



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Vakavaa masennusta sairastava potilas akuutissa sairaanhoidossa, Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikka

Nyman, Meri-Tuuli

Airio, Krista

2011 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

VAKAVAA MASENNUSTA SAIRASTAVA POTILAS AKUUTISSA SAIRAAN-
HOIDOSSA; Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikka

Meri-Tuuli Nyman
Krista Airio
Hoitotyö
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2011

Nyman Meri-Tuuli, Airio Krista

Vakavaa masennusta sairastava potilas akuutissa sairaanhoidossa;
Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikka

Vuosi 2011 Sivumäärä 53

Opinnäytetyömme aiheena oli vakavaa masennusta sairastava potilas akuutissa sairaanhoidossa. Aihe opinnäytetyöllemme syntyi oman mielenkiintomme pohjalta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Hyvinkään sairaalan päivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien valmiuksia vakavasti masentuneen potilaan kohtaamisesta ja hoidosta. Tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa päivystyspoliklinikan henkilökunnan käyttöön ja näin ollen kehittää hoitotyön laatua. Tutkimuskysymyksenä oli *”Millaisiksi päivystyspoliklinikalla työskentelevät sairaanhoitajat kokevat valmiutensa vakavasti masentuneen potilaan hoitotyössä?”*

Teimme opinnäytetyön Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikalle. Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, jonka teemoina olivat sairaanhoitajien tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset valmiudet. Tiedonantajina toimivat viisi päivystyspoliklinikalla työskentelevää sairaanhoitajaa. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin mukaisesti. Opinnäytetyössä ilmeni, että vakavan masennuksen tunnistaminen akuutissa hoitotyössä on vaikeaa. Tietopohja masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta vaihteli. Sairaanhoitajien saamat tiedot vakavasta masennuksesta ja sen tunnistamisesta olivat vähäiset, eivätkä he olleet saaneet työpaikallaan täydennyskoulutusta. He kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta vakavasti masentuneen hoitotyöstä. Haastattelun vastausten perusteella uskomme, että päivystyspoliklinikalla pystytään kehittämään masennuksen tunnistamista ja hoitoa. Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikka voi hyödyntää opinnäytetyötämme vakavasti masentuneen potilaan hoitotyön kehittämisessä. Toivomme, että opinnäytetyömme herättää keskustelua Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikan sisällä

Nyman Meri-Tuuli, Airio Krista

Acute nursing of patients with deep depression on the emergency department of the Hospital in Hyvinkää

Year	2011	Pages	53
------	------	-------	----

The subject of our thesis came from our own interests. The aim of the thesis was to survey the capacities of the nurses, in Hyvinkää hospital Emergency department, to encounter and treat deep depressed patients. The target was to produce new information for the staff of Emergency department and therefore develop quality of healthcare. The problem studied was *"How do the nurses in Emergency unit feel about their capacities of nursing a deeply depressed patient?"*

The thesis was made for the Emergency unit of the Hospital of Hyvinkää. The thesis was carried out by using qualitative research methods. The data was collected by theme interviews, the themes being nurse`s intellectual, skilled and prejudiced readiness. The informants of the thesis were five nurses who worked on the emergency ward. The material was analysed by using content analysis. The results showed that it was difficult to recognize deep depression in acute healthcare. Knowledge of deep depression varied among the nurses. Knowledge of deep depression and its recognition that they had got in occupational education was low and they had not received further education at their work place. They felt a need for further education in nursing of deep depression. Based on the answers of the interviews we believe that the emergency unit of the hospital of Hyvinkää can develop the recognition and care of depression. The Emergency unit of the hospital of Hyvinkää can utilize our thesis in the development of the care of deep depressed patients. We hope that this thesis will raise discussion at the Emergency unit of Hyvinkää hospital.

Keywords: Deep depression, acute health care, emergency ward, capacities

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Masennus sairautena	9
2.1	Vakava masennus.....	10
2.2	Psykoottinen masennus	12
2.3	”Käsi kädessä” masennuksen kanssa.....	13
2.4	Masennuksen esiintyvyys Suomessa	15
2.5	Vakavan masennuksen tunnistaminen ja hoitotyö.....	15
2.6	Akuuttihoitotyö	16
2.7	Tahdosta riippumaton hoito.....	17
3	Hoitotyö päivystyspoliklinikalla	18
3.1	Päivystyspoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien valmiudet	19
3.2	Psykoottisen potilaan hoitotyö ja kohtaaminen	21
3.3	Itsemurhaa yrittäneen potilaan hoitotyö ja kohtaaminen	22
3.4	Vakavasti masentuneen potilaan kohtaaminen	24
3.5	Hyvinkään sairaalan yhteispäivystys	25
4	Opinnäyteyön tarkoitus ja tutkimuskysymys.....	25
5	Tutkimuksen toteutus.....	26
5.1	Tutkimusmenetelmä.....	26
5.2	Kohderyhmä.....	26
5.3	Aineistonkeruu.....	27
5.4	Aineiston analyysi	28
6	Tutkimustulokset	29
6.1	Taustatiedot.....	29
6.2	Tiedolliset valmiudet	29
6.2.1	Tietämys	29
6.2.2	Tunnistaminen	31
6.2.3	Kokemus.....	31
6.3	Taidolliset Valmiudet	32
6.3.1	Kohtaaminen	32
6.3.2	Hoitaminen	33
6.4	Asenteelliset valmiudet	34
6.4.1	Näkemykset.....	34
6.4.2	Motivaatio	35
7	Johtopäätökset.....	36
7.1	Tutkimustulosten tarkastelu	36
7.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	40
8	Pohdinta ja jatkotutkimusehdotukset	43

Lähteet	44
Liitteet	47

1 Johdanto

Maailman Terveysjärjestön (WHO) tilastojen mukaan tänä päivänä mielenterveyshäiriöistä kärsii maailmassa noin 450 miljoonaa ihmistä. On arvioitu, että noin puolet mielenterveysongelmista ajoittuu alkavaksi ennen 14 vuoden ikää. (Lääkärilehti 2009.) Mielenterveysongelmista yleisimpänä pidetään masennusta. (Terveys -EU 2009).

