



# **YHTEISÖHOIDON TOTEUTUMINEN JA SEN MERKITYS VANHUSPSYKIATRISILLA OSASTOLLA**

**Opinnäytetyö**

**Anna Heikkinen  
Tarja Nyysönen**

**Hoitotyön koulutusohjelma**

Hyväksytty \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ \_\_\_\_\_

# SAVONIA- AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala, Kuopio

## OPINNÄYTETYÖ

### Tiivistelmä

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto: Sairaanhoitaja , Terveydenhoitaja	
Työn tekijä(t): Anna Heikkinen , Tarja Nyysönen	
Työn nimi: Yhteisöhoidon toteutuminen ja sen merkitys vanhuspsykiatrisella osastolla	
Päiväys: 2.9.2009	Sivumäärä / liitteet: 49/3
Ohjaajat: Lehtori Marjukka Nurro	
Työyksikkö / projekti: Kuopion yliopistollisen sairaalan, Julkulan Vanhuspsykiatrisen osasto 2705	
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Yhteisöhoito on yhteisön tietoista käyttämistä hoidollisten ja kuntoutuksellisten tavoitteiden toteuttamiseen. Yhteisöhoito kattaa fyysisen ja sosiaalisen ympäristön sekä terapian ja kuntoutukseen ja kasvatukseen liittyvät periaatteet, joiden keskinäinen painotus vaihtelee yhteisötyypistä toiseen parantaen kumtoutujien elämänlaatuaan. Yhteisöhoitoa käytetään psykiatrisessa hoidossa olevien mielenterveyspotilaiden hoitomuotona, lääkkeellisen hoidon rinnalla.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten yhteisöhoito toteutuu vanhuspsykiatrisella osastolla 2705 ja millainen merkitys yhteisöhoidolla on mielenterveysongelmista kärsivien vanhuspotilaiden kuntoutumiselle osastolla tapahtuvan hoitajakson aikana sekä mitä hoitajat ymmärtävät yhteisöhoidosta. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla osastolla työskentelevältä hoitohenkilökunnalta. Kyselylomake koostui pääosin avoimista kysymyksistä. Osaston hoitohenkilökuntaan kuuluu 18 henkilöä joista 10 vastasi kyselyyn. Aineisto kerättiin huhtikuussa 2009. Kyselylomakkeiden vastukset on analysoitu laadullisella sisällönanalysillä.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten mukaan yhteisöhoidolla on hoitohenkilökunnan mielestä suuri merkitys vanhuspsykiatrisella osastolla hoidettavana olevien vanhuspotilaiden kuntoutumiseen osastolla tapahtuvan hoitajakson aikana. Potilaat saivat hoitajien mielestä yhteisöhoidollisista ryhmistä vertaistukea ja heidän omatoimisuutensa lisääntyi. Hoitajien näkemyksen mukaan potilaiden omat voimavarat lisääntyivät.</p> <p>Opinnäytetyömme aiheeseen liittyen hyvä jatkotutkimusaihe olisi tutkia yhteisöhoitoa vanhuspsykiatristen potilaiden omien kokemusten kautta.</p>	
Avainsanat: (1-5)Yhteisöhoito, vanhusten mielenterveys, kuntoutuminen	
Julkinen ____	Salainen ____

# SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Health Professions Kuopio

### THESIS

#### Abstract

Degree Programme: Nursing	
Option: Registered nurse	
Authors: Anna Heikkinen , Tarja Nyysönen	
Title of Thesis: Community care and it´s importance in geriatric psychiatry department	
Date: 2.9.2009	Pages / appendices: 49/3
Supervisor: Senior lecturer Marjukka Nurro	
Contact persons: Health Professions Kuopio University Hospital, geriatric psychiatry department 2705 in Julkula	
<p>Community care is conscious use of community and achievement to set goals. Community care covers both physical and social environment and therapy. Related principles of rehabilitation and improvement change between communities. Rehabilitation and improvement are based on principles which might change between different kinds of communities. Community care is used as care of mental healthcare patients (customers) of psychiatric care , along with medical care.</p> <p>According to the results of this thesis idea is to find out how community care has been carried out in Julkula geriatric psychiatric department 2705. Also the meaning was to find out what kind of meaning community care has for elderly with mental health problems in the department 2705 within a period of department care and how nurses appreciate community care. The material of this study was collected by a questionnaire from 18 persons who are working on the department 2705 in Julkula Hospital. The personnel were displayed mainly with both open questions. The questionnaire was answered by 10 persons who work on the department. The material was collected in April, 2009. The method to collect the material of this study was qualitative. The answers of the questionnaire were analyzed by content analyzes research method.</p> <p>According to the results of this thesis, community care has huge meaning to the elderly by the personnel. On the department patients got peer support and their independence increased. The nurses view was that their own activities increased. Community care is an important central way of care on the geriatric psychiatric department 2705.</p> <p>A further topic of research could be community care experienced by the geriatric psychiatric patients themselves.</p>	
Keywords: (1-5) : Community care, elderly peoples mental health, rehabilitation	
Public ____	Secure ____

# SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	6
2 VANHUSTEN MIELENTERVEYSONGELMAT .....	8
2.1 Vanhusten masennus.....	9
2.2 Skitsofrenia vanhuksilla.....	11
2.3 Dementia vanhuksilla .....	12
2.4 Mielenterveysongelmaisten vanhusten hoitopolku .....	13
3 VANHUSPSYKIATRINEN HOITO JA KUNTOUTUS.....	15
3.1 Lääkehoito ja kuntoutus .....	15
3.2 Hoitosuhdetyöskentely .....	16
3.3 Mielenterveyskuntoutus .....	16
4 YHTEISÖHOITO JA SIIHEN LIITTYVÄT KÄSITTEET .....	19
5 VANHUSPSYKIATRINEN OSASTO 2705 .....	22
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	25
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	26
7.1 Tutkimuksenkohderyhmä .....	26
7.2 Kyselylomakkeen laatiminen .....	26
7.3 Aineiston hankinta .....	28
7.4 Tutkimusaineiston analyysi.....	29
8 TULOSTEN TARKASTELUA.....	31
8.1 Henkilökunnan koulutus .....	31
8.2 Yhteisöhoidon periaatteet .....	31
8.3 Ryhmät omatoimisuuden lisääjinä yhteisöhoidossa .....	31
8.4 Yhteisöhoidon vaikutus potilaiden kuntoutumiseen hoitajakson aikana.....	32
8.5 Yhteisöhoidon merkitys vanhuspsykiatrisen osaston hoitotyössä .....	32
8.6 Tutkimuksen luotettavuus.....	33
9 POHDINTA .....	36
LÄHTEET .....	38

## LIITTEET

Liite 1. Saatekirjelmä ja ohjeet kyselylomakkeen vastaamiseen.....	42
Liite 2. Kyselylomake .....	43
Liite 3. Tutkimuslupa .....	47

# 1 JOHDANTO

Vanhusväestön määrä kasvaa nopeasti ja psyyken sairaudet ovat viime vuosina nousseet tärkeimmäksi sairauseläkkeiden myöntämisen syyksi. Yhdessä nämä kaksi kehitystä merkitsevät sitä, että psykiatrista hoitoa tarvitsevien vanhusten määrä kasvaa Suomessa lähivuosina rajusti. Vanhusten psykiatrista hoitoa on tutkittu vähän suomessa. Halusimme tutkia vanhusten psykiatrista hoitoa ja kohdensimme tutkimuksemme yhteisöhoitoon.

Kuopion yliopistollisen sairaalan Julkulan vanhuspsykiatrisella osastolla 2705 käytetään yhtenä hoitomuotona yhteisöhoitoa. Olemme kiinnostuneita vanhuspsykiatrisella osastolla toteuttavasta yhteisöhoidosta, sen eri muodoista ja siitä kuinka ne edesauttavat mielenterveyden ongelmista kärsivien potilaiden kuntoutumista. Tutkimuksemme teoriaosassa keromme tarkemmin eri yhteisöhoidon menetelmistä ja kuinka niitä hyödynnetään osastolla. Kalevi Kaipio on todennut seuraavaa ”Hyvän yhteisöllisyyden ja yhteistyön kehittyminen ja luominen edellyttää, henkilökunnan osaavan toimia vuorovaikutuksessa siten, että sitoutuminen yhteisiin pelisääntöihin, yhteisiin toimintalinjoihin ja normeihin saadaan yhteistyössä aikaan.” ( Koivisto 2009.)

Olemme työskennelleet psykiatrisissa hoitolaitoksissa joissa hoitotyöhön on kuulunut hoitosuhdetyöskentely, lääkehoito sekä yhteisöhoito. Mielenkiintomme yhteisöhoitoon heräsi ja halusimme syventää tietämystämme aiheesta. Etsiessämme aihetta opinnäytetyölle löysimme Kuopion yliopistollisensairaalan tilauksen opinnäytetyölle yhteisöhoidon merkityksestä psykiatrisella osastolla. Halusimme kohdentaa aiheen selvityksen yhteen tiettyyn psykiatriseen osastoon. Valitsimme kohdeosastoksi Julkulan sairaalan vanhuspsykiatrisen osaston 2705.

Tämän tutkimuksen tarkoituksen on selvittää, miten yhteisöhoito toteutuu vanhuspsykiatrisella osastolla 2705 ja millainen merkitys yhteisöhoidolla on mielenterveysongelmista kärsivien vanhuspotilaiden kuntoutumiselle osastolla tapahtuvan hoitojakson aikana.

Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys rajattiin yhteisöhoitoon ja mielenterveyspotilaiden kuntoutumiseen vanhuspsykiatrisella osastolla.

## 2 VANHUSTEN MIELENTERVEYSONGELMAT

Vanhuusiän katsotaan alkavan 65-vuoden iästä. Vanheneminen on joukko erilaisia, eri tahtiin eteneviä muutoksia, joita ei voida pysäyttää. Fyysinen vanheneminen tarkoittaa elimistön toimintojen hidastumista. Fyysistä vanhenemistä ei voi estää, siksi se tulisi nähdä ihmisen kehittymisen luonnollisena osana. Psykkistä vanhenemistä voidaan kuvata kypsymiseksi. Psykkinen vanheneminen on siirtymistä uuteen elämänvaiheeseen. Vanhenemisen seurauksena ihminen sopeutuu muutoksiin ja elää entistä hitaammaksi muuttuvassa kehossaan. Kehon muutokset ja rappeutuminen on käytävä läpi, jotta voi hyväksyä vanhuuden luopumisen ja rajoitukset. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006 22-25)

Saarenheimon mukaan (2003) mielenterveys on tärkeä osa iäkkäiden ihmisten hyvinvointia ja hyvää vanhuutta. Nykyisin vanhustenhuollon ja koko ikääntyvän yhteiskunnan keskeisiä haasteita ovat psyykkiset ongelmat ja mielen tasapainoa uhkaavat olosuhteet. Vanhusten mielenterveysongelmat tunnustetaan tavallisesti perusterveydenhuollossa terveyskeskuslääkärin vastaanotolla tai kotisairaanhoidon kotikäynnillä. Kotihoidon henkilökunnan ja omaisten aktiivisuus sekä tietotaito ovat avainasemassa mielenterveysongelmaisen vanhuksen pääsyssä asianmukaisten mielenterveyspalvelujen piiriin. Kunnissa vanhuspsykiatrian resurssit ovat erilaiset, ja suurimmassa osassa kuntia heikot. Yksi mielenterveysongelmaisten vanhusten hoidon haasteista on moniammatillinen yhteistyö, jossa usean alan asiantuntijat ja ammattilaiset pyrkivät yhteistoiminnalla yhdessä määriteltyihin tavoitteisiin.

