



# **MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN KOTIHOIDOSSA**

**Marika Peuraniemi**

**Opinnäytetyö**

**YLEMPI AMK-TUTKINTO**

**Elokuu 2008**



**JYVÄSKYLÄN  
AMMATTIKORKEAKOULU**  
*Sosiaali- ja terveysala*

Tekijä(t) Marika Peuraniemi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 64	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen saakka	
Työn nimi Mielenterveyden edistäminen kotihoidossa		
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto Terveysten edistämisen koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Pirjo Tiikkainen Hanna Hopia		
Toimeksiantaja(t) Espoo		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisia valmiuksia ja keinoja kotihoidon työntekijöillä on heidän itsensä arvioimana asiakkaiden mielenterveyden edistämiseen sekä selvittää, miten asiakkaiden mielenterveyden edistäminen näkyy asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa ja niihin liittyvissä asiakkaiden voimavarakartoituksissa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli myös selvittää kotihoidon asiakkaiden näkemyksiä siitä, miten kotihoidon työntekijät voivat edistää asiakkaan mielenterveyttä. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä kotihoidon työntekijöiden valmiuksia tunnistaa asiakkaiden mielenterveyden häiriöitä ja mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä. Opinnäytetyön tavoitteena on myös lisätä kotihoidon työntekijöiden valmiuksia edistää asiakkaiden mielenterveydettä.</p> <p>Opinnäytetyön empiirinen aineisto koostuu kymmenen espoolaisen kotihoidon asiakkaan uusimmasta hoito- ja palvelusuunnitelmasta ja niihin liittyvistä asiakkaiden uusimmista voimavarakartoituksista, kahden Espoon kotihoidon asiakkaan teemahaastattelusta sekä kotihoidon työntekijöiden ryhmäkeskustelusta. Hoito- ja palvelusuunnitelmia ja voimavarakartoituksia analysoitiin mielenterveyden edistämisen näkökulmasta. Mielenterveyden edistäminen näkyi asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa kotona selviytymisen tukemisena. Asiakkaiden haastattelussa nousi esille toive siitä, että hoitaja olisi tuttu. Ajanpuute hoitajilla nousi esille toisen asiakkaan haastattelussa. Hoitajien ryhmäkeskustelussa mielenterveyden edistämisen menetelmiksi kotihoidossa nousivat kotihoidon käynnit, ulkoilu asiakkaan kanssa, omahoitoisuus, vuorovaikutus ja päivätoiminta. Kehittämisehdotuksena tuli esille yhteistyö mielenterveystyön ammattilaisten kanssa hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa. Myös mielenterveyshoitajan kotikäyntejä toivottiin asiakkaille.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Mielenterveys, mielenterveyden edistäminen, kotihoito		
Muut tiedot		

# JYVÄSKYLÄ UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## DESCRIPTION

Date  
25.8.2008

Author(s) Marika Peuraniemi	Type of Publication Master's Thesis	
	Pages 64	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title Mental Health Promotion in Home Care		
Degree Programme Health Promotion		
Tutor(s) Pirjo Tiikkainen Hanna Hopia		
Assigned by Espoo		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this study is to find out what are the facilities and means the personnel in home care use as tools to promote the mental health of their clients. This was achieved through evaluation carried out by the personnel themselves. In addition, also the documents on nursing and service plans were studied to find out how the promotion of mental health occurs in these documents and in the resource mappings related to these. The purpose of this study was also to find out the viewpoint of the clients on how the health care personnel can promote mental health. Thus, the aim of this study is to add to the facilities of home care personnel in the identification of clients' possible mental disorders and factors affecting their mental health. The purpose was also to develop the facilities of home care personnel in the promotion of their clients' mental health.</p> <p>The empirical section consists firstly of 10 most recent nursing- and service plans and the related resource mappings of home care clients in Espoo home care. Secondly, there are also two theme interviews of two home care clients. In addition, the empirical part also includes a discussion of a group of home care personnel. The nursing and service plans were analyzed from the viewpoint of mental health promotion. The promotion of mental health in the nursing and service plans occurred in the form of support offered to the clients so that they could manage at home. The interviews of clients brought forth the preference for a familiar nurse paying home visits. The other interview also brought up the problem of time shortage. The group discussion revealed that home visits, outdoor walks with the client, one client-one nurse- model, interaction, and daytime activities were the main means for promoting the client's mental health. Cooperation with mental health professionals while making the nursing and service plan was given as a development suggestion. There was also a suggestion that mental health personnel could pay visits to home care clients.</p>		
Keywords Mental health, mental health promotion, home care		

# SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	2
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	4
3 KESKEISET KÄSITTEET .....	4
3.1 Mielenterveys .....	4
3.2 Mielenterveyden edistäminen .....	6
3.3 Vanhusten yleisimmät mielenterveysongelmat .....	9
3.4.1 Masennus .....	10
3.4.2 Yksinäisyys .....	11
4 AIHEESEEN LIITTYVÄT TUTKIMUKSET .....	12
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	16
5.1 Tiedonkeruu .....	16
5.2 Eettiset asiat .....	19
5.3 Aineiston analysointi .....	20
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	22
6.1 Asiakkaiden voimavarakartoitukset ja hoito- ja palvelusuunnitelmat .....	22
6.2 Kotihoidon asiakkaiden haastattelut .....	25
6.3 Hoitajien ryhmäkeskustelu .....	29
6.3.1 Mielenterveys ja sen edistäminen .....	29
6.3.2 Mielenterveyden edistäminen kotihoidossa .....	30
6.3.3 Masentuneen asiakkaan hoito .....	33
6.3.4 Työn kehittäminen kotihoidossa .....	35
7 POHDINTA .....	36
7.1 Tulosten tarkastelua .....	36
7.2 Opinnäytetyön aineiston luotettavuus .....	40
7.3 Opinnäytetyön eettisyys .....	43
LÄHTEET .....	46
LIITTEET .....	51
Liite 1 Tutkimuslupahakemus .....	51
Liite 2 Tutkimuslupa .....	54
Liite 3 Kysely suostumuksesta kotihoidon asiakkaille .....	55
Liite 4 Kysely halukkuudesta haastatteluun kotihoidon asiakkaille .....	57
Liite 5 Kotihoidon asiakkaiden teemahaastattelurunko .....	59
Liite 6 Ryhmäkeskustelun teemat ja apukysymykset .....	61
Liite 4 Hoitajien ryhmäkeskustelun yhteenvetokaavio .....	62
Liite 5 Asiakkaiden haastattelujen yhteenvetokaaviot .....	63

# 1 JOHDANTO

Mielenterveys kuuluu erottamattomaksi osaksi kansanterveyttä (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 5). Mielenterveydellä on merkittävä vaikutus sekä kansakuntiin että niiden sosiaaliseen, inhimilliseen ja taloudelliseen pääomaan (Lavikainen ym. 2004, 5). Mielenterveys on koko ajan vuorovaikutuksessa fyysisen terveyden kanssa (Leppo 2004, 9). Suomessa Terveys 2015-kansanterveysohjelma linjaa kansallista terveystoimintaa, jossa keskeistä on terveyden edistäminen. Terveystoimintana tavoitteena on toimintakykyisten ja terveiden elinvuosien lisääminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen. (Terveys 2015-kansanterveysohjelma, 3, 15.)

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman 2000 -2003 (TATO) mielenterveyspalvelujen laatusuosituksessa nähdään mielenterveysongelmien synty prosessina, jolloin mielenterveyspalveluita tulee tarjota prosessin kaikissa vaiheissa. Osamista ja resursseja pitäisi laatusuosituksen mukaan kohdistaa elämisen ja selviytymisen voimavarojen tukemiseen, psykososiaalisten ongelmien selvittelyyn ja tukemiseen, mielenterveyden häiriöiden varhaiseen tunnistamiseen ja tehokkaaseen hoitoon sekä monipuoliseen kuntoutukseen. (Mielenterveyspalvelujen laatusuositus 2001, 2.) Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut työryhmän Mieli 2009, jonka tarkoituksena on valtakunnallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman laatiminen vuosien 2007 -2008 aikana. Mieli 2009-työryhmän tavoitteena on muun muassa kuntalaisten hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen ja päihde- ja mielenterveysongelmien hoidon ja kuntoutuksen alueellinen kehittäminen. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2007 -2008.)

Vanhustenhuollossa mielenterveyskysymyksillä on oma erityisluonteensa. Yksi tällainen erityispiirre on se, että erityisesti julkisen avun piiriin tulevat mielenterveysongelmaiset ikääntyneet kärsivät samanaikaisesti usein myös monista somaattisista vaivoista ja sairauksista, ja heillä on ollut sosiaalisia menetyksiä. Iäkkäiden mielenterveyttä koskevat mallit ja käsitykset näkyvät käytännön vanhustyössä niissä tavoissa, joilla vanhusten mielenterveyden häiriöitä pyritään ehkäisemään ja joilla häiriöitä hoidetaan. Näkemykset psyykkisestä hyvinvoinnista ja mielenterveydestä muovaavat myös vanhustyötä tekevien arkiajatusta ja toimintaa. Käytännössä mielenterveyskäsityksiä käytetään myös ammatillisen vuo-

rovaikutuksen säätelyssä. Sama asiakas tai tilanne saattaa näyttää hyvinkin erilaiselta riippuen siitä, mistä näkökulmasta asiaa katsotaan. (Saarenheimo 2003, 119, 47,48.)

Vanhusten määrän lisääntyessä tulee vanhusten mielenterveysongelmien tutkimus ja hoito somaattisten sairauksien tunnistamisen lisäksi entistä merkittävämmäksi. Koska vanhukset haluavat selviytyä yhä kauemmin omista kodeistaan, on kotihoidon työntekijöiden tietoja mielenterveysongelmista sekä niiden hyvästä hoidosta syytä parantaa entisestään. (Noppi, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 248.)

Kotihoidon avulla tuetaan asiakkaiden kotona asumista niin pitkään kuin mahdollista. Kotihoito tarkoittaa palvelukokonaisuutta, johon sisältyy kotisairaanhoidon, kotipalvelun ja kotihoidon tukipalvelut kuten kauppa- ja ateriapalvelu sekä kuljetuspalvelutuki ja omaishoidontuki. Palvelut voidaan järjestää kotihoidon toimesta, palvelusetelillä sekä ostopalveluna. Kotihoitoa pyritään kohdentamaan eniten apua tarvitseville. Espoon kotihoidossa on käytössä asiakkaaksi ottamisen periaatteet. Kotihoito kuuluu vanhusten palveluihin. Vanhusten palvelujen tavoitteena Espoossa on tukea ikääntyneiden asumista omista kodeistaan huolimatta toimintakyvyn heikkenemisestä ja tarjota laadukasta hoivaa silloin, kun ikääntyneen kotona asuminen ei palveluidenkaan turvin ole enää mahdollista. Vanhusten palvelujen tehtävänä on tukea ikääntyneen asiakkaan omia voimavaroja (Espoon kaupunki 2007.)

Marja Vaarama ja Lauri Ylönen (2006) ovat tutkineet Espoon kotihoidon laatua ja tuloksellisuutta. Vaaraman ja Ylönen tutkimuksen mukaan yksinäisyys uhkaa joka toisen kotihoidon asiakkaan hyvinvointia. Kotihoidon työmuotojen kehittämishaasteina asiakasnäkökulmasta Vaarama ja Ylönen näkivät muun muassa masennuksen ja yksinäisyyden riskin tunnistamisen ja psykososiaalisen tuen kehittämisen. (Vaarama & Ylönen 2006, 60 - 61.) Itse kiinnostuin kotihoidon asiakkaiden mielenterveyden edistämisestä kohdatessani työssäni kotihoidon sairaanhoitajana mielenterveystyön kysymyksiä. Tämän opinnäytetyön avulla pyrin tuomaan tietoa asiakkaiden mielenterveyden edistämisestä kotihoidossa työn kehittämistä varten.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaisia valmiuksia ja keinoja kotihoidon työntekijöillä on heidän itsensä arvioimana asiakkaiden mielenterveyden edistämiseen sekä selvittää, miten asiakkaiden mielenterveyden edistäminen näkyy asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa ja niihin liittyvissä asiakkaiden voimavarakartoituksissa. Opinnäytetyön tarkoituksena on myös selvittää kotihoidon asiakkaiden näkemyksiä siitä, miten kotihoidon työntekijät voivat edistää asiakkaan mielenterveyttä. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä kotihoidon työntekijöiden valmiuksia tunnistaa asiakkaiden mielenterveyden häiriöitä ja mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä. Opinnäytetyön tavoitteena on myös lisätä kotihoidon työntekijöiden valmiuksia edistää asiakkaiden mielenterveydettä.

## 3 KESKEISET KÄSITTEET

### 3.1 Mielenterveys

Mielenterveyden määrittelyyn vaikuttavat historialliset, kulttuuriset, taloudelliset, sosiaaliset ja poliittiset tilanteet (Sohlman 2004, 19). Tieteen lähtökohdat vaikuttavat siihen, miten mielenterveys määritellään, joten mielenterveys-käsite eroaa eri tieteissä. Näkökulma mielenterveyteen voi olla kehityksellinen tai yhteisöllinen tai mielenterveyden tarkastelu terveyden ja sairauden tai yksilön kokemuksen kautta. (Hedman 2002, 67.)

Perinteisesti mielenterveys-käsite on määritelty tarkoittamaan psykiatristen häiriöiden puuttumista. Tämän negatiivisen mielenterveys-käsitteen rinnalle on viime vuosikymmeninä vahvistunut positiivinen mielenterveys-käsite, jossa mielenterveys määritellään luonteeltaan dynaamiseksi, vaihtelevaksi ja ennemminkin arvoihin liittyväksi kuin lääketieteelliseksi. Positiivinen mielenterveys ei sulje pois sairauden oireita vaan on ikään kuin ihmisen sisältäpäin tarkasteltua subjektiivista terveyttä. Tällöin mielenterveydellä tarkoitetaan enemmän kuin psyykkisiä oireita tai niiden puuttumista. (Noppari & Leinonen 2005, 37.)

Kun lähestytään mielenterveyttä positiivisen mielenterveyden kautta, nähdään mielenterveys resurssina. Positiivinen mielenterveys on oleellinen yleiselle hyvinvoinnille ja kyvyille havaita, tulkita ja ymmärtää ympäristöä, sopeutua ympäristöön tai tarvittaessa muuttaa sitä sekä kyvyille kommunikoida toisten ihmisten kanssa. (Korkeila, Tuomi-Nikula, Gissler, Wahlbeck, Lehtinen & Lavikainen 2006, 16.) Mielenterveyttä määrittäviä tekijöitä ovat yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalinen tuki ja muu vuorovaikutus, kulttuuriset arvot sekä yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 32).

Kun puhutaan mielenterveydestä, käytetään monia käsitteitä osin päällekkäin ja rinnakkain. Sellaisia käsitteitä kuin subjektiivinen hyvinvointi, onnellisuus, tyytyväisyys elämään ja elämänlaatu käytetään usein ilmaisemaan mielenterveyttä. Mielenterveystutkimuksissa taas käytettyjä näkökulmia ovat persoonallisuuden kasvu, stressiä kestävä persoonallisuus ja subjektiivinen hyvinvointi. (Sohlman 2004, 33 – 34.)

Mielen tasapaino ja mielenterveys voidaan mieltää samaa tarkoittaviksi käsitteiksi. Mielen tasapainoon kuuluu oman itsen hallinta ja se, että ihminen kokee elämänsä ja olonsa muiden ihmisten kanssa omassa elinympäristössään ainakin siedettäväksi. Mielen tasapaino ilmenee hyvänä olona ja vaikeuksissa jaksamisena. Mielen tasapaino saattaa olla myös sitä, että ihminen sopeutuu niihin rajoihin, joita hän ei pysty välttämään, ja luo näiden rajojen puitteissa positiivista mieltä. (Heikkinen 2007, 131.)

Mielenterveys voidaan nähdä yhdeksi elämänlaadun ja hyvinvoinnin merkittäväksi osatekijäksi ihmisen kaikissa ikä- ja elämänvaiheissa. Mielenterveyttä voidaan tarkastella myös yksilön ja yhteisön voimavarana. Voimavaranäkökulmassa korostuvat ennaltaehkäisevä ote mielenterveysongelmiin, mielenterveyden positiiviset ulottuvuudet ja arjen elämänhallinta. Gerontologiassa ihmisen psyykkistä hyvinvointia on useimmiten tarkasteltu ihmisen subjektiivisena arviona oman elämäntilanteensa tyydyttävyydestä ja omasta hyvinvoinnistaan. Sellaiset käsitteet kuin vanhuuteen sopeutuminen, tyytyväisyys elämään ja subjektiivinen hyvinvointi ovat toimineet psykogerontologiassa keskeisinä välineinä, kun on pyritty jäsentämään ikääntyneiden hyvinvoinnin psykologisia ulottuvuuksia. Keskeistä mielenterveyden ylläpitämisessä on kyky käsitellä erilaisia kriisejä ja muutoksia. Kun mielenterveyttä tarkastellaan kokemuksellisesta näkökulmasta, keskeisiä ovat ne merkitykset, joiden kautta ihminen tunnistaa tai tulkitsee omia fyysisiä tuntemuksiaan, kognitiivisissa toiminnoissaan ja kehossaan tapahtuvia muutoksia, vuorovaikutussuhteitaan ja erilaisia



elämäntapahtumia. Usein mielenterveyden voimavaroja tarkastellaan yksittäisten henkilöiden emotionaalisina ja kognitiivisina resursseina. Kuitenkin yhtä lailla kyseessä ovat vuorovaikutukselliset, kulttuuriset, yhteisölliset ja yhteiskunnalliset voimavarat. (Saarenheimo 2004, 132, 134, 148 -149.)

Mielenterveyttä voidaan tarkastella myös elämänlaatu-käsitteen kautta. Elämänlaadulla voidaan tarkoittaa yksilön kaikinpuolista hyvinvointia, yleistä onnellisuuden tunnetta tai psyykkistä hyvinvointia. Elämänlaatua voidaan myös pitää synonyyminä ”hyvän elämän” käsitteelle. Terveysteen liittyvään elämänlaatuun sisältyy yksilön subjektiivinen arvio omasta elämästään ja oman elämänsä laadusta. Yksilön elämänlaatuun vaikuttavat lisäksi yleinen toimintakyky ja psyykkinen ja fyysinen terveys. Elämänlaadun osatekijöihin kuuluvat monet ulkoiset seikat, kuten asuinolot. (Hautakangas, Leinonen & Lyyra 2006, 53.)

### 3.2 Mielenterveyden edistäminen

Mielenterveyden edistämisen käsite on ongelmallinen, koska käsite on laaja ja siihen liittyy useita lähikäsitteitä. Oleellista mielenterveyden edistämisen määrittelyssä on mielenterveyden määrittely. Tulisi tiedostaa, mikä on edistävän toiminnan tavoite. Anne Hedman (2002) on analysoinut hoitotieteen pro gradu –tutkielmassaan mielenterveyden edistämisen käsitettä teoreettisen ja empiirisen aineiston avulla. Hedmanin mukaan mielenterveyden edistämisen edellytys on asiakkaan kokonaisvaltaisuuden huomioiminen. Hedmanin tutkimuksen mukaan mielenterveyden edistämisen lähtökohtana on positiivisen mielenterveyden arvostaminen. (Hedman 2002, 67, 4.)

Terveysten edistäminen on toimintaa, joka auttaa yksilöitä ja yhteisöjä lisäämään sellaisten tekijöiden hallintaa, jotka pitävät yllä terveyttä tai voivat aiheuttaa sairauksia. Mielenterveyden edistämisenä voidaan nähdä mikä tahansa sellainen toiminta, joka on mielenterveyttä vahvistavaa toimintaa tai toimintaa, joka vähentää mielenterveyttä vahingoittavia tekijöitä. Nämä tekijät voivat olla joko terveyteen suoraan vaikuttavia tekijöitä tai esimerkiksi vaikuttamista asuinympäristön tai yhteiskunnan perusrakenteisiin. Ehkäisevän psykiatrian lähtökohtana nähdään primaaripreventio, jolla pyritään ehkäisemään mielenterveyden häiriöiden syntyä. Sekundaaripreventiolla taas pyritään sairaustapauksien mahdollisimman varhaiseen havaitsemiseen ja asiakkaan hyvään hoitoon. Tertiäaripreventiolla

pyritään vähentämään mielenterveyden häiriöiden toimintakykyyn aiheuttamaa haittaa. Hoidolla ja kuntoutuksella pyritään auttamaan asiakasta mahdollisuuksien mukaan toimintakyvyn palauttamisessa. Mielenterveyden edistämisen kulmakivenä on kiinnittää positiivista huomiota mielenterveyteen yksilöiden, perheiden, kuntien ja kansakuntien tärkeänä arvona ja voimavarana. (Lehtonen & Lönnqvist 2001, 19.)