Masennusta pidetään merkittävänä kansansairautena, koska siihen sairastuu lähes joka toinen suomalainen. Silti vain joka kolmas masennusta sairastava on hoidon piirissä. Masennusta esiintyy eriasteisena; lievänä, keskivaikeana tai vaikeana. Masennus aiheuttaa kohtuutonta kärsimystä ja toimintakyvyn heikkenemistä ja se koskettaa myös masentuneen läheisiä. Masennus voi ilmetä myös psykoottisena, jolloin siihen liittyy aistiharhoja ja harhaluuloja. Joskus masennuksen oireet voivat olla somaattisia, eli ruumiillisia, jolloin potilaalle voi aiheutua erilaisia kiputiloja. Tällöin masennusta voi olla vaikea tunnistaa. Masennukseen liittyy suuri uusiutumisenriski ja itsemurhavaara. (Luhtasaari 2002, 7-9.)

WHO arvioi, että vuosittain maailmassa noin 800 000 ihmistä tekee itsemurhan. Näistä yli puolen sanotaan olevan 15-44vuotiaita. (Lääkärilehti 2009.) On arvioitu, että Suomessa itsemurhiin kuolee vuosittain lähes tuhat ihmistä. Itsemurhien taustalla on usein masennus. Masennuksen sanotaan olevan tänä päivänä yleisin syy työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. (Mylärniemi 2009, 13-15).

Opinnäytetyömme aihe on vakavaa masennusta sairastavan potilaan hoitotyö akuutissa sairaanhoidossa. Aiheen valinta syntyi oman mielenkiintomme ja sen ajankohtaisuuden pohjalta. Halusimme löytää aiheen, jossa toisimme esiin masentuneen potilaan hoitotyön ja kohtaamisen, sekä akuutin sairaanhoidon luonteen ja siellä tapahtuvan hoidon. Myös sairaanhoitajaopintojen suuntautumisvaihtoehdon valinta vaikutti opinnäytetyömme aiheen valintaan. Akuutinsairaanhoidon ympäristö opinnäytetyössämme on sijoittunut päivystyspoliklinikan toimintaan. Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa otimme yhteyttä Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikan osastonhoitajaan ja esitimme mielenkiintomme kyseistä aihetta kohtaan. Keskustelussa kävi ilmi aiheen ajankohtaisuus ja opinnäytetyöstä saatavan tiedon merkitys ja tärkeys. Saimme kuulla, että päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunta on kiinnostunut tekemään yhteistyötä kanssamme ja pitää aihetta mielenkiintoisena. Saimme Hyvinkään sairaalan päivystykseltä tilauksen opinnäytetyöllemme. Olemme rajanneet työtämme siten, että keskitymme kuvaamaan yhtä merkittävää osaa mielenterveydenhäiriöistä eli vakavaa masennusta.

Hyvinkään Sairaalaan päivystykseen hakeudutaan usein hätätapauksissa ja lääkärin läheteellä. Päivystystoiminta on jaettu konservatiiviseen (sisätaudit, neurologia, keuhkosairaudet ja lastentaudit) sekä operatiiviseen (kirurgia, gynekologia, lastenkirurgia) päivystykseen. Sai-

raanhoitoalueen kuntien (Hyvinkää, Mäntsälä, Nurmijärvi ja Tuusula) yhteinen terveyskeskus-päivystys toimii öisin klo 22-08 välisenä aikana Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikalla. Hyvinkääläisten päivystysvastaanotto toimii ympäri vuorokauden. Päivystyksessä hoidetaan potilaat, jotka sairautensa takia tarvitsevat kiireellistä hoitoa ja joiden hoitoa ei voida siirtää myöhemmäksi. Ilmoittautuminen päivystykseen tapahtuu paikanpäällä. (Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri 2010.) Opinnäytetyössämme tuomme päivystyspoliklinikan henkilökunnalle informaatiota masentuneen potilaan oirekuvasta, kohtaamisesta ja hoidosta akuutissa sairaanhoidossa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata päivystyspoliklinikalla työskentelevän hoitohenkilökunnan käsityksiä masentuneen potilaan kohtaamisesta ja hoidosta. Keräämme tietoa päivystyspoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien valmiuksista vakavasti masentuneen potilaan hoitotyössä ja tarkoituksena on kehittää hoitohenkilökunnan tietämystä. Työn avulla tuomme uutta tietoa hoitohenkilökunnan käyttöön ja näin ollen kehittää hoitotyön laatua. Yksi keskeisistä tavoitteistamme on saada aikaan opinnäytetyö, joka palvelisi työelämää.

2 Masennus sairautena

”Olen ollut koko päivän aivan kuitti... Elämänpiiri tuntuu liian kapealta ja sitovalta, uuvun velvollisuuksien alle... Olen hirvittävän väsynyt - jopa elämään.” (Laaksonen & Heikkilä 2001, 17.)