( Saarenheimo 2003, 11, 125- 126.)

Vanhuksien mielenterveysongelmat sekoitetaan usein somaattisten sairauksien aiheuttamiin psyykkisiin oireisiin. Vanhuksilla todetaan yleisesti varsinaista diagnoosinimikettä lievempiä, mutta kuitenkin toimintakykyyn ja elämänlaatuun heikentävästi vaikuttavia psykiatrisia oireistoja. (Koponen 2002, 4925- 4927.)

Vuonna 1999 suomalaisesta väestöstä 65 vuotta täyttäneitä oli 14,9 % ja vuonna 2030 heitä on arvioitu olevan 26 %. Maamme väestörakenne vanhenee voimakkaasti



lähivuosisikymmeninä, ja tämän myötä ainakin iäkkäiden henkilöiden mielialahäiriöiden ja dementiaan liittyvien erilaisten käytösoireiden voidaan odottaa aiheuttavan merkittävästi lisää kuormitusta hoidossa. (Koponen 2002, 4925- 4927.)

Vanhuksilla toiminnallisten psyykkisten häiriöiden ennuste on asianmukaisessa hoidossa kuitenkin yleensä yhtä hyvä kuin nuoremmilla henkilöillä. Ikääntyvän väestön hoidossa psykogeriatrinen asiantuntemus on tärkeä osa palvelukokonaisuutta. (Koponen 2002, 4925- 2927.)

Aikaisempien psykiatristen sairausvaiheiden ja hoitokertomusten sekä oireiden aiheuttamien toimintakykyyn ja sosiaalisiin suhteisiin kohdistuvien vaikutusten selvitys on tärkeä osa vanhusten mielenterveysongelmien diagnostiikkaa. Osaan somaattisista sairauksista ja lääkehoidoista voi liittyä aistiharhoja ja harha-ajatuksia, joten somaattisen terveydentilan kartoitus on myös keskeistä. (Koponen 2002, 4925- 4927.)

Psykogeriatria on geriatrian alue, jossa keskitytään vanhusten psyykkisiin sairauksiin, kuten psykososiaalisten kriisien, mielialahäiriöiden ja psykoosien hoitoon ja kuntoutukseen. Vanhustenhoitotyön perusta on hoitotieteessä. Hoitotyön tavoitteena on vanhusten mahdollisimman hyvä terveys ja toimintakykyisyys. Vanhustyö on osa hoitotyötä, sen tutkimus on osa hoitotieteellistä tutkimusta. Hoitotyön tutkimuksiin sovelletaan muiden tieteiden käsitteitä, jolloin niistä tulee osa hoitotiedettä. (Vallejo Medina ym. 2006, 14-15.)

## 2.1 Vanhusten masennus

Vanhusten mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet maassamme viime vuosien aikana runsaasti. Masennus on ikääntyvien yleisin mielenterveyshäiriö. Sen tunnistaminen ja hyvä hoitaminen on tärkeää, koska masennus uusiutuu ja kroonistuu helposti. Runsasoireisena ja pitkään jatkuneena masennus heikentää iäkkään sekä kognitiivista että fyysistä suoriutumiskykyä ja heikentää elämänlaatua. (Virtanen 2003, 4905- 4908.)

Masennus on psyykkinen häiriö, jonka määrittelyssä käytetään ulkopuolisen tekemiä havaintoja ja potilaan subjektiivisia oireita. Masennustilat voidaan jakaa vaikeisiin, keskivaikeisiin ja lieviin. Keskeisimpiä oireita vanhusten masennuksessa ovat alakuloisuus, sekä elämänilon ja mielihyvän katoaminen. ( Vallejo Medina ym. 2006, 14-15).

Masennuksen fyysiset oireet ovat yleisiä vanhuksilla. Ne voivat peittää muut masennusoireet. Niihin kuuluvat kehon eri osissa vaihtelevasti tuntuvat kivut, unihäiriöt, voimakas fyysinen väsymys, ruokahaluttomuus ja laihtuminen. Vanhuksen masentuneisuuden diagnosointi perustuu oireiden kyselyyn, vanhuksen kuunteluun sekä käyttäytymisen havainnointiin. Vanhusten vakava masennustila voi piirteiltään poiketa nuorempien henkilöiden vakavasta tilasta. Vaikea psykomotorinen estyneisyys on yleensä vähäisempää ja agitaatio, fyysiset oireet ja hypokondria, rangaistus- ja köyhyysarhaluulot sekä itsemurha-ajatukset ovat vanhuksilla yleisempiä kuin nuoremmilla. ( Virtanen 2002, 4905- 4908.)

Masentuneisuuteen liittyvät kongnitiiviset häiriöt ja näennäistylsistyminen esiintyvät lähes poikkeuksetta vain iäkkäillä masennuspotilailla. Vanhuksilla depressiota esiintyy myös dementian alkuvaiheessa. Psykoottisesta depressiosta kärsivillä potilailla depressio-oireet ovat tavallisesti laaja-alaisia ja ilmenevät myös somaattisina depressio-oireina, kuten uni- ja ruokahaluhäiriöinä. Aistiharhoja voi esiintyä minkä tahansa aistin alueella, mutta depressiivisen psykoosin oireet ovat useimmiten mielialan mukaisia harha-ajatuksia. Paranoidisen ja mielialapsykoosin erottamisessa toisistaan saattaa auttaa viimeaikaisten menetyskokemusten kartoitus sekä depression esiintyminen lähisukulaisilla, sillä nämä piirteet viittaavat depressiiviseen psykoosiin. Vanhuksen masennustilan taustalla on usein monia eri tekijöitä. Sosiaaliset, biologiset ja psykologiset tekijät saattavat johtaa masennukseen. Syyt ovat altistavia tai laukaisevia. Varhaislapsuuden menetysten, perintötekijöiden, aivojen biologisten vanhenemismuutosten ja yhteisön vanhuskielteisyyden katsotaan altistavan vanhuksia masentuneisuuteen. (Koponen 2002, 4905- 4908.)

## 2.2 Skitsofrenia vanhuksilla

Persoonallisuuden rakenteen paranoidinen tai skitsofreeninen poikkeavuus ja epäedulliset sosiaaliset olosuhteet, kuten yksinäisyys ja sosiaalinen eristäytyneisyys edeltävät usein harhaluuloisuushäiriön puhkeamista. Erilaisten aistivajavuuksien, kuten huononäköisyyden ja huonokuuloisuuden on todettu altistavan henkilön paranoidisuuden kehittymiselle myös niissä tapauksissa joissa henkilöillä ei tavata muita riskitekijöitä. Harhaluuloisuushäiriötä esiintyy noin 0,5-0,9 %:lla vanhuksista ja se on yleisempi naisilla. Harhaluuloisuushäiriötä edeltää usein 1-2 vuoden esioireisto, jonka aikana henkilö muuttuu yhä eristäytyneemmäksi ja epäluuloisemmaksi. Harha ajatukset muodostavat tarkkarajaisen ja jäsentyneen, potilaan kannalta loogisen kokonaisuuden. Oireiston sisällön mukaan harhaluuloisuushäiriö voidaan jakaa alaluokkiin. Harhaluuloisuushäiriössä oireisto on konkreettisesti sidoksissa potilaan ympäristöön ja elämäntilanteeseen. (Koponen 2002, 4925- 4927.)

Skitsofrenia alkaa yleensä nuoruusiässä tai varhaisessa keski-iässä, mutta myös myöhemmin. Jopa vanhuusiällä alkaneita skitsofreniaoireistoja on kuvattu. Myöhään alkavan skitsofrenian käsite kehitettiin jo 1940-luvulla kuvaamaan 40- 60 ikävuoden välillä alkavia skitsofrenian kaltaisia psykooseja. Myöhään alkaviin psykooseihin katsottiin liittyvän vähemmän tunne-elämän latistumista ja skitsofreenisia ajatushäiriöitä kuin varhain alkavaan skitsofreniaan. Runsaalla kolmanneksella skitsofreniapotilaista harhaoireet lievittyvät oleellisesti ikääntymisen myötä. Tunne-elämän kapeutuneisuus ja aloitekyvyttömyys sekä 30- 60 %:lla skitsofreniapotilaista esiintyvät kongnitiiviset häiriöt korostuvat ikääntyneillä potilailla. Iäkkäiden skitsofreniapotilaiden hoito on vaativampaa kuin nuorempien, koska ikääntymisen myötä korostuvat kongnitiiviset ja päivittäisten toimintojen häiriöt sekä somaattiset sairaudet vaikeuttavat heidän hoitoaan. (Koponen 2002, 4925- 4927.)

Psykoosin pahenemisvaiheesta ja harhaluuloisuushäiriöstä kärsivien vanhusten osuus on 35-60 % psykiatriseen sairaalahoitoon otettujen vanhusten määrästä. Nykyään suurin osa skitsofreniapotilaista elää vanhusikänsä saakka. Skitsofreniapotilailla esiintyy

kuitenkin ylikuolleisuutta enemmän verrattuna terveeseen väestöön. Kuolleisuus selittyy suurelta osalta onnettomuuksista ja itsemurhista sekä verisuoni- ja infektiosairauksista aiheutuneista kuolemista. (Koponen 2002, 4925- 4927.)

### 2.3 Dementia vanhuksilla

Dementia ilmenee muistin ja muiden älyllisten toimintojen heikkenemisenä niin, että se aiheuttaa haittaa sosiaaliselle ja ammatilliselle selviytymiselle. Dementiaan liittyy muisti- ja muiden kongnitiivisten oireiden lisäksi liitännäisoina esiintyviä käytösoireita. Käytösoireet voivat ilmetä ahdistuneisuutena, masentuneisuutena, harhaisuutena, äkillisenä sekavuustilana terveydentilan muun muutoksen yhteydessä tai poikkeavana käyttäytymisenä. Tavallisimpia käytösoireita ovat harha-ajatukset, paranoidiset oireet, hallusinaatiot sekä mielialanmuutokset. Potilailla esiintyy yleisesti myös persoonallisuuden muutoksia, kuten persoonallisuuden kaventumista tai joidenkin persoonallisuuspiirteiden korostumista. Tietoa käytösoireiden yleisyydestä on saatavilla Alzheimerin taudin ja verisuoniperäisen dementian kohdalla. Tiedot käytösoireiden yleisyydestä ovat muiden dementioiden kohdalla vähäisemmät. Ahdistuneisuus- ja masennusoireet ovat tavallisimpia lievissä ja keskivaikeassa dementiassa ja harhaoireet sekä käyttäytymisoreet pidemmälle edenneissä dementiamuodoissa. Dementiapotilaat ovat alttiita saamaan deliriumin somaattisen terveydentilan muutosten yhteydessä. Käytösoireiden ennakoiminen on vaikeaa ja niitä saattaa esiintyä sairauden kaikissa vaiheissa. Ne kuormittavat potilaan omaisia ja lisäävät laitoshoitoon joutumisen riskiä. (Koponen 2002, 4925- 4927.)