Mielenterveyden edistäminen on sellaista toimintaa, jonka avulla tuotetaan ihmisen kasvun ja elämisen tueksi suotuisia sosiaalisia, yksilöllisiä, yhteiskunnallisia sekä ympäristöolosuhteita. Mielenterveyden häiriöiden ehkäiseminen ja mielenterveyden edistäminen ovat sekä päällekkäisiä että limittäisiä toimintoja. Mielenterveyden häiriöiden ehkäisevän toiminnan tavoitteena voidaan nähdä riskien vähentäminen ja mielenterveyden edistämisen tavoitteena taas voidaan nähdä ihmisten selviytymisen vahvistaminen. Mielenterveyttä edistävien toimien tavoitteet voidaan jaotella ihmisen yksilöllistä kapasiteettia vahvistaviin toimintoihin sekä suojaavia olosuhteita edistäviin toimintoihin. Mielenterveyden häiriöitä ehkäisevien toimien pitäisi suuntautua yksilöllisiin riskeihin ja lisäksi sellaisiin olosuhdetekijöihin, jotka altistavat häiriöille ja laukaisevat niitä. (Immonen 2005, 23.)

Mielenterveyden edistämässä tulee ottaa huomioon psykologiset prosessit sekä ymmärtää niiden merkitys ihmisten kokemuksissa ja ihmisten keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Tehokas mielenterveyden edistäminen tuo lisää hyvinvointia, vähentää inhimillistä kärsimystä sekä vähentää mielenterveyden ongelmien yleisyyttä ja ilmaantuvuutta. Tehokas mielenterveyden edistäminen johtaa muun muassa parempaan elämänlaatuun ja sosiaaliseen toimintakykyyn, parempiin palveluihin sekä syvempään sosiaaliseen integraatioon. (Lavikainen ym. 2004, 34.)

Ehkäisevän mielenterveystyön ymmärtämisessä oleellisia käsitteitä ovat ilmiöiden kehittyminen prosessina sekä monitekijäisyys. Mielenterveyttä edistävän ja mielenterveyden häiriöitä ehkäisevän työn pohjapiirustuksena voidaan pitää mielenterveyteen vaikuttavien tekijöiden luokittelua suojaaviin, altistaviin ja laukaiseviin tekijöihin. Suojaavia tapahtumia, kokemuksia ja olosuhteita tulisi pyrkiä edistämään sosiaalisiksi ja psykologisiksi voimavaroiksi. Nämä asiat voidaan nähdä mielenterveyttä edistävän (promotiivisen) työn kohteina. Mielenterveyden häiriöiden ehkäisevän (preventiivisen) työn kohteina taas voidaan pitää sellaisia tekijöitä, jotka tulisi poistaa tai joita tulisi vähentää niiden riskimerkityksen vuoksi. Mielenterveyttä edistävässä työssä voi olla kyse yksilövoimavarojen, ihmisten välisten vuo-

rovaikutuksen, sosiaalisen tuen, kasvatuksen, elämänolosuhteiden tai yhteiskunnallisten ratkaisujen tukemisesta. Kokemukset ja elämänolosuhteet ovat yksilötekijöiden lisäksi tärkeitä kohdeteemoja mielenterveyden edistämässä ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisyssä. (Upanne 2007, 101 – 102.)

Mielenterveyttä edistävässä toiminta käsittää yksilötasolla kulttuurisesti relevanttien ja ikäsidonnaisten elämäntaitojen kehittymisen ja niiden kehittämisen. Tunteiden ilmaiseminen, vuorovaikutus- ja ihmissuhdetaidot, empatiakyky sekä ongelmanratkaisutaidot kuuluvat mielenterveyteen yhteydessä oleviin elämäntaitoihin. Itsetunnon kehittyminen sekä realistinen minäkäsitys edistävät myös ihmisen omaa mielenterveyttä ja mahdollistavat lisäksi toisten ihmisten mielenterveyden tukemisen. Riskiryhmiin kuuluvien tukeminen on yksi keino edistää mielenterveyttä yhteisötasolla. (Kokko 2004, 31.) Yhteiskunnallisella tasolla mielenterveyden edistämisen toimia ovat ihmisoikeuslainsäädäntö, mielenterveyden arvon ja näkyvyyden parantaminen sekä leimautumisen estäminen (Lavikainen ym. 2004, 19).

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman ja Stakesin koordinoiman Mielekäs Elämä! – ohjelman (1998-2002) perustana oli laaja-alainen näkemys mielenterveydestä ja mielenterveystyöstä. Ohjelman näkemyksen mukaan mielenterveystyön tulisi kattaa yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, persoonallisuuden kasvun sekä toimintakyvyn edistämisen ja mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden parantamisen ja lievittämisen. Väestön elinolosuhteiden pitäisi olla sellaiset, että elinolosuhteet ennaltaehkäisevät mielenterveyden häiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja lisäksi tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. Mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisy nähdään kansalaisten, järjestöjen ja yhteiskunnan eri hallinnonalojen yhteiseksi tehtäväksi (Immonen, Kiikkala & Ahonen 2003, 3.)

Iäkkäiden ihmisten hyvää mielenterveyttä vaalivan hoidon ja hoivan edellytyksenä on turvallinen ja myötäelävä asenne sekä iäkkäiden ihmisten kunnioitusta ja sairauksiin ja vanhenemiseen ja liittyvän tiedon hallinta. Tämän hetken virikkeet ja ilo ovat erittäin tärkeitä, koska ikääntynyt ihminen ei voi suunnata kovinkaan kauas tulevaisuuteen. Välitön neuvonta ja apu ovat tärkeitä ongelmallisissa tilanteissa ja myös depressiosta kärsivän ihmisen omaiset tarvitsevat tukea ja ohjausta siihen, että he jaksavat ja osaavat kannustaa depressiivistä läheistään. (Heikkinen 2007, 141.)

lääkällä ihmisillä mielenterveyden edistämisen yhtenä keinona on lääkehoito. Depressiolääkkeiden käyttö ei liity varsinaisesti preventioon. Lääkkeiden käyttö on terveyskeskuksella kuitenkin voimakas interventio surevien ja alakuloisten ikääntyneiden hyvinvoinnin palauttamiseksi. Lääkkeiden käyttö ei kuitenkaan saisi olla ainoa mielenterveyden edistämisen keino. Lääkehoidon rinnalla on keskusteluhoito välttämätön. Keskusteluhoidon aikana seurataan tarkasti myös lääkkeiden annostuksen adekvaattisuutta, lääkkeiden todellista vaikutusta sekä mahdollisia yhteisvaikutuksia ja sivuvaikutuksia muiden asiakkaan käyttämien lääkkeiden kanssa. Ikivihreät -tutkimusprojektiin osallistuneet iäkkäät henkilöt eivät halunneet masennuksensa lievittämiseen lääkkeitä vaan toivoivat yksinäisyyden poistamista tai ainakin sen vähentämistä, seuraa, kumppanuutta, yhteisyyttä sekä turvallista elämää. (Heikkinen 2003, 92.)

Mielenterveyden edistämisen keinoja voidaan tarkastella yksilötasolla ja vuorovaikutussuhteiden kautta sekä yhteiskunnallisella ja palvelujärjestelmien tasolla. Iäkkäiden mielenterveyden edistämässä erikoistutkija Riitta-Liisa Heikkinen nostaa esille seuraavia tarpeita: mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten löytämisen, riskiryhmien tunnistamisen, yhteiskunnallisten asenteiden muuttumisen ikääntyneitä kohtaan, mielenterveyspalvelujen tavoitteiden toteutumisesta huolehtimisen sekä ennaltaehkäisevät kotikäynnit kuntatasolla, iäkkäiden taloudellisen toimeentulon turvaamisen, lääkäreiden täsmäkouluttamisen iäkkäiden mielialalääkkeiden käyttöön sekä vastavuoroisen vuorovaikutuksen lisäämisen yksityisillä ja yhteiskunnallisilla foorumeilla turvan ja yhteisyyden luomiseksi. (Heikkinen 2003, 93 – 96.)

### 3.3 Vanhusten yleisimmät mielenterveysongelmat

Mielenterveyden häiriöt ovat vanhuksilla varsin yleisiä. Tutkimusten mukaan yli 65-vuotiasta ihmisistä jopa 16 - 30 % kärsii jostakin mielenterveyshäiriöstä. Vanhuksilla on samoja mielenterveyshäiriöitä kuin keski-ikäisillä, mutta vanhuusiässä esiintyy niiden lisäksi myös elimellisiin sairauksiin liittyviä psykiatrisia oireita. Keskeistä iäkkään potilaan mielenterveyden häiriöiden hoidossa on nopea etiologinen selvittely ja hoidon aloitus. Vanhuksen psykiatristen oireiden asianmukaiseen tutkimukseen kuuluu myös somaattisen

tilan selvittäminen sekä vanhuksen elämäntilanteen arviointi. (Koponen, & Leinonen 2001, 557.)

Vanhusten mielenterveyden häiriöt on psykiatriassa määritelty diagnooseiksi, joista yleisimpiä ovat mielialahäiriöt, ahdistushäiriöt, psykoosit, persoonallisuushäiriöt, päihdehäiriöt sekä elimelliset mielenterveyshäiriöt. Kun vanhusten ongelmia hoidetaan, on otettava huomioon lääketieteellisten diagnoosien lisäksi myös muut seikat, kuten terveys, toimintakyky, sosiaaliset suhteet, elämäntilanne, asumisolot sekä käytettävissä olevan henkilökunnan määrä ja ammattiala. (Noppari & Leinonen 2005, 59 – 60.) Yksinäisyys on yksi olennainen tekijä, joka heikentää iäkkäiden hyvinvointia ja terveyttä. Yksinäisyyttä kokevien ikääntyneiden määrä vaihtelee määritelmästä ja mittaustavasta riippuen muutamasta prosentista 70 prosenttiin. (Tiikkainen 2007, 153, 146.)

### 3.4.1 Masennus

Masentunut mieliala syntyy inhimillisenä reaktiona erilaisiin pettymyksiin ja menetyksiin. Masentuneisuus eli depressiivisyys on normaalia mielialan laskua ihmisillä. Masentuneisuuden saattaa aiheuttaa esimerkiksi omien tärkeiden tavoitteiden toteutumattomuus, ristiriitainen elämäntilanne tai läheisen ihmisen menetys. Muilta ihmisiltä saatu tuki sekä ongelmien väistyminen lyhentävät masentuneisuuden kestoja. Jos ihminen ei saa tukea, oireilu saattaa muuttua vakavaksi depressioksi. (Heikkinen 2007, 133.)

Depressio eli masennus on yleisin vanhusten psyykinen häiriö (Noppari ym. 2005, 61). Masennustiloja on oirekuvaltaan, vaikeusasteeltaan, kulultaan ja kestoiltaan erilaisia. Masennusdiagnostiikassa oleellista on ydinoirekriteerien eli vallitsevan masentuneen mielialan, tarmon ja toimeliaisuuden puutteen ja/tai mielihyvän menetyksen toteaminen (vähintään kaksi näistä edellä mainituista kriteereistä). Oleellista on myös näihin liittyvien muiden oireiden tunnistaminen sekä oireilun vakavuuden ja keston arviointi. Masennustilan tunnistamisen jälkeen tärkeää on riittävän perusteellinen diagnostisointi asianmukaisen hoidon määrittämiseksi. Masennuksen vakavuuden, keston, toistuvuuden sekä oirekuvan selvittäminen vaikuttavat hoitopäätöksiin, joten ne tulee selvittää muun kokonaisvaltaisen tilanearvion yhteydessä. Masennuksen hoidossa osoitetusti tehokkaita hoitomuotoja ovat lääkehoidot, vuorovaikutushoidot ja muut hoidot. (Pirkola, 2003, 9 - 10, 12.)

Vanhuksilla ei esiinny vakavaa masennusta enempää kuin muissakaan ikäryhmissä, mutta lieviä depressio-oireita heillä on enemmän kuin nuoremmassa ikäryhmissä. Varsinkin yksinäiset ja vakavasti somaattisesti sairaat ikääntyneet kuuluvat depressiosairauden riskiryhmään. Vanhuusiän depression riskitekijöitä ovat myös kasaantuvat menetykset, sosiaalisen roolin menetys, matala sosiaaliluokka, toimintakyvyn lasku, ikääntymiseen liittyvät keskushermostomuutokset, lääkehoidot ja tyytymättömyys elämäntilanteeseen. (Noppi ym. 2005, 61.) Vanhusten masennuksen taustalla somaattiseen terveydentilaan liittyvillä tekijöillä on usein oleellinen merkitys (Koponen & Leinonen 2001, 562).

lääkällä ihmisillä masentuneisuus voi helposti peittyä muiden sairauksien alle. lääkkällä ihmisillä myös jotkut aivosairaudet, esimerkiksi aivohalvaus, parkinsonismi ja joskus myös diabetes, sekä myös sairauksien hoitoon käytettävät lääkkeet aiheuttavat vaikeitakin depressio-oireita ja voivat näin sekoittaa kliinistä kuvaa. lääkäiden depressio voidaan myös tulkita virheellisesti dementiaksi. Toisaalta muistihäiriöt saattavat olla syynä masennukseen. (Heikkinen 2003, 88 – 89.)

Tutkija Riitta-Liisa Heikkisen mukaan iäkkäillä depressiivisyys ja depressiivisyyden yleisyys kiteytyvät eräänlaiseen voimattomuuden tunteeseen, joka nousee omien voimien vähenemisestä ja omien vaikutusmahdollisuuksien kaventumisen pohjalta. iäkkäillä on kokemus, että he eivät kykene vaikuttamaan elämäänsä ja siihen liittyviin ratkaisuihin yhtä paljon kuin aikaisemmin. lääkkäät myös pelkäävät, että tulevaisuudessa heillä on entistä vähemmän vaikutusmahdollisuuksia omaan elämäänsä muistiongelmien tai mahdollisen sairastumisen vuoksi, ja muut alkavat päättää asioita heidän puolestaan. Oman haavoittuvuuden ja haurastumisen myötä tahdon, toiminnan ja ajatuksen autonomia tulee uhatuksi. lääkäiden depressiivisyysmallin mukaan depressiivisyyden kannalta kriittisiä tekijöitä ovat kognitiiviset minäresurssit, läheisyys ja tuki, muut yhteisyyssuhteet, taloudelliset resurssit, toimintakyky ja terveys. (Heikkinen 1998, 22, 39.)

### 3.4.2 Yksinäisyys

Yksinäisyys on ikääntyneillä tavallista. Käsitteenä yksinäisyys on epämääräinen ja moniulotteinen. Tutkimuksissa yksinäisyydellä tavallisesti tarkoitetaan ihmisen omaa sisäistä

yksinäisyyden kokemusta. Kun ihminen odottaa muilta ihmisiltä ja ympäristöltä enemmän tai muuta kuin mitä kokee saavansa, syntyy yksinäisyyden tunne ja kokemus. Ihminen voi kokea olevansa yksinäinen, vaikka hänellä olisikin ympärillään toisia ihmisiä. Kuitenkaan objektiivisesti yksin ja eristyksissä asuvat ihmiset eivät välttämättä koe yksinäisyyttä. Kielteinen yksinäisyys tarkoittaa ei-toivottua tilaa, kärsimystä ja pakonomaisuutta. Itsensä yksinäiseksi kokevilla masentuneisuus on hyvin tavallista. Yksinäisyyden kokemus, masennus ja sosiaalinen eristäytyneisyys voivat esiintyä yhdessä, pareittain tai erikseen. (Routasalo & Pitkälä 2005, 19 – 21.)

Yksinäisyys voidaan määritellä puutteellisista vuorovaikutussuhteista johtuvaksi subjektiiviseksi kielteiseksi kokemukseksi. Yksinäisyyden kokemus saattaa olla myös merkki siitä, että ihmisen vuorovaikutussuhteissa koetaan yhteisyyden tunteen puutetta. Ikääntyneiden yhteisyyden tunteen edistäminen ja yhteisyyden tunteen tukeminen ovat terveyden edistämisen näkökulmasta sekä promotion että prevention lähtökohta. Yksinäisyyden ennaltaehkäisyssä, yksinäisyyden riskeihin varhaisessa puuttumisessa sekä yksilöllisten auttamismenetelmien kehittämisessä auttavat yksinäisyyttä määrittävien tekijöiden tunnistaminen. Yksinäisyyttä määrittäviin tekijöihin kuuluvat yksilölliset tekijät, sosiaaliset tekijät ja terveyteen ja toimintakykyyn liittyvät tekijät. (Tiikkainen 2007, 146, 149 -151.)

Ikääntyneiden yksinäisyydessä voidaan erottaa sosiaalinen ja emotionaalinen ulottuvuus. Eksistentiaalista lähestymistapaa heijastavaan emotionaaliseen yksinäisyyteen sisältyy sisäinen tyhjyyden tunne. Vaikka emotionaalinen yksinäisyys kuvaa useita kielteisiä tunteita, ne eivät välttämättä liity ihmissuhteisiin. Avun saannin mahdollisuus ja kiintymystä ja läheisyyttä antava suhde ovat keskeisiä emotionaalisen yksinäisyyden torjumisen kannalta. Sen sijaan vuorovaikutusteoreettista lähestymistapaa heijastava sosiaalinen yksinäisyys sisältää epäonnistunutta liittymistä sosiaaliseen yhteisöön ja puutteelliseksi koettuja vuorovaikutussuhteita. (Tiikkainen 2007, 148.)

## 4 AIHEESEEN LIITTYVÄT TUTKIMUKSET

Routasalo Pirkko, Kaisu Pitkälä, Niina Savikko ja Reijo Tilvis (2003) ovat tutkineet suomalaisten ikääntyneiden, yli 75-vuotiaiden sosiaalista ja emotionaalista yksinäisyyttä. Tutki-

mustulosten mukaan suomalaisista ikääntyneistä kärsii yli kolmannes vähintään toisinaan yksinäisyydestä ja 5 % jatkuvasti yksinäisyydestä. Yksinäisyys liittyi Routasalon ym. tutkimuksessa erityisesti leskeytymiseen, yksin asumiseen, subjektiiviseen terveydentilaan, pessimistisiin elämänasenteisiin sekä ihmissuhteiden odotuksiin ja masennukseen. Tärkeimmiksi yksinäisyyden syiksi yksinäiset näkivät puolison kuoleman, oman sairauden ja heikentyneen toimintakyvyn ja ystävien vähyyden. (Routasalo, Pitkälä, Savikko & Tilvis 2003,12, 31.)

Pirjo Tiikkainen (2006) on tutkinut jyvaskyläläisten 80-vuotiaiden kokemaa yksinäisyyttä viiden seurantavuoden aikana. Tiikkaisen tutkimuksen perusteella vanhuuden yksinäisyydessä erottuvat sosiaalinen ja emotionaalinen ulottuvuus. Sosiaaliseen yksinäisyyteen johtavat varsinkin harvat ystäväkontaktit, mutta myös heikko toimintakyky sekä mielialaongelmat, jotka voivat hankaloittaa kontaktien ylläpitämistä. 80-vuotiailla merkittävät yhteydet yksinäisyyteen olivat huonoksi koetulla terveydellä, yksin asumisella, masentuneisuudella ja vähäiseksi koetulla sosiaalisella ja emotionaalisella yhteisyydellä. 85-vuotiailla vain masentuneisuus ja huonoksi koettu taloudellinen tilanne nousivat merkitsevinä yksinäisyyteen yhteydessä olevina tekijöinä. Masentuneisuuden ja koetun yksinäisyyden yhteys oli Tiikkaisen tutkimuksessa selkeä. (Tiikkainen 2006, 51- 52, 35, 54.)