Masennus on sanana meille hyvin tuttu ja sitä voidaan käyttää monessa eri merkityksessä. Masennuksella voidaan tarkoittaa hetkellistä masennuksen tunnetta tai masentunutta mielialaa. Usein voidaan kuulla puhuttavan masennuksesta, kun koemme elämässä vastoinkäymisiä tai surua. Monet elämässä tapahtuvat kriisit, kuten avioero tai läheisen kuolema, tuottavat surua ja voimme tuntea olomme masentuneeksi. Tällöin mieliala on maassa ja voimme tuntea toivottomuuden ja huonommuuden tunteita. Masennus on usein reaktio, kun koemme menetyksen tai pettymyksen. Useimmiten tällainen kokemus menee pian ohi ja on osa normaalia tunte-elämää. Synkkä mieliala voi kuitenkin syventyä, jatkua päiviä, viikkoja, kuukausia ja jopa vuosia, jolloin masennuksesta on tullut pysyvä tunnetila. Tällöin voimme puhua varsinaisesta masennuksesta eli depressiosta. (Kopakkala 2009, 9.) On selvää, että lähes jokainen ihminen kokee jossain elämän vaiheessa ohimeneviä mielialan laskuja ja surua, mutta tilanne ei kuitenkaan pahene sairaudeksi asti.

Lääketiede määrittelee masennuksen monimuotoiseksi ja moniasteiseksi psyykkiseksi häiriöksi, joka syntyy useiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta ja jonka syntyminen vaatii usein pitkän ajan. On olemassa määritelmä, jonka mukaan masennus on perustunne, joka ilmentää minuutta uhkaavaa vaaraa ja joka pysyvänä toistaa varhaisia, käsittelemättä jääneitä menetyksiä ja pettymyksiä. (Luhtasaari 2009, 10.)

Masennus eli depressio on mielenterveyden häiriö ja kuuluu mielialahäiriöiden ryhmään. Se on yleinen ja vakava kansansairaus, joka koskettaa sekä masentuneen että hänen lähipiirinsä elämää. Masennustilassa ihmisellä esiintyy samanaikaisesti yli kahden viikon ajan useita vireyteen, masentuneisuuteen ja haluttomuuteen liittyviä oireita, jotka eivät ole minkään ulkoisen tekijän, kuten päihteiden aiheuttamia. (Jaatinen 2004, 12-13.) Masennusta saattaa olla vaikea tunnistaa, sillä se voi kätkeytyä monenlaisten vaivojen taakse. Hoitamattomana masennus heikentää elämänlaatua ja rajoittaa ihmisen toimintakykyä. (Luhtasaari 2009, 10.) Masennuksen oireiden ja keston perusteella luokitellaan, onko kyseessä lievä (4 oiretta), keskivaikea (6 oiretta), vaikea (8 oiretta) tai psykoottinen masennus. Luokittelu tapahtuu Maailman terveysjärjestön kehittämän ICD-10 luokituksen avulla, joka on kehitetty mielenterveyden häiriöiden luokitteluun. Luokittelu tapahtuu oirekuvan ja masennuksen keston perusteella. (Luhtasaari 2009, 17-18.)

Masentunut ihminen voi kokea kohtuutonta alemmuudentunnetta, syyllisyyttä, häpeää ja toivottomuutta. Vähitellen elämänilo katoaa ja ahdistus valtaa ajattelun. Keho tuntuu raskaalta ja univaikeudet piinaavat. Ihminen on stressaantunut, ärtynyt ja tuskainen. (Kopakkala 2009, 9-11.)

Masennukseen voi sairastua kuka tahansa ja sen syntyyn on sanottu vaikuttavan monia eri tekijöitä. Masennusta on kuvattu aivotoiminnanhäiriöksi, jolloin masennusta sairastavien ihmisten aivojen rakenteesta voidaan löytää poikkeavuuksia, kuten välittäjäaineiden pitoisuuksista. (Furman & Valtonen 2000, 33-34.) Perinnölliset, biologiset ja ympäristöön liittyvät tekijät ja niiden yhteisvaikutukset ovat altistavia tekijöitä masennuksen synnyssä. Perinnöllinen alttius mahdollistuu, jos suvussa on esiintynyt masennusta. Myös eräät persoonallisuuden piirteet (emotionaalinen herkkyys) ja temperamenttitekijät voivat altistaa masennukselle. Lapsuuden aikaiset kokemukset, kuten lapsena koettu väkivalta ja kaltoin kohtelu, ovat masennusta laukaavia tekijöitä. Stressi, menetykset ja kriisit elämässä ovat yhteydessä masennuksen syntyyn. (Melartin & Vuorilehto 2009, 29.) Masennuksen riskitekijöinä pidetään lääketieteellisiä pitkäaikaisia sairauksia. Näitä voivat olla esimerkiksi kilpirauhasen vajaatoiminta, dementia ja parkinsonintauti. Päihteiden pitkäaikainen käyttö voi aiheuttaa ja pahentaa masennusta. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 136-137.)

Psykoanalyysissä on tutkittu masennusta ja sen syntyä monien vuosikymmenten ajan. Psykoanalyttinen tutkimus käsittää depression reaktiona menetyksiin ja vertaa sitä surun kokemiseen. Menetyksellä voidaan tarkoittaa pettymyksiä rakkaudessa, suuria muutoksia elämässä tai läheisen ihmisen kuolemaa. Psykoanalyttisessa depressiotutkimuksessa masennusta ja surua on verrattu keskenään ja koitettu löytää samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Suru on nähty normaalina tunnetilana, joka auttaa toipumaan menetyksestä ja luo edellytyksiä uusille mahdollisuuksille elämässä. Depression taas on sanottu olevan poikkeava reaktio menetykseen, joka johtaa ”sisäiseen umpikujaan”. Psykoanalyttisen depressiotutkimuksen yhtenä tärkeänä kehittäjänä voidaan pitää Sigmund Freudia, joka on julkaissut teoksen; suom. Murhe ja melankolia v. 1917. Teoksessa Freud on halunnut selvittää depression olemusta ja vertaa sitä suruun. (Myllärniemi 2009, 28-29.)

