykiatrinen hoitotyö*. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Leinonen, E. & Koponen, H. (2016). Vanhusten mielialahäiriöt. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) *Geriatría*. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 150-155.

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. (2009). *Vanhuksen parhaaksi -hoitaja toimintakyvyn tukijana*. 1. painos. Helsinki: Edita.

Lönnqvist, J. (2017). Mielenterveyden häiriöiden diagnostiikka ja luokittelu. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. 12.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 61-91.

Markkula, N. & Suvisaari, J. (2017). Masennushäiriöiden esiintyvyys, riskitekijät ja ennuste. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 3/2017. Haettu 30.11.2017 osoitteesta <http://www.duodecim-lehti.fi/lehti///duo13544>

Maunuksela, K. & Nykänen, E. (2017). Monikasvoinen masennus -masentuneen aikuisen hoito ja kuntoutus sosiaali- ja terveyspalveluissa. Teoksessa J. Helminen (toim.) *Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa*. 1. painos. Helsinki: Edita, 157-171.

Melinda -korkeakoulukirjastojen yhteisluettelo. Haettu. 9.3.2018 osoitteesta <https://hamk.finna.fi/Record/vanaicat.128624>

Mielenterveyslaki 1990/1116. Haettu 14.11.2017 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mielenterveystalo (n.d.a). Olenko masentunut? Haettu 9.1.2018 osoitteesta https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-opaat/itsehoito/masennuksen_omahoito/Pages/osio1.aspx

Mielenterveystalo (n.d.b). Vertaistuki. Haettu 14.5. 2018 osoitteesta <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-opaat/opaat/psykoosi/Pages/vertaistuki.aspx>

Murto, K. (2013). *Terapeuttinen yhteisö*. Jyväskylä: Kari Consulting.

Niela-Vilén, HK. & Hamari, L. (2016). Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. 2. korjattu painos. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja ja tutkimuksia ja raportteja sarja A73. 2. Turku: Juvenes Print, 23-34.

Panhelainen, M. (2010). Masennuspotilaan hoitotyö. Teoksessa *Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa*. Helsinki: Tammi, 39-47.

Peräkoski, H., Kuosmanen, L., & Vuorilehto, M. (2010). Lisää mielenterveys- ja päihdeosaamista kotihoitoon. Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys ja päihdetyössä – kokemuksia Pohjanmaa-hankkeesta, Sateenvarjo-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005–2009. THL avauksia 5/2010. Haettu 12.1. 2018 osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79990/f8cb23c3-edb6-4fc6-8fdc-c26650a8108d.pdf?sequence=1>

Peräkoski, H. (2010). Sateenvarjohanke. *Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa*. Helsinki: Tammi, 94-106.

Pikkarainen, A. (2013). Ikääntyneiden aikuisten kuntoutusarki. *Kuntoutus 1/2013*. Haettu 22.5.2018 osoitteesta https://kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2013/tiet_art_pikkarainen_1_2013.pdf

Pikkarainen, A., Pyöriä, O. & Savikko, N. (2016). Ikääntyneiden kuntoutuminen. Teoksessa I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen (toim.) *Kuntoutuminen*. 1.painos. Helsinki: Duodecim, 176-191.

Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. (2016). Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) *Geriatría*. Helsinki: Duodecim, 448-467.

Romakkaniemi, M. (2011). *Masennus -Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta*. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopisto yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Haettu 13.1.2018 osoitteesta http://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61723/Romakkaniemi_Marjo_DORIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Romakkaniemi, M. & Kilpeläinen, A. (2013). Masennuksesta kuntoutuva ihminen pirstaleisessa palvelujärjestelmässä. *Kuntoutus 2/2013*. Haettu 7.1.2018 osoitteesta https://kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2013/romakkaniemi_kuntoutus2_13.pdf