Sekavuustila eli delirium on äkillisesti alkava elimellisten tekijöiden aiheuttama aivotoiminnan häiriö, joka ilmenee muutoksina käyttäytymisessä ja kongnitiivisissa toiminnoissa. Deliriumin oirekuvaan kuuluvat havaintohäiriöt kuten hallusinaatiot sekä tarkkaavuuden häiriöt. Tyypillisiä on uni- valverytmin sekä ajan ja paikantajun häiriintyminen. Deliriumille on ominaista, että se kehittyy lyhyessä ajassa, muutamasta tunnista yhteen vuorokauteen. Delirium johtuu keskushermoston toiminnan häiriöstä. Häiriön taustalla voivat olla hyvin monet erilaiset sairaudet, nestetasapainon häiriöt,

leikkausten jälkitilat, myrkytykset, lääkkeet, alkoholi ja muut päihteet tai niiden äkillinen lopettaminen. Deliriumille altistavia tekijöitä ovat mm. korkea ikä, yleiskunnon heikkous, aikaisemmat aivovauriot, lääkkeiden ja päihteiden käyttö, näön ja kuulon heikentyminen. Delirium on hoitamattomana hengenvaarallinen tila. Deliriumia esiintyy 25% laitoshoidossa olevista vanhuksista. (Huttunen 2008)

Vanhusten moni sairastaminen altistaa lääkehoidon haittavaikutuksille, koska keskushermostonsairauksiin ja ikääntymiseen liittyvät muutokset vaikuttavat psyykenlääkkeiden siedettävyyteen. Vanhusten maksan toiminnan muutoksien vuoksi lääkemetabolia hidastuu, ja useiden eri sairauksiin määrättyjen lääkeaineiden nauttiminen yhtä aikaa kuormittaa vanhuksen maksaa liikaa. Tämä johtaa lääkkeiden aineenvaihduntareittien ylikuormittumiseen. Vanhusten psyykelääkkeitä määrätessä olisi kiinnitettävä erityistä huomiota aikaisempiin sairauksiin määrättyihin lääkkeisiin ja niiden mahdollisiin yhteisvaikutuksiin psyykelääkkeiden kanssa. Näistä syistä vanhusten psyykelääkitys tulee valita yksilöllisesti. Lääkeannokset ovat merkittävästi pienempiä kuin keski-ikäisillä. Vanhuksilla lääkityksen tarpeellisuutta ja sopivuutta tulee seurata säännöllisesti noin kolmen kuukauden välein. (Koponen 2002, 4925-4927.)

#### 2.4 Mielenterveysongelmaisten vanhusten hoitopolku

Palvelujärjestelmässämme ei ole rakennettu selkeää hoitopolkua mielenterveysongelmaisille vanhuksille. Mielenterveysongelmaisten vanhusten hoitoa toteutetaan erityisissä vanhuspsykiatrian yksiköissä, mielenterveyden avopalveluissa, perusterveydenhuollossa, vanhustenhuollon laitoksissa ja kotona kotipalvelun turvin. Osa mielenterveyspalveluita tarvitsevista vanhuksista jää kokonaan tarvitsemaansa hoitoa vaille. (Saarenheimo 2003, 123.)

Suomessa psykiatrinen palvelujärjestelmä on muuttunut viimeisten kymmenen vuoden aikana entistä huomattavasti avopainotteisemmaksi. Tästä johtuen psykogeriatriset

sairaansijat ovat merkittävästi vähentyneet. Merkittävä osa vanhainkotien ja terveyskeskusten ja pitkäaikaisosastojen asukkaista kärsii psyykkisistä ongelmista muiden sairauksien ohella. Terveyskeskusten pitkäaikaisosastoilla ei ole varsinaisia psykiatrisia vuodepaikkoja. Vanhainkodeissa psyykkisesti ongelmaiset asukkaat on käytännön syistä keskitetty erityisille osastoille, joiden henkilökunta pyritään valitsemaan ja osittain myös täydennyskouluttamaan näitä erityishaasteita vastaavaksi. (Saarenheimo 2003,124.)

Vaikeimmat vanhusten mielenterveysongelmat hoidetaan erityisissä vanhuspsykiatrian yksiköissä, joissa toimii sekä poliklinikka että vanhuspsykiatrinen osasto. Maassamme vanhuspsykiatrian yksiköitä on suurimmissa kaupungeissa ja yliopistosairaaloiden yhteydessä. Vanhuspsykiatrian yksiköt antavat konsultaatio apua muille psykiatrian yksiköille ja vanhushuollon laitoksille sekä kouluttavat terveydenhuollon ja sosiaalitoimen henkilöstöä vanhuspsykiatriaan liittyvissä asioissa. (Saarenheimo 2003, 123.)

### 3 VANHUSPSYKIATRINEN HOITO JA KUNTOUTUS

Yhteisöhoitoa voidaan kuvata seuraavasti: ”Hyvän yhteisöllisyyden ja yhteistyön kehittyminen ja luominen edellyttää, henkilökunnan osaavan toimia vuorovaikutuksessa siten, että sitoutuminen yhteisiin pelisääntöihin, yhteisiin toimintalinjoihin ja normeihin saadaan yhteistyössä aikaan.” ( Koivisto 2009, 26- 28.)

Vanhuspsykiatrisen osastolla hoidetaan masennusta, skitsofreniaa sekä dementiaa sairastavia vanhuksia. Heidän hoitomenetelmiinsä vanhuspsykiatrisella osastolla kuuluvat yhteisöhoidon lisäksi, lääkehoito sekä hoitosuhdetyöskentely. Yhteisöhoidon määritelmää ja yhteisöhoitoa kuvataan tarkemmin kappaleessa 4 sivulla 17.

#### 3.1 Lääkehoito ja kuntoutus

Vanhusten masennuksen hoidossa lääkehoito on tärkeää, mutta ei aina välttämätöntä. Masennuslääkkeiden käyttö on kuitenkin lisääntynyt vanhusten keskuudessa. Suomessa 90-luvun aikana se kaksinkertaistui, koko vanhusmäärässä yli 85-vuotiaiden kodalla jopa kolminkertaistui. 75-vuotiaista masennuslääkkeitä käytti 12 % 1999 ja jotain masennuslääkettä 5 %. Työikäisillä vakava masennus on selvästi yleisempää kuin eläkeikäisillä ja 85 vuotta täyttäneillä sitä esiintyy vähiten. Masennuslääkkeitä saatetaan käyttää vanhusten keskuudessa jonkin muun vaivan hoitoon. (Virtanen 2003, 4905-4908.)

Tutkimustulosten mukaan lääkehoidolla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia masennuksen hoidossa, sekundaari- ja tertiaaripreventiossa, koska masennusjakson kesto lyhenee ja haitalliset seuraukset vähenevät. Tutkimustulokset osoittavat myös, että vanhusten sosiaalinen osallistuminen ja aktiivisuutta edistävä toiminta vähentävät lievien ja keskivaikeiden masennustilojen ilmaantumista. Sekundaaripreventiossa

myönteisiä tuloksia ovat tuoneet psykodynaamisesti orientoituneet ja kongnitiiviset terapiat ja muutamat muut psykologiset hoitomuodot. Psykologisten hoitojen tuloksista on julkaistuja tutkimuksia määrällisesti merkittävästi vähemmän kuin lääkehoitojen vaikuttavuudesta tehtyjä tutkimusjulkaisuja. Syynä voidaan todennäköisesti pitää vaikutusten kriittisen arvioinnin vaikeutta. (Virtanen 2002, 4905- 4908.)

### 3.2 Hoitosuhdetyöskentely

Jokaisella potilaalla on oma hoitaja, jonka kanssa potilas käy säännöllisesti hoitosuhdekeskusteluja. Auttava vuorovaikutus, jonka lähtökohtia ovat potilaan yksilölliset tarpeet ja hoitajan ammatilliset ja terapeuttiset vuorovaikutustaidot on tärkeä ja keskeinen tekijä psykiatrisen potilaan hoidossa. Hoitosuhdetyöskentelyä käsitellään myöhemmin vanhuspsykiatrisen osaston esittelyssä sivulla 21.

### 3.3 Mielenterveyskuntoutus

Mielenterveyskuntoutus on osa psykiatrista kokonaishoitoa. Mielenterveyskuntoutuksella tarkoitetaan terveyttä, hyvinvointia ja sosiaalista osallisuutta edistävien toimintojen ja kuntoutuksen välistä toiminnallista yhteyttä mielenterveystyössä. Kuntoutuksen osa-alueita ovat kuntoutujan aktiivinen osallistuminen, yksilöllisyys, voimavara-ajattelu, mahdollisuuksien näkeminen, eri elämänalueiden huomioiminen ja toimintakyvyn lisääntyminen sekä kuntoutusprosessin jatkuvuus. Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteena on edistää kuntoutujan mahdollisimman itsenäistä selviytymistä elämän eri osa-alueilla. Kuntoutuksen keskeiset tehtävät ovat tukea yksilöllisen kuntoutusprosessin etenemistä, edistää kuntoutujan kykyä ja mahdollisuuksia asettaa oman elämänsä kannalta merkityksellisiä tavoitteita sekä tukea näihin tavoitteisiin pääsyä. Yksilöllisesti suunniteltuun kuntoutukseen kuuluu tarpeenmukaisten toimintamuotojen ja palveluiden valinta. (Koskisu 2001, 28- 29; Koskisu 2003, 14- 32.)



Mielenterveysongelmista kuntoutumisen kaksi keskeistä ja välttämätöntä edellytystä ovat oman sairauden hyväksyminen sekä pääseminen pois roolista, jossa sairaus hallitsee koko identiteettiä. Mielenterveysongelmaan liittyy edelleen salailua ja pelkoa, sillä se nähdään usein häpeällisenä kohtalona tai itse aiheutettuna tilana, josta toipuminen on mahdotonta. Kuntoutujat itsekin ovat yleensä omaksuneet nämä leimautumista ja syrjäytymistä edistävät ympäristön asenteet, jotka hidastavat kuntoutumista ja yhteiskuntaan paluuta sairastumisen jälkeen. Kuntoutumisen päämääränä on sairastuneen muuttuminen hoidon ja toimenpiteiden kohteena olevasta ihmisestä jälleen oman elämänsä toimijaksi. (Fountain House- mielenterveyskuntoutujien klubitalo 1995, 79.)

Kuntoutumiseen liittyvää tavoitetta voidaan kuvata muutoksena kuntoutujan subjektiivisen terveyden kokemisessa ja sen estämisenä, että sairastuneen elämä kapeutuu ongelmiinsa ja sairauteen keskittyväksi. Kuntoutumisen saavuttaminen ilmenee potilaan palautuneena elämänhallintana, omista oikeuksista kiinni pitämisenä, heränneenä kiinnostuksena omaan selviytymiseen, vuorovaikutussuhteiden ylläpitämisenä ja vastuun ottamisena omasta elämästä sekä hyvänä toimintakykenä. Kuntoutumisesta kertovat myös potilaan itsenäinen elämä, jossa sairauden aiheuttamat haitat jäävät vähäisiksi, sekä potilaan oma elämänsä laadukkaaksi kokeminen. (Kokko 2004, 39.)

Sääntöjen noudattamisen, yleisiin normeihin sopeutumisen ja tehtävistä suoriutumisen voidaan katsoa olevan merkki yhteiskuntakelpoisuuden ja hoitojaksolla olevan potilaan kohdalla kuntoutumisesta. Vuorovaikutustaitojen koheneminen hoitojakson aikana on olennainen kuntoutumisen kriteeri. Kieltojen, rajoitusten tai käskyjen lisääntyminen kertoo potilaan taantumisesta. Näin voidaan olettaa, ettei kuntoutuva potilas sopeudu yhteiskunnallisiin normeihin. (Mattila 2002, 179.)