2.1 Vakava masennus

Jotta masentunut potilas saisi asianmukaista hoitoa, on tärkeää selvittää masennuksen luonne ja syvyys. Suomessa 1996 käyttöön otettu ICD-luokitus (International Classification of Diseases) jakaa masennustilat oireiden vaikeusasteen ja laadun perusteella lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja psykoottisiin masennustiloihin. Keskivaikeasta masennuksesta kärsivä ei yleensä kykene työntekoon, eikä välttämättä suoriudu arjen askareistakaan. Vaikeasta tai

psykoottisesta masennuksesta kärsivä tarvitsee jatkuvaa seurantaa ja tarkkailua ja vaatii usein myös sairaalahoitoa. (Luhtasaari 2009, 17-18.)

Vaikeaa masennusta sairastavan ihmisen käytöksessä on huomattavissa usein tavallisesta poikkeavaa käytöstä. Ulkoinen olemus on jähmeä ja ilmeeton tai toisaalta kiihtynyt ja itkuinen. Vakava masennustila esiintyy yleensä yhdessä jaksossa, mutta se saattaa uusiutua, jolloin seuraa useampia vakavan masennuksen jaksoja. (Luhtasaari 2009, 24-25.)

Vakavaan masennukseen liittyy usein monia jatkuvia ja vaikeita oireita. Vakavassa masennuksessa paha olo lamaannuttaa ihmisen täysin ja oireet ovat selkeitä ja voimakkaita. Taustalla saattaa olla useita tekijöitä. Pintaan nousee lapsuudessa ja nuoruudessa koetut menetykset tai toisaalta masennus voi liittyä ihmisen luonteeseen tai taustalla voi olla perinnöllinen tekijä. (Turtonen 2006, 12-13.) Perintötekijöistä geenit, luonteenpiirteet ja somaattiset sairaudet saattavat osaltaan vaikuttaa vakavan masennuksen syntyyn. Vakavan masennuksen kehittymisen kuvataan kuitenkin niin monimutkaiseksi prosessiksi, ettei sitä pysty yksin selittämään jollain tietyllä asialla. Elämänsä historiassa tapahtuneet asiat voivat myöhemmin heijastua ihmisen elämään. Tällaisia asioita on esimerkiksi läheisen menetys. Pitkään jatkuneen stressin on todettu vaikuttavan vakavan masennuksen syntyyn. Usein kuitenkin vakavaa masennusta sairastavia yhdistävät tietyt tekijät; monet ovat hyvin pidettyjä työkavereita tai ystäviä. (Siimes 2006, 15-19.)

Pitkään jatkuneen lievän tai keskivaikean masennuskierteen on todettu usein johtavan ”romahdukseen”, vakavaan masennukseen. Ihmisen voimavarat alkavat hiipua ja paha olo on koko ajan vallitsevana olotilana. Jokapäiväiset asiat eivät enää ole hallinnassa ja ajantaju on hämärtynyt. Ihminen kärsii unettomuudesta ja nukkuessaan näkee painajaisia. Tulevaisuus ei näytä valoisalta, eikä elämä tunnu elämisen arvoiselta, itsetuhoiset ajatukset valtaavat mielen. Tällöin ihminen ei pääse kuilusta ylös ilman apua ja tilanne on vakava. (Siimes 2006, 25-26.)

Turtonen (2006, 15.) kuvaa vakavan masennuksen oireita seuraavasti; unettomuus tai liiallinen nukkuminen, selvä ruokahalun muutos (laihtuminen tai ylensyönti), voimakas väsymys, uupuneisuus ja aloittekyvyttömyys, fyysinen lamaantuneisuus tai kiihtyneisyys, keskittymiskyvyn, muistin tai päättäväsyyden heikkeneminen, suhteettomat alemmuuden tai syyllisyyden tunteet, mielihyvän ja elämänilon menettäminen ja kuolemanajatukset tai -toiveet.

Vakavaa masennusta kutsutaan sairaudeksi, joka voi aiheuttaa työkyvyttömyyttä tai pahimmassa tapauksessa johtaa itsemurhaan. Omaisten suhtautuminen voi vaikuttaa paljon sairaudesta toipumiseen. Sairauden vähättely omaisten taholta vain lisää ihmisen syyllisyydentunnetta ja näin ollen yleensä pitkittää sairautta ja siitä toipumista. (Turtonen 2006, 21.)

Vakava masennuskausi kestää keskimäärin useita kuukausia. Sen aikana ihminen voi menettää otteensa työhön, ihmissuhteisiin ja rahatilanteeseen. Pieni osa sairastavista voi sairastaa vakavaa masennusta vuosikautia ja osa ei parane koskaan, joskin masennus voi lieventyä keski- vaikeaksi. Jos ihminen sairastaa yhdenkin vakavan masennuskauden, tila uusiutuu 60 prosentin todennäköisyydellä. Jos ihminen sairastaa vakavan masennuskauden kaksi kertaa, nousee riski sairastua uudelleen 70 prosenttiin. Kolmen tai useamman kauden jälkeen vakava masennus muuttuu todennäköisesti krooniseksi. Masennuskausien väliin jäävällä ajalla on suuria eroja eri ihmisten kesken. Väliin voi jäädä monta kuukautta tai jopa vuosia. (Aldridge 2001, 143.)

2.2 Psykoottinen masennus

Parhaiten psykoosia kuvaa todellisuudentajun häiriintyminen. Häiriöt ilmenevät harha-aistimuksina ja aisti- ja ajatusharhoina. Psykoosin oireet voidaan jaotella positiivisiin, negatiivisiin, kognitiivisiin ja affektioireisiin. Positiivisiin oireisiin kuuluvat esimerkiksi hallusinaatiot, negatiivisiin vetäytyminen, kognitiivisiin tarkkaavaisuushäiriöt ja affektioireisiin aggressiivisuus. (Pylkkänen, Syvälahti & Tamminen 2003, 41-43.)