Tiina-Mari Lyyra (2006) on tutkinut väitöskirjatutkimuksessaan ikääntyneiden sosiaalista tukea ja elämään tyytyväisyyttä. Lyyran mukaan iäkkään ihmisen yksi tärkeimmistä voimavaroista on elämänhalu. Jos vanha ihminen kokee, että häntä tarvitaan ja arvostetaan, saa hän motivaatiota ja voimia itsestään ja terveydestään huolehtimiseen. Lyyran tutkimuksen mukaan tyytyväisyys etenkin tämänhetkiseen elämään pidentää iäkkään ihmisen elinikää. Elämään tyytyväisyys ja positiivinen elämänasenne pitävät yllä aktiivista elämäntyyliä ja motivoivat huolehtimaan itsestä. Positiivinen elämänasenne edistää sosiaalista aktiivisuutta ja tällöin saadaan myös sosiaalista tukea enemmän. Selviytyjillä on myös sellaisia psykologisia mekanismeja tai kompensatiokeinoja, jotka ovat vanhenemismuutoksiin sopeutumisen kannalta merkittäviä. Lyyran mukaan sosiaalinen tuki on yksi tärkeimmistä iäkkään ihmisen hyvinvointia ja terveyttä ylläpitävistä tekijöistä. Sosiaalinen tuki voi antaa iäkkäälle ihmiselle kokemuksia yhteenkuuluvuudesta, turvallisuudesta, tarpeellisuudesta ja arvostuksesta. Lyyran tutkimuksen mukaan psykososiaaliset tekijät, kuten elämään tyytyväisyys ja koettu sosiaalinen tuki, ovat tärkeitä iäkkään ihmisen terveydelle mitattuna perustavaa laatua olevalla terveystilalla, elossapysymisellä. (Lyyra 2006, 206 – 207.)



Helena Hautakangas, Raija Leinonen ja Tiina-Mari Lyyra (2006) ovat tutkineet Jyväskylässä tehdyssä liikuntaneuvontatutkimuksessa hyviä elämänlaatusuhteita saaneiden naisten kokemuksellista elämänlaatua. Aineisto kerättiin haastattelemalla kuutta 75–81 -vuotiasta kotona asuvaa naista. Tutkimuksessa iäkkäiden naisten kokema elämänlaatu avautui viiden eri elämänlaatua kuvaavan kokonaisuuden kautta. Selviytyminen, kokemus tarpeellisuudesta, sosiaalisen yhteisyyden kokemus, yhteys Luojaan ja luontoon ja kokemus elämän sujumisesta nousivat esille elämänlaadun osa-alueina. Selviytymisen kokemukset olivat ominaisia tutkimukseen osallistuneille naisilla ja sota-ajan osittain raskaatkin kokemukset käännettiin elämän voimavaraksi. Elämän sujuminen liittyi Hautakankaan ym. tutkimuksessa muun muassa kokemukseen toimintakyvystä ja terveydestä. (Hautakangas, Leinonen & Lyyra 2006, 53, 62 – 63.)

Britta Sohlman (2004) on tutkinut, miten Putting Mental Health on the European Agenda – raportissa esitelty funktionaalisen mielenterveyden malli soveltuu positiivisen mielenterveyden kuvaamiseen empiirisessä aineistossa. Tutkimus toteutettiin eurooppalaisen the Outcomes of Depression International Network – monikeskustutkimuksen osana sekä maaseudulla että kaupungissa. Väestörekisterikeskus toimitti näiden alueiden 18 -64 -vuotiaista henkilöistä satunnaisotoksen. Tutkimuslomakkeita lähetettiin 2999 ja niistä palautui 1947 kappaletta. Tutkimustulosten mukaan hyvä sosioekonominen tilanne ja toisten kanssa asuminen lisäsivät positiivista mielenterveyttä, kun taas taloudellinen kriisi ja ongelmat läheisten kanssa näkyivät mielenterveyttä heikentävinä tekijöinä. Tutkimukseen osallistuneilla naisilla oli miehiä enemmän läheisiä ystäviä ja ystävien merkitys mielenterveyteen oli tutkimustulosten mukaan suurempi naisilla. Miehillä korostui sen sijaan toisten osoittama mielenkiinto. Tutkimustulosten mukaan vahvan mielenterveyden omaavat kokivat voivansa vaikuttaa elämässään tapahtuviin muutoksiin. He suhtautuivat myös optimistisesti tulevaisuuteensa ja kokivat suunnitelmansa tulevaisuuden suhteen selkeiksi. Tutkimuksen mukaan vahvan mielenterveyden omaavat kokivat myös vointinsa ja terveytensä hyväksi. (Sohlman 2004, 7.)

Hannele Hokkanen, Arja Häggman-Laitila ja Elina Eriksson (2006) ovat tuottaneet tutkimuksessaan kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavaroja kuvaavia käsitteitä ja kuvanneet voimavarojen tukemisen menetelmiä aiempaan kirjallisuuteen perustuen. Tutkimusaineisto koottiin tietokannoista Cinahl, EBSCO ja PubMed vuosilta 1999- 2004 käyttämällä

systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää. Hakusanoina käytettiin käsitteitä *empowerment, aged, resources, home, effectiveness* ja *outcome*. Lopulliseen analyysiin tutkijat valitsivat kaksikymmentä artikkelia. Aineiston analysoinnissa käytettiin määrällistä ja laadullista sisällönanalyysia. Voimavaroja kuvaaviksi pääkategorioiksi muodostuivat aineiston perusteella psyykinen, henkinen ja fyysinen hyvinvointi, sosiaaliset suhteet, mielekäs tekeminen, palvelut ja yhteistyösuhde sekä ympäristö- ja taloudelliset tekijät. Voimavarojen tukemisen menetelmiä tunnistettiin analysoidusta aineistosta kymmenen. Näitä menetelmiä olivat: yhteisön tukeminen, voimavarakeskeinen neuvonta, sosiaalisten ja hengellisten voimavarojen huomioiminen hoitosuhteessa, koherenssin tunteen ja sairau-den merkityksen huomioon ottava työskentelytapa, apuvälineet ja asunnon muutostyöt, virallisen ja epävirallisen hoidon ja huolenpidon yhdistäminen, kotikuntoutustiimin antama tuki, ympärivuorokautinen kotipalvelu, taloudellinen tuki ja kuljetustuki. Analysoiduissa artikkeleissa ei kuitenkaan pystytty osoittamaan voimavaroja tukevien menetelmien vaikuttavuutta. (Hokkanen, Häggman-Laitila & Eriksson 2006, 12, 17.)

Seija Kokko (2004) on tutkimuksensa perusteella tuottanut hyvän mielenterveystyön kriteerit mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksistä. Tutkimustehtävinä Kokolla oli kuvata mielenterveystoimiston työntekijöiden ja asiakkaiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Tutkimuksessa käytettiin fenomenografista lähestymistapaa. Kokon tutkimuksessa oli haastateltavina yhden mielenterveystoimiston 14 työntekijää ja 25 asiakasta, joista hän haastatteli jokaista yksitellen 1-3 kertaa. Mielenterveystoimiston asiakkaiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä kuvasit yläkategoriat: *ammattitaitoiset työntekijät auttaa* ja *yhdessä toimiminen auttaa*. Asiakkaat mainitsivat lääkehoidon, keskustelut sekä perheenjäsenille tarjottavan tiedon mielenterveysongelmista auttamismenetelmiksi. Toinen kategoria sisältää näkemyksen hyvästä mielenterveystyöstä toimintana, joka perustuu yhteistoimintaan muiden samassa elämäntilanteessa olevien asiakkaiden kanssa. Työntekijöiden käsityksistä hyvästä mielenterveystyöstä nousi neljä yläkategoriaa: hyvä mielenterveystyö kokonaisvaltaisena potilaan elämäntilanteen järjestämisenä, hyvä mielenterveystyö luottamuksellisena hoitosuhteena, hyvä mielenterveystyö terapiana ja hyvä mielenterveystyö sovittujen hoito-ohjelmien toteuttamisena. (Kokko 2004, 61, 63, 71 – 72, 90 - 91, 112.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 5.1 Tiedonkeruu

Tutkimusongelma vaikuttaa päätöksiin, millaisin menetelmin hankitaan tutkimusaineistoa (Hirsjärvi & Hurme 2008, 15). Opinnäytetyön aineiston hankinnassa päädyin käyttämään laadullista eli kvalitatiivista tutkimusotetta. Kvalitatiivisella tutkimuksella voidaan tuoda esille tutkittavien näkemyksiä sekä havaintoja tilanteista (Hirsjärvi ym. 2008, 27). Opinnäytetyön empiirinen aineisto koostuu kymmenen espoolaisen kotihoidon asiakkaan uusimmasta hoito- ja palvelusuunnitelmasta ja niihin liittyvistä asiakkaiden uusimmista voimavarakartoituksista, kahden Espoon kotihoidon asiakkaan teemahaastattelusta sekä kotihoidon työntekijöiden ryhmäkeskustelusta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskitytään monesti vain pieneen määrään tapauksia, joita pyritään analysoimaan perusteellisesti (Eskola & Suoranta 2008, 18). Haastattelu yhtenä tiedonkeruumenetelmänä on opinnäytetyön aineistonhankintaan hyvin soveltuva. Käyttämällä haastattelua tiedonhankintamenetelmänä on mahdollista saada syvällistä tietoa (Hirsjärvi ym. 2008, 11).

Empiirinen aineisto hoito- ja palvelusuunnitelmista ja niihin liittyvistä voimavarakartoituksista koostuu niiden espoolaisten kotihoidon asiakkaiden tiedoista, jotka antoivat tietojensa hyödyntämiseen luvan. Kotihoidon asiakkaille laadin lokakuussa 2007 allekirjoitettavan suostumuskirjeen, jossa kysyin suostumusta siihen, saako asiakkaan tietoja hyödyntää opinnäytetyöni tekemisessä. Suostumuskirjeen kävin läpi kotihoidon ohjaajan kanssa, jonka jälkeen vielä muokkasin sitä. Sovimme myös, että kotihoidon työntekijät voisivat viedä asiakkaille suostumuskirjeitä ja asiakkaat voisivat myös palauttaa lomakkeet suljetussa kuoressa työntekijöille lähetettäväksi minulle kaupungin sisäisessä postissa.

Työntekijöille esittelin opinnäytetyöni suunnitelmaa ja asiakkaille vietäviä suostumuskirjeitä lokakuussa 2007 Kanta-Leppävaaran ja Lintuvaaran kotihoidon henkilöstöpalaverissa sekä Etelä-Leppävaaran kotihoidon tiimin pienryhmässä. Etelä-Leppävaaran tiimin pienryhmässä puhuin asiasta vielä uudestaan marraskuussa 2007. Kanta-Leppävaaran ja Lintuvaaran alueilla suostumuskirjeitä oli tarkoitus jakaa asiakkaille kahden viikon aikana, mutta kirjeiden jakamista jatkettiin vielä sen jälkeen, jotta aineistoa työhön saataisiin riittävästi.

Etelä-Leppävaaran kotihoidon alueella kirjeitä sovittiin jaettavaksi asiakkaille kahden viikon aikana. Etelä-Leppävaaran tiimin hoitajille annoin 20 suostumuslomaketta saatekirjeineen asiakkaille vietäviksi. Lintuvaaran ja Kanta-Leppävaaran tiimien hoitajille vein myös yhteensä 20 suostumuslomaketta saatekirjeineen, ja lupasin tarvittaessa toimittaa niitä lisää.

Suostumuksia tietojen hyödyntämiseen minulle palautui kolmen eri kotihoitotiimin alueelta yhteensä 11, joista yhden asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman ja voimavarakartoituksen tiedot päätin jättää hyödyntämättä, koska minulle palautettu suostumuslomake oli puutteellisesti täytetty. Hoito- ja palvelusuunnitelmia ja voimavarakartoituksia analysoin mielenterveyden edistämisen näkökulmasta.

Kotihoidon asiakkaille laadin kyselykirjeen halukkuudesta haastatteluun helmikuussa 2008 ja toimitin niitä Lintuvaaran ja Kanta-Leppävaaran kotihoidon ohjaajalle kymmenen kappaletta palautuskirjekuorineen (sisälsivät postimerkin), jotta hoitajat voisivat jakaa niitä asiakkaille ja kysyä halukkaita asiakkaita haastatteluun. Myöhemmin annoin myös Etelä-Leppävaaran kotihoidon ohjaajalle kyselykirjeitä palautuskuorineen kymmenen kappaletta, jotta hoitajat myös Etelä-Leppävaaran alueella voisivat kysellä halukkaita kotihoidon asiakkaita haastatteluun.

Yhteensä näiltä kolmelta alueelta palautui minulle neljä lomaketta, joista yhdessä asiakas oli kommentoinut nimettömänä kotihoitoa, mutta ei ollut halukas haastatteluun. Kolmessa muussa lomakkeessa oli ilmaistu asiakkaan halukkuus haastatteluun. Näistä yhden haastattelun jätin kuitenkin toteuttamatta, koska asiakkaan omainen kertoi puhelimesta, että asiakas ei ole soveltuva dementian ja huonokuuloisuuden takia haastatteluun.

Asiakkaiden haastatteluista toteutui siis kaksi, joista toinen toteutettiin maaliskuussa ja toinen huhtikuussa 2008. Toinen haastatteluista oli ennen hoitajien ryhmäkeskustelua ja toinen hoitajien ryhmäkeskustelun jälkeen. Haastattelut toteutettiin asiakkaiden kotona teemahaastatteluina. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa haastattelun aihepiirit eli teemat tiedetään. Teemahaastattelusta puuttuu kuitenkin kysymysten tarkka muoto ja järjestys, joka on ominaista strukturoidulle haastattelulle. (Hirsjärvi, & Hurme 1988, 36.) Teemahaastattelussa pyrkimyksenä on löytää tutkimustehtävän tai

tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun mukaisesti merkityksellisiä vastauksia (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77).

Asiakashaastattelut nauhoitettiin ja haastatteluaineistot auki-kirjoitettiin. Asiakkaiden teemahaastattelut käsittelivät mielenterveyttä ja hyvinvointia, mielenterveyden edistämistä kotihoidossa sekä kotihoidon toiminnan kehittämistä. Haastatteluteemat nousivat tutkimustehtävästä. Asiakkaiden haastatteluista kertyi nauhoitettua aineistoa toisesta haastattelusta kolmekymmentäkuusi minuuttia ja toisesta haastattelusta yksi tunti ja viisitoista minuuttia.

Kotihoidon hoitajille pidin ryhmäkeskustelun huhtikuussa 2008 asiakkaiden mielenterveyden edistämisestä kotihoidossa. Ryhmähaastattelu ja ryhmäkeskustelu voidaan erotella toisistaan ryhmän vuorovaikutuksen luonteen perusteella. Vuorovaikutus painottuu ryhmähaastattelussa ryhmän vetäjän ja kunkin osallistuvan välille. Tällöin ryhmän vetäjä tekee tavallaan yksilöhaastatteluja jokaiselle ryhmän osallistujalle esittämällä tietyn kysymyksen kullekin ryhmään osallistujalle vuorotellen. Ryhmän vetäjä pitää vuorovaikutuskontrollin itsellään eikä hän rohkaise ryhmään osallistuvia keskustelemaan teemasta keskenään. Sen sijaan ryhmäkeskustelussa vetäjän pyrkimyksenä on saada aikaan vuorovaikutusta ryhmän osallistujien välille. Ryhmäkeskustelussa ryhmän vetäjä ikään kuin tarjoilee tiettyjä tutkimuksen kohteena olevia teemoja ryhmäläisten keskenään keskusteltavaksi ja kommentoitavaksi. Ryhmäkeskustelussa nimenomaan vuorovaikutus ja sen tietoinen hyväksikäyttö sekä ryhmän vetäjän ja osallistujien että ryhmän osallistujien välillä tuottaa ryhmäkeskustelulle ominaista aineistoa. Ryhmäkeskustelussa ryhmän vetäjän tehtävänä on viritellä otollinen ilmapiiri, ohjata käytävää keskustelua tavoitteiden mukaisesti sekä kannustaa ja rohkaista ryhmään osallistujia keskustelemaan aiheesta keskenään. (Valtonen 2005, 223 – 224.)

Halukkaita hoitajia ryhmäkeskusteluun kysyin kotihoidon ohjaajien kautta kolmesta eri kotihoitotiimistä. Hoitajia ryhmäkeskusteluun osallistui kolmesta eri tiimistä yhteensä neljä hoitajaa opinnäytetyön tekijän lisäksi. Hoitajista yksi oli kodinhoitaja ja kolme lähihoitajaa. Yhdellä hoitajista oli valmistumisen jälkeen muutaman kuukauden työkokemus kotihoidosta ja muilla osallistuneilla vuosien työkokemus kotihoidosta. Ryhmäkeskustelun teemat nousivat opinnäytetyön tutkimustehtävästä. Kotihoidon työntekijöiden ryhmäkeskustelussa

keskusteltiin mielenterveyden käsitteestä ja siitä, miten kotihoidon työntekijä voi edistää asiakkaiden mielenterveyttä. Ryhmäkeskustelussa yhtenä teemana oli erikseen masentuneen asiakkaan hoito. Tämän aiheen näin tärkeäksi ottaa erilliseksi teemaksi johtuen masennuksen yleisyydestä ikääntyneillä. Ryhmäkeskustelussa keskusteltiin myös toiminnan kehittämisestä kotihoidossa. Ryhmäkeskustelu nauhoitettiin. Nauhoitettua aineistoa kertyi noin kolmekymmentäviisi minuuttia.

## 5.2 Eettiset asiat

Tutkimusprosessin eettisiin ongelmakohtiin sisältyvät muun muassa tutkimuslupaan ja tutkimusaineiston hankintaan liittyvät asiat (Eskola & Suoranta 2008, 52). Opinnäytetyön tekemistä varten laadin tutkimuslupan Espoon kaupungille (Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen hallintopalvelut/ Tieto, laatu ja kehittäminen) syyskuussa 2007. Minulle myönnettiin tutkimuslupa 24.9.2007 edellytyksellä, että asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin ja niihin liittyviin asiakkaiden voimavarakartoituksiin, terveystietoihin, henkilötietoihin sekä kotihoidon asiakkuutta koskeviin tietoihin saa perehtyä vain asiakkaan tai hänen laillisen edustajansa suostumuksella.

Ihmisen kunnioittamista ilmentävät arvot ovat ihmistieteissä keskeisenä tutkimuseettisten normien lähtökohtana, ja ihmisten itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen näkyy siinä, että mahdollisille tutkittaville annetaan mahdollisuus päättää, osallistuvatko he tutkimukseen (Kuula 2006, 60 - 61). Kotihoidon asiakkaiden suostumusta heidän hoito- ja palvelusuunnitelmiansa ja niihin liittyvien voimavarakartoitusten analysointiin kysyttiin suostumuskirjeillä. Kotihoidon hoitajien kanssa sovittiin, että kirjeitä vietäisiin pääsääntöisesti kaikille säännöllisille kotihoidon asiakkaille, poikkeuksena hyvin dementoituneet asiakkaat tai asiakkaat, joille jo suostumuskirjeen viemisestä voisi olettaa olevan jotakin haittaa, jos asiakkaan voisi esimerkiksi olettaa ahdistuvan kovasti jo pelkästä kirjeestä. Asiakkaille vietävässä kirjeessä kerrottiin suostumuksen antamisen olevan vapaaehtoista.

Suostumuksen antaneiden kotihoidon asiakkaiden henkilötunnukset sain kotihoidon ohjaajilta. Suostumuksen antaneiden asiakkaiden nimilistat eivät päätyneet muiden tietoon. Henkilötunnusten perusteella pystyin tulostamaan suostumuksen antaneiden asiakkaiden uusimmat voimavarakartoitukset ja hoito- ja palvelusuunnitelmat. Lupaa tähän tietojen tu-

lostamiseen olin vielä erikseen kysynyt minulle tutkimusluvan myöntäneeltä erityissuunnittelijalta.