Käypähoito suosituksen mukaan skitsofrenian kuntoutuksessa keskeinen tekijä on pitkäjänteinen ja luottamuksellinen hoitosuhde. Potilaan perhe otetaan hoitoon mukaan heti alusta alkaen. Kuntoutuksen tavoitteena on oireiden poistaminen tai lievittäminen sekä uusien psykoosijaksojen estäminen. Kuntoutuksen avulla pyritään parantamaan potilaan elämänlaatua. Psykoterapiaa käytetään mielenterveysongelmista kärsivien

potilaiden yhtenä kuntoutusmuotona. Lyhytterapiat vaihtelevat kestoltaan muutamasta käyntikerrasta 20–30 kertaan. Käyntejä on tavallisesti kerran viikossa. Pitkäkestoiset terapiat voivat joskus jatkua useita vuosia. (Käypähoito 2008)

Tulevaisuudessa tarvitaan hyvin suunniteltua ja laaja-alaista tutkimusta vanhusten masennuksen hoidon vaikuttavuudesta. Vanhustenhuollon henkilökunta ja lääkärit tarvitsevat korkeatasoista perus- ja täydennyskoulutusta vanhusten depressioiden tunnistamisesta ja hoidosta. Vanhuksia hoitavalle henkilökunnalle tarvitaan lisää tietoa ikääntymiseen liittyvistä ilmiöistä. Tällöin vanhuksen lähipiiri tunnistaa ikääntymiseen liittyvän yksilöllisen reagoinnin sekä tietää, milloin on kyse hoitoa vaativasta masennuksesta. Tarvitaan myös vanhusten omakohtaisista kokemuksista tieto, mikä on auttanut heitä toipumaan masennuksesta. Vanhusten masennuksen hoitoa voidaan kehittää näiden tutkimustulosten avulla. (Virtanen 2003, 4905- 4908.)

## 4 YHTEISÖHOITO JA SIIHEN LIITTYVÄT KÄSITTEET

Yhteisöhoidon käytäntö on laajentunut eri puolille Suomen hoitolaitoksia yhteisöjen luonteen ja tarkoituksen mukaan. Yhteisöhoidolla ja yhteisökasvatuksella tarkoitetaan koko yhteisön tietoista käyttämistä hoidollisten, kuntoutuksellisten ja kasvatuksellisten tavoitteiden toteuttamiseen ja potilaiden omatoimisuuden lisäämiseen. Yhteisö toimii näiden tavoitteiden toteuttamisen välineenä silloin, kun kaikki mitä yhteisössä on ja tapahtuu, nähdään osana perustehtävää. Vastuulliseen yhteistyöhön oppiminen ja yhteistyömenetelmien kehittyminen voivat parhaimmillaan toteutua demokraattisessa yhteisössä. ( Jormanainen 2002, 3.)

Kaipion mukaan yhteisössä ei ole johtajia eikä johdettavia, vaan kaikki toimivat tasa-arvoisina ja vastuullisena yhteisön hyväksi. Näin päästäisiin yhtenäiseen ja kiinteään yhteisöön, joka voisi olla yhteisvastuullinen. Tällöin toteutuisi yhteisöllisyyden periaate luoden pohjan yhteisökasvatuksen onnistumiselle. ( Kaipio 1997, 59.)

Jones (1994) kuvaa Kaukosen mukaan (2003) yhteisöhoitoa niin, että sillä tarkoitetaan huolenpitoa, kasvatusta ja kuntoutusta, yhteisössä tapahtuvaa hoitoa (care in the community), hoitoa, hoivaa ja huolenpitoa, jota antaa asiakkaan lähellä oleva tukijärjestelmä (care by the community), ja moniammatillista yhteistyötä. Community health nursing -käsite on suomennettu tarkoittamaan yhteisön hoitotyötä, jossa asiakkaana nähdään yhteisö. (Kaukonen 2003, 5.)

Jo vuonna 1959 on Linn (Murrin 1997, mukaan) määritellyt seuraavalla tavalla yhteisöhoitoa: ”Yhteisöhoidossa kaiken, mitä yhteisössä tapahtuu, pitäisi palvella hoidollisia, kasvatuksellisia tai kuntoutustavoitteita. Tällä tavoin määriteltynä perustehtävän toteuttamiseen vaikuttavat esimerkiksi tilat, sisustus, tapa, jolla ruoka tarjoillaan puhumattakaan ihmisten käyttäytymisestä ja keskinäisistä suhteista.” Terapeuttiset yhteisöt nojautuvat Maxwell Jonesin periaatteisiin. Keskeisiä piirteitä ovat demokraattisuus, vapaaehtoisuus ja avoimuus. Tavoitteena on luoda yhteisö, jossa jäsenet olisivat mahdollisimman tasa-arvoisia ja pyrkisivät yhdessä ratkomaan

ongelmiaan. Terapeuttisen yhteisön kieli vaihtelee psykoanalyttisesta konkreettiseen arkikieleen. Myönteisintä terapeuttisissa yhteisöissä on luottamus asiakkaiden mahdollisuuksiin sekä rakentava ilmapiiri. Ongelmallisinta on terapeuttisen yhteisön tavoitteiden vaatavuus ja ristiriitaisuus. Terapeuttisen yhteisön toimintamuotoja ovat osasto- ja yhteisökokoukset, juhlat ja yhteiset retket. (Murto 1997, 13-17.)

Murto on havainnut, että jo varhaisimmissa kasvatusyhteisöissä korostuivat inhimillisyyden ja tasa-arvoisuuden perusarvot henkilöstön ja asukkaiden yhteistyössä sekä mielekkään työn merkitys hoito- ja kasvatustieteiden menetelmänä. Ne ovat hänen mielestään myös myöhempien yhteisöhoidollisten ja kasvatuksellisten suuntausten, kuten terapeuttisen yhteisön ja yhteisökasvatuksen ydintä. (Murto 1997, 13-15.)

Yhteisöhoito vanhuspsykiatrisella osastolla tarkoittaa potilaiden hoidollista ja psyykkistä kasvua edistävää, vuorovaikutukseen perustuvaa tietoista osaston toimintaa. Tämä tarkoittaa esimerkiksi kaikkia niitä osaston vuorovaikutustilanteita, jotka tapahtuvat sovittujen yksilö-, ryhmä- ja perheterapioiden ulkopuolella. (Mielonen, Rusanen & Miettinen 1999, 18-19.)

Mielosen, Rusasen ja Miettisen (1999) mukaan yhteisöhoidon osatekijät, holding, containing ja mirroring, ovat syntyneet varhaisen äiti-lapsisuhteen tarkastelussa.” Koska näille käsitteille ei ole kirjallisuudessa selkeitä suomenkielisiä vastineita, kuvataan seuraavassa lyhyesti niiden sisältö ja sovellus hoitoyhteisöön. Holding tarkoittaa potilaan psyykkistä ja fyysistä huolenpitoa sekä turvallista, psyykkistä kasvua tukevaa ilmapiiriä, johon vaikuttaa sekä hoitoympäristö että kaikkien jäsenten käyttäytyminen. Containing tarkoittaa työntekijöiden empaattista lujuttamista ja tarvittaessa rajojen asettamista. Kykyä ottaa vastaan potilaiden erilaisia viestejä ja käyttäytymistä, sietää niitä ja keskustelemalla auttaa potilaita selventämään ja tarvittaessa muuttamaan omia ajatuksiaan, tunteitaan ja käyttäytymistään. Mirroring tarkoittaa sitä, että osasto tarjoaa potilaille monipuolisia samaistumis- ja peilausmahdollisuuksia ja hyväksyntää, joiden avulla potilaat oppivat uusia käyttäytymismalleja, kehittävät ihmissuhdetaitojaan ja vahvistavat itsetuntoaan.” (Mielonen ym. 1999, 18-19).

Yhteisöhoidolla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä yhteisön tietoista käyttämistä hoidollisten ja kuntoutuksellisten tavoitteiden toteuttamiseen. Yhteisöhoidon käsite kattaa näin ollen fyysisen ja sosiaalisen ympäristön (social therapy / therapeutic milieu) sekä terapiaan, kuntoutukseen ja kasvatukseen liittyvät periaatteet, joiden keskinäinen painotus vaihtelee yhteisötyypistä toiseen. Yhteisöhoitoa voidaan pitää myös väljästi määritellyn terapeuttisen yhteisön synonyyminä. (Isohanni 1983, 118-119.)

Yhteisöhoidon koulutusta on lähihoitajatutkinnon perus- ja osaamisopinnoissa. Mielenterveys- ja päihdetyön koulutusohjelman suuntaavissa pinnoissa kehitetään valmiuksia kohdata mielenterveys- ja päihdeongelmaisia ihmisiä sekä kriisissä olevia asiakkaita ja heidän läheisiään. Suuntaavat opinnot sisältävät yhteisöhoidon opetusta. ( Savon ammatti- ja aikuisopisto 2008)

Sairaanhoitajan tutkinnossa yhteisöhoidon opetus sisältyy mielenterveystyön opintoihin (Savonia-ammattikorkeakoulu 2009). Jyväskylän koulutuskeskus oy on toteuttanut yhteisöhoidon kaksivuotista täydennyskoulutusta jo vuodesta 1986. Koulutuksen käyneitä henkilöitä on yli kaksi tuhatta Suomessa. Koulutuksen tavoite on antaa valmiuksia yhteisökeskeiseen hoito- ja kasvatustyöhön, ongelmien ja ristiriitojen käsittelemiseen ja ratkaisemiseen ja ratkaisemiseen sekä yhteisön johtamiseen, kehittämiseen ja arvioimiseen. Koulutuksessa perehdytään yhteisöhoidon menetelmiin, dynamiikkaan ja lainalaisuuksiin. (Jyväskylän koulutuskeskus 2009.)

## 5 VANHUSPSYKIATRINEN OSASTO 2705

Vanhuspsykiatrinen poliklinikka 3704 Puijon sairaalassa ja vanhuspsykiatrinen osasto 2705 Julkulan sairaalassa muodostavat yhdessä Kuopion yliopistollisen sairaalan vanhuspsykiatrisen tulosyksikön. Vanhuspsykiatrinen vuodeosasto 2705 on 12 paikkainen suljettu hoito-osasto, jonne potilaat tulevat hoitoon lääkärin läheteellä. Osastolla hoidettavat potilaat ovat pääasiassa 65 vuotta täyttäneitä Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin asukkaita. ( KYS 2008.)

Julkulan sairaalan vanhuspsykiatrisella osastolla hoidetaan masennuksesta kärsiviä potilaita, skitsofreniaa sairastavia potilaita sekä kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsiviä potilaita. Suurin osa osastolle läheteellä tulevista potilaista on vanhuspsykiatrisen poliklinikan avohoidossa olevia potilaita. Heidän osastohoidon tarpeensa arvioidaan avohoidon poliklinikkakäynnillä. Osastohoito on osalla potilaista lääkehoidon selvittelyn vuoksi tai elämänkriisin seurauksena. Vanhuspotilas voi tulla läheteellä osastohoitoon myös itsemurhariskin vuoksi.( KYS 2008 )

Osaston henkilökuntaan kuuluvat osastonylilääkäri, osastonlääkäri, osastonhoitaja, 18 hoitotyöntekijää, osastosihteeri, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Osaston toimintaa ohjaava perusarvo on ihmisoikeuden kunnioittaminen. Se ilmenee potilaan hyvänä kohteluna sekä hoidon ja palvelun inhimillisyytenä. Eettisyys, vastuullisuus, korkea tietotaito ja tuloksellisuus ovat vanhuspsykiatrisen osaston muita toiminta-arvoja. (KYS 2008.)