Pahimmillaan masennus on silloin, kun siihen liittyy psykoottisia piirteitä. Psykoottisuudella tarkoitetaan sitä, että ihminen menettää "kosketuksensa todellisuuteen". Ihminen saattaa kuvitella olevansa vastuussa esimerkiksi hyökyaallosta tai olevansa somaattisesti sairas. Tällaisia harhakäsityksiä kutsutaan deluusioiksi. Toisaalta ihminen voi kuulla myös harhoja, kuten kehotuksia itsemurhaan. Tällaisia harhoja kutsutaan hallusinaatioiksi ja niihin saattaa liittyä myös erilaisia näköharjoja. (Aldridge 2001, 141.)

Psykoottisen masennuksen erityispiirteitä ovat aistiharhat ja harhaluulot. Harhaluulot ovat usein negatiivissävytteisiä liittyen esimerkiksi luonnon katastrofeihin tai somaattiseen sairauteen. Henkilö saattaa kuvitella olevansa vastuussa esimerkiksi maanjäristyksestä tai hän voi kokea olevansa somaattisesti sairas. Potilaalla saattaa esiintyä myös kuuloharjoja, jotka kehottavat esimerkiksi itsemurhan tekoon. Psykoottisesti masentunut henkilö voi olla psykomotorisesti estynyt, ja tämä voi johtaa täydelliseen "liikkumattomuuden tai reagoimattomuuden tilaan". (Lepola ym. 2002, 64-65). Psykoottisesti masentunut on välittömässä itsemurhavaarassa. Hoidossa on siis huomioitava, että potilas tarvitsee jatkuvaa seurantaa eli sairaalahoitoa. Hoito tapahtuu psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, sairaalassa tai intensiivisessä avohoidossa. Potilas voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, mikäli hänen tilansa näin edellyttää. Hoidossa käytetään masennuslääkitystä, mutta sähköhoito on todettu tehokkaimmaksi hoitomuodoksi. (Käypähoito 2010).

2.3 "Käsi kädessä" masennuksen kanssa

Sanotaan, että masennus on melkein aina yhteydessä myös muihin terveyden häiriöihin ja että pelkkää depressiota ilman muita vaivoja näkee harvoin. Usein masennus tuottaa uusia vaivoja kantajalleen. Samanaikaisesti masennuksen kanssa koetaan usein ahdistusta ja unihäiriöitä. (Kopakkala 2009, 21.) Myös muiden psyykkisten sairauksien oireita voi ilmentyä masennuksen yhteydessä. Masennuksen taustalla on monesti persoonallisuushäiriöitä, jokin somaattinen sairaus tai liiallista päihteiden käyttöä. (Melartin & Vuorilehto 2009, 34.) Masennus kulkee siis "käsi kädessä" erilaisten vaivojen kanssa, jonka vuoksi masennusta on usein vaikea tunnistaa sen monimuotoisuuden vuoksi. Fyysiset kiputilat ja sairaudet, ahdistus, pelkotilat, paniikkihäiriö, unettomuus ja päihdehäiriöt esiintyvät usein yhdessä vakavan masennuksen kanssa.

Masennus on monesti yhteydessä krooniseen kipuun. Kipu rajoittaa toimintakykyä ja sen vuoksi mieliala on alhainen. Väestötutkimuksen mukaan henkilöt, joilla on laajalle levinneitä kipuja, on myös kolminkertainen riski sairastua johonkin mielenterveyden häiriöön kuten masennukseen. Kipupotilaalla masennus voi johtua monesta eri syystä; ihmisellä voi olla pelko terveyden menettämisestä ja sitä seuraava elämänmuutos voi aiheuttaa kriisin. Se, että kipu hallitsee elämää ja rajoittaa toimintakykyä, on altistava tekijä masennuksen syntyyn. Pitkään jatkuneet ihmissuhdeongelmat ja sen hetkinen elämäntilanne voivat laukaista masennuksen. (Duodecim 2009.) Myös pitkään jatkunut vaikea masennus voi aiheuttaa erilaisia kiputiloja ja somaattisen sairauden oireita. Vatsakivut, päänsärky ja rytmihäiriötuntemukset voivat olla oireita masennuksesta. Depression on todettu lisäävän vakavien rytmihäiriöiden riskiä. (Kopakkala 2009, 21-22.)

"Illalla rinnan kohdalle ja alaosaan syntyi kipua - vatsalaukun tienoilla oli kouristuksen kaltainen tila. Kipu säteili selkään ja kaulalle. Sydän löi reippaasti toistasataa kertaa minuutissa, epäsäännöllisesti". Näin masennusta sairastava potilas kertoo tuntemuksistaan kirjassa "Matka masennuksesta minuuteen". (Laaksonen & Heikkilä 2001, 23.)

Erilaisten fyysisten sairauksien on sanottu myös olevan yhteydessä masennukseen. Ihmisen sairastuessa vakavasti, hän kokee usein psyykkisen kriisin. Fyysiset sairaudet, kuten kilpirauhasen vajaatoiminta, parkinsonintauti ja dementia, voivat aiheuttaa masennusta. On todettu, että monet sydänpotilaista, puolet reumaa sairastavista potilaista ja noin puolet syöpäpotilaista kärsii sairaalahoidon aikana vakavasta masennuksesta. Myös oireet, jotka vaikuttavat selkeästi depressiolta, voivat olla jonkin kehon sairauden aiheuttamia. (Kopakkala 2009, 21-22.)

Masennukseen liittyy monesti ahdistus ja eräät ahdistuneisuushäiriöt. Ihmiset, jotka kärsivät depressiosta, kertovat usein kärsivänsä myös ahdistuksesta. On tutkittu, että jopa yli 90 %

masennusta sairastavista kokee olevansa ahdistuneita. Ahdistus luokitellaan perustunteeksi, jonka lievä esiintyminen on varmasti monelle tuttua. Hoitamattomana vakava ahdistus muuttuu usein depressioksi. Ahdistusta pidetään yhtenä tärkeimmistä masennuksen oireista, vaikakaan se ei sijaitse tautiluokituksen kriteereissä. Masennustilaan liittyvänä oireena ahdistus lisää huomattavasti potilaan itsemurhariskiä. Ahdistus ilmenee usein tuskaisuutena, pelkoina, paniikkioireina ja somaattisina tuntemuksina. (Kopakkala 2009, 21-22.)