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. (2014). *Tutkimuksen voimasanat*. 1.-3- painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Räsänen, R. & Valvanne, J. (2017). Vanhustyö tarvitsee uudenlaista johtamista- tavoitteeksi asiakkaan hyvä elämänlaatu. Teoksessa J. Kulmala (toim.) *Parempi vanhustyö, menetelmiä johtamisen kehittämiseen*. Jyväskylä: PS-kustannus, 20-42.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006a). KvaliMOTV – Teemoittelu. Haettu 14.5.2018 osoitteesta http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006b). KvaliMOTV -Koodaus. Haettu 14.5.2018 osoitteesta http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_2.html

Saarela, T. (2004). Miten kohdata masentunut vanhus. Suomen lääkäri-lehti 24/2004 VSK 5 9, 2499-2502. Haettu 3.1.2018 osoitteesta <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.hamk.fi/pdf/2004/SLL242004-2499.pdf>

Saarenheimo, M. & Arinen, S. (2009). Ikäihmisten masennuksen psykososiaalinen hoito. *Gerontologia 4/2009*. Haettu 15.1.2018 osoitteesta <http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.hamk.fi/se/g/0784-0039/23/4/ikaihmis.pdf>

Salminen, A. (2011). Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. *Opetusjulkaisuja 62, julkisjohtaminen 4*. Vaasan yliopisto. Haettu 30.11.2017 osoitteesta http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Silokangas, J. (2012). *Vanhusten masennus -terveysnetti*. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu. Haettu 1.12.2017 osoitteesta https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/47713/Silokangas_Jari.pdf?sequence=1

Sosiaali- ja terveysministeriö (2010). Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Haettu 28.11.2017 osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112320/URN%3aNBN%3afi-fe201504223250.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2017). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Haettu 28.11.2017 osoitteesta http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y

STM (n.d). Iäkkäiden palvelut. Haettu 28.11.2017 osoitteesta <http://stm.fi/iakkaiden-palvelut>

Suhonen, R., Axelin, A., & Stolt, M. (2016). Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa M.Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja ja tutkimuksia ja raportteja sarja A73. 2. Turku: Juvenes Print, 7-22.

Suomen Kuntaliitto (2017a). Paikallisyhteisön toimivuus ja kumppanuus turvaa menestyksen. Teoksessa S. Sallinen, K. Majoinen & J. Seppälä (toim.) *Toimiva kunta. Hyvinvointia! Sivistystä! Elinvoimaa!* Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 9-24.

Suomen kuntaliitto (2017b). Kunnan tehtävät. Teoksessa S. Sallinen, K. Majoinen & J. Seppälä (toim.) *Toimiva kunta. Hyvinvointia! Sivistystä! Elinvoimaa!* Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 51-102.

Suomen mielenterveysseura (n.d.a.). Masennus on yleisin ikäihmisten mielenterveysongelma. Haettu 28.11.2017 osoitteesta <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden->

[h%C3%A4iri%C3%B6t/masennus/masennus-yleisin-ik%C3%A4ihmisten-mielenterveysongelma](https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveysseura/organisaatio-ja-toiminta/strategia/mit%C3%A4-mielenterveysseura)

Suomen mielenterveysseura (n.d.b.). Mitä mielenterveys on? Haettu 28.11.2017 osoitteesta <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveysseura/organisaatio-ja-toiminta/strategia/mit%C3%A4-mielenterveys>

Suomen perustuslaki 731/1999. Haettu 14.12.2017 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=perustuslaki>

Suomen Psykogeriatrinen Yhdistys (n.d.). Yhdistys. Haettu 6.4.2018 osoitteesta <http://www.spgy.org/yhdistys.html>

Suomen tilastollinen vuosikirja 2016. Tilastokeskus (2016). Helsinki: Grano Oy. Haettu 28.11.2017 osoitteesta http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti_stv_201600_2016_16179_net_p2.pdf