Osaston tarjoamiin palveluihin kuuluu lääketieteellinen tutkimus, joka sisältää psykiatrisen tutkimuksen, somaattisen terveyden arvion ja tarvittaessa somaattisen erikoisalun konsultaation. Tämän lisäksi osastolla toteutetaan vanhuspotilaiden lääkehoidon tarpeen arviointia ja suunnittelua. ( KYS 2008.)

Osastolla tehtävä psykologinen tutkimus sisältää arvion potilaiden toimintakyvystä ja itsenäisen selviytymisen edellytyksistä sekä arvion potilaan psyykkisistä voimavaroista jatkohoidon suunnittelua varten. Potilaiden sosiaalinen tilanne arvioidaan. Selvittelyn tarve ja laajuus määräytyy yksilöllisesti kunkin potilaan tilanteen mukaan. Sosiaalinen tutkimus ja arviointi käsittävät potilaan sosiaalisen tilanteen kartoituksen, jossa selvitetään potilaan elämäntilannetta. Kartoituksessa huomioitavia asioita ovat potilaan perhetilanne, asumismuoto, taloudellinen tilanne, sosiaaliset kontaktit, sosiaalipalvelujen käyttö, niiden tarve sekä kuntoutuspalvelut. ( KYS 2008.)

Hoitoneuvottelut ovat osaston hoidon perustyöväline. Potilas on hoitoneuvotteluissa mukana suunnittelemassa hoitoaan. Potilaan suostumuksella hänen perheensä ja läheisensä osallistuvat hoidon suunnitteluun ja hoitoneuvotteluihin alkuselvittelystä lähtien. Pyrkimyksenä on ymmärtää potilaan psyykkisiä ongelmia suhteessa hänen ajankohtaiseen elämäntilanteeseensa ja vuorovaikutussuhteisiin. Hoitoneuvotteluun osallistuvat työryhmän lääkäri, omahoitaja, psykologi ja sosiaalityöntekijä. ( KYS 2008.)

Hoitosuhdetyöskentely on osa potilaan suunniteltua kokonaihoitoa. Hoitosuhdetyöskentelyssä jokaiselle potilaalle valitaan omahoitaja vähintään kolmen vuorokauden kuluttua hoitoon tulosta. Omahoitaja ja potilas käyvät hoitosuhdekeskusteluja sovittuina ajankohtina vähintään kaksi kertaa viikossa. ( KYS 2008.)

Yhteisöhoidon tavoitteena vanhuspsykiatrisella osastolla on kehittää ja tukea potilaan persoonallisuudenrakenteita ja lisätä potilaan itseluottamusta ja sosiaalisia taitoja. Yhteisöhoidossa korostuu potilaan ainutkertaisuus, yksilöllisyys, oikeudet ja velvollisuudet ja vastuun ottaminen omasta hoidosta. Vanhuspsykiatrisella osastolla toteutetaan ryhmämuotoista hoitoa. Osastolla kokoontuu toiminnallisia ryhmiä, joiden tarkoituksena on vuorovaikutuksen ja omatoimisuuden ylläpitäminen, tuttujen toimintojen säilyttäminen, onnistumisen ilon kokeminen sekä fyysisen hyvinvoinnin lisääntyminen. Osastolla toimivia toiminnallisia ryhmiä ovat leivonta- ja liikuntaryhmä, sekä askarteluryhmä. Osastolla kokoontuu keskusteluryhmä. Keskusteluryhmään

osallistuu kaksi hoitajaa. Ryhmä toimii puoliavoimena ja täydentyy/vaihtuu osaston potilaiden vaihtuvuuden mukaan. Kuva/musiikkiryhmä toteutuu kerran viikossa. Musiikin tehtävänä on nostaa tiedostamaton tietoisuuteen. Tarkoituksena on keskustella musiikin herättämistä tunteista, muistoista, mielipiteistä ja mielikuvista. Musiikin herättämiä tunteita, muistoja ja mielikuvia ilmaistaan piirtämisen avulla. Muisteluryhmä kokoontuu kerran viikossa. Ryhmä on avoin- ja vapaaehtoinen. Muisteluryhmän aiheet tulevat spontaanisti ryhmän alettua ja potilas saa mahdollisuuden kertoa iloiset ja surulliset kokemukset menneiltä ajoilta. Avoin näkemys omaan menneisyyteen auttaa taakse jääneet elämäkokemukset. (KYS 2008.)



## 6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää yhteisohoidon toteuttamista vanhuspsykiatrisella osastolla. Tutkimuksella haluttiin selvittää, millainen merkitys yhteisohoidolla on vanhuspsykiatristen potilaiden kuntoutumiselle osastolla tapahtuvan hoitajakson aikana hoitajien näkökulmasta.

Tutkimustehtävät olivat seuraavat:

1. Minkä verran ja minkälaista koulutusta vanhuspsykiatrisen osaston hoitotyöntekijät ovat saaneet yhteisohoidon toteuttamisesta?
2. Miten osastolla toteutuvat yhteisohoidon periaatteet (tasa-arvoisuus, avoimuus, vapaaehtoisuus)?
3. Lisäävätkö toiminnalliset ryhmät potilaiden omatoimisuutta?
4. Miten yhteisöhoito vaikuttaa vanhuspotilaiden kuntoutumiseen hoitajakson aikana hoitotyöntekijöiden mielestä?
5. Millainen on yhteisohoidon merkitys hoitajien mielestä vanhuspsykiatrisen osaston hoitotyössä?

## 7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 7.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin Kuopion yliopistollisen sairaalan Julkulan vanhuspsykiatrisella osastolla 2705 työskentelevä hoitohenkilökunta. Kohderyhmän valintaan vaikutti tutkimuksen aihe ja siihen liittyvät tutkimuskysymykset. Toinen meistä opinnäytetyön tekijöistä on työskennellyt vanhuspsykiatrisella osastolla 2705 ja hänellä oli omakohtaisia näkemyksiä yhteisohoidon totuttamisesta ja sen merkityksestä potilaiden kuntoutumiselle osastolla tapahtuvan hoitojakson aikana kyseisellä osastolla.

### 7.2 Kyselylomakkeen laatiminen

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tutkia Julkulan sairaalan vanhuspsykiatrisella osastolla 2705 työskentelevän hoitohenkilökunnan toteuttamaa yhteisöhoitoa. Lisäksi tarkoituksen oli saada vastauksia viiteen tutkimuskysymykseen kuinka yhteisöhoitoa osastolla toteutetaan sekä, onko sillä merkitystä osastolla tapahtuvan hoitojakson aikana hoidossa olevien vanhus potilaiden kuntoutumiseen. Hoitohenkilökunta on saanut palautetta osastolla hoidettavien potilaiden kuntoutumisesta hoitojakson aikana potilaiden omaisilta.

Tutkimusmenetelmänä käytimme kyselylomaketta (liite1) Kyselylomakkeen kysymyksillä haettiin vastauksia viiteen tutkimuskysymykseen, joissa kysyttiin, henkilökunnan saamasta yhteisohoidon koulutuksesta, yhteisohoidon periaatteista ja niiden toteutumisesta osastolla. Lisäävätkö toiminnalliset ryhmät potilaiden omatoimisuutta, kuinka yhteisöhoito vaikuttaa potilaiden kuntoutumiseen osastolla tapahtuvan hoitojakson aikana hoitohenkilökunnan mielestä sekä millainen merkitys yhteisohoidolla vanhuspsykiatrisen osaston hoitotyössä.

Alkuperäinen kyselylomake sisälsi avoimia kysymyksiä. Opinnäytetyötämme ohjaava opettaja luki ja vastasi kyselylomakkeessa esitettyihin kysymyksiin. Melkein kaikkiin esittämiimme kysymyksiin vastaajat olisivat voineet vastata kyllä tai ei. Opinnäytetyötä ohjaava opettaja neuvoi muuttamaan osan monivalintakysymyksiksi. Sovimme yhdessä palaverin tammikuun loppu puolelle 2009, Julkulan sairaalaan vanhuspsykiatriselle osastolle, jossa tapasimme siellä työskentelevän opinnäytetyötämme ohjaavan sairaanhoitajan.

Ennen sovittua palaveria suunnittelimme uuden kyselylomakkeen, jossa oli monivalintakysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä. Vanhuspsykiatrisella osastolla palaverissa tammikuun lopulla 2009, opinnäytetyötämme ohjaava sairaanhoitaja esitti muutoksia kyselylomakkeeseen. Hänen mielestään kyselylomakkeeseen saataisiin monimuotoisuutta lisäämällä monivalintakysymyksiä lomakkeeseen.

Maaliskuussa 2009 opinnäytetyömme suunnitteluseminaarissa syntyi keskustelua kyselylomakkeen kysymysten muodosta. Suunnitteluseminaarin yleisön sekä opponenttien ja ohjaavan opettajamme mielipiteen huomioon ottaen päädyimme vielä muuttamaan kyselylomakkeessamme olevia kysymyksiä. Kyselylomakkeella oli kysymyksiä joiden vastauksilla emme olisi saaneet vastauksia esittämiimme tutkimuskysymyksiin. Kysymykset, joilla kysyttiin vastaajan sukupuolta ja ammattinimikettä poistettiin kyselylomakkeelta, nämä olivat monivalintakysymyksiä. Ennen tutkimusluvan anomista poistimme kyselylomakkeelta edellä kerrotut kysymykset. Tutkimuslupa anomus toimitettiin Julkulan sairaalan ylihoitajalle maaliskuun lopulla 2009.

Laadullinen tutkimusmenetelmä oli hyvä, koska pystyimme esittämään avoimia kysymyksiä. Vastauksilla saimme monta erilaista näkemystä vastausten myötä. Avoimia kysymyksiä oli hyvä käyttää tässä tutkimuksessa, koska aihevalinta koski yhteisohoidon toteutumista sekä sen merkitystä osastolla hoidettavien potilaiden kuntoutumisessa. Avoimia kysymyksiä käyttäessämme saimme monimuotoisempia vastauksia ja enemmän analysoitavaa aineistoa. Kyselylomakkeella (liite1) oli myös monivalintakysymyksiä, kolme kappaletta.

Metsämuuronen (2008) on todennut seuraavaa erilaisista tutkimusmenetelmistä. Tutkimuksen tekemisessä niin kvalitatiivisessa kuin kvantitatiivisessakin tutkimuksessa oleellista on kysyä, mikä on totuus. Totuuden etsimisellä ei oleellista olekaan se, päästäänkö lähimmäksi totuutta kvalitatiivisella vai kvantitatiivisella menetelmällä. Pyrkimys on päästä totuutta niin lähelle kuin mahdollista. Hyvä kvalitatiivinen tutkimus vaatii yhtä paljon työtä kuin hyvä kvantitatiivinen tutkimus ellei enemmän. (Metsämuuronen 2008.)

Totuus jota me tutkijoina tämän tutkimuksen kautta haimme on yhteisöhoidon merkitys vanhuspsykiatrisen osaston 2705 hoitotyössä ja yhteisöhoidon merkitys vanhuspotilaiden kuntoutumiseen osastolla tapahtuvan hoitajakson aikana.

Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus. Laadullisessa tutkimuksessa kuvataan jotakin tiettyä tapahtumaa, ja pyritään ymmärtämään tiettyä toimintaa sekä antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jostakin ilmiöstä. Laadullisen tutkimuksen kohteena on inhimillinen toimita. Siinä ei litteroinnin jälkeen ole haastatteluaineistoa koodattu strukturoitua kyselyä vastaavaan muotoon. Tässä tutkimuksessa ei käytetä apuna tilastollisia menetelmiä. (Denzin & Lincoln 2005, 3)

### 7.3 Aineiston hankinta

Tutkimusluvan saatuamme maaliskuussa 2009 ( liite2 ) toimitimme kyselylomakkeet vanhuspsykiatriselle osastolle hoitohenkilökunnalle vastattaviksi. Saatekirjelmässä kerroimme, mihin tarkoitukseen kysymysten vastauksia käytämme ja kerroimme suullisesti opinnäytetyöstämme. Pyysimme työvuorossa olevia hoitajia kertomaan kyselystä ja vastauslomakkeista niille, jotka eivät olleet työvuorossa. Vastausaikaa annoimme viikon, jonka jälkeen noudimme vastaukset huhtikuun alussa 2009, ja ryhdyimme analysoimaan vastauksia. Jätimme osaston hoitohenkilökunnalle kaksikymmentä kyselylomaketta. Osastolla työskentelee 18 hoitotyöntekijää. Jätimme kaksi ylimääräistä kyselylomaketta, jotta vastausaikana osastolla mahdollisesti työskentelevät sijaiset voisivat vastata kyselyyn. Kyselylomakkeisiin oli vastannut kymmenen hoitohenkilökuntaan kuuluvaa. Henkilökunnan vastausten määrään vaikutti vuosilomat ja mahdollisesti vastausaikana olleet sairauslomat. Vastaajat olivat

motivoituneita kyselylomakkeen täyttämiseen. Avoimiin kysymyksiin saimme monipuolisia sisällöltään rikkaita vastauksia. Vastaukset olivat osastolla toteutettavaa yhteisöhoitoa yksityiskohtaisesti kuvaavia. Tutkimustulokset kappaleessa sivulta 29 alkaen tuomme esille hoitohenkilökunnan vastauksien sisältöjä.

#### 7.4 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusaineisto on analysoitu sisällön analyysillä. Laadullinen sisällön analyysi on vaiheittainen menetelmä, jolla dokumentteja voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysin päämääränä on muodostaa yksityiskohtainen ja systemaattinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Tavoitteena on luoda sellainen malli, joka esittää tutkittavan ilmiön tiivistetyssä muodossa ja jonka avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. Laadullisen tutkimuksen aineistolähtöinen (induktiivinen) aineiston analyysi voidaan Milesin ja Huberin (1984) mukaan kuvata kolmivaiheisena prosessina, jonka osat ovat aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen ( Kyngäs & Vanhanen 1999,3 ; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen analysoinnin aloitimme aineiston lukemisella ja refleктоimisella. Kyselylomakkeissa oli kymmenen kysymystä, jotka analysoimme kysymys kerrallaan. Koska meitä on kaksi tutkijaa, luimme molemmat aineiston tahoillemme ja refleктоimme vastukset, jolloin saime kumpikin hahmotettua itsellemme kuvan aineiston sisällöstä. Tämän jälkeen läpikäyden kaikki kymmenen kysymystä kokosimme yhdessä vastauksista kohta kohdalta yhteenvedon laskemalla monivalintakysymysten vastaus vaihtoehdot yhteen. Vastusten perusteella saimme tietää kuinka moni vastanneista oli samaa mieltä. Avoimien kysymysten vastauksista etsimme yhtenäisyyksiä, joiden perusteella saimme näkemyksen hoitohenkilökunnan mielipiteistä esittämiimme kysymyksiin.

Kirjoitimme vastaukset avoimista kysymyksistä kohta kohdalta. Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä ensimmäinen vaihe on pelkistäminen, jossa aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Pelkistetyt ilmaisut kirjataan aineiston termein. Seuraavaksi aineisto ryhmitellään. Ryhmittelyssä etsitään pelkistettyjen ilmaisujen

erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi ja annetaan sille sisältöä kuvaava nimi. Kolmas vaihe on aineiston abstrahointi. Abstrahointivaiheessa yhdistetään samansisältöisiä luokkia jolloin saadaan yläluokkia. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26-29.)

Opinnäytetyössämme kyselylomakkeen (liite1) vastausten pelkistämävaiheessa ryhmittelimme vastaukset pienempiin ryhmiin. Tutkimuskysymyksiä opinnäytetyössämme on viisi joten jaoimme vastaukset ryhmitellen ne kunkin tutkimuskysymyksen alle. Tutkimustulokset kappaleessa kirjoitamme auki näiden vastausten analysoinnin. Pelkistettyämme vastaukset ryhdyimme analysoimaan vastuksia. Saimme puhtaaksi kirjoitettua materiaali vastauksista yhteensä kolme liuskaa.

Kyselystä saatujen vastausten sisällön analysoinnin perusteella tutkimuksen tulokset vastaavat viiteen esittämäämme keskeiseen tutkimuskysymykseemme. Kysymykset olivat: henkilökunnan saama yhteisöhoidonkoulutus, yhteisöhoidon periaatteiden toteutuminen sekä lisäävätkö toiminnalliset ryhmät omatoimisuutta ja onko niillä merkitystä vanhuspotilaiden kuntoutumiseen hoitajakson aikana.

## 8 TULOSTEN TARKASTELUA

### 8.1 Henkilökunnan koulutus

Kyselylomakkeen avulla halusimme selvittää minkä verran ja minkälaista koulutusta vanhuspsykiatrisen osaston hoitohenkilökunta oli saanut yhteisohoidosta. Tulosten perusteella hoitohenkilökunnasta puolet oli saanut peruskoulutukseensa sisältyvän yhteisohoidon koulutuksen. Kolme vastanneista oli osallistunut työnantajan järjestämään yhteisohoidon täydennyskoulutukseen. Kaksi vastaajista oli osallistunut ammattiliittojen järjestämään yhteisohoidon koulutukseen. Yksi kyselyyn vastanneista ei ollut saanut koulutusta yhteisohoidon toteuttamisesta.

Suurin osa kyselyyn vastanneista hoitajista kokee saaneensa riittävästi koulutusta yhteisohoidosta. Kahden hoitajan mielestä yhteisohoidon tietämystä ja arvioimista voisi vielä syventää koulutuksen avulla. Koulutuksen lisäksi hoitajat ovat saaneet ohjeita yhteisohoidon toteuttamiseen kirjallisuudesta, työtovereilta, työnantajalta sekä ryhmäohjauksesta.

### 8.2 Yhteisohoidon periaatteet

Yhteisohoidon periaatteista toteutuu seitsemän vastanneen hoitajan mielestä tasa-arvoisuus, vapaaehtoisuus sekä avoimuus. Yhden kyselyyn vastanneen mielestä yhteisohoidon periaatteet eivät toteudu vanhuspsykiatrisella osastolla.

### 8.3 Ryhmät omatoimisuuden lisääjinä yhteisohoidossa

Kyselyyn vastanneiden hoitajien mielestä osastolla toimivat ryhmät ovat keskeinen osa toteutettavaa yhteisohitoa. Toteutuvat ryhmät tarjoavat potilaille vertaistukea, yhdessä tekemistä, tunteiden peilaamismahdollisuuksia, palautteen saamista ja hyväksytyksi tuleamista. Vastanneiden mielestä keskeistä yhteisohoidossa oli sosiaalistentaitojen

kehittyminen, kuulluksi tuleminen ja yhteisöllisyys. Yhteisöhoidolliset ryhmät tukevat potilaiden omatoimisuutta jaetun vastuun kautta.

#### 8.4 Yhteisöhoidon vaikutus potilaiden kuntoutumiseen hoitojakson aikana

Hoitohenkilökunnan vastausten perusteella yhteisöhoito tukee osastolla hoidettavien potilaiden kuntoutumista poistamalla yksinäisyyttä. Yhteisöhoidolla koetaan olevan eheyttävä ja parantava vaikutus, joka tukee ymmärtää ja hyväksyy eri kuntoutumisvaiheessa olevia potilaita. Potilaiden ongelmienratkaisu helpottuu yhteisöhoidon myötä hoitohenkilökunnan näkemysten mukaan. Kuntoutumisen kriteerit tiedostava hoitaja voi arvioida työssään potilaan kuntoutuksellisia tarpeita. Tämä edistää potilaan kuntoutumista ja sen suunnittelua. Hoitajalla on suuri vastuu potilaan kuntoutumisen koordinoijana. Omahoitaja arvioi moni ammatillisen tiimin kanssa yhdessä kuntoutujan tilannetta.

#### 8.5 Yhteisöhoidon merkitys vanhuspsykiatrisen osaston hoitotyössä

Hoitohenkilökunnan vastausten mukaan yhteisöhoito on tärkeä osa potilaan hoitoa vanhuspsykiatrisella osastolla. Yhteisöhoito on sosiaalista ja aktivoivaa. Yhteisöhoidon koetaan olevan tärkeä osa toipumista. Potilaiden saama vertaistuki hoidon aikana yhteisöhoidon avulla on korvaamaton voimavara. Potilaiden omaisilta henkilökunta oli saanut positiivista palautetta yhteisöhoidosta.

Suoria lainauksia hoitohenkilökunnan vastauksista mikä heidän mielestään on keskeistä yhteisöhoidossa:

” yhdessäoleminen ja sitä kautta asioiden oivaltaminen ja oppiminen toisilta” , ” ajan kuluminen mukavasti” , ” hoitokeino sosiaalisempaan käyttäytymiseen”

” yhdessä tekeminen” , ”palautteen saaminen, tukeminen, kannustaminen” ” yhteiset toimintatavat/periaatteet”, ”peilata tunteitaan ryhmässä” , ” merkityksellisyyden löytäminen ryhmässä/yhteistyössä yhteisönjäsenenä, omien uusien tai entisten sairauden



alle jääneiden voimavarojen löytäminen, onnistumisen ilo, turvallisuuden tunne yhteisönjäsenenä”, ” oppia hyväksymään erilaisuutta”.

Näistä vastauksista löytyvät keskeiset asiat, jotka ovat keskeisiä asioita yhteisöhoidossa. Nämä edesauttavat vanhuspotilaiden kuntoutumista osastolla tapahtuvan hoitajakson aikana ja tekevät yhteisöhoidosta merkityksellisen hoitomuodon vanhuspsykiatrisella osastolla.

## 8.6 Tutkimuksen luotettavuus

1992 Varto ( Vilkan 2005, mukaan) todennut laadullisella menetelmällä toteutetun tutkimuksen olevan luotettava, kun tutkimuskohde ja tulkittu materiaali ovat yhteen sopivia eikä teorian muodostukseen ole vaikuttaneet satunnaiset tai epäolennaiset tekijät. Tutkimusprosessin luotettavuus tarkoittaa vastaako tutkijan käsitteellistäminen ja tutkijan tekemä tulkinta tutkittavan käsityksiä (Vilka 2005, 158).