Kotihoidon asiakkailta kysyttiin halukkuutta haastatteluun kirjeillä, jossa kerrottiin haastatteluun osallistumisen olevan vapaaehtoista. Teemahaastatteluun osallistuneilta asiakkailta kysyttiin lupa haastattelun nauhoittamiseen. Ryhmäkeskusteluun kysyin halukkaita hoitajia ryhmäkeskusteluun kolmesta eri Espoon kotihoidon tiimistä kotihoidon ohjaajien kautta. Ryhmäkeskusteluun osallistuminen oli vapaaehtoista. Kultakin ryhmäkeskusteluun osallistuneelta kysyttiin lupa keskustelun nauhoittamiseen.

### 5.3 Aineiston analysointi

Asiakkaiden uusimmat hoito- ja palvelusuunnitelmat sekä uusimmat voimavarakartoitukset tulostin marraskuussa 2007 viikolla 48. Tulostettuja hoito- ja palvelusuunnitelmia ja voimavarakartoituksia analysoin loppuvuodesta 2007 ja jatkoin analysointia vuoden 2008 keuhälä ja kesällä. Ensin luin läpi asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmia sekä voimavarakartoituksia ja alleviivasin niistä mielenterveyteen liittyviä tekijöitä. Seuraavaksi kirjoitin asiakkaista heidän hoito- ja palvelusuunnitelmiansa perusteella ylös taustatietoja, kuten asiakkaan sukupuoli ja ikä. Sen jälkeen keräsin asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmista ja niihin liittyvistä voimavarakartoituksista tietoja ryhmittelemällä asioita aiheittain. Kirjasin asiakkaiden voimavarakartoituksista ja hoito- ja palvelusuunnitelmista tavoitteita, auttamismenetelmiä ja sekä mielestäni oleellisia kohtia asiakkaiden arvioinneista sekä asiakkaiden omaa vointia, omia toiveita ja harrastuksia koskevia ilmaisuja. Keräsin myös asiakkaiden omaisiin ja muuhun sosiaaliseen verkostoon liittyviä ilmaisuja. Myöhemmin muutin asioiden ryhmittelyä siten, että jaoin kohdan ”asiakkaiden omia toiveita, omaa vointia ja harrastuksia kuvaavia ilmaisuja” kahteen eri ryhmään, joista toiseen tuli asiakkaiden omia toiveita kuvaavia ilmaisuja ja toiseen asiakkaiden arvostuksia ja harrastuksia kuvaavia ilmaisuja. Myöhemmin palasin vielä eri aihepiireittäin ryhmittelemääni aineistoon ja vertasin sitä teorian tietoon mielenterveydestä ja sen edistämisestä. Asiakkaiden tietoja käsittelemällä pyrin selvittämään, miten asiakkaiden mielenterveyden edistäminen näkyy hoito- ja palvelusuunnitelmissa ja niihin liittyvissä voimavarakartoituksissa.

Asiakkaiden haastattelut nauhoitin ja myöhemmin auki-kirjoitin äänitteet. Tarkistin molempien haastattelujen auki-kirjoitettua tekstiä kuuntelemalla äänitteitä vielä uudestaan niiden kirjoittamisen jälkeen. Analyysimenetelmänä minulla oli sisällönanalyysi. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan menetelmää, jonka avulla tehdään erilaisia päätelmiä määrittelemällä sekä objektiivisesti että systemaattisesti sanomien spesifejä ominaisuuksia. Tarkasteluyksikkö voi sisällönanalyysiä käytettäessä vaihdella ja olla esimerkiksi lause tai tarkastelun kohteena voi olla jokin merkitys. (Hirsjärvi ym.1988, 115 – 116.)

Ensimmäistä haastatteluaineistoa analysoin ja ryhmittelin siten, että keräsin aineistosta teemaan liittyviä lauseita kunkin haastatteluteeman alle. Myös toisen haastattelun aineistosta keräsin kuhunkin haastatteluteemaan liittyviä lauseita haastatteluteeman alle. Tämän toisen haastattelun mielenterveyden edistämistä kotihoidossa käsittelevän haastatteluteeman jaoin aineistoa käsitellessäni kahteen ryhmään. Kyseisen teeman jaoin alakategorioihin, joista toiseen keräsin hoitajien ominaisuuksiin ja toiseen kotihoidon käyntien merkitykseen liittyviä asioita. Myöhemmin yhdistelin molemmista haastatteluaineistoista saamiani tietoja. Haastatteluaineiston analysointia toteutin keväällä 2008 ja kesällä 2008 vielä muokkasinkin opinnäytetyötä.

Hoitajien ryhmäkeskustelun nauhoitin ja myöhemmin auki-kirjoitin. Kuuntelin äänitettä myös auki-kirjoittamisen jälkeen. Auki-kirjoitetusta tekstistä ryhmittelin mielenterveyteen liittyviä lauseita aihepiireittäin eri otsikoiden alle. Näitä otsikoita analysoin alkuvaiheessa olivat: mitä mielenterveyden edistäminen on, masennuksen tunnistaminen kotihoidossa, miten kotihoidon työtä voitaisiin kehittää, jotta mielenterveyden edistäminen toteutuisi paremmin sekä mielenterveyden edistäminen kotihoidossa, jonka erillisenä alakategoriana oli aiheeseen liittyvien muiden asioiden lisäksi ”millaisia valmiuksia hoitajalla on edistää mielenterveyttä”. Hoitajien ryhmäkeskustelun analysointia tein keväällä 2008 ja kesällä 2008 vielä muokkasinkin opinnäytetyötä.



## 6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

### 6.1 Asiakkaiden voimavarakartoitukset ja hoito- ja palvelusuunnitelmat

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten mielenterveyden edistäminen näkyy asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa ja niihin liittyvissä voimavarakartoituksissa. Mielenterveyden edistämistä tarkastelen asiakkaiden voimavarakartoituksissa ja niihin liittyvissä hoito- ja palvelusuunnitelmissa siitä näkökulmasta, että mielenterveys ei ole terveyden erillinen osa vaan on olennainen osa ihmisen kokonaisvaltaista terveyttä ja hyvää elämää ja on vuorovaikutuksessa ihmisen elämän eri osa-alueiden kanssa. Mielenterveyttä määrittävinä tekijöinä voidaan nähdä yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalinen tuki ja muu vuorovaikutus, kulttuuriset arvot sekä yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit (Lavikainen ym. 2004, 32). Mielenterveys on koko ajan vuorovaikutuksessa fyysisen terveyden kanssa (Leppo 2004, 9). Terveyden edistäminen voidaan nähdä toimintana, joka auttaa lisäämään sellaisten tekijöiden hallintaa, jotka pitävät yllä terveyttä tai voivat aiheuttaa sairauksia (Lehtonen ym. 2001, 19). Mielenterveyden häiriöiden ehkäisevän toiminnan tavoitteena voidaan nähdä riskien vähentäminen ja mielenterveyden edistämisen tavoitteena ihmisten selviytymisen vahvistaminen (Immonen 2005, 23).

Mielenterveyden edistäminen näkyi asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa ja niihin liittyvissä voimavarakartoituksissa siinä, että kaikkien asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa tai voimavarakartoituksissa asiakkaan sosiaalista verkostoa oli kartoitettu. Asiakkaiden sosiaalisiin verkostoihin liittyvissä kirjauksissa oli kerrottu asiakkaiden omaisista tai muusta sosiaalisesta verkostosta. Joidenkin omaisten tai muiden merkittävien ihmisten kohdalla oli kerrottu, kuinka usein he ovat yhteydessä asiakkaaseen ja missä asioissa he asiakasta auttavat. Joidenkin asiakkaiden kohdalla omaisten kerrottiin auttavan esimerkiksi kodinhoidollisissa asioissa. Asiakkaiden omaisista ja muusta sosiaalisesta verkostosta oli esimerkiksi seuraavia mainintoja:

*yksinäisyys vaivaa, vaikka lapset ja ystävät käyvät usein*

*nyt alkanut muisti huonontua eivätkä lasten voimavarat enää riitä. Huolehtivat edelleen pankki- ym. asioista ja käyvät siivoamassa ja pesemässä pyykin.*

*naisystävä asuu ..., nyt olleet vähemmän tekemisissä, kun asiakkaan toimin takyky huonompi*

Mielenterveyden edistäminen näkyi asiakkaiden voimavarakartoituksissa myös siinä, että asiakkaiden joitakin omia toiveita oli niissä ilmaistu. Myös asiakkaiden arvostuksia ja harrastuksia kuvaavia ilmaisuja oli kirjattu asiakkaiden voimavarakartoituksiin. Tässä alla on esimerkkejä asiakkaiden arvostuksia ja harrastuksia kuvaavista ilmaisuista voimavarakartoituksista.

*asiakas itse haluaa tietää ja vaikuttaa lääkehoidon toteutumiseen*

*asiakkaan toiveena asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään*

*tykkää lukemisesta ja musiikista*

*Raamattu ollut suurena tukena elämän iloissa ja suruissa*

Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien tavoitteissa ei ollut sellaisenaan kirjattu mielenterveyden tai mielen hyvinvoinnin tukemista tai edistämistä eikä myöskään minkään mielenterveyden ongelman, kuten masentuneisuuden tai yksinäisyyden helpottamista. Yhden asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli tavoite "elää hyvää arkea". Se voidaan nähdä myös mielenterveyden edistämisen tavoitteeksi, jos hyvän elämän ajatellaan pitävän sisällään myös mielenterveyttä. Omaisten tukeminen oli yhden asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteissa. Se voidaan nähdä myös mielenterveyden edistämisen tavoitteeksi, jos mielenterveyden nähdään sisältävän sosiaalisen ulottuvuuden (Ks. Lavikainen ym. 2004).

Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien tavoitteissa voidaan nähdä myös muita mielenterveyden edistämiseen liittyviä tavoitteita. Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa näkyi asiakkaiden selviytymisen vahvistamiseen liittyviä tavoitteita, kuten "säännöllisesti toteutuva lääkehoito", "itsenäinen, turvallinen kotona asuminen mahdollisimman pitkään" sekä "lonkkaleikkauksen jälkeinen kuntoutuminen ja omatoimisuuden tukeminen kotihoidon palveluiden avulla". Omatoimisuuden tukeminen voidaan nähdä asiakkaan voimavaro-

jen säilymistä edistävänä tavoitteena. Osa hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteista liittyi johonkin konkreettiseen, fyysiseen terveyteen liittyvään asiaan, kuten hyvään ravitsemustilaan, diabeteksen pysymiseen hoitotasapainossa tai ihon eheyteen. Tässä alla on esimerkkejä hoito- ja palvelusuunnitelmien tavoitteista.

*liikkumiskyvyn ylläpito*

*kotona asumisen tukeminen*

*päkiän kovettuman pehmeneminen*

Auttamismenetelmiä oli asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjattu lukuisia. Auttamismenetelmissä oli yhden asiakkaan kohdalla kirjattu ”keskustelua ajankohtaisista asioista”. Sosiaalinen ulottuvuus näkyi myös toisen asiakkaan kohdalla auttamismenetelmissä. Auttamismenetelmäksi oli kirjattu asiakkaan kannustaminen liikkumaan myös kodin ulkopuolella. Yhden asiakkaan kohdalla näkyi asiakkaan tukeminen muutokseen, kun yhdeksi auttamismenetelmäksi oli asiakkaan kohdalla kirjattu päihteettömyyteen kannustaminen.

Pääasiassa auttamismenetelmät kuitenkin keskittyivät asiakkaan fyysiseen vointiin. Auttamismenetelminä oli kirjattu esimerkiksi verikokeiden ottaminen asiakkaan kotona, verenpaineseuranta ja suihkussa avustaminen. Yhden asiakkaan auttamismenetelmiin oli kirjattu ulkoiluapu. Ulkoilun mahdollistaminen voidaan nähdä myös mielen hyvinvointia edistävänä tavoitteena. Yhtenä turvallisuuteen liittyvänä auttamismenetelmänä oli kirjattu turvapuhelin. Osa asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien auttamismenetelmistä liittyi kodin hoitoon, esimerkiksi pyykkihuollossa avustamiseen, pesutilojen puhtaanapitoon ja yksityisen siivouspalvelun hankkimiseen. Yhtenä asiakkaan omia voimavaroja tukevana menetelmänä oli apuvälineiden, rollaattorin, ammeistuimen ja tukikahvan hankkiminen. Asiakkaan omien voimavarojen tukeminen näkyi asiakkaan auttamismenetelmien kirjauksessa myös siinä, että aamupalan valmistuksen kohdalla oli mainittu asiakkaan tekevän itse voi-leivät.

Erilaisten auttamismenetelmien voidaan nähdä tukevan asiakkaan kokonaisvaltaista hyvää elämää ja selviytymistä ja täten myös mielenterveyden edistämistä. Alla on esimerkkejä kirjauksista hoito- ja palvelusuunnitelmien auttamismenetelmistä.

*Kotihoidon käynnit ma-su klo 8.30-9.00. Jolloin aamupalan valmistus. Asiakas tekee itse voileivät. Pukeutumis/peseytymisapu tarvittaessa. Vuoteen sijaus. Astioiden tiskaus ja roskien vienti päivittäin...*

*Kauppapalvelu kahdesti viikossa*

*Ateriapalvelu 7 x viikko*

Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa arvioinneissa mielenterveyden edistäminen ei ollut selkeästi esillä. Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien arvioinneissa asiakkaan mielialasta oli kirjattu yhden asiakkaan arvioinnissa, jossa kerrottiin asiakkaan masentuneisuudesta.

*Masentuneisuutta ollut välillä, mutta pysynyt pidemmän aikaa raittiina*

*Masentuneisuutta edelleen ja antabuksen lopettamisen jälkeen raittiit jaksot vähentyneet...*

*Vointi ja yleistila ollut parempi, motivoitunut raittiuteen. Aloittanut Antabuksen... suhtautuu optimistisesti tulevaisuuteen.*

Muiden asiakkaiden arvioinneissa ei asiakkaiden mielialasta ollut kirjauksia. Arviointien kirjaukset liittyivät asiakkaiden toimintakykyyn, kuntoutumiseen ja kotona selviytymiseen, kotihoidon käynteihin sekä niissä mahdollisesti tehtäviin muutoksiin. Kahden asiakkaan kohdalla kerrottiin asiakkaan motivoituneisuudesta hoitoonsa ja yhden asiakkaan kohdalla, että hän oli motivoitunut raittiuteen. Tässä alla on esimerkkejä asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien arvioinneista.

*liikkuminen huonontunut*

*toimintakyky säilynyt ennallaan. Pärjää hyvin yksin asuen kotihoidon kahdella viikottaisella käynnillä.*

*haava parantunut*

## 6.2 Kotihoidon asiakkaiden haastattelut

Kotihoidon asiakkaiden haastattelujen tarkoituksena oli tuoda esille asiakkaiden näkökulmaa siitä, miten kotihoidon työntekijä voi edistää asiakkaan mielenterveyttä. Haastatelta-

vat asiakkaat ovat molemmat naisia. Toinen haastateltava kuuluu ikäryhmään 60 – 70 -vuotiaat ja toinen ikäryhmään 71 - 80 -vuotiaat. Kotihoidon käynnit ovat toisella asiakkaalla kaksi kertaa viikossa ja toisella asiakkaalla kerran päivässä. Toinen asiakkaista saa kotihoidon tukipalveluista tarvittaessa kauppakassi- ja ateriapalvelua sekä kuljetuspalvelutukea, jota pitää erittäin tärkeänä. Toinen haastateltavista kertoi olevansa erittäin masentunut ja koki myös olevansa yksinäinen. Asiakkaista toinen vaikutti olevan tyytyväinen nykyiseen elämäänsä.

Kotihoidon käyntien merkitys toisen asiakkaan hyvinvointiin näkyy siinä, että ilman kotihoidon aloittamista asiakas ei kertomansa mukaan olisi päässyt sairaalasta kotiin. Asiakas kokee, että kotihoidon työntekijöillä on hänelle riittävästi aikaa ja että asiat tulevat hyvin hoidettua. Asiakas tuo esille myös joustavuuden tilanteessa, jolloin kotihoidon käynnin on voinut sopia myöhemmäksi, kun asiakkaalla itsellään on ollut ohjelmaa.

*... hyvinhän nuo on... on hoitanu on asiansa mitä on ollu ihan...*

*No kyllä on ollu että ei halua enemmän aikaa... on joskus käyty kävelemässä kin hoitajan kanssa.*

Haastateltavista toinen kokee kotihoidon käyntien merkityksen esimerkiksi siinä, että hän tietää jonkun tulevan käymään. Jo se edistää asiakkaan mielestä hyvinvointia. Kotihoidon työntekijä tuo myös asiakkaalle tuulahduksen ulkomaailmasta. Asiakkaan mielestä vuorovaikutus kotihoidon käynneillä on merkittävä, koska kotihoidon työntekijä voi olla ainoa, kenen kanssa asiakas juttelee koko päivänä.

*Minkäläinen merkit(ys)... No siinä on esimerkiks sellanen että mä tiedän et joku tulee käymään... Se on aika tärkeä, et mä saan niinku tuulahduksen tuolta ulkoa... ulkomaailmasta.*

*Joo, koska se saattaa olla ainut puhekontakti sinä päivänä.*

Haastateltavan asiakkaan mielestä kotihoidon käynnillä voidaan vaikuttaa yksinäisyyden kokemiseen siinä hetkessä, kun työntekijä on läsnä. Haastateltava asiakas kuvaa kotihoidon käynnin kuitenkin olevan useimmiten lyhyt piipahdus. Asiakkaan masennukseen kotihoidon työntekijä voi asiakkaan mielestä vaikuttaa omilla kysymyksillään. ”Hetkisen poisolon masennuksesta” hoitaja voi saada aikaan kertomalla jotakin. Asiakkaan mielestä kotihoidon työntekijän pitäisi tietää, mikä asiakasta kiinnostaa ja mitä hän tarvitsee. Asiakas

kokee mielenterveyden edistämisenä myös sen, että hoitajat ovat ehdottaneet, että veisivät häntä ulos kävelyille. Mielenterveyden edistäminen kotihoidon käynneillä toteutuu asiakkaan kohdalla kuitenkin pääasiassa käytännön asioiden, kuten apteekkiasioden, hoitamisena.

*Siinä hetkessä pystyy... joo. Että ei sen... sen enempää tietenkään. Ja sitten justiinsa että tää on niin lyhyt tää käynti useimmiten tän heidän työtaakkansa...*

*... niin tai auttaa hetkisen pois... poisolon siitä... no se justiinsa että... että kertoo jotakin, puhuu jotakin...*

*Ja sitten tässä on ollu sellanen vielä että he ovat tarjoutuneet viemään mua ulos, ulos kävelyille, koska mä oon täällä sisällä paljon...*

Haastateltava tuo esille, että hän toivoo kotihoidon työntekijältä iloisuutta, aktiivisuutta ja huomaavaisuutta. Toisaalta asiakas tuo esille, että riippuu myös hänen omasta tilanteestaan, miten hän vuorovaikutuksen kulloinkin kokee ja jaksako hän itse keskustella, vaikka käynnille tulisi aktiivinen hoitajakin. Asiakas pitää tärkeänä myös sitä, että hän voi kokea, että työntekijään voi luottaa. Asiakas kokee myönteisenä sen, jos hän saa hoitajalta myös pientä kodinhoidollista käytännön apua, kuten astioiden pesua. Pienestä huomaavaisesta avusta, kuten likaisen pöydän pyyhkimisestä, tulee hyvä mieli. Asiakas kokee myös myönteisenä sen, jos hoitaja on omatoiminen ja esimerkiksi ehdottaa asiakkaalle, että hän voisi keittää kahvit.