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveydenhäiriöitä. On todettu, että vakava masennus on tiiviisti yhteydessä ahdistuneisuushäiriöihin. Noin 60 % ahdistuneisuushäiriötä sairastavista kärsii elämänsä aikana vakavasta masennuksesta ja noin 40 % pitkäaikaisesta masennuksesta. Ahdistuneisuushäiriöiksi luokitellaan mm. paniikkihäiriö ja pelkotilat. Pelkotiloissa eli fobioissa ihminen kokee kohtuutonta ja järjenvastaista pelkoa selvästi tunnettuun asiaan. Ihminen pyrkii tällöin pakonomaisesti välttämään pelon aiheuttajaa. Vakavan masennuksen yhteydessä voi esiintyä myös erilaisia pelkotiloja kuten sosiaalisten tilanteiden pelkoa. (Kopakkala 2009, 23.)

Paniikkihäiriössä ihminen kärsii voimakkaista ahdistuneisuuskohtauksista. Tällöin ihminen kokee itsensä hallinnan menettämiseen liittyviä tuntemuksia, kuolemanpelkoa ja hänellä ilmenee runsaasti ruumiillisia oireita. Paniikkihäiriölle tunnusomaisia oireita ovat mm. sydäntuntemukset, hikoilu, vapina, hengenahdistus, epätodellinen olo, puutumisen ja huimaus. Vakava masennustila kehittyy usein yli puolelle paniikkihäiriöpotilaista jossain vaiheessa elämää. (Luhtasaari 2002, 45-45.)

Vakavaa masennusta sairastavilla unettomuus ja unihäiriöt ovat yleisiä. Ihmisellä on vaikeuksia nukahtaa illalla, uni on katkonaista ja pinnallista ja hän saattaa herätä liian aikaisin aamulla. Masennuksen yhteydessä saattaa esiintyä myös liikaunisuutta, jolloin nukkuminen ei poista väsymystä. Tällöin ihminen kokee olevansa hyvin uupunut. On sanottu, että uniongelmista kärsii noin 90 % masentuneista. Syvän unen määrä vähenee ja uniennäkemiseen liittyvä Rem-univaihe muuttuu. Depressiossa kehon vuorokausirytmii on sekaisin. Masentuneet näkevät usein myös ahdistavia ja synkkiä unia. (Kopakkala 2009, 24-25.)

”Illalla nukkumaan mennessäni ja yöllä heräillessäni pelkään, että joku murtautuu sisälle. Pelolle ei ole mitään järkevää syytä. Nukun huonosti ja heräilen joka ikiseen rapsahdukseen. Käsittämätöntä. Aamulla olin hyvin väsynyt... Näin ahdistavaa unta junasta, jolla matkustin sinne tänne. Lopulta en enää itsekään tiennyt, minne olen menossa.” (Laaksonen & Heikkilä 2001, 23, 33.)

Päihdeongelmat ja runsas alkoholin käyttö ovat usein yhteydessä masennukseen. Paha olo, ahdistus ja ikävä tunne halutaan karkottaa keinolla millä hyvänsä. Alkoholi ja tupakka ovat

yleisempiä hetkellisiä lohdutuksen antajia. Pienet alkoholimäärät silloin tällöin voivat rentouttaa ja kohentaa mielialaa, mutta niistä voi helposti tulla riippuvaiseksi. Masentunut ihminen voi kokea alkoholin tärkeimmäksi elämänhallintakeinoksi. Runsas alkoholin käyttö säännöllisesti aiheuttaa jo itsessään vähitellen masennusta, tällöin myös itsetuhon riski nousee. Alkoholin ja psykelääkkeiden käyttö samanaikaisesti ei ole suotavaa, sillä yhteisvaikutukset saattavat olla yllättäviä. Niitä ovat esimerkiksi muistikatkokset, tokkuraisuus ja aggressiivisuus. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 151-152.)

2.4 Masennuksen esiintyvyys Suomessa

Masennuksen esiintyvyyttä voidaan selvittää erilaisilla tutkimuksilla, mutta kovin laajoja tutkimuksia ei masennuksen kartoittamiseksi ole tehty. Laajin tähänastisista tutkimuksista on ns. Mini-Suomi-tutkimus, joka toteutettiin pari vuosikymmentä sitten. Tutkimusten perusteella vakavasta masennuksesta kärsii noin 5-6 prosenttia aikuisväestöstä eli noin 200 000-240 000 suomalaista. Lievimmistä masennusoireista kärsii noin 15 prosenttia väestöstä. Valtaosa niistä, jotka kärsivät lievemmistä masennusoireista, eivät hakeudu hoitoon. (Hyvinvointikatsaus 2010.)

Mini-Suomi ja Terveys 2000 - tutkimusten perusteella masennusta sairastaa 5 ihmistä sadasta. Näitä tutkimuksia tarkastellessa näyttää siltä, että masennus ei ole yleistynyt 20 vuodessa. Sen sijaan masennuksen aiheuttamat sairauspoissaolot ja työkyvyttömyyseläkkeet ovat lisääntyneet selvästi. (Oulun yliopisto.)

Jonkinasteisesta masennuksesta kärsii elämänsä aikana suurin osa väestöstä. Naisten riski sairastua masennukseen on suurempi kuin miesten ja esimerkiksi pitkäaikaisesti työttömillä, päihdeongelmallisilla ja pitkäaikaissairailla masennuksen esiintyvyys on suuri. (Oulun yliopisto.)