Tätä tutkimusta tehdessämme olemme arvioineet sen luotettavuutta koko tutkimuksen ajan. Tutkimusprosessin tulee olla looginen ja perusteltu, sekä aineiston tulee antaa vastaukset esittämiimme tutkimuskysymyksiin. Tämän tutkimuksen aineisto oli laaja ja sen hallitseminen oli vaikeaa. Luotettavuuden kannalta oli tärkeää saada se hallittavaan muotoon hukkaamatta kuitenkaan tutkimuksen kannalta tärkeää tietoa. Analyysi vaiheessa huomasimme kuinka vaikeaa oli erottaa epäoleellinen tieto olennaisesta ja peilata aineistoa esittämiimme kysymyksiin. Analysoinnin edetessä alkoi hahmottua aineiston kokonaisuus ja sitä kautta löysimme vastauksia tutkimuskysymyksiimme.

Laadullisella tutkimusmenetelmällä suoritettussa tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuutta ja tutkimuksen toteuttamista ei voi pitää erillisinä tapahtumina. Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetussa tutkimuksessa luotettavuuden kriteeri on tutkijan rehellisyys ja tutkija itse. Tämä johtuu, siitä että arvioinnin kohteena on tutkijan tutkimuksessa tekemät valinnat, ratkaisut ja teot. Tutkijan tulee arvioida

luotettavuutta jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla ( Eskola & Suoranta 2000, 208, 210.)

Hoitotieteessä missä tutkitaan inhimillistä toimintaa, korostuvat tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset. Tutkimuksen eettiset pohdinnat voidaan jakaa tiedon hankintaan, tutkittavien suojaan ja tiedon käyttöön liittyviin kysymyksiin.( Vehvilänen- Julkunen 1998, 26; Eskola & Suoranta 1998, 52.)

Tutkimuksen yleisestä luotettavuudesta ja pätevyydestä puhuttaessa, puhutaan siitä, että esimerkiksi tutkimusaineisto on validi tai että tutkimus kokonaisuudessaan ja sen tulokset ovat valideja eli luotettavia. Opinnäytetyömme kyselylomakkeiden vastaukset olivat mielestämme valideja. Kyselylomakkeiden vastaukset vastasivat viiteen esittämäämme tutkimuskysymykseen. Voidaan puhua myös että mittari tai mittaustoimitus on reliaabeli, jolloin tarkoitetaan, että se on pysyvä, antaa samoja tuloksia eri kerroilla. ( Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003; Burns & Grove 2005.)

Tutkimuksen osallistuvan on oltava tietoinen ensinnäkin siitä, että kyseessä on tutkimus. Osallistujia on informoitava tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimuksen kestosta, tutkimuksen menettely tavoista sekä mihin tutkimuksella tuotettua tietoa aiotaan käyttää. Tutkimukseen osallistuville selvitettävä, kuka on tutkimuksen vastuu henkilö, mitkä ovat osallistujien ja tutkimuksen tekijän roolit ja millä perusteella potentiaaliset osallistujat on valittu tutkimukseen. Riittävä tiedon saanti ei merkitse pelkästään tiedon antamista, vaan myös sen varmistamista, että kyselyyn vastaaja ymmärtää saamansa informaation. (Kylmä & Juvakka 2007, 150.)

Yksi tutkimustyötämme ohjaava eettinen periaate on oikeudenmukaisuus. Se toteutuu meidän tutkimuksessamme koska kaikki tutkimustulokset raportoidaan. ”Tutkimustulosten eettinen raportointi merkitsee avoimuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta tutkimuksen kaikkien vaiheiden raportoinnissa. Samanaikaisesti tutkimusentekijän on suojeltava tutkimukseen osallistuvia. Tämä konkretisoituu esimerkiksi laadullisessa terveystutkimuksessa käytettyjen lainausten yhteydessä. Tutkimuksen tekijän kuuluu raportoida tutkimukseensa osallistuneiden henkilöiden kuvaus tutkitusta ilmiöstä

mahdollisimman totuudenmukaisesti, mutta kyselyyn vastaajia suojellen.” ( Kylmä & Juvakka, 2007, 154.)

## 9 POHDINTA

Opinnäytetyön prosessin aloitimme keväällä 2008. Etsiessämme opinnäytetyön aihetta Savonia- ammattikorkeakoulun terveystalon / Kuopion yksikön verkkosivuilta, löysimme aiheen Yhteisöhoidon toteutuminen psykiatrisella osastolla. Kuopion yliopistollinen sairaala oli laittanut vireille tutkimuspyynnön kyseisestä aiheesta. Aiheen valittuamme halusimme kohdentaa aiheen johonkin tiettyyn osastoon. Kysytyämme omalta opinnäytetyötä ohjaavalta opettajalta aiheen rajauksesta, hän oli kanssamme samaa mieltä. Halusimme kohdentaa työn Julkulan sairaalan vanhuspsykiatriselle osastolle 2705. Pohdittuamme aihetta halusimme tutkia yhteisöhoidon toteutumista ja sen merkitystä kyseisellä osastolla.

Meillä ei ole ollut aikaisempaa kokemusta laadullisen opinnäytetyön tekemisestä. Huomasimme yllätykseksemme, kuinka paljon opinnäytetyöprosessi vie aikaa ja kuinka monta vaihetta se sisältää. Aihealue oli laaja ja siksi oli vaikeaa ensin luoda itsellemme kuvaa, mitä lähdemme tutkimaan. Mutta monien ohjauksetojen kautta viimein hahmottui tutkimusalue. Etsiessämme tietoa vanhuspsykiatrisella osastolla toteutettavasta yhteisohoidosta huomasimme, että aiheesta ei meinannut löytyä tutkimuksia eikä kirjallisuutta.

Kalevi Kaipio on kirjoittanut useita kirjoja yhteisohoidosta. Opinnäytetyötä tehdessämme tutustuimme hänen kirjallisuuteensa sekä tutkimuksiin joita hän oli kirjoittanut päihdehoidossa toteutettavasta yhteisohoidosta sekä lasten- ja nuorten hoitotyössä toteutettavasta yhteisohoidosta. Oppilaitoksemme kirjastosta löysimme useita opinnäytetöitä, joissa oli tutkittu yhteisohoidon toteuttamista päihdepsykiatriassa sekä mielenterveyskuntoutuksessa avohoidossa. Luimme myös kasvatuksellisesta yhteisohoidosta kirjoitettuja tutkimuksia lasten- ja nuorten mielenterveystyöstä. Olemme tutkineet vanhuspsykiatriassa toteutettavaa yhteisohoittoa, josta emme löytäneen aikaisempia tutkimuksia. Tutkimuksemme ainutlaatuisuus nostaa työmme arvoa.

Tutkimuksen tekeminen on antanut valmiuksia meille käyttää eri tietolähteitä ja samalla uskallusta hakea tietoa sähköisten tietolähteiden kautta. Olemme saaneet uudenlaisia näkökulmia erilaisten julkaisujen ja artikkeleiden kautta, psykiatrisesta hoitotyöstä. Uskomme tämän edistävän myös omaa ammatillista kasvuamme tulevana hoitotyöntekijöinä.

Tämän opinnäytetyön tekeminen oli haastavaa ja mielenkiintoista huolimatta kaikista vaikeuksista, joita ajan käyttö sekä oma elämäntilanne toivat mukanaan. Vaikeutensa opinnäytetyön tekemiseen aiheutti myös eri aikana tapahtuvat ohjatut harjoittelut, koska toinen meistä valmistuu sairaanhoitajaksi ja toinen terveydenhoitajaksi. Aikataulu oli kiireinen ja meidän oli vaikea löytää yhteistä aikaa. Onneksi asuimme samalla paikkakunnalla ja meille ei tullut hankaluuksia pitkien välimatkojen kulkemisesta. Vaikka ajan käytössä oli ongelmia yhteisen ajan löytymiseksi, yhteistyömme ei kärsinyt vaan onnistui mielestämme hyvin loppuun asti. Kaikki nämä kokemukset ja niiden voittaminen ovat kasvattaneet meitä niin ihmisinä kuin ammatillisesti. Saavutukseen pääseminen kovan työn kautta kantaa pitemmälle koska olemme joutuneet tekemään todella työtä päämääräämme pääsemiseksi. Sairaanhoitaja sekä terveydenhoitaja kohtaavat päivittäin työssään mielenterveysongelmaisia. Yhteisöhoidon periaatteiden tietäminen ja yhteisöhoidon toteuttamismuodot kuuluvat osana kummankin ammattitaitoon.

## LÄHTEET

**Anttila, P.** 1999. Tutkimisentaito ja tiedon hankinta. Kuopio. Kuopion käsi- ja taideteollisuus akatemia.

**Burns, N. & Grove, S.** 2005. The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique, and Utilization. 5. Painos. Philadelphia. Elsevier Saunders.

**Denzin, N.K & Lincoln, YS.** 2005 The Discipline and Practice of Qualitative Research.. Handbook of Qualitative Research. Grounding Grounded Theory. Quidelines for Qualitative Inquiry. San Diego. Academic Press.

**Ernwall, R. Ernwall, S, Kaukkila, H.-S.** 2002 Tilastollisia menetelmiä sosiaali- ja terveysalalle. WSOY. Helsinki

**Eskola, J. & Suoranta, J.** 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Tampere: vastapaino.

**Eskola, J. & Suoranta, J.** 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

**Fountain House: Mielenterveyskuntoutujien klubitalo.** 1995. Helsinki: Vajaakuntoisten työllistämisen edistämissäätiö.

**Halonen 2006.** Nuorten mielenterveyden edistäminen kouluterveydenhuollossa. Pro gradu- tutkielma

**Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P.** 2003. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Vantaa.

**Huittinen, L.** 2006. Yhteisö asiakkaan hoitotyössä, meta-analyyttinen tutkimus. Licensiaatti tutkimus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos.

**Huttunen, M. 2008.** Lääkärikirja Duodecim. Sekavuustila (delirium).

Päivitetty 12.9.2008. Viitattu 20.6.2009

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00357](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357)

**Isohanni, M.** 1983. Uudistuva psykiatrinen hoito. Juva. WSOY.

**Jormanainen, P.**2002. Yhteisöhoito. STH1M Kajaanin ammattikorkeakoulu,

<http://gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/ahorai/mielentervehto/yhteiso.htm>>. 17.5.2002

**Jyväskylän koulutuskeskus** 2009. Yhteisöhoidon 2-vuotinen koulutus. viitattu.

[http://www.jkk.fi/\(päivitetty 26.3.2009\)](http://www.jkk.fi/(päivitetty)

**Kaipio, K.** 1979. Antakaa meille mahdollisuus. Gummerus OY. Jyväskylä.

**Kaipio, K.** 2009. Yhteisöllisyyden ja yhteisökasvatuksen lähtökohtana psykomyytin murtaminen. Terveyslehti 13(1), 26

**Kaukonen, N.** 2003. Yhteisöllisyys palvelutalossa ikäihmisten ja työntekijöiden kokemana. Opinnäytetutkielma/ Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos.

**Koivisto, K.** 2009. Yhteisöllisyyden ja yhteisökasvatuksen lähtökohtana psykomyytin murtaminen. Terveyslehti, 15(1), 26- 28.

**Kokko, S.** 2004. Mielenterveys toimisto asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Oulu. Oulun yliopisto. Lääketieteenlaitos.

**Koponen, H.** 2002. Vanhusten mielenterveyshäiriöiden varhainen toteaminen ja hoito. Suomen lääkirilehti 57(48)

**Koskisuus, J.** 2001. Kuntoutuskurssin vertaistukiohjaaja elävä esimerkki muutoksesta. Käsikädessä (3), 28-29.

**Koskisuus, J.** 2003. Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutujan käsikirja. Helsinki. Mielenterveyden Keskusliitto.