*No jos sieltä nyt tulee tällanen aktiivinen henkilö käymään niin hän voi edistää... tätä niin hyvinvointia...*

*No se että... että hän käynnistäis jotakin omalla olemuksellaan... tekemällä vaikka jonkun pikkukeikan tässä, niin kun jotkut esimerkiksi tiskaavat. Et tällanen että ei välttämättä vaan istu vaan siinä samalla tiskaa"*

*... Niin kiireetön ja et pystyy sen pöydänkin puhdistaa... koska se antaa sitä iloa.*

Asiakas kokee, että kaikille kotihoidon työntekijälle ei voi jutella samalla lailla eikä kaikkia asioita. Siihen, että asiakas kokisi voivansa avautua hoitajalle, auttaa hoitajan keskustele-va ote, se että hoitaja keskustelee eikä vain tuo lääkkeitä. Asiakas kokee tärkeänä, että hoitaja osaisi mennä oikeisiin kysymyksiin ja mennä pintaa syvemmälle. Asiakkaan mielestä hoitaja voisi kysyä vielä toisella kysymyksellä sitä, mitä asiakkaalle **todella** kuuluu.

Asiakas tuo myös esille, että osalla kotihoidon hoitajista on enemmän koulutusta masennuksen hoidosta. Asiakkaan mielestä olisi hyvä, jos sama hoitaja kävisi useammin hänen luonaan, jolloin hoitaja ja asiakas tutustuisivat vastavuoroisesti toisiinsa. Asiakas toivoo kotihoidon käyntien vuorovaikutukselta, että hän itse saisi siitä jotakin.

*Jos halutaan esimerkiks puhua siitä... siitä yksin-yksinäisyydestä siitä että joskus tuntuu yksinäiseltä vaikka tykkää olla yksin, mutta ei liikaa niin... hän vaikka kysyis sitten vielä toisella kysymyksellä justiinsa tää että mitä **todella** kuuluu...*

*... tutustuu paremmin ja tietää sillai heti nimen ja... ja tietää mitä odottaa, minkälainen tää on, koska ihan samalla tavalla just niinku vieraaseen ihmi seen... siihen tarvii tän tällasen vastavuoroisuuden, että hän tietää kuka mää oon, mikä...mikä mulla on ja mää tunnen... tunnen hänet kanssa kanssa sil lai... minkälainen hän on.*

*...Ja sitten just tää miks... miks ei tää onnistu on se heidän kiireensä aikapula... et sieltä päin. Heillä on henkilöstöpula mitä mä oon ymmärtäny... niin siinä ei paljon ehdi muuta kun käännähtään ja... ja tekeen tän... tän käynnin. Mutta et sitten justiinsa mä sanoin että siellä on aktiivisia jotka osaa tarttua siihen mun tapaamiseen... että on kokeneempi... kokeneempi just joka tietää miten osaa tulla... tulla omal- omalta puoleltaan...*

Vuorovaikutuksen merkitys nousee esille myös toisen asiakkaan haastattelussa. Asiakas tuo esille myös huumorin kotihoidon käynneillä. Saman hoitajan pysyminen pidempään olisi myös toisella asiakkaalla toiveena. Asiakas tuo esille, että on tyytyväinen kotihoidon palveluihin ja hoitajiin.

*Kyllä sitä aina oottaa joka päivä että he tulevat ja saa vähän aikaa jutella toisen ihmisen kanssa ja ....*

*Kyllä niistä joku hoitaja on tullu ihan tutuksi ku mää sanon yhellekin ku manda riinia kuori minulle ja niin minä sano että oot sinä mahottoman... mahoton äiti ku pittää aina syyä, leikkiä laskin sille.*

*No jos sais pittää kauan aikaa saman että ei joka päivä vaihu... monta kertaa sit ei ne oikein sitä ymmärrä se joka kerran vaan käy että minkälaista se on.*

Haastatelluista asiakkaista myös toinen sanoo olevansa tyytyväinen saamiinsa kotihoidon palveluihin, mutta asiakas tuo myös esille kotihoidon työntekijöiden kiireen ja työtaakan, joka vaikuttaa kotihoidon käynteihin. Välillä ei hoitajalla ole aikaa kuin hakea asiakkaalta

resepti. Asiakas tuo kuitenkin esille, että joillakin hoitajilla on taito olla näyttämättä kiirettä. Kotihoidon työn kehittämistä keskusteltaessa asiakas tuo esille koulutuksen. Asiakkaan mielestä koulutuksessa voitaisiin opettaa nuorille, joilla ei ole kokemusta, miten ”ihmiseen voisi päästä sisälle”. Asiakas toivoo myös kotihoidon käynneillä pientä kodinhoidollista apua.

*Ehkä se jos niin syvälle mennään niin se on siihen koulutukseenkin... Et ei oo opetettu sitä asiaa, että miten pääsee sisälle siihen ihmiseen... että tietämät tömyys varsinkin just näillä nuorilla et mistä ne voi tietää sen että... niin....kokemuksellahan sen sit tietenkkin pysyy...”*

*...hänellä on just tää taito että ei näytä sitä kiirettä...*

## 6.3 Hoitajien ryhmäkeskustelu

### 6.3.1 Mielenterveys ja sen edistäminen

Hoitajien ryhmäkeskustelussa nousi esille monia mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä. Sosiaalisten kontaktien ja oman verkoston sekä fyysisen tekemisen koetaan vaikuttavan mielenterveyteen. Sosiaalisen verkoston kautta ihminen voi peilata itse itseään. Mielenterveys on elämänhallintaa ja hyvää oloa arjessa. Mielenterveys näkyy siinä, että selviää päivittäisistä asioista. Kokemus turvallisuudesta on osa mielenterveyttä. Ihmisellä tulisi olla tekemistä tarpeellinen määrä ja kokemus siitä, että on tarpeellinen tässä elämässä eikä ole yksin muiden ulkopuolella.

*No mulle tulee mieleen et onhan se tärkeätä että... että on niitä sosiaalisia kontakteja ja on... fyysistä tekemistä...*

*Jotenkin se et siin arjessa on hyvä olla.*

*Turvallisuus on mun mielestä hirveen tärkeä siinä että kokee olonsa turvalliseksi.*

Asiakkaan koko hoito edistää mielenterveyttä ja hyvinvointia. Esimerkiksi mielenterveyden häiriöstä kärsivän asiakkaan hygienian hoidossa auttaminen nähdään osana mielenterveyden edistämistä. Mielenterveyden edistäminen on myös toinen toisensa hyväksymistä ja kunnioittamista, sitä, että hyväksytään toinen ihminen sellaisena kuin hän on. Mielenterveyden edistäminen on vuorovaikutuksessa olemista. Mielenterveyden edistämisen tavoitteena voi olla, että ihminen ei masennu tai mene psykoottiseksi.



*...niinku sä sanoit että se on esimerkiks just tämmösillä jol on sanotaan jotain skitsofreniaa ja... niitä ei saa suihkuun... kyl se on ihan sitä että vähän niinku yhdessä auttaa... hoitaa hygieniaa tää asiakas ja sitä... ihan semmosta perus-perushommaa.*

*Selvii... päivittäisistä asioista ettei ... taikka sillai normaalisti että. Mitä se edistäminen sitten on niin hoitajan kannalta tai siis meidän.. no se on sitä että ollaan vuorovaikutuksessa ja hyväksytään toinen toisensa... sitä hyväksyminen ja kunnioittaminen mun mielestä aika paljon... ihminen sellaisena kun se on.*

### 6.3.2 Mielenterveyden edistäminen kotihoidossa

Ryhmäkeskustelussa hoitaja toi esille, että kotihoidossa on hänen mielestään kaksi erilaista mielenterveyden ongelmista kärsivää ryhmää. Toiseen ryhmään kuuluvilla on jokin psykiatrinen diagnoosi, toiseen ryhmään kuuluvilla taas ei ole mitään diagnoosia, mutta kuitenkin jotakin mielenterveyden ongelmaa, kuten yksinäisyyttä. Psykiatrisen diagnoosin omaavilla arki ei olleenaan suju. Mielenterveyden häiriöt voivat asiakkailta näkyä myös siinä, että he eivät kestä kohdata normaaleja vastoinkäymisiä vaan menevät toimintakyvyttömäksi. Mielenterveyden häiriöt voivat näkyä myös saamattomuutena, jolloin asiakasta tulee kehottaa toimimaan eri asioissa, ottamaan esimerkiksi lääkkeitä ja lähtemään ulos.

*Jos on joku ihan psyykinen diagnoosi niin silloinhan... se arki ei niinku ollenkaan suju sillä tavalla...*

*Mutta eihän ne osaa ees välttämättä oikein tukossa on niin kahvia keittää eikä perunoita.*

Asiakkaan mielenterveyttä voi edistää jo se, että hän tietää kotihoidon työntekijän tulevan säännöllisesti. Asiakkaan asioiden hoito nähdään asiakkaan mielenterveyttä edistävänä toimintana. Asiakkaan turvallisuuden tunnetta lisää se, että hän tietää asioidensa olevan hoidettu.

*Ja jollekin riittää jo se että... että tulee säännöllisesti tää ihminen et hän saa semmosta jatkuvuuden tunnetta ja turvallisuutta.*

*No hyvänen aika penkoo ne laskut maksamattomat laskut sieltä ja kaikki tällaiset mitkä ehkä vaikeuttaa sitä asumista ja tällasta että saa niinku nää tämmösiä asioita kuntoon, kun ei ne jaksa.*

Asiakkaan mielenterveyden edistäminen toteutuu arjessa auttamisena. Asiakkaan kanssa ulkoilu nähdään myös mielenterveyttä edistävänä toimintana.

*Ihan sitä niinku kotona niitä arkijuttuja, ett tota kattoo miten niistä selviytyy ja jonnekin vähän ulos sieltä neljän seinän sisältä joskus.*

*Vie kävelylle ja...*

Keskustelussa nousi esille esimerkki asiakkaan mielenterveyden edistämisestä. Hoitaja teki asiakkaan kanssa kotitöitä ja teki asiakkaalle lukujärjestyksen joka päivälle siitä, mitä asiakkaan tuli tehdä. Kotihoidon työntekijän käynnit olivat asiakkaalla alkuun kerran viikossa ja asiakkaalla oli kontaktit myös mielenterveyshoitajaan.

*Niin meillähän oli sellanen suunnitelma et me yhdes tehtiin kotitöitä ja sit mä tein hänelle lukujärjestyksen kun mä kävin alkuun niinku kerran viikossa joka päivälle mitä hänen piti tehdä siellä...*

Keskustelussa tuli esille myös päivätoiminnan merkitys kotihoidon asiakkailla. Päivätoiminta nähtiin asiakkaiden kohdalla tärkeänä. Päivätoiminta voi toimia kohtaustapaikkana, jossa asiakas voi samalla saada pientä hoitoa ja huomiota. Keskustelussa nousi myös esille, että suhteellisen nuorilla asiakkailla ei välttämättä ole mitään paikkaa, mihin mennä.

*Ei tarvi olla mikään rankka hoitopaikka vaan vähän tällanen kohtaustapaikka ... mut missä kuitenkin voi saada sellasta pientä hoitoa ja hei huomioo vähän.*

*Ne on ollu tosi tärkeitä näille jotka sinne vähäks aikaa pääsee.*

*Se on kyl jännä että että tätä ei saa, näit on nuorii ihmisii, siis siltä kantilt nuorii, niil ei oo mitään paikkaa minne mennä.*

Luottamuksellisen hoitosuhteen syntyminen nähdään tärkeänä. Jos ei luottamusta ole, ei esimerkiksi harhoista kärsivä asiakas puhu niistä hoitajalle. Luottamuksen syntymisen katsotaan vievän aikaa. Omahoitajamalli koetaan hyväksi asiakkaan mielenterveyttä edistetäessä. Omahoitajan merkitys korostuu enemmän mielenterveyden häiriöistä kuin fyysistä vaivoista kärsivillä asiakkailla. Myös turvallisuuden kokemisen tärkeys korostuu mielenterveyden häiriöistä kärsivillä asiakkailla.

*Joo kyl se luottamus joo se on niinku ensimmäinen että jos joku vieras ihminen tulee kotiin ni...*

*Koska kyllähän niinku sitten ne on hirveen hyviä monta kertaa salaamaan niitä oireita jos ei sitä semmosta luottamusta siinä oo niin ei ne puhu niinku niistä harhoistansa mitä mitä sit sillon on... et ne peittelee kyllä hyvin niitä.*

*... semmosia epäluuloja kuitenkin täl ryhmällä on niinku aika paljon niin se vie aikaa ennen kuin se semmonen luottamus siihen... siihen syntyy.*

Asiakkaan tunteminen on edellytyksenä asiakkaan mielenterveyden edistämiseen. Työntekijöiden vaihtuvuus ja ostopalvelun käytön käyttö eivät tue asiakkaan mielenterveyden edistämistä. Asiakas ei välttämättä myöskään rauhoitu vaikeassa tilanteessa, jos asiakkaalle vieras työntekijä on paikalla. Tutunkaan työntekijän läsnä ollessa asiakas ei välttämättä rauhoitu, mutta tilanteen voi ottaa myöhemmin puheeksi uudelleen.

*Niin mut se edellyttää kuitenkin sitä et... et meidän pitää tuntee ne asiakkaat aika hyvin ennen kuin tota on oikeestaan valmiuksia sitten mitään tehdä... et semmonen, että työntekijä hirveesti vaihtuu... ja käytetään paljon ostopalvelua ni se ei niinku edesauta kuitenkaan sit sitä.*

*Ja kyl mä luulen, että sitten kun ihmisen tuntee ni sit voi niinku jäädä odottamaan kunnes kohtaaus menee ohi. Mut mä luulen että sitten sellaset jotka ei tunne sitä ihmistä niin se ei mee ohi se kohtaaus ennen kuin ne on poistuneet paikalta.*

Asiakkaalle tuttu kotihoidon työntekijä voi myös olla se henkilö, jolle asiakas purkaa oman ahdistuksensa, ja se on työntekijän kestettävä ottaa vastaan.

*... jos siellä nyt on niinku sanotaan tuttu hoitaja ni se on joskus et hän purkaa sen oman ahdistuksen just tälle näin. Koska ei o ketään muuta kelle purkaa. Omaisille ei voi, ne ei tuu uudelleen. Et Se on niinku meiän kestettävä se ottaa vastaan se myöskin.*

Hoitajalla tulisi olla kykyä nähdä asiakkaan mielenterveyden häiriöiden oireita. Hoitajalla tulisi olla myös rohkeutta kohdata asiakkaan tilanne ja ottaa asiakkaan mielenterveyden ongelmat rohkeasti puheeksi eikä vähätellä asiakkaan ongelmia.

*No ainakin rohkeutta kohdata ne asiat, ettei sitten käydä niinku hyssyttelämään, et no eihän tässä nyt mitään oo... kun ihan vaan rohkeesti ottaa puheeks ne...*

Ajan antaminen asiakkaalle nousi myös esille keskustelussa asiakkaiden mielenterveyden edistämisestä. Mielenterveyden häiriöistä kärsivien asiakkaiden hoidon koetaan vaativan enemmän aikaa kuin mitä nykyään on käytettävissä.

*Ja jostakin repii se aika... yrittää ainakin antaa sitä aikaa...*

Vuorovaikutuksen merkitys nousi esille asiakkaan mielenterveyden edistämisessä. Asiakkaan peloista kysyminen voi olla keino asiakkaan mielenterveyden edistämisen. Asiakkaalla voi myös olla itsellään vastaus kysymykseen, mitä hänen terveytensä hyväksi voitaisiin tehdä, jos asiakkaalta itseltään kysyy näkemystä asiasta. Tärkeänä nähdään myös sellaiset vuorovaikutustilanteet, joissa jutellaan tavallisista asioista. Asiakkaan mielenterveyttä edistää myös, jos hän saa kokemuksen, että ei aina ole hoitosuhteessa vain ottavana osapuolena ja että hän pystyy itse johonkin.

*Ja kyselee että mikä pelottaa ja... että ne saa niinku puhuu siitä.*

*Ja toinen on et kysyy asiakkaalt suoraan et onk sulla mitä hei sanottavaa tähän että omaan terveytees liittyen että ooksä ajatellu et mitä voitais tehdä? Sielt joskus tulee vastaus ihan kuin apteekin hyllyst yllättäenkin.*

*... Mun mielestä ne on erittäin tärkeitä tilanteita. Että puhut – jutellaan niitä ja näitä siinä sitten.*

*Et he pystyy johonkin... Sekin on sitten taas ammattitaitoo että kuinka sen pystyy sitten että järjestämään että ei tuu semmosta riippuvuutta että sä et esimerkiks joka kerta jääkään sinne istumaan ja silti se olo on niinku mukava puolin ja toisin...*

### 6.3.3 Masentuneen asiakkaan hoito

Kotihoidon masennuksesta kärsivillä asiakkailla on yleensä muitakin sairauksia. Ryhmäkeskustelussa yksi hoitaja toi esille, että asiakkaiden masennusta tunnistetaan kotihoidossa hyvin ja keskustellaan, miten asiakkaita voitaisiin auttaa. Masentuneen asiakkaan hoidossa olisi tärkeää saada masentunut takaisin elämään kiinni.

*Siis harvoinhan meillä nyt on sellasta asiakasta kellä olis vaan tää pelkkä masennus... se pyörii siellä mukana näitten muiden vaivojen.*

*Oikeestaan ainakin tuolla meidän ryhmässä niin aika hyvin kyllä. Että kyllä... kyllä on tiedossa nää ihmiset kellä on... ketkä tarvii apua ja niistä kyllä keskustellaan että miten voitais auttaa ja...*

*Tärkeetä on tietysti ettei se asiakas ettei se jäis niinku sinne... sais sen takasin niinku elämään kiinni...pikkuhiljaa sitten.*

Masennuksen tunnistamisesta tuli esille useita asioita. Masentuneen asiakkaan itsestä ja asioistaan huolehtiminen vähenee, asiat jäävät roikkumaan ja kiinnostus omaan ympäristöön muuttuu. Masentuneisuus voi näkyä siinä, että masentunut keskittyy vain ”omaan surkeuteensa”. Masentunut asiakas voi olla myös vihainen tai ärtynyt ja masentuneisuus näkyy negatiivisissa puheenaiheissa.

*Kyl se huomaa silloin kun asiat alkaa jäädä roikkumaan ei oo tiskii tiskattu ja varsinkin jos tuntee pitemmält ajalt ja okei hei nyt ei oo tehty laitettu sitä ja ei oo huolehdittu itestään niinku ennen ja sit niinku huomaa et...*

*...ei oo halua suihkuun ja jätetääks väliin ja mitä täst... vaippaa ei viitti vaihtaa.. eks niin... eikä syödä kunnolla ...*

*...niin kyl semmonen ärsyyntyneisyys näkyy silloin helpommin ja niinku juututaan niinku samaan asiaan. Samat asiat vaan niinku pyörii... ei oo mitään niinku uutta...puheenaihetta*

Mielekäs tekeminen ja ihmiskontaktit nousivat keskustelussa esille masentuneen asiakkaan auttamisessa. Mielekäs tekeminen auttaa siinä, että asiakkaalla ei ole aikaa ajatella omia murheitaan. Keskustelussa yksi hoitaja toi esille, että kotihoidon asiakkaat tarvitsisivat enemmän ihmiskontakteja. Keskustelussa nousi esille, että joillakin kotihoidon asiakkailla on vain vähän mahdollisuuksia muiden ihmisten tapaamiseen. Päivätoiminta tuotiin esille asiakkaiden mielenterveyden edistämisen keinona.

*No ne on justinsa nää asiakkaat on ite kertonu ett hän oli niin masentunut kun hän ei päässy kerhoon tai jos kerho otettais häneltä pois et hän vajoais siihen yksinäisyyteen ja tulis alkais masentumaan... Että kyllä ne monet on sanonut näin että kerho pelasti tai siis ett kontaktit ihmiskontaktit pelasti hänet tai autto...*

*Mä oon sitä mieltä ett siihen ei mitkään cipralexit kyll auta jos ihminen on yksinäinen ni...*

*Ihmiskontaktit ne on kyllä ne että mitä ne... mitä ihmiset tarvii enempi.*

Kotihoidon käyntien merkityksestä asiakkaiden yksinäisyyteen keskusteltiin. Yksi keskusteluun osallistunut hoitaja kertoi, että kotihoidon käynneillä vaikutetaan asiakkaiden yksinäisyyteen. Toisen hoitajan mielestä asiakkaiden yksinäisyyteen vaikutetaan kotihoidon käynneillä nykyään hyvin vähän. Keskustelussa tuli esille, että yksinäisyyteen voidaan vaikuttaa käyntiajan puitteissa. Keskustelussa nousi myös esille, että asiakkaalla olisi hyvä olla vertaisverkosto. Työntekijät eivät ole asiakkaan ystäviä, vaikka jotkut asiakkaat saattavat kokea, että työntekijät tulevat ikään kuin kylään.