Suomen virallinen tilasto (SVT). (2015). Väestöennuste. Helsinki: Tilastokeskus. Haettu 5.4.2018 osoitteesta https://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. (2013). *Kuntouttava lähihoito*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Suvisaari, J., Aalto, M., Halme, J., Joutsenniemi, K., Kuussaari, K., Moring, J., Partanen, A., Viertiö, S. & Kaikkonen, R. (2011). Psykkinen oireilu, alkoholin liikakäyttö ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttö: vuoden 2010 alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen tuloksia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos raportti 6/2011. Tampere: Juvenes Print. Haettu 29.11.2017 osoitteesta <https://www.thl.fi/documents/10531/95613/Raportti%202011%206.pdf>

Talasilahti, T. & Leinonen, E. (2017). Iäkkäiden masennuksen yleisyys ja riskitekijät. Teoksessa O. Kampman, T. Heiskanen, M. Holi, M. Huttunen & J. Tuulari (toim.) *Masennus*. 1.painos. Helsinki: Duodecim, 342-345.

Terkko (n.d.). Medic. Helsingin yliopisto. Haettu 9.3.2018 osoitteesta <https://www-terkko-helsinki-fi.ezproxy.hamk.fi/medic/>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2015a). Mielenterveyshäiriöt. Haettu 28.11.2017 osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2015b). Masennus. Haettu 29.11.2017 osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden>

[edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys/masennus](#)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2015c). Toimintakyvyn ulottuvuudet. Haettu 29.1.2018 osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2016a). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste. Haettu 12.1.2018 osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankeet-ja-ohjelmat/sosiaali-ja-terveydenhuollon-kansallinen-kehittamisohjelma-kaste>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2016b). RAI:n käyttö hoitotyössä. Haettu 31.1.2018 osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantymisen/rai-vertailukehittaminen/rain-kaytto-hoitotyossa>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2017). Tietoa RAI-järjestelmästä. Haettu 31.1.2018 osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantymisen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>

Tilastokeskus. Itsemurhat iän ja sukupuolen mukaan 1921-2016. Haettu 3.1.2018 osoitteesta http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin_ter_ksyyt/statfin_ksyyt_pxt_008.px/table/table-ViewLayout1/?rxid=e2601103-a2ab-4393-9eac-94d96990eec7

Tilastokeskus. Itsemurhat iän ja sukupuolen mukaan 1921-2016. Haettu 3.1.2018 osoitteesta http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin_ter_ksyyt/statfin_ksyyt_pxt_008.px/table/table-ViewLayout1/?rxid=d518d984-c0b7-4167-b263-20fcc9205e40

TOIMIA. (2011). CES-D, The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. Haettu 30.1.2018 osoitteesta <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/85/>

TOIMIA. (2013). GDS-15, myöhäisiän depressioseula. Haettu 14.1.2018 osoitteesta <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/87/>

TOIMIA. (2014). Beckin depressiokysely 21-osainen. Haettu 14.1.2018 osoitteesta <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/157/>

Tilli, J. & Neuvonen, M. (2017). Työterveyshuollon palveluohjaus perhe-elämän kriiseissä. Teoksessa J. Helminen (toim.) *Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa*. 1. painos. Helsinki: Edita, 142-156.

Tolvanen, M. (2002). Kognitiivinen haavoittuvuus, stressi ja suojaavat tekijät masennuksessa. Pro gradu. Psykologia. Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos. Haettu 12.1. 2018 osoitteesta <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/10757/mar-tolva.pdf?sequence=1>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009.) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Tuominen, R. & Tuuri, K. (2017). Ikäihmisten kotihoito monialaisena yhteistyönä -Toimintakyvyn näkökulma. Teoksessa J. Helminen (toim.) *Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa*. 1. painos. Helsinki: Edita, 228-241.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (n.d.). Hyvä tieteellinen käytäntö. Haettu 19.3.2018 osoitteesta <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Työelämän kehittämisstrategia vuoteen 2020. Haettu 22.2.2018 osoitteesta http://www.tyoelama2020.fi/files/35/tyoelaman_kehittamisstrategia_final.pdf