**Kylmä, J & Juvakka, T.** 2007. Laadullinen tutkimus. Helsinki. Edita prima.

**Kyngäs, H. & Vanhanen, L.** 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3 – 12.

**KYS Kuopion yliopistollinen sairaala** 2008. Vanhuspsykiatrinen osasto 2705 osastonesittely. 12.12.2008, viitattu. <http://intra.kys.fi/default.asp?link=1006.5>

**Käypähoito** 2008. Skitsofrenian hoito. Viitattu 20.10.2009. <http://kaypahoito.fi>

**Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L.** 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S & Nikkonen, M(toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki. WSOY, 21- 43.

**Mattila, E.** 2002. Miten ohjata mielen kuntoutujaa? Yksityinen mielenterveystyön hoito- tai palvelukoti kehittyvänä pienyhteisönä. Väitöstyö. Helsingin yliopiston Kasvatustieteen laitoksen julkaisuja 179, Helsinki.

**Metsämuuronen, J.** 2004. Pienten aineistojen analyysi, parametrittömien menetelmien perusteet ihmistieteissä. International Methelp. Helsinki.

**Metsämuuronen, J.** 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. International Methelp. Helsinki.

**Mielonen, J. Rusanen, A & Miettien S** .1999. Yhteisöhoito. Sairaanhoitaja-lehti 72 (6), 18-19.

**Murto, K.** 1997. Yhteisöhoidon suuntauksia. Gummerruksen Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

**Saarenheimo, M.** 2003 Vanhuus ja mielenterveys. Verner Söderström osakeyhtiö 2003.



**Savon ammatti- ja aikuisopisto.** 2008. Yhteisohoidonkoulutus. viitattu 24.11.2008  
<http://www.sakky.fi/index.asp.päivitetty>

**Savonia-ammattikorkeakoulu** 2009. Viitattu 19.10.2009 <http://www.savonia.fi>

**Syrjälä, L.** 1994 Laadullisentutkimuksen työtapoja. Helsinki. Kirjayhtymä.

**Tuomi, J. & Sarajärvi, A.** 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

**Uusitalo, H.** 1995 Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan, 2 painos. Helsinki. WSOY

**Vallejo Medina, A. Vehviläinen, S. Haukka, U.- M. Pyykkö, V & Kivelä S.- L.** 2006. Vanhustenhoito. Helsinki. WSOY.

**Vehviläinen-Julkunen, K.** 1998. Hoitotieteen tutkimusetiikka. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen – Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki; WSOY, 26-34.

**Vilkka, H.** 2005. Tutki ja kehitä. Tammi. Helsinki. 2005

**Virtanen, H.** 2003. Vanhuksen masennus edellyttää yksilöllistä hoitoa. Suomen Lääkärilehti 58 (48) . 4905

Liite 1. Saatekirjelmä ja ohjeet kyselylomakkeen vastaamiseen

26.3.2009

Hyvät vanhuspsykiatrisen osaston 2705 hoitajat!

Olemme kaksi Savonia-ammattikorkeakoulun terveystieteiden opiskelijaa. Teemme opinnäytetyötä yhteisohoidosta vanhuspsykiatrisella osastolla 2705. Olemme saaneet luvan suorittaa kyselyn siitä kuinka yhteisohitoa toteutetaan osastollanne ja mikä merkitys sillä on osastolla olevien potilaiden kuntoutumiseen. Pyydämme teitä hoitohenkilökuntaa vastaamaan kyselylomakkeeseen nimettömänä. Haemme vastaukset osastolta viikon vastausajan jälkeen 6.4.2009.

Kiitos vastauksistanne!

Terveisin

Anna Heikkinen  
Sairaanhoitajaopiskelija

Tarja Nyysönen  
Terveystieteiden opiskelija

## Liite 2. Kyselylomake

## KYSELYLOMAKE

Seuraavassa on esitetty osastollanne tapahtuvaan hoitoon liittyviä kysymyksiä joihin pyydämme teitä vastaamaan.

1 Mihin seuraavista yhteisöhoidon muodoista olet ottanut osaa?

- a) yhteiset retket
- b) leivontaryhmä
- c) askarteluryhmä
- d) kuva/musiikkiryhmä
- e) muisteluryhmä
- f) keskusteluryhmä
- g) jokin muu \_\_\_\_\_

2 Mikä on mielestäsi keskeistä yhteisöhoidossa?

- 3 Millä tavalla yhteisöhoito tukee osastonne potilaiden kuntoutumista?
- 4 Mitkä yhteisöhoidon periaatteet toteutuvat osastollanne?
- a) tasa-arvoisuus
  - b) vapaaehtoisuus
  - c) avoimuus
  - d) ei mikään, jos ei niin miksi?
- 5 Minkälaista palautetta potilaidenne omaiset ovat antaneet yhteisöhoidosta?

- 6 Millaista koulutusta olet saanut yhteisöhoidosta?
- a) Työnantajan järjestämä täydennyskoulutus
  - b) Ammattiliittojen järjestämä koulutus
  - c) Peruskoulutukseesi sisältyvä yhteisöhoidon koulutus
  - d) Jokin muu \_\_\_\_\_
- 7 Onko koulutusta ollut mielestäsi riittävästi? Jos ei ole ollut, millaista koulutusta haluaisit lisää?
- 8 Mistä olet saanut ohjeita yhteisöhoidon toteuttamiseen?

9 Kerro omin sanoin kuinka merkityksellisenä koet yhteisöhoitoon potilaiden kuntoutumisessa?

10 Mitä kehittämissideoita sinulla on yhteisöhoitoon toteuttamiseen osastollanne?

**KIITOS VASTAUKSISTA!**

## Liite 3. Tutkimuslupa



Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri  
KUOPION YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA

HOITOTIETEEN JA MUIDEN TERVEYS-  
TIETEIDEN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Nro. \_\_\_ / 20 \_\_\_

Hakemuksen käsittely on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa "Hoitotieteen ja muiden terveystieteiden tutkimuksen ohjeet Kuopion yliopistollisessa sairaalassa". Hakemukseen liitetään tutkimussuunnitelma aineiston keruulomakkeineen ja saatteineen, rahoitussuunnitelma.

#### HAKIJA

Vastuullinen tutkija

Anna Heikkinen

Ahkiotie 8 as 4 70200 Kuopio

Nimi

Osoite, puh, s-posti 040-884 6723

anna.heikkinen@savonia.fi

Muut tutkijat

Tarja Nyyssönen

Luistelijantie 11 B 17

70200 Kuopio 050-5937039

Tarja.Nyyssonen@savonia.fi

Työ- tai opiskelupaikka

Savonia-amk Kuopio

Virka/toimi (ei koske opiskelijoita)

Opiskelupaikka

AMK mikä

Kuopio

yliopisto mikä

muu mikä

Suoritettava tutkinto

sairaanhoitaja, Terveystieteiden tutkinto

#### TUTKIMUS

Tutkimuksen nimi

Yhteisohoidon toteutuminen ja sen merkitys  
vanhuspsykiatrisella osastolla

Tutkimuksen lyhyt kuvaus (mm. tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmät) sekä julkaisuunitelma (maksimissaan 300 sanaa)

Tällä tutkimuksella kerätään tietoa yhteisohoidon toteutumisesta ja sen merkityksestä Jukkulan sairaalan vanhuspsykiatrisen osaston 2705 potilaiden kuntoutumisessa. Keräämme tietoa kyselylomakkeella vanhuspsykiatrisen osaston hoitohenkilökunnalta. Tutkimus on laadullinen tutkimus.

Tutkimus on

amk-tutkinto

ylempi amk-tutkinto

pro gradu

lisensiaattityö

väitöskirja

muu, mikä

AME-DEINNAITTEYO

Monikeskustutkimus

ei

kyllä

kansallinen

kansainvälinen

Tutkimuksen kokonaisuajankausi

Kevät 2009

Ajankausi KYSissä

Huhtikuu 2009


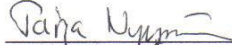

Kustannukset

Arvio KYSille koituvista kustannuksista

Tarkempi kustannuserittely esitettävä erillisellä liitteellä.

€

Ei aiheuta kustannuksia KYSille

<b>Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto</b>	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
Toimikunta _____	Lausunto nro _____ pvm _____
<b>Johtajaylilääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten</b>	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
pvm _____	
<b>STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten</b>	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
pvm _____	
<b>Henkilöstöpäällikön lupa henkilökuntaa koskevia tutkimuksia varten</b>	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
pvm _____	
<b>Muu lupa (mikä)</b>	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä	
pvm _____	
<b>Opinnäytetyön tuotoksen käyttöoikeus luovutetaan KYSille</b>	
<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
<b>ALLEKIRJOITUS JA SITOUMUS</b>	
Allekirjoittaneet tutkijat sitoutuvat noudattamaan tulosyksikön esimiesten antamia ohjeita, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä salassapito- ja vaihtolovelvollisuutta ja lähettämään tutkimusraportin yksikköön jossa tutkimus on tehty sekä luvan myöntäjälle.	
26.13.2009	
	
Tutkijan allekirjoitus	Tutkijan allekirjoitus
Anna Heikkinen	Tarja Nyyssönen
Nimen selvennys	Nimen selvennys
_____	_____
Tutkijan allekirjoitus	Tutkijan allekirjoitus
_____	_____
Nimen selvennys	Nimen selvennys
_____	_____
<b>OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT</b>	
	_____
Ohjaajan allekirjoitus	Ohjaajan allekirjoitus
MARJUKKA NURRO	_____
Nimen selvennys	Nimen selvennys
_____	_____
Osoite, puhelin, s-posti	Osoite, puhelin, s-posti
SAVONIA AMK, TERVEYSTIETEEN KESKUS PL 1028 70101 KUOPIO p. 044-7856446, marjukka.nurro@savonia.fi	_____
<b>PUOLTO</b> Potilastutkimuksissa puolto tarvitaan joko tulosyksikön ylilääkäriltä (yksi tulosyksikkö), tulosaluejohtajalta (useita tulosyksiköitä) tai johtajaylilääkäriltä (useita tulosalueita).	
<input type="checkbox"/> Puollan hakemusta	
<input type="checkbox"/> En puolla, perustelut	
_____ / _____ 20__	
Allekirjoitus	
_____	
Nimen selvennys, virka-asema	
_____	



## PÄÄTÖS

- Myönnän tutkimusluvan
- Myönnän tutkimusluvan, mutta ennen tutkimuksen aloittamista tutkimukselle tulee hakea tutkimuseettisen toimikunnan lausunto / johtajayliääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten / STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten / KYS:n henkilöstöpäällikön lupa henkilökuntaa koskevia tutkimuksia varten / muu lupa, mikä

Tulossyksikön /-alueen ylihoitajan / hallintoylihoitajan päätös nro 9/2009

26.3.2009

Asi Kuusmanen

Allekirjoitus

Asi Kuusmanen Yh.

Nimen selvennys

YHTEYSHENKILÖ KYSISSÄ (Tulossyksikön /-alueen ylihoitaja tai hallintoylihoitaja nimeää)

Sh. Jaana Mielonen

2705

Nimi

jaana.mielonen@kuh.fi

Työyksikkö

17 5240

S-posti

Puhelin

## LIITTEET

- Tutkimussuunnitelma 20 sivua
- Rahoitussuunnitelma \_\_\_\_\_ sivua
- Muita liitteitä \_\_\_\_\_ sivua