Vuonna 2002 Suomessa tehtiin 1095 itsemurhaa. Näistä ihmisistä 824 oli miehiä. Kansainvälisesti katsottuna itsemurhakuolleisuus on suuri. Itsemurhien taustalla ovat usein mielenterveysongelmat, etenkin masennus. (Terveyskirjasto.)

2.5 Vakavan masennuksen tunnistaminen ja hoitotyö

Vakavan masennuksen kliinisiin oireisiin kuuluu masentunut mieliala, mielihyvän ja elämän ilon puute, ruokahalun väheneminen (laihtuminen), unettomuus tai liiallinen nukkuminen, psykomotorinen kiihtyneisyys tai estyneisyys, syyllisyyden tunne ja kuolemaan liittyvät ajatukset. Vakavan masennuksen tunnistaminen saattaa olla vaikeaa, jos se esiintyy jonkin somaattisen sairauden tai jonkun muun mielenterveyshäiriön yhteydessä tai jos se alkaa aluksi

vain ahdistus- tai epämääräisin somaattisin oirein. Jos depressio on kehittynyt lyhyessä ajassa, tunnistaminen voi olla helpompaa. (Pylkkänen, Syvälahti & Tamminen 2003, 34.)

Vakavassa masennuksessa itsemurhan riski on suuri, joten hoito on aloitettava pikimmiten. Jos potilaalla esiintyy harhaluuloja eli psykoottisia oireita, on sairaalahoito paikallaan. Päivystyksessä lääkärit ovat avainasemassa masennuksen tunnistamisessa ja diagnosoinnissa. Itsemurhariski voi potilaalla näkyä itsemurha-ajatuksina, aikaisempina itsemurhayrityksinä, eristäytyneisyytenä ja tuskaisuutena. Potilaalla saattaa olla syvä toivottomuuden tunne. Tällaisessa tilanteessa potilaan tulisi saada ns. "kriisipsykoterapiaa", tietoa masennuksesta ja lääkahoitoa. (Tamminen 2001, 127-128.)

Lääkäri diagnosoi potilaan havainnoimalla ja kuuntelemalla potilasta. Kysymyksillä lääkäri hakee tarkennuksia potilaan vointiin liittyen. Potilaan kertoman kuvauksen ja lääkärin tekemien tarkentavien kysymysten perusteella lääkäri määrittää masennuksen voimakkuutta, laadua ja kestoja. Tällöin selvitetään myös potilaan mahdollista ahdistuneisuutta, pelkoja ja paniikkia. Keskeisiä käsiteltäviä asioita ovat uni ja uupumus, ruokahalu, keskittymisvaikeudet ja elämänilo. On tärkeää selvittää myös potilaan itsemurha-ajatukset. Vakavin tilanne on silloin, kun itsemurhaa on jo yritetty. (Tamminen 2001, 123-124.)

Lääkäri selvittää masennuksen syvyyden ja sen, miten masennus on alkanut ja missä vaiheessa masennus on nykyhetkellä, potilaan hoitohalukkuuden ja henkiset voimavarat. Tapaamisen on oltava kiireetön ja potilaan on saatava tunne, että lääkäri on valmis huolehtimaan hänestä. On tärkeää laatia selkeä hoitosuunnitelma jatkon varalle. Hyvän hoitosuhteen luominen voi vaikeutua, jos potilaalla esiintyy vihamielisiä tunteita tai jos hän on hyvin tuskainen. Masentunut potilas voi kokea voimakasta luottamuksen puutetta, joka voi tulla esiin juuri hoitotilanteessa. On tärkeää ymmärtää, että luottamuspuja johtuu masennuksesta, eikä liity henkilökohtaisesti auttavaan lääkäriin. (Tamminen 2001, 124-125.)

Suhtautuminen depressiopotilaaseen voi olla tuttavallisempaa ja läheisempää kuin muihin potilaisiin. Pidättyvä ja etäännytynyt asenne voi viestittää potilaalle, että ammattilainen vähättelee hänen vaikeuksiaan. Vaikka aikataulu olisi kiireinen, on ammattilaisen tärkeää rauhoittaa tilanne ja antaa aikaa potilaalle. (Pylkkänen, Syvälahti & Tamminen 2003, 37.)

2.6 Akuuttihoitotyö

Akuutilla hoitotyöllä tarkoitetaan potilaan alkuvaiheen hoitoa, joka tapahtuu 3-5 vuorokauden sisällä. Akuuttiin hoitovaiheeseen sisältyy potilaan sairauden oireiden ja peruselintoimintojen tarkkailu sekä niiden turvaaminen. Akuutissa hoitovaiheessa pyritään diagnoosin varmistamiseen ja komplikaatioiden ehkäisyyn. (Holmia ym. 2004, 299.)

Akuuttihoidon tarve on yleensä silloin, kun potilas sairastuu äkillisesti ja hänellä esiintyy vakavia oireita kuten hengitysvaikeuksia. Potilailla voi vamman tai sairauden perusteella olla tarve leikkaushoitoon, osastohoitoon tai tehohoitoon. (Koponen & Sillanpää 2005, 23-24.)

Päivystyksessä toimivat lääkärit ja hoitajat ovat yleensä ensisijaisia ammattihenkilöitä depression tunnistamisessa, diagnostiikassa ja erotusdiagnoosiikassa, akuutin hoidon antamisessa, informaation ja kriisipsykoterapian antamisessa sekä akuutin lääkehoidon toteuttamisessa. Parhaiten itsemurhaa ehkäisee aktiivinen varhainen hoito ja tunnistaminen. Kaikki viitteet mahdolliseen itsemurhaan on otettava vakavasti ja itsemurha-ajatuksista on kysyttävä suoraan. Tiivis ja henkilökohtainen yhteistyö potilaan kanssa on tärkeää. Vakava masennustila voi olla potilaalle vaarallinen, joten häntä on syytä seurata yön yli akuutin hoidon pisteessä. Päättökset ja jatkotoimenpiteiden arvioinnin voi jättää seuraavaan päivään. (Pylkkänen, Syvälahti & Tamminen 2003, 37.)