*Voi... tottahan toki ja vaikutetaanki!*

*Niin tietysti se aika on sitten... Kaikki se muu ajan hän on siellä yksin.*

*Et sen minkä siellä käynnillä nyt sit on.*

Asiakkaan lääkityksestä huolehtiminen ja lääkekontrollit tulivat esille masentuneen asiakkaan hoidossa.

*Niin että pitää huolehtia näistä kontrolleista ja sitten... kaikki että niitä on lääkesaneerauksiaki että kenties se asiakas ei sit enää tarvikaan sitä masennuslääkettä tai jotain ylimääräistä särkylääkettä tai -*

#### 6.3.4 Työn kehittäminen kotihoidossa

Kotihoidon työn kehittämistä, jotta asiakkaiden mielenterveyden edistäminen toteutuisi paremmin, keskusteltiin. Erityistä koulutustarvetta ei nyt nähty olevan. Yksi ryhmäkeskusteluun osallistunut hoitaja toi esille, että hoitotyön peruskoulutus jo antaa hyvät valmiudet asiakkaiden hoitamiseen. Yhteistyötä joissakin yksittäisissä tapauksissa sen sijaan tarvittaisiin psykiatrisen hoidon ammattilaisten kanssa. Hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaa voitaisiin tehdä yhdessä. Myös mielenterveyshoitajan kotikäynnit asiakkaille nähtäisiin hyvänä työmuotona.

*... mä oon aina niinku kannattanu sitä että ihan terveel maalaisjärjel suhtaututaan näihin että... Kyl sen sit itse näkee siinä kun... et okei hei nyt... nyt tarvitaan vähän enemmän tietoo ja taitoo että*

*Niin et ehkä enemmänkin niinku just tämmönen hoito- ja palvelusuunnitelmatyyppinen et mikä olis tehty sit sillä tavalla yhdessä et siin olis niinku jos on psyk poli ja niinku tämmöset... et joku sellanen yhteistyökysymys mun mielestä se enemmän on kuin sitten koulutusta siihen.*

*Ja sit olis kyl kauheen hyvä joku tommonen mielenterveyshoitajan säännölliset kontaktit. Ihan kotiin saakka ettei asiakas joudu vaivautumaan tonne toimistolla saakka aina ... ja siellä kotonahan sen näkee...*

Mielenterveyden häiriöistä kärsivien asiakkaiden hoidossa katsotaan tarvittavan nykyistä enemmän aikaa. Fyysisistä sairauksista kärsivien asiakkaiden katsotaan menevän ajankäytössä mielenterveyden ongelmista kärsivien edelle. Keskustelussa tulee myös esille, että työntekijöitä olisi hyvä olla enemmän.

*Ja mulla on vähän semmonen tunne että... et kyl noi fyysiset viat menee kuitenkin näis sairauksissa (edelle), että katotaan et jos ihminen on kauheen huonos kunnos pyörätuolis... tarvi... et... että katotaan jotenkin niin että ei hän tää nyt mitään jos on tunti kaks menny täs asiakastyössä mut sitten kun se on vähän tällai näkymätön et sä oot ihan niinku terveen näkönen mut kui tenkaan et saa mitään aikaseks niin sitä äkkiä niinku karsitaan sitä aikaa ja katotaan et kyl ton on pärjättävä.*

*No kyl mun mielestä ehdottomasti se että... heillekin niinku se oma... omahoitajajärjestelmä niinku mikä on mut et se olis äärimmäisen tärkeätä ja... ja tota enemmän sitä aikaa ja...*

*Et silleen mä koen että ne vaatis niinku hirveen paljon enemmän aikaa mitä meillä on annettavana.*

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tulosten tarkastelua

Tässä opinnäytetyössä tarkastelluissa asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa ja niihin liittyvissä voimavarakartoituksissa mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä oli tuotu esille.

Mielenterveyden edistäminen näkyi asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa ja voima-

varakartoituksissa erilaisena kotona selviytymisen tukemisena. Mielenterveyden edistämisenä voidaan nähdä mikä tahansa sellainen toiminta, joka on mielenterveyttä vahvistavaa toimintaa tai toimintaa, joka vähentää mielenterveyttä vahingoittavia tekijöitä (Lehtonen ym. 2001, 19).

Asiakkaiden sosiaalista verkostoa oli kartoitettu ja asiakkaiden omia toiveita, harrastuksia ja arvostuksia oli tuotu esille opinnäytetyössä analysoiduissa asiakkaiden voimavarakartoituksissa. Sosiaalinen ulottuvuus voidaan nähdä yhtenä mielenterveyttä määrittävänä tekijänä (Lavikainen ym. 2004, 32). Sosiaalisen verkoston merkitys tulee esille myös Tiikkaisen (2006) tutkimuksessa, jossa merkittävät yhteydet yksinäisyyteen 80-vuotiailla olivat muun muassa masentuneisuudella, yksin asumisella ja vähäiseksi koetulla sosiaalisella ja emotionaalisella yhteydellä. Sohlman (2004) tutkimuksessa taloudellinen kriisi ja ongelmat läheisten kanssa olivat mielenterveyttä heikentäviä tekijöitä. Tutkimusten mukaan asiakkaan sosiaalisen verkoston kartoittaminen on siis olennaista. Sosiaalisen verkoston hyödyntäminen käytännön työssä kotihoidossa ei tässä opinnäytetyössä tule kuitenkaan selville.

Hengellinen näkökulma oli esillä yhden asiakkaan voimavarakartoituksessa, jossa kerrottiin Raamatun olleen suurena tukena elämän iloissa ja suruissa. Hautakangas ym. 2006 tutkimuksessa iäkkäiden naisten elämänlaadusta yhteys Luojaan tuli myös esille elämänlaadun osatekijänä.

Sellaisenaan mielenterveyden edistämistä tai mielen hyvinvoinnin tukemista ei ollut kirjattu yhdenkään opinnäytetyössä analysoidun hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteeksi. Yhden asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman laaja tavoite ”elää hyvää arkea” voidaan käsittää myös sisältävän hyvän mielenterveyden. Mielenterveys kuuluu tärkeänä osana ikääntyneiden ihmisten hyvinvointiin ja hyvään vanhuuteen (Saarenheimo 2003, 11). Myös tavoite ”itsenäinen, turvallinen kotona asuminen mahdollisimman pitkään” voidaan katsoa mielenterveyttä edistäväksi tavoitteeksi, mikäli kotona asuminen on asiakkaan toiveena oman elämänsä suhteen. Mielenterveyden edistämisen tavoitteiden esille tuomista asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa voidaan pitää oleellisina, mikäli mielenterveyttä tarkastellaan positiivisen mielenterveyden määritelmän kautta ja nähdään mielenterveys asiakkaan yleiselle hyvinvoinnille oleellisena resurssina (Ks. Korkeila ym. 2006, 16).



Asiakkaiden joitakin omia toiveita oli mainittu asiakkaiden voimavarakartoituksissa. Asiakkaiden omien toiveiden ja tarpeiden kysyminen ja niiden esille tuominen onkin vanhustyössä keskeistä myös masennuksen ehkäisyä ajatellen. Heikkisen mukaan iäkkäillä depressiivisyys kiteytyy eräänlaiseen voimattomuuden tunteeseen, joka nousee omien voimien vähenemisestä ja omien vaikutusmahdollisuuksien kaventumisen pohjalta (Heikkinen 1998, 22).

Hoitotyön auttamismenetelmiä oli kirjattu asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin lukuisia. Auttamismenetelmiä voidaan tarkastella mielenterveyden edistämisen näkökulmasta, mikäli asiakkaan koko hoidon ajatellaan vaikuttavan mielenterveyteen. Hedmanin (2002) tutkimuksessa mielenterveyden edistämisen edellytys on asiakkaan kokonaisvaltaisuuden huomioiminen. Kokon (2004) tutkimuksessa mielenterveystoimiston työntekijöiden käsityksistä hyvästä mielenterveystyöstä yhtenä yläkategoriana oli hyvä mielenterveystyö kokonaisvastaisena potilaan elämäntilanteen järjestämisenä.

Tässä opinnäytetyössä analysoiduissa hoito- ja palvelusuunnitelmissa esimerkiksi päiheteettömyyteen kannustaminen, kannustaminen liikkumiseen kodin ulkopuolella sekä apuvälineiden hankinnan voidaan ajatella vaikuttavan myös asiakkaan mielen hyvinvointiin ja toimivan mielenterveyden häiriöiden primaaripreventiona, joskaan mielenterveyden edistämistä ei ollut erikseen mainittu asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien tavoitteissa. Hokkasen ym. (2006) tutkimuksessa apuvälineiden hankinta oli yhtenä iäkkäiden ihmisten voimavaroja tukevana menetelmänä.

Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien arvioinneissa oli asiakkaan mielialasta kirjauksia yhden asiakkaan kohdalla, jolloin kerrottiin asiakkaan masentuneisuudesta. Muiden asiakkaiden kohdalla ei asiakkaan mielialaan liittyviä kirjauksia arvioinneissa ollut. Näiden asiakkaiden kohdalla ei mielenterveyden edistäminen ehkä ollut keskeisellä sijalla hoidossa tai myös kirjaamiseen käytettävissä oleva aika voi vaikuttaa siihen, miten paljon asiakkaiden arviointeihin on kirjattu.

Asiakkaiden teemahaastatteluissa molemmat haastateltavat asiakkaat toivat esille toiveen siitä, että kotihoidon työntekijä olisi tuttu. Myös hoitajien ryhmäkeskustelussa tuli esille omahoitajuuden merkitys asiakkailla. Luottamuksen syntyminen mahdollistuu ajan myötä ja tutulle hoitajalle asiakas uskaltaa puhua asioistaan. Asiakkaan tunteminen on edellytyk-

senä myös sille, että hoitajalla on valmiuksia asiakkaan mielenterveyden edistämiseen. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella vastuuhoidajuutta olisi syytä vahvistaa ja työntekijöiden pysyvyyttä tulisi pyrkiä turvaamaan. Yhteistyösuhde iäkkään ihmisen voimavaroja kuvaavana yhtenä pääkategoriana tuli esille myös Hokkasen ym. (2006) tutkimuksessa.

Toisen asiakkaan haastattelussa nousi esille hoitajien ajanpuute, jonka seurauksena ovat ainoastaan pikaiset kotikäynnit. Myös hoitajien keskustelussa nousi esille, että aikaa mielenterveyden ongelmista kärsiville asiakkaille tulisi olla enemmän. Tämä on haasteena myös henkilökuntamitoitusta mietittäessä.

Asiakashaastattelussa keskeistä oli myös se, että asiakas toivoi hoitajilta aktiivista, keskustelevaa roolia sekä myös huomaavaisuutta, joka toteutuisi pienenä käytännön kodinhoidollisena apuna. Pienen kodinhoidollisen avun asiakas toi esille iloa tuottavana asiana. Hoitajan keskusteleva ote taas edesauttaa asiakkaan mukaan sitä, että asiakas voi avautua hoitajalle. Asiakas toivoo hoitajan menevän pintaa syvemmälle ja kysyvän mitä asiakkaalle todella kuuluu.

Kun mielenterveyttä tarkastellaan voimavaranäkökulmasta, korostuu arjen elämänhallinta. Hoitajien ryhmäkeskustelussa nousikin esille, että mielenterveyden häiriöt näkyvät siinä, jos arki ei suju. Mielenterveyden edistämisen promotiivisina menetelminä tulivat keskustelussa esille arjen selviytymisessä auttaminen, asiakkaan kanssa ulkoilu, vuorovaikutus ja omahoitajuus. Hoitajien keskustelussa yhtenä mielenterveyden edistämisen keinona tuli esille myös luottamuksellinen hoitosuhde. Kokon (2004) tutkimuksessa mielenterveystoimiston työntekijöiden käsityksistä hyvästä mielenterveystyöstä luottamuksellinen hoitosuhde nousi esille yhtenä yläkategoriana. Opinnäytetyössäni myös kotihoidon käyntien säännöllisyys nähtiin mielenterveyttä edistävänä.

Ryhmäkeskustelussa hoitajat toivat voimakkaasti esille myös päivätoiminnan merkityksen kotihoidon asiakkaille. Lyyran (2006) tutkimuksessa psykososiaalista tukea voidaan mitata niinkin perustavaa laatua olevalla mittarilla kuin eloonjäämisellä. Kokon (2004) tutkimuksessa tuli esille mielenterveystoimiston asiakkaiden näkemys hyvästä mielenterveystyöstä muun muassa toimintana, joka perustuu yhteistoimintaan muiden samassa elämäntilanteessa olevien asiakkaiden kanssa.

Hoitajien keskustelussa mielenterveydestä ja mielenterveyden edistämisestä painopiste oli kuitenkin mielenterveyden häiriöiden sekundaari- ja tertiääripreventiossa. Hoitajalla tulisi olla valmiuksia huomata asiakkaan mielenterveyden häiriöiden oireita sekä rohkeutta kohdata asiakkaan tilanne ja ottaa asiakkaan mielenterveyden häiriöt puheeksi. Turvallisuu-den kokemus mielenterveyden häiriöistä kärsivien asiakkaiden hoidossa nähtiin keskeisenä. Lääkehoidon toteuttaminen ja lääkekontrollit nousivat myös hoitajien keskustelussa esille. Lääkehoito onkin keskeinen iäkkäiden mielenterveysongelmien hoidossa. Toisaalta Ikivihreät-tutkimusprojektiin osallistuneet iäkkäät eivät halunneet masennuksen lievittämiseen lääkkeitä vaan toivoivat muun muassa yksinäisyyden lievittymistä tai ainakin sen vähentymistä ja turvallista elämää (Heikkinen 2003, 92).

Koulutustarpeita työntekijät eivät tuoneet keskustelussa esille. Tämä voi selittyä sillä, että useimmilla keskusteluun osallistuvilla hoitajilla oli paljon työkokemusta kotihoidossa ja sitäkin kautta paljon valmiuksia asiakkaiden mielenterveyden edistämisen haasteisiin. Kehittämisehdotuksena tuli esille yhteistyö mielenterveystyön ammattilaisten, esimerkiksi psykiatrisen poliklinikan henkilökunnan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa. Myös mielenterveyshoitajan kotikäyntejä toivottiin asiakkaille.

Erilaisia mielenterveyden edistämisen keinoja tuli siis runsaasti esille hoitajien keskustelussa. Myös masennuksen tunnistamisesta kotihoidon työntekijät toivat esille konkreettista kuvausta. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä kotihoidon työntekijöiden valmiuksia asiakkaiden mielenterveyden edistämiseen. Tätä opinnäytetyötä ja työn tuloksia voidaan hyödyntää etenkin esimerkiksi uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämisessä ja opinnäytetyö antaa aineksia myös muille keskusteluun asiakkaiden mielenterveyden edistämisestä.

## 7.2 Opinnäytetyön aineiston luotettavuus

Opinnäytetyöni on kvalitatiivinen työ. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistoa arvioitaessa on keskeistä aineiston merkittävyys ja kulttuurinen tai yhteiskunnallinen paikka, aineiston riittävyys, analyysin kattavuus, analyysin toistettavuus ja arvioitavuus (Mäkelä 1990, 47- 48).

Opinnäytetyön luotettavuuteen pyrin sillä, että perehdyin ennen hoito- ja palvelusuunnitelmien analysointia, asiakkaiden haastattelua ja hoitajien ryhmäkeskustelua aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen saadakseni laajan kokonaiskuvan vanhusten mielenterveyden edistämisestä. Luotettavuuteen vaikuttaa se, että haastattelua kvalitatiivisena tutkimusmenetelmänä ja aineiston laadullista analyysia olen käyttänyt jo sairaanhoitajakoulutuksen opinnäytetyötä tehdessäni.

Koska Espoon kaupungilta saamani tutkimuslupa edellytti, että jokaiselta asiakkaalta, jonka tietoja opinnäytetyössä hyödynnetään, on erikseen kysyttävä lupa, vaikuttaa tämä aineistoon ja sen kattavuuteen. Eettisesti ei mielestäni olisi oikein pyytää allekirjoitusta suostumuslomakkeeseen vaikeasti dementoituneelta, joka ei pysty ollenkaan ymmärtämään, mistä paperissa ja allekirjoituksessa on kyse, tai henkilöltä, jonka hoitaja arvioi ahdistuvan jo suostumuskirjeen saamisesta. Kuitenkin esimerkiksi se, että vaikeasti dementoituneiden asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien sisältöä ei voitu mielenterveysnäkökulmasta analysoida tässä opinnäytetyössä, vaikuttaa aineiston kattavuuteen ja arvioitavuuteen. Myös se, että hoitajat jotka veivät asiakkaille suostumuslomakkeita, joutuivat käytännössä tekemään pientä valintaa, kenelle allekirjoitettava suostumuslomake viedään, vaikuttaa tutkimusaineiston arvioitavuuteen ja luotettavuuteen, siihen, mitä johtopäätöksiä aineistosta voidaan tehdä.

Keskeisiä kysymyksiä ovat, mitä johtopäätöksiä saamastani aineistosta voidaan tehdä, ja voidaanko ajatella, että lomakkeita palauttava asiakasjoukko on jotenkin valikoitunut, voidaanko aineistoa pitää merkittävänä. Mikäli minulle olisi myönnetty tutkimuslupa, joka olisi mahdollistanut sen, että asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmia voi analysoida ilman, että jokaiselta asiakkaalta pyytää erikseen luvan, olisi tämä mahdollistanut luotettavamman ja kattavamman tutkimusaineiston. Tällöin ei myöskään olisi tarvittu välikäsiä eli kotihoidon hoitajia, jotka vievät suostumuskirjeitä asiakkaille. Eri välikädet todennäköisesti vähentävät tutkimuksen luotettavuutta. Toisaalta opinnäytetyöni on laadullinen eikä pyri tilastollisiin lukuihin siitä, mitä mielenterveyden edistämiseen liittyviä tekijöitä hoito- ja palvelusuunnitelmissa esiintyy. Tilastolliset yleistyksen eivät ole laadullisessa tutkimuksessa päämääränä (Tuomi ym. 2002, 87). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tilastollinen argumentaatiotapa ja tutkimusyksiköiden suuri määrä ei ole mahdollinen tai tarpeen (Alasuutari 2007, 39).

Toisaalta tutkimusaineiston olisi kuitenkin oltava niin rikas, että sitä voidaan pitää merkittävänä. Olennaista siis on riittävän kattavan tutkimusaineiston saaminen. Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien analysointi antoi kuvaa kolmen eri tiimin asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmista, mutta tilastollisia johtopäätöksiä ei kymmenen eri asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmien ja voimavarakartoitusten analysoinnista voida tehdä.

Kotihoidon asiakkaista oli vaikea löytää halukkaita asiakkaita haastatteluun. Lomakkeen halukkuudesta haastatteluun palautti neljä asiakasta, joista yksi ei ilmoittanut haluavansa haastatteluun, mutta esitti näkemyksiään kotihoitoon liittyen. Lomakkeiden palauttaneista myös yksi haastattelu jätettiin toteuttamatta, koska asiakkaan omaishoitajan mielestä asiakas ei ollut soveltuva haastatteluun (oli huonokuuloinen ja dementoitunut). Haastattelut asiakkaille toivat minulle näkökulmaa kotihoidon asiakkaiden näkemyksistä hyvinvoinnista ja kotihoidon merkityksestä, mutta yleistettäviä johtopäätöksiä ei kahden asiakkaan haastattelusta voida tehdä. Asiakkaiden haastatteluja ei voitu myöskään kokonaan hyödyntää tuloksia raportoitaessa, koska asiakkaiden tunnistamattomuutta ei olisi voitu taata, jos olisi raportoitu heidän henkilökohtaisista asioistaan hyvinvointiin liittyen.