Vasarainen, T. (2010). Eri hoitomuotojen vaikuttavuus psykiatrisessa sairaanhoidossa. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Haettu 8.2.2018 osoitteesta http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/20647/2010_samk_vasarainen_turo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vertaistalo (n.d). Vertaistuki hoitotyön tukena. Haettu 23.5.2018 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/vertaistalo/ammattilaiselle/vertaistuki-hoitoty%C3%B6n-tukena>

Tutkimukseen valikoitunut aineisto

TEKIJÄ(T)	AINEISTON NIMI	AINEISTOTYYPPI, JULKAISUVUOSI, TIETOKANTA/ TIETOVÄYLÄ	AINEISTON KESKEINEN SISÄLTÖ
Alanen Hanna-Mari ja Leinonen Esa	Milloin vanhus tarvitsee psykiatrista sairaalahoitoa?	Vertaisarvioitu artikkeli (2010). Medic	-Artikkelissa esitetään näkemys siitä, milloin ikääntynyt on hyvä hoitaa sairaalassa -Psyykkisesti sairaan vanhuksen hoito on kokonaisvaltaista, mutta suomalaisesta yhteiskunnasta puuttuu mielenterveysongelmaisen hoitopolku
Eskola Päivi	Vanhuuden voimavarat ja gerontologinen kuntoutus	Kokousselostus 26.3.2009 järjestetyn ”Vanhuuden voimavarat ja gerontologinen kuntoutus seminaarin pohjalta (n.d.) Gerontologia 2/2009	-Selostuksessa kuvataan kuntoutuksen yksilöllisyyden piirteitä kokonaisvaltaisuus huomioiden ja ikääntyneen voimavaroja hyödyntäen
Kinni Riitta-Liisa	Kodinomaisuus toimijuutena -tapaustutkimus iäkkään kuntoutujan toimijuudesta sairaalassa	Vertaisarvioitu artikkeli (n.d.) Gerontologia 1/2014	-Artikkeli kuvaa iäkkään kuntoutujan toimijuuden rakentumista sairaalassa -Ikääntyneen elämän säätelyn mahdollisuudet heikkenevät sairaalassa -Ikääntynyt jää päätösten teossa ulkopuolelle -Ammattilaisten päätökset menevät hoidettavan päätösten edelle
Koivula Riitta	Vanhuksen toimijuus ja pitkäaikaisosaston lounasruokailu	Vertaisarvioitu artikkeli (n.d.) Gerontologia 4/2008	-Artikkeli kuvaa vanhuksen toimijuuden rakentumista pitkäaikaisosastolla lounaan aikana -Laitoksen toiminta perustuu rutiineihin ja sääntöihin, mutta muuntuvuuden ja epäjohtomukaisen toiminnan mahdollisuus on olemassa -Ympäristö- ja turvallisuustekijät muovaavat ammattilaisten toimintaa