Hoitajia osallistui ryhmäkeskusteluun yhteensä neljä kolmesta eri kotihoitotiimistä, minkä voi olettaa tuovan erilaisia näkökulmia keskusteluun. Tavoitteena oli ollut saada kuusi vapaaehtoista hoitajaa ryhmäkeskusteluun. Mikäli halukkaita osallistujia haastatteluun olisi tullut vielä kaksi enemmän, olisi näkökulmia aiheesta voinut löytyä lisää. Toisaalta pienempi keskusteluryhmä mahdollisti helpommin kaikkien osallistujien aktiivisen osallistumisen keskusteluun. Keskusteluun olisi voinut myös tuoda lisää näkökulmaa se, jos keskusteluun olisi osallistunut myös yksi sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja niistä tiimeistä, joista kysyin halukkaita ryhmäkeskusteluun. Keskustelu antoi kuitenkin hyviä näkökulmia asiakkaiden mielenterveyden edistämiseen. Yleistettäviä johtopäätöksiä ei muutaman hoitajan yhtenä päivänä pidetystä ryhmäkeskustelusta kuitenkaan voida tehdä. Mielenterveyden edistämisen keinoja kotihoidossa on lisäksi myös muita, joita keskustelussa ei käsitelty, esimerkiksi depressioseulatestien tekeminen asiakkaille sekä yhteyden pito asiakkaan omaisiin. Vuorovaikutuksellinen ryhmäkeskustelu sopi kuitenkin mielestäni hyvin moniulotteisen mielenterveysaiheen käsittelyyn ja tilanne oli oman kokemukseni mukaan miellyttävä.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää asiakashaastatteluiden ja ryhmäkeskustelun nauhoittaminen. Haastattelujen nauhoittaminen mahdollistaa palaamisen haastattelutilanteeseen uudelleen, jolloin nauhoitus on muistiapu ja väline tulkintojen tarkistamiseen Aineiston muuttaminen kirjoitettuun muotoon auttaa myös merkittävien yksityiskohtien havaitsemisessa aineistosta (Tiittula & Ruusuvuori 2005, 14, 16).

Nauhat olivat teknisesti sangen onnistuneita. Ryhmäkeskustelua purkaessani en joistakin kohdista kuitenkaan saanut selvää ja jonkin verran oli päällekkäistä puhetta. Jouduin joissakin kohdissa kuuntelemaan samaa kohtaa useaan kertaan kirjoittaessani hoitajien kommentteja nauhalta. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että minulla on kokemusta teemahaastattelusta myös aiemmissa opinnoissa, toisaalta kokemusta ryhmäkeskustelusta tutkimuksellisessa tarkoituksessa ei aiemmin ollut. Luotettavuutta edistää myös se, että aihe kotihoidon asiakkaan mielenterveyden edistämisestä on minulle käytännössä tuttu, joten virhetulkintojen vaara esimerkiksi ryhmäkeskustelun analysoinnissa pienenee. Yhdelle ryhmäkeskusteluun osallistuneelle hoitajalle laitoin myös myöhemmin sähköpostia ja tarkensin yhtä asiaa, olinko ymmärtänyt sen ryhmäkeskustelussa oikein. Nauhoitettuja haastatteluja kuuntelin myös läpi useaan kertaan luotettavuuden varmistamiseksi.

### 7.3 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen eettisyys eriytyy useisiin eri näkökulmiin tutkimusprosessin eri vaiheissa. Tiedon intressin etiikkaan sisältyy tutkimusaiheen valinta, sen teoreettinen ankkurointi, tutkimuksen rajaukset sekä tutkimuskysymysten asettamisen. Tutkimusprosessin seuraavassa vaiheessa on tiedon hankkimisen etiikka, johon kuuluu tutkijan suhde tiedon kohteeseen, tutkimusjoukkoon ja aineiston hankinnan toteuttaminen sen eri vaiheissa. Tiedon tulkitsemisen etiikkaan kuuluu aineiston analyysivaiheet, analyysin toteuttaminen ja tulosten tulkinnat, käsitteellistäminen ja niiden esittämisen muotoillut. Eettisyys on laajana käsitteenä tutkimuksessa ja sen yhteiskunnallisessa tehtävässä kaikkea läpäisevä periaate, joka on tutkijan kaikissa valinnoissa läsnä. (Pohjola 2007, 11 – 12.)

Opinnäytetyössäni eettisyys näkyy siinä, että asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin ja niihin liittyviin voimavarakartoituksiin perehtyminen on saanut Espoon kaupungilta (Espoon

kaupungin sosiaali- ja terveystoimen hallintopalvelut/Tieto, laatu ja kehittäminen) tutkimusluvan. Kotihoidon asiakkailta, joiden hoito- ja palvelusuunnitelmia ja niihin liittyviä voimavarakartoituksia käsiteltiin, pyydettiin tähän myös kirjallinen suostumus. Mahdollisilla tutkittavilla on oltava riittävästi tietoa tutkimuksesta, jotta he voivat päättää, haluavatko he tulla mukaan tutkimukseen ja jotta pyrkimys ihmisten itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta onnistuu (Kuula 2006, 61).

Kotihoidon asiakkaille jaetuissa suostumuslomakkeen saatekirjeissä lukee, että suostumuksen antaminen on vapaaehtoista ja tietojen käsittely on luottamuksellista. Saatekirjeessä on pyritty antamaan tarpeelliset tiedot opinnäytetyöstä sekä opinnäytetyön tekijän työpuhelinnumero, jotta asiakkaat voivat halutessaan kysyä työstä lisätietoja. Opinnäytetyön tuloksia pyrin raportoimaan siten, että yksittäisiä asiakkaita ei pystytä tunnistamaan. Tutkimusetiikan perusteisiin kuuluukin, että tutkittaville on heidän näin halutessaan taattava mahdollisuus pysyä anonyymeinä valmiissa tutkimuksessa (Mäkinen 2006, 114).

Ihmistieteissä keskeinen tutkimuseettinen lähtökohta on ihmisarvon kunnioittaminen, joka näkyy muun muassa ihmisen itsemääräämisoikeuden kunnioittamisena sekä yksityisyyden kunnioittamisena ja suojeluna (Kuula 2006, 60, 64). Eettisyys opinnäytetyössäni näkyy siinä, että myös kotihoidon asiakkaiden haastattelun osallistuminen oli vapaaehtoista, samoin hoitajien osallistuminen ryhmäkeskusteluun. Haastattelujen ja ryhmäkeskusteluun osallistuneilta pyydettiin myös kaikilta erikseen lupa haastattelun ja ryhmäkeskustelun nauhoittamiseen.

Opinnäytetyöni on terveydenhuollon piiriin kuuluva työ. Terveiden ja sosiaalihuollon piirissä suoritettaviin tutkimuksiin liittyy piirteitä, jotka erottavat ne muista tutkimuksista. Koska terveyden tai sosiaalihuollon parissa tehtävään tutkimukseen osallistuvat ihmiset ovat yleensä jonkin hoidon piirissä, joutuu tutkija monesti eettisten ristiriitojen eteen. Tutkittavat saattavat kärsiä mielenterveysongelmista tai tarvita ohjausta ja apua jokapäiväisessä elämässään, eivätkä tutkittavat pysty välttämättä toimimaan yhteiskunnassa normaalisti. He kärsivät usein monin tavoin psyykkisesti ja fyysisesti ja voivat kokea epäonnistuneensa elämässään. Eettinen ongelma on siinä, onko moraalisesti oikein lähestyä tällaisessa elämäntilanteessa olevia ihmisiä ja pyytää heitä osallistumaan tutkimukseen. Ihmisten halukkuuteen osallistua tutkimukseen vaikuttaa paljon myös se, kuinka tärkeänä he näkevät tutkimuksen. Jos mahdolliset tutkittavat pitävät tutkimusta tarpeettomana ja merkitykset-

tömänä, voidaan tutkimus kokea vain tarpeettomana häiriötekijänä ja yksityiselämään sekaantumisenä. (Mäkinen 2006, 111 – 112.)

Haastattelemistani asiakkaista toinen koki olevansa erittäin masentunut. Kuitenkin tämä asiakas kiitti minua haastattelun loppupuolella käynnistäni ja sanoi käynnin olleen hänelle itselleenkin ”aika kiva”. Molemmat asiakashaastattelut koin itse mukavina tilanteina.

Haastattelututkimukseen liittyy useita eettisiä kysymyksiä. Luottamuksellisuus haastattelututkimuksessa tarkoittaa muun muassa sitä, että haastattelijan tulee kertoa haastateltavilleen totuudenmukaisesti haastattelun tarkoituksesta. Haastattelijan tulee myös säilyttää ja käsitellä saamiaan tietoja luottamuksellisin. Hänen on myös varjeltava haastateltavien anonymiteettiä, kun hän kirjoittaa tutkimusraporttia. (Tiittula ym. 2005, 17.) Kotihoidon asiakkaille, joilta kysyin halukkuutta haastatteluun, pyrin kertomaan opinnäytetyöstä asiakkaiden kannalta oleelliset tiedot asiakkaille menevissä kirjeissä. Kirjeissä oli myös työpuhelinnumeroni, jotta asiakkailta olisi ollut halutessaan mahdollisuus kysyä opinnäytetyöstä lisätietoja. Asiakkailta yhteydenottoja puhelimitse ei kuitenkaan tullut. Opinnäytetyössäni eettisyys toteutuu myös siinä, että haastattelutuloksia raportoidessani pyrin siihen, että yksittäisiä henkilöitä ei pysty tunnistamaan.

Eettisiä kysymyksiä aiheutti se, että asiakkaista oli vain kaksi halukasta haastatteluun. Haastatteluista saadusta aineistosta jouduttiin jättämään tuloksista raportoimatta asiakkaiden henkilökohtaiset ajatukset heidän hyvinvointiinsa vaikuttavista tekijöistä ja arvostuksesta elämässä, koska ei olisi voitu turvata sitä, että kotihoidon työntekijät eivät olisi pystyneet tunnistamaan asiakkaita. Haastattelulupaa pyydetessä oli asiakkaille lomakkeissa luvattu, että yksittäisiä asiakkaita ei pystytä tuloksista tunnistamaan.



## LÄHTEET

Alasuutari, Pertti 2007. Laadullinen tutkimus. 6. painos. 1. p. 1993. 3. uudistettu painos 1999. Vastapaino.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. painos. 1. painos 1998. Vastapaino.

Espoon kaupunki 2007. [www.espoo.fi](http://www.espoo.fi), Palvelut erityisryhmille, Vanhuksille. Viitattu 20.3.2007

Hautakangas, Helena, Leinonen, Raija & Lyyra, Tiina-Mari 2006. Hyvä elämänlaatu iäkkäiden naisten kokemana. Gerontologia 2/2006.

Hedman, Anne 2002. Mielenterveyden edistäminen hoitotyössä – käsitteen analyysi hybridimallin mukaan. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu –tutkielma.

Heikkinen, Riitta-Liisa 2007. Mielen tasapaino. Teoksessa Lyyra, Tiina-Mari, Pikkarainen, Aila & Tiikkainen, Pirjo (Toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys.. Edita. Helsinki.

Heikkinen, Riitta-Liisa 2003. Mielenterveys ja sen edistäminen iäkkäillä. Teoksessa lääkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Hietanen, Anne & Lyyra, Tiina-Mari (toim.). Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2003:22.

Heikkinen, Riitta-Liisa 1998. Iäkkäiden depressiomasema. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2008. Teemahaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus. Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 1988. Teemahaastattelu. Neljäs painos. Yliopistopaino.

Hokkanen, Hannele, Häggman-Laitila, Arja & Eriksson, Elina 2006. Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat ja niiden tukeminen – katsaus tutkimuskirjallisuuteen. Gerontologia 1/2006.

Immonen, Tuula 2005. Kehittävä asiantuntijayhteistyö mielenterveystyön suunnitteluvälineenä. Stakes. Aiheita 15/2005.

Immonen, Tuula, Kiikkala, Irma & Ahonen, Juha (Toim.) 2003. Mielekäs Elämä! –ohjelman toimenpidesuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:9. Helsinki.

Kokko, Seija 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Arvototeoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 785. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Koponen, Hannu & Leinonen, Esa 2001. Vanhuspsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, Jouko, Heikkinen, Martti, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) 2001. Psykiatria. Duodecim.

Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino.

Korkeila, Tuomi-Nikula, Gissler, Wahlbeck, Lehtinen & Lavikainen 2006. Introduction. Teoksessa Lavikainen, Juha, Fryers, Tom & Lehtinen, Ville (Toim.) 2006. Improving Mental Health Information in Europe. Proposal of the MINDFUL project. Stakes and The European Community.

Lavikainen, Juha., Lahtinen, Eero & Lehtinen, Ville (Toim.) 2004, 5. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes). Selvityksiä 2004:17.

Lehtonen, Johannes & Lönnqvist, Jouko 2001. Mielenterveys ja psykiatria. Teoksessa Lönnqvist, Jouko, Heikkinen, Martti, Henriksson, Markus & Partonen, Timo (toim.) 2001. Psykiatria. Duodecim.

Leppo, Kimmo 2004. Esipuhe. Teoksessa Lavikainen, Juha., Lahtinen, Eero & Lehtinen, Ville (Toim.) 2004, 5. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes). Selvityksiä 2004:17

Lyyra, Tiina-Mari 2006. Sosiaalinen tuki ja elämään tyytyväisyys pidentävät iäkkäiden ihmisten elinikää. Gerontologia 4/2006.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2007-2008.

<http://info.stakes.fi/mielijapaihde/Fl/index.htm>. Viitattu 30.4.2008.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001.

<http://pre20031103.stm.fi/julkaisut/mielenterv/laatusuositus.pdf>.

Mäkelä, Klaus 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa: Mäkelä, Klaus (Toim.)1990. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus. Helsinki.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Noppari, Eija, Kiiltomäki Aliisa & Pesonen, Arja 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Tammi. Helsinki.

Noppari, Eija & Leinonen, Satu 2005. Vanhuksen kokonaisvaltaista terveyttä edistävä mielenterveys. Teoksessa Noppari, Eija & Koistinen, Paula (toim.) 2005. Laatua vanhustyöhön. Tammi.

Pirkola, Sami & mielenterveyspalveluprojekti MIPRO:n depression hoitoa kehittävä muu työryhmä 2003. Depression hyvän hoidon malli. Helsingin kaupungin terveysviraston raportteja 2003:1. Sosiaaliviraston ja terveysviraston mielenterveyspalveluprojekti MIPRO.

Pohjola, Anneli 2007. Eettisyyden haaste tutkimuksessa. Teoksessa: Viinamäki, Leena & Saari, Erkki (Toim.) 2007. Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen.

Routasalo, Pirkko & Pitkälä, Kaisu 2005. Ikääntyvän henkilön yksinäisyys – haaste hoitotyölle. Teoksessa Noppari, eija & Koistinen, Paula (2005) Laatua vanhustyöhön. Tammi.

Routasalo, Pirkko, Pitkälä Kaisu, Savikko, Niina & Tilvis, Reijo 2003. Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Tutkimusraportti 3. Vanhustyön keskusliitto.

Saarenheimo, Marja 2004. Positiivinen mielenterveys ja elämänhallinta. Teoksessa Raitanen, Tarjaliisa, Hänninen, Tuomo, Pajunen, Hannu & Suutama (toim.) 2004. Geropsykologia: Vanhuuden ja vanhenemisen psykologia. WSOY 2004.

Saarenheimo, Marja 2003. Vanhuus ja mielenterveys. Arkielämän näkökulma. WSOY.

Sohlman, Britta 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Stakes. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 137.

Terveys 2015-kansanterveysohjelma. [www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf](http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf). Viitattu 30.4.2008.

Tiikkainen, Pirjo 2007. Yksinäisyys ja yhteisyys. Teoksessa Lyyra, Tiina-Mari, Pikkarainen, Aili & Tiikkainen, pirjo (Toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Edita. Helsinki.

Tiikkainen, Pirjo 2006. Vanhuusiän yksinäisyys. Seuruututkimus emotionaalisista ja sosiaalisista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Jyväskylän yliopisto. Akateeminen väitöskirja.

Tiittula, Liisa & Ruusuvuori, Johanna 2005. Johdanto. Teoksessa Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (Toim.) 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Vastapaino..

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.

Upanne, Maila 2007. Ehkäisevä mielenterveystyö itsemurhien torjunnassa. Teoksessa Eskola, Jarkko & Karila, Antti (toim.) 2007. Mielekäs suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Edita Prima Oy.

Vaarama, Marja & Ylönen, Lauri 2006. Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa - asiakkaiden näkökulma. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus –projekti, osaraportti 1. Espoon kaupunki ja Stakes. Espoon kaupunki/sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 3/2006. Viitattu 21.3.2007. [Http://www.espoo.fi](http://www.espoo.fi), Palvelut asukasryhmille, Vanhuksille, Julkaisut ja esitteet, Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa – asiakkaiden näkökulma

Valtonen, Anu 2005. Ryhmäkeskustelut – Millainen metodi? Teoksessa Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (toim.) 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Vastapaino.

## LIITTEET

## Liite 1 Tutkimuslupahakemus



ESPOON KAUPUNKI  
Sosiaali- ja terveystoimen toimiala  
Hallintopalvelut/Tieto, laatu ja kehittäminen  
Kehittämispäällikkö Ritva Kuikka

## TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Täyttöohjeet liitteenä. Numerot viittaavat ohjeiden vastaaviin kohtiin.

1 TUTKIMUKSEN NIMI	Mielenterveyden edistäminen kotihoidossa	
2 TUTKIMUKSEN SUORITTAJA JA OSOITE	Tutkimuksen suorittajat Marika Haavisto	
	Kangasalan tie 6 A 14	
	00550 Helsinki	
	Opinnäytetyön ohjaaja Pirjo Tiikkainen (Jyväskylän ammattikorkeakoulu, TtT, yliopettaja) ja Hanna Hopia (Jyväskylän ammattikorkeakoulu, TtT, yliopettaja)	
	Tutkimuksen vastuullinen johtaja	
	Tutkimuspaikka	
	Osoite	
	Puhelin	
3 YHDYSHENKIÖ (TUTKIMUKSEN SUORITTAJA)	Nimi ja osoite Marika Haavisto Kangasalan tie 6 A 14, 00550 Helsinki	Puhelin 040-7215173 (koti) tai 09-81635841 (työ)
4 TUTKIMUKSEN TAVOITE/ TUTKIMUSONGELMA/ TUTKIMUSTYYPPI	<input type="checkbox"/> Virkatyö <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö <input type="checkbox"/> Muu tutkimus Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaisia valmiuksia ja keinoja kotihoidon työntekijöillä on asiakkaiden mielenterveyden edistämiseen sekä selvittää, miten asiakkaiden mielenterveyden edistäminen näkyy asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Opinnäytetyön tarkoituksena on myös selvittää kotihoidon asiakkaiden näkemyksiä siitä, miten kotihoidon työntekijä voi edistää asiakkaan mielenterveyttä.  Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä kotihoidon työntekijöiden valmiuksia tunnistaa asiakkaiden mielenterveyden häiriöitä ja mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä. Opinnäytetyön tavoitteena on myös lisätä kotihoidon työntekijöiden valmiuksia edistää asiakkaiden mielenterveyttä.  Kyseessä on sosiaali- ja terveysalan ylempään ammattikorkeakoulututkintoon terveyden edistämisen koulutusohjelmaan liittyvä opinnäytetyö.	