			<p>-Itsemääräämisoikeuden periaate menee kuntouttavan hoitotyötä tukevan työtteen edelle</p> <p>-Vuorovaikutuksen toteutuminen heijastuu toiminnassa</p>
Krokfors Ylva	Miten sosiaalityöntekijän toimijuus näkyi kohtaamisessa iäkkään kuntoutujan kanssa?	<p>Vertaisarvioitu artikkeli, (n.d.)</p> <p>Gerontologia 3/2010</p>	<p>-Artikkeli tarkastelee sosiaalityöntekijän toimijuutta gerontologisen sosiaalityön ja kuntoutuksen asiayhteydessä</p> <p>-Toimijuuteen vaikuttaa asiakastieto- ja tuntemus, jotka säätelevät sosiaalityöntekijän vuorovaikutuskäyttäytymistä</p> <p>-Työkäytänteet rajoittavat sosiaalityöntekijän toimintaa</p> <p>-Kirjallinen dokumentointi on osin puutteellista</p>
Lupsakko Taina, Viskari Assi, Lemmetti Mari ja Kivekäs Jorma	<p>Terveyskeskuksen vuodeosaston kuormaa voi keventää</p> <p>Aktiivinen hoito-ote lyhentää hoitojaksoa</p>	<p>Artikkeli, (2008)</p> <p>Medic</p>	<p>-Terveyskeskuksen vuodeosaston toiminnan kehittäminen on mahdollista aktiivisen, kuntouttavan työtteen avulla</p> <p>-Moniammatillista yhteistyötä tarvitsee tehostaa sosiaalitoimen ja avopalvelujen kanssa</p> <p>-Osasto sai oman kuntosalin ja kuntoutus oli jokapäiväistä. Kuntoutuksen jatkuvuus toteutui myös laitosjakson jälkeen</p>
Ojanen Karoliina	Autettavasti mies? Mieheksien rakentuminen ja avun pyytäminen laitoshoidossa	<p>Vertaisarvioitu artikkeli (n.d.)</p> <p>Gerontologia 1/2014</p>	<p>-Artikkelissa kuvataan miesten arkea laitoshoidossa avun pyytämisen ja saamisen kuvakulmasta tarkasteltuna</p> <p>-Laitoshoidossa miehiltä vaaditaan enemmän itsenäisempää toimintaa ja heihin suhtautuminen on ammattilaisten taholta vaativampaa kuin naissukupuolen kohdalla</p> <p>-Kiire, resurssit ja kuntouttava työote, mutta myös kulttuurilliset käsitykset haastavat miehisyyden toteutusta laitoksessa</p>
Pietilä Minna ja Saarenheimo Marja	lääkäiden ihmisten masennus perusterveydenhuollossa - Tutkimuksen, hallin-	<p>Vertaisarvioitu artikkeli, (2011)</p> <p>ARTO Saatavilla myös Gerontologia 3/2011</p>	<p>-Artikkelissa tarkastellaan ikääntyneiden mielenterveyttä, masennuksen tunnistamista ja hoitoa perusterveydenhuollossa</p> <p>-Ikääntyneiden mielenterveyshoidon ongelmat ja ratkaisun mahdollisuudet tiedostetaan</p>

	non ja ammattilais-ten näkökulmat		-Vaikuttavaan hoidon toteutukseen tarvitaan koordinaattori, (case manager -työntekijä), mutta myös moniammatillista yhteistyötä ja yksilöllisesti räätälöityä hoitoa -Ammattilaisten mielenterveysosaamisessa on myös edelleen kehitettävää ja ikääntyneiden mielenterveyspalveluita liian vähän
Pohjolainen Pertti ja Salonen Elina	Toimintakyky vanhuudessa – mitkä tekijät sitä määrittävät	Vertaisarvioitu-katsausartikkeli, (n.d.) Gerontologia 4/2012	-Katsauksessa esitetään fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä määrittäviä tekijöitä ja miten niitä pystytään edistämään eri keinojen avulla -Sairaudet heikentävät toimintakykyä, johon myös elintavat; ravitsemus ja liikunnan harrastaminen sekä sosiaalinen verkosto ja elinympäristö vaikuttaa
Salermo Erika, Salovaara Päivi, Takkinen Miia ja Lyyra Tiina-Mari	Uusia näkökulmia iäkkäiden ihmisten terveyden edistämiseen	Kokousselostus, (2008) Gerontologia 2/2008	-Selostuksessa esitetään näkökulmia ikääntyneiden hoito- ja kuntoutustyöhön sekä hyvinvoinnin edistämiseen liikunnan, ravitsemuksen, harrastusten ja sosiaalisten suhteiden edistämisen keinoin
Salmelainen Ulla	Ikäihmisten kuntoutuksessa välit-tyvä ja rakentuva tieto	Vertaisarvioitu artikkeli, (n.d.) Gerontologia 1/2009	-Ihmistä hoidetaan kokonaisuutena -Tarvitaan moniammatillista työtettä, yhteisiä kokouksia, yhdyshenkilöä -Tarvitaan myös monenlaista tietoa; näkyvää ja hiljaista -Kotikäynti avaa ikääntyneen kotitilanteen, mahdollistaen myös vertaisoppimisen
Valvanne Jaakko	Asiakasläh- töisyydestä asiakaslä- heisyyteen – uusia tuu- lia geriatri- seen kun- toutuk- seen, ja vä- hän vanho- jakin	Kokousselostus, (n.d.) Gerontologia 2/2010	-Selostuksessa esitetään ajatuk- sia geriatri- sen kuntoutuksen alueelta -Aktiivinen kuntoutus tulisi aloittaa varhain potilaan eh- doilla -Neuvonta ja ryhmätoiminta luo yhteenkuuluvuutta -Potilaslähtöisyys, moniamma- tillisuus ja ongelmalähtöisyys ovat geriatri- sen kuntoutuksen keskiössä

Vuori- lehto Ma- ria ja Rii- himäki Kirsi	Depression hyvä hoito peruster- veyden- huollossa	Vertaisarvioitu artikkeli, (2014) Medic	-Masennuksen tunnistamiseen tarvitaan valppautta -Masennuksen hoito on edel- leen liian lääkekeskeistä -Konsultaatioavun saaminen te- hostaa masennuksen hoitoa pe- rusterveidenhuollossa -Teknologisten apuvälineiden rooli hoidon tukena korostuu tulevaisuudessa
Vähäkän- gas Pia, Niemelä Katriina ja Noro Anja	Ympäri- vuoro- kauti- sessa hoi- dossa ole- vien ikäih- misten kuntoutu- mis- ja voi- mavarakar- toitus – Uusi apuvä- line kun- toutumista edistävään hoitotyö- hön	Vertaisarvioitu artikkeli (n.d.) Gerontologia 1/2013	-Artikkelissa kuvataan ympäri- vuorokautisessa hoidossa ole- vien toimintakykyä ja tervey- dentilaa sekä niiden yhteyttä kuntoutumista edistävään hoi- tajan toimintaan -Kuntoutumista edistävä toi- minta kohdentui terveydentilal- taan epävakaisiin hoidettaviin -Hoitajan rooli prosessissa ku- vautuu keskeisenä tuen ja oh- jauksen antamisen myötä
Wallin Marjo	Vanhukset mukaan kuntoutuk- sen suun- nitteluun	Vertaisarvioitu artikkeli, (n.d.) Gerontologia 2/2009	-Aineisto kuvaa kuntoutuksen monitahoisuutta ja laaja-alai- suutta -Aineistosta nousee esille tasa- vertaisen vuorovaikutuksen to- teutumisen tärkeys kuntoutu- jan ja ammattilaisen välillä -Kuntoutuksen kulmakivenä ko- rostetaan arvojen kunnioitta- mista ja toimijuuden tukemista yksilölliset lähtökohdat huomi- oituina. -Kuntoutuksen jatkuvuus laitos- jakson jälkeen
Wallin Marjo, Talvitie Ulla, Cat- tan Mima ja Karppi Sirkka- Liisa	Vanhuksen toimijuus ja kuntoutuk- sen vuoro- vaikutusti- lanteet	Vertaisarvioitu artikkeli, (n.d.) Gerontologia 3/2008	-Artikkelissa tarkastellaan ikäntyneen toimijuuden ilmen- tymistä geriatrisen laituskun- toutuksen liikuntaryhmätilan- teessa -Tilanne kuvautuu ohjaajavoit- toisena, ikäntyneiden omia aloitteita rajoitetaan ja kuuliai- suutta palkitaan