Postiosoite

Käyntiosoite

Puhelinvaihe



ESPOON KAUPUNKI  
Sosiaali- ja terveystoimen toimiala  
Hallintopalvelut/Tieto, laatu ja kehittäminen  
Kehittämispäällikkö Ritva Kuikka

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

2

<p>5 TARVITTAVAT TUTKIMUSTIEDOT JA AINEISTON OTANTA SEKÄ KERUUTAPA</p>	<p>Opinnäytetyössä perehdyn kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin ja niihin liittyviin asiakkaiden voimavarakartoituksiin, joita analysoin sisällönanalyyysilla. Teen myös muutamalle kotihoidon asiakkaalle teemahaastattelun sekä ryhmäkeskustelun kotihoidon työntekijöille. Voimavarakartoituksista ja hoito- ja palvelusuunnitelmista perehdyn Leppävaaran kotihoidossa tehtyihin voimavarakartoituksiin ja hoito- ja palvelusuunnitelmiin määrällisesti sen verran, että saan riittävän kattavan aineiston. Haastatteluun ja ryhmäkeskusteluun osallistuminen on vapaaehtoista.</p>
<p>6 TUTKIMUSREKISTERIN PITÄJÄ</p>	<p>Marika Haavisto</p>
<p>7 TUTKIMUSREKISTERIN TIETOTYYPIT</p>	<p>Opinnäytetyön kannalta tarkoituksenmukaisia Espoon kaupungin kotihoidon asiakkaita koskevia terveys- ja henkilötietoja (esimerkiksi asiakkaan ikä) sekä kotihoidon asiakkuuteen liittyviä tietoja. Tiedonkeruussa hyödynnetään effica-järjestelmää ja siitä saatavia tietoja. Osa tiedoista kerätään haastattelujen ja ryhmäkeskustelun avulla. Voimavarakartoituksista ja hoito- ja palvelusuunnitelmista esiin nostettavia teemoja ovat, mitä asiakkaan mielenterveyteen liittyviä tekijöitä on tuotu esille, mitä mielenterveyden edistämisen tavoitteita ja auttamiskeinoja on tuotu esille ja miten mielenterveys ja sen edistäminen näkyvät hoito- ja palvelusuunnitelmien arvioinneissa. Haastattelujen ja ryhmäkeskustelun teemat tarkentuvat hoito- ja palvelusuunnitelmista saatavan aineiston perusteella. Alustavia teemoja asiakkaiden haastatteluihin ovat, mitä mielenterveys asiakkaan mielestä on, miten kotihoidon työntekijä voi tukea asiakkaan mielenterveyttä, millaisia ominaisuuksia työntekijällä olisi hyvä olla, jotta hän voi tukea asiakkaan mielenterveyttä ja mitä esteitä on asiakkaan mielenterveyden tukemiselle.</p>
<p>8 TIETOJEN KÄYTTÖ- TARKOITUS</p>	<p>Opinnäytetyössä pyrin selvittämään, miten kotihoidon asiakkaiden mielenterveyden edistäminen näkyy asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin ja niihin liittyviin voimavarakartoituksiin perehtymisen jälkeen teen muutamalle kotihoidon asiakkaalle teemahaastattelun, joiden avulla pyrin tuomaan esille asiakkaiden näkökulmaa siihen, miten kotihoidon työntekijä voi edistää asiakkaiden mielenterveyttä. Näiden haastattelujen ja hoito- ja palvelusuunnitelmien analysoinnin pohjalta teen kotihoidon työntekijöille (4-6) ryhmäkeskustelun asiakkaiden mielenterveyden edistämisestä. Hoito- ja palvelusuunnitelmien analysoinnin, haastattelujen ja ryhmäkeskustelun jälkeen laadin kehittämissuunnitelman siitä, miten kotihoidon asiakkaiden mielenterveyshoitoa voitaisiin kehittää.</p>
<p>9 TUTKIMUSREKISTERIN SIJAINNIPAIKKA</p>	<p>Tutkimusrekisterin sijaintipaikkoina opinnäytetyön tekijän työpaikka: Leppävaaran palvelutalo/Etelä-Leppävaaran kotihoito/Mäkkylän tiimin toimisto, Armas Launisenkatu 9, 02650 Espoo sekä opinnäytetyön tekijän asuinpaikka: Kangasalanatie 6 A 14, 00550 Helsinki.</p> <p>Osoite</p>

Postiosoite  
PL 2500  
00000 ESPOON KAUPUNKI

Käyntiosoite  
(Kamreerintie 7, 2. krs)  
00000 ESPOON KAUPUNKI

Puhelinvaihe  
(09) 816 5011



ESPOON KAUPUNKI  
Sosiaali- ja terveystoimen toimiala  
Hallintopalvelut/Tieto, laatu ja kehittäminen  
Kehittämispäällikkö Ritva Kuikka

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

3

10 TUTKIMUSREKISTERIN YLLÄPITOON KÄYTETTYJEN LAITTEIDEN SIJAINTI	Osoite Armas Launiksenkatu 9, 02650 Espoo sekä Kangasalanatie 6 A 14, 00550 Helsinki
11 TUTKIMUSREKISTERIN HÄVITTÄMINEN JA ARKISTOINTI	<input checked="" type="checkbox"/> Rekisteri hävitetään Hävittämisen toteuttamistapa Tutkimusrekisteri hävitetään. Opinnäytetyön tuloksia pyrin esittämään siten, että yksittäisiä asiakkaita ei pystytä tunnistamaan.  <input type="checkbox"/> Rekisteri arkistoidaan Arkistointi perustuu
12 TUTKIMUSREKISTERIN SUOJAUS LUVATONTA KÄYTTÖÄ VASTAAN	<input checked="" type="checkbox"/> Käyttäjätunnus <input type="checkbox"/> Käytön rekisteröinti <input checked="" type="checkbox"/> Salasana <input type="checkbox"/> Kulun valvonta  Selvitys suojauksesta: Opinnäytetyön tekijällä on käyttäjätunnus ja salasana effica-järjestelmään.
13 <b>Sitoudun siihen, että en käytä saamiani tietoja asiakkaan/potilaan tai hänen läheistensä vahingoksi enkä luovuta saamiani henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pidän ne salassa. Tutkimustulokset sitoudun esittämään niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä eikä perhettä. Muutoinkin sitoudun noudattamaan henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä olevia tutkimusrekistereitä koskevia säännöksiä.</b>  Päiväys <u>5.9.2007</u> Allekirjoitus <u>Manka Hanviro</u> Päiväys _____ Allekirjoitus _____ Päiväys _____ Allekirjoitus _____ Päiväys _____ Allekirjoitus _____ Päiväys _____ Allekirjoitus _____ Päiväys _____ Allekirjoitus _____	
14 LIITTEET	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma  <input type="checkbox"/> Muut liitteet                      kpl

Hakemus palautetaan postitse.

Postiosoite  
PL 2500  
00001 ESPOO

Käyntiosoite  
(Kamreerintie 7, 2. krs)  
00001 ESPOO

Puhelinvaihe  
(09) 816 5011



## Liite 2 Tutkimuslupa

ESPOON KAUPUNKI  
 Sosiaali- ja terveystoimen toimiala  
 Hallintopalvelut/Tieto, laatu ja kehittäminen

TUTKIMUSLUPA

### TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

Espoon sosiaali- ja terveystoimen Hallintopalvelut/Tieto, laatu ja kehittäminen, myöntää tutkimusluvan Marika Haavistolle 5.9.2007 päivätyn tutkimuslupa-anomuksen mukaisesti aiheesta

***Mielenterveyden edistäminen kotihoidossa.***

**Lupa myönnetään ehdolla:**

- ***asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin ja niihin liittyviin asiakkaiden voimavarakartoituksiin, terveystietoihin, henkilötietoihin sekä kotihoidon asiakkuutta koskeviin tietoihin saa perehtyä vain asiakkaan tai hänen laillisen edustajansa suostumuksella***
- ***tulokset on esitettävä niin, ettei yksittäistä asiakasta tunnisteta.***

Edellytyksenä on, että tutkimuksen suorittaja/t ei/vät käytä saamiaan tietoja asiakkaan/potilaan tai hänen läheistensä vahingoksi eivätkä luovuta saamiaan henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pitävät ne salassa. Tutkimustulokset tulee esittää niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä. Lisäksi on noudatettava henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä olevia tutkimusrekistereitä koskevia säännöksiä.

**Edellytämme, että tutkija/t luovuttaa/vat sosiaali- ja terveystoimen Hallintopalvelut/Tieto, laatu ja kehittäminen -ryhmän käyttöön maksutta lopullisen tutkimusraportin.**

Espoossa 24.9.2007

*Lea*  
 Lea Konttinen  
 erityissuunnittelija



Postiosoite  
 PL 2500  
 02070 ESPOON KAUPUNKI

Käyntiosoite  
 Kamreerintie 7, 2.krs  
 02770 ESPOO

Vaihde  
 (09) 816 5011

## Liite 3 Kysely suostumuksesta kotihoidon asiakkaille

### **KYSELY SUOSTUMUKSESTA KOTIHOIDON ASIAKKAILLE 5.10.2007**

Hyvä kotihoidon asiakas!

Olen sosiaali- ja terveysalan ylemmän AMK-tutkinnon Terveysten edistämisen koulutusohjelman opiskelija Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Opintoihin sisältyy työelämän kehittämiseen liittyvä opinnäytetyö.

Opinnäytetyöni aiheena on mielenterveyden edistäminen kotihoidossa. Työn tarkoituksena on selvittää, millaisia valmiuksia ja keinoja kotihoidon työntekijöillä on asiakkaiden mielenterveyden edistämiseen sekä selvittää, **miten asiakkaiden mielenterveyden edistäminen näkyy asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa ja niihin liittyvissä voimavarakartoituksissa**. Opinnäytetyön tarkoituksena on myös selvittää kotihoidon asiakkaiden näkemyksiä siitä, miten kotihoidon työntekijä voi edistää asiakkaiden mielenterveyttä.

Opinnäytetyössä tutkitaan, miten kotihoidon asiakkaiden hyvinvointiin liittyviä asioita on kirjattu. Tiedonkeruussa hyödynnetään effica-asiakastietojärjestelmästä saatavia tietoja. Opinnäytetyössä käsitellään työn kannalta tarkoituksenmukaisia Espoon kaupungin kotihoidon asiakkaita koskevia terveys- ja henkilötietoja (kuten asiakkaan ikä) sekä kotihoidon asiakkuuteen liittyviä tietoja. Tietojen käsittely on luottamuksellista. Opinnäytetyön tuloksia raportoidaan niin, että yksittäisiä asiakkaita ei pystytä tunnistamaan.

**Oheisella lomakkeella kysyn suostumustanne siihen, voidaanko teitä koskevia tietoja hyödyntää opinnäytetyön tekemisessä.** Suostumuksen antaminen on vapaaehtoista. Lisätietoja opinnäytetyöstä voi tiedustella työpuh. 81635841/Marika Haavisto.

Ystävällisin terveisin

Marika Haavisto

Kotihoidon asiakkaan nimi \_\_\_\_\_

Kotihoidon asiakkaan kotihoitotiimi \_\_\_\_\_  
(Etelä-Leppävaaran tiimi, Lintuvaaran tiimi tai Kanta-Leppävaaran tiimi)

- Annan suostumukseni siihen, että tietojani voidaan hyödyntää opinnäytetyön ”Mielenterveyden edistäminen kotihoidossa” tekemisessä. Tietoja käsitellään niin, että yksittäistä asiakasta ei pystytä tuloksista tunnistamaan.
- En halua, että tietojani hyödynnetään opinnäytetyön tekemisessä.

Päiväys

Allekirjoitus

---

Nimenselvennys

Tämän lomakkeen voi palauttaa oheiseen kirjekuoreen suljettuna kotihoidon työntekijälle toimitettavaksi eteenpäin kaupungin sisäisessä postissa tai postittaa tavallisessa postissa osoitteeseen:

sh Marika Haavisto  
Etelä-Leppävaaran kotihoito/  
Mäkkylän tiimi  
Leppävaaran palvelutalo  
PL 65211  
02070 Espoon kaupunki

## Liite 4 Kysely halukkuudesta haastatteluun kotihoidon asiakkaille

### **KYSELY HALUKKUUDESTA OSALLISTUA HAASTATTELUUN KOTIHOIDON ASIAKKAILLE 4.2.2008**

Hyvä kotihoidon asiakas!

Olen sosiaali- ja terveysalan ylemmän AMK-tutkinnon Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelman opiskelija Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Opintoihin sisältyy työelämän kehittämiseen liittyvä opinnäytetyö.

Opinnäytetyöni aiheena on mielenterveyden edistäminen kotihoidossa. Opinnäytetyön tarkoituksena on muun muassa **selvittää kotihoidon asiakkaiden näkemyksiä siitä, miten kotihoidon työntekijä voi edistää asiakkaiden mielenterveyttä**. Opinnäytetyössä muun muassa haastattelen muutamia kotihoidon asiakkaita aiheesta. Opinnäytetyön tuloksia raportoidaan niin, että yksittäisiä asiakkaita ei pystytä tunnistamaan.

**Oheisella lomakkeella kysyn halukkuuttanne osallistua haastatteluun.** Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Lisätietoja opinnäytetyöstä voi tiedustella työpuh. 81635841/Marika Haavisto.

Ystävällisin terveisin



Marika Haavisto

Kotihoidon asiakkaan nimi: \_\_\_\_\_

Kotihoidon asiakkaan kotihoitotiimi: \_\_\_\_\_  
(Lintuvaaran tiimi, Kanta-Leppävaaran tiimi tai Etelä-Leppävaaran tiimi)

Kotihoidon asiakkaan osoite: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kotihoidon asiakkaan puhelinnumero: \_\_\_\_\_

- Olen halukas osallistumaan haastatteluun, joka liittyy opinnäytetyöhön "Mielenterveyden edistäminen kotihoidossa".

Päiväys

Allekirjoitus

---

Tämän lomakkeen voi palauttaa oheiseen kirjekuoreen suljettuna osoitteeseen:

sh Marika Haavisto  
Etelä-Leppävaaran kotihoito/  
Mäkkylän tiimi  
Leppävaaran palvelutalo  
PL 65211  
02070 Espoon kaupunki

## Liite 5 Kotihoidon asiakkaiden teemahaastattelurunko

### KOTIHOIDON ASIAKKAAN TEEMAHAASTATTELU AIHEESTA MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN KOTIHOIDOSSA

Asiakkaan ikä

Asiakkaan kotihoitotiimi

Montako kertaa viikossa kotihoito käy asiakkaan luona?

Miten kauan asiakas on ollut kotihoidon asiakkaana?

Onko asiakkaalla kotihoidon tukipalveluita? (ateriapalvelu, kauppapalvelu, kuljetuspalvelutuki, turvapuhelinpalvelu, päivätoimintapalvelu)

#### 1 Mielenterveys ja hyvinvointi

- Mitä mielenterveys mielestänne on?
- Mitä hyvinvointi mielestänne on?
- Oletteko tyytyväisiä nykyiseen elämäntilanteeseenne?
- Mitkä asiat ovat teille elämässä tärkeitä?
- Mitä asioita arvostatte elämässä?
- Mitkä asiat tuovat teille iloa?
- Mitkä asiat tuovat teille hyvää oloa?
- Mihin asioihin olette tyytyväisiä elämässänne?
- Mitkä asiat tuntuvat elämässä ikäviltä?
- Mitkä asiat huolestuttavat elämässä?
- Mitä asioita kuuluu mielestänne hyvään elämään?

#### 2 Mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kotihoidossa

- Millä tavalla kotihoidon työntekijä voi edistää asiakkaan hyvinvointia ja mielenterveyttä?
- Missä tilanteissa olette kokeneet, että kotihoidon työntekijät ovat edistäneet hyvinvointianne?
- Millainen merkitys kotihoidon käynneillä on hyvinvointiinne?

- Millaisia ominaisuuksia hoitajalla on hyvä olla, jotta hän voi edistää asiakkaan hyvinvointia?
- Oletteko tyytyväisiä kotihoidon palveluihin?

### 3 Toiminnan kehittäminen kotihoidossa

- Miten asiakkaiden hyvinvointia voitaisiin kotihoidossa toteuttaa entistä paremmin?
- Pitäisikö joitakin asioita mielestänne muuttaa kotihoidossa?
- Millaisia kehittämissuhteita on?

## Liite 6 Ryhmäkeskustelun teemat ja apukysymykset

### RYHMÄKESKUSTELU HOITAJILLE

#### Hoitajien taustatiedot

- ammattinimike/tehtävä
- milloin hoitaja on aloittanut työt kotihoidossa

#### Alustavat teemat ryhmäkeskusteluun

##### **1 Mitä mielenterveyden edistäminen on?**

- Mitä mielenterveys on?
- Mitä mielenterveyden edistäminen on?

##### **2 Mielenterveyden edistäminen kotihoidossa**

- Miten asiakkaan mielenterveyttä edistetään kotihoidossa?
- Millaisia keinoja hoitajalla on edistää asiakkaan mielenterveyttä?
- Millaisia valmiuksia hoitajalla tulisi olla asiakkaan mielenterveyden edistämiseen?

##### **3 Masentuneen asiakkaan hoito**

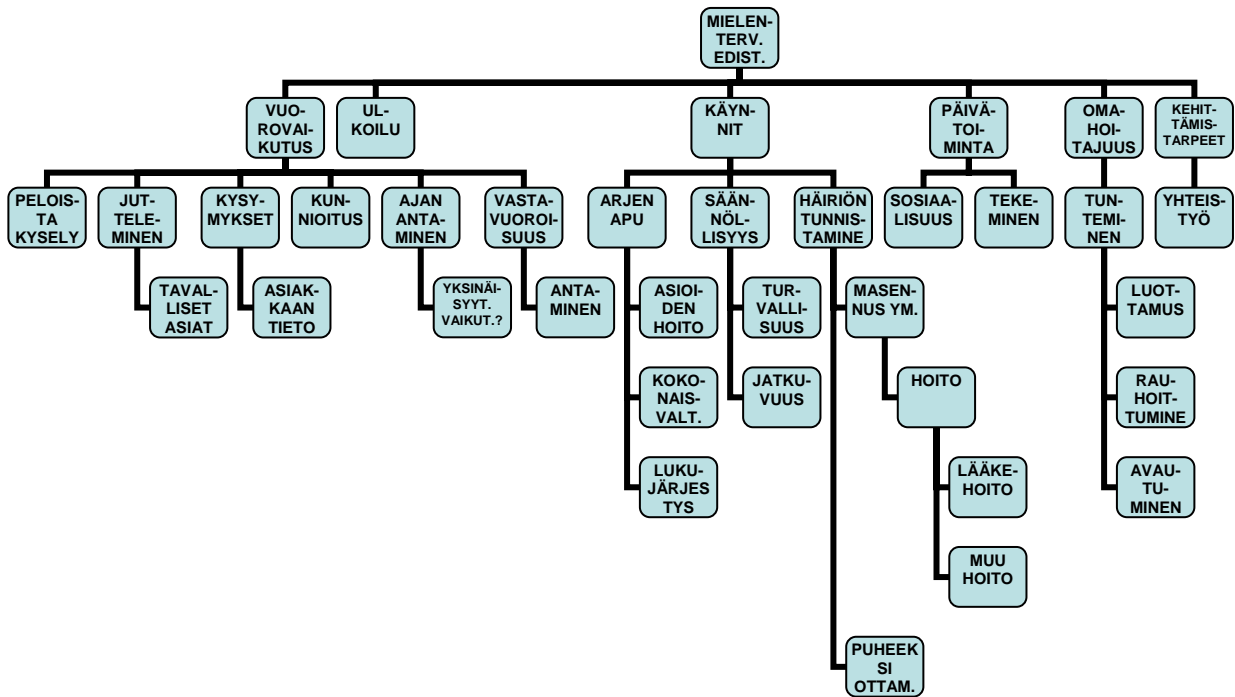
- Miten asiakkaiden masennusta tunnistetaan kotihoidossa?
- Mitkä asiat ovat mielestäsi keskeisiä, kun masennusta sairastavaa asiakasta hoidetaan kotihoidossa?

##### **4 Toiminnan kehittäminen ja kehittämistarpeet kotihoidossa asiakkaiden mielenterveyden edistämisen tukemiseksi**

- Miten työtä/toimintaa voitaisiin kehittää, että asiakkaiden mielenterveyden edistäminen toteutuisi kotihoidossa entistä paremmin?
- Millaista koulutusta tarvitaan asiakkaiden mielenterveyden edistämiseen?



## Liite 4 Hoitajien ryhmäkeskustelun yhteenvetokaavio



## Liite 5 Asiakkaiden haastattelujen yhteenvetokaaviot