Jos potilaalla on "vakiintuneita" itsemurhasuunnitelmia, on hoito parasta toteuttaa psykiatri-sella osastolla. Esineet, joilla potilas voisi mahdollisesti itseään vahingoittaa, on siirrettävä pois potilaan ulottuvilta. Potilaan eristämistä on kuitenkin syytä välttää. Jos potilas on jo yrittänyt itsemurhaa, on tajunnantason annettava "normalisoitua" ennen potilaan varsinaisen tilan arviointia. Masennuslääkehoito ja sähköshokkihoito yhdistettynä vuorovaikutteiseen hoitoon ovat hyviä hoitomenetelmiä myös vaikean masennuksen hoidossa. Jos potilaalla esiintyy psykoottisia oireita, tulee hoitoon liittää tehokas psykoosilääke. (Lepola ym. 2002, 237.)

Akuutin vaiheen psykoterapia, ns. kriisipsykoterapia, sisältää supportiivisia (tukevia) ja kognitiivisia elementtejä. Varsinainen psykoterapia alkaa vasta vakavimman masennusvaiheen ohimentyä. (Pylkkänen, Syvälahti & Tamminen 2003, 38.)

Kun uudet turvallisemmat ja helpokäyttöisemmät masennuslääkkeet tulivat markkinoille, lisääntyi niiden käyttö myös akuutin hoitovaiheen aikana. Jos potilaan tila täyttää selvästi vakavan masennuksen oirekuvan, on antidepressiivisen lääkehoidon aloittaminen perusteltua. (Luhtasaari 2009, 59.)

2.7 Tahdosta riippumaton hoito

Pakkohoito on aina äärimmäinen keino ja sitä käytetään silloin kun muut keinot eivät riitä. Suomen perustuslaissa (731/1999) sanotaan, että yksilön vapaus ja koskemattomuus ovat sen oikeuksia. Pakkohoito on äärimmäinen keino ja vaatii aina erikseen säädettyä oikeutta. Oikeus pakkohoitoon perustuu mielenterveyslakiin (1116/1990). (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2009, 283-285.)

Hoitotyössä vastaan tulee tilanteita, jolloin potilaan lupaa hoitoon ei voida tai ei ehditä kysyä. Jos potilas määrätään tahdonvastaiseen hoitoon, on tunnettava siihen liittyvät lait. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 1326/2010 perusteella, päävastuu psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen järjestämisestä kuuluu kunnalliselle terveydenhuollolle, jota Kansaneläkelaitos tukee. Mielen-terveyshäiriöistä yleisin syy pakkohoidolle on psykoosi. (Holmberg, Hirscoivits, Kylmänen & Agge 2009, 288-289.)

Pakkohoitoa käytetään potilaan sairaalahoitoon toimittamiseen, hoidossa pitämiseen, hoidon toteuttamiseen ja kontrolloimiseen. Mielenterveyslain perusteella henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, jos hänen todetaan olevan mielisairas ja hoitoon toimitamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen tai muiden henkilöiden turvallisuuden. (Holmberg, Hirscoivits, Kylmänen & Agge 2009, 289.)

3 Hoitotyö päivystyspoliklinikalla

Päivystyshoidolla tarkoitetaan kiireellistä polikliinista hoitoa. Potilaan äkillinen sairastuminen, tapaturma, kroonisen sairauden äkillinen pahentuminen tai psyykkisen sairauden aiheuttama avuntarve edellyttää tällöin välitöntä arviointia ja hoitoa. Päivystyspoliklinikka vastaa niiden potilaiden hoidosta, jotka tarvitsevat kiireellistä akuuttihoitoa. (Castren, Aalto & Rantala 2008, 64.)

Hoito päivystyspoliklinikalla on usein alle 24 tunnin sisällä tapahtuvaa hoitoa, mutta myös lähivuorokausien ajalla tapahtuva hoito sisältyy päivystyshoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010). Näin ollen hoitosuhteet jäävät päivystyksessä kovin lyhyiksi. Päivystyspoliklinikalta potilaat kotiutetaan tai siirretään osastolle jatkohoitoon. Päivystyksen tehtävänä on toteuttaa erilaisia toimenpiteitä ja tutkimuksia, jotka ovat potilaan hoidon kannalta kiireellisiä. Päivystystoiminnan yhtenä tärkeänä tavoitteena voidaan pitää potilaiden nopeaa diagnosointia. Nopeasti muuttuvat tilanteet, ennakoimattomuus ja urakkatahtinen työ ovat niitä seikkoja, joilla kuvataan päivystyksessä työskentelemistä. Potilaiden eri sairaudet ja niiden hoitaminen vaativat monen erikoisalan osaamista. Potilasmäärät vaihtelevat päivystyksessä viikonpäivien, vuoden ja vuorokaudenaikojen mukaan. (Castren, Aalto & Rantala 2008, 64.)

Päivystyspoliklinikka toimii usein potilaiden ja heidän läheistensä ensimmäisenä kontaktina sairaalaan. Päivystyspoliklinikan toiminta ja siellä toimiva hoitohenkilöstö ovat keskeisessä asemassa kun muodostetaan kuvaa sairaalasta ja sen antamista palveluista. Hoitajat kohtavat yleensä ensimmäisinä sairaalaan saapuvan potilaan ja heidän läheiset. Hoitotyöntekijöiltä

vaaditaan päivystyksessä erityisosaamista ja ammattitaitoa (Kuisma, Holmström & Porthan 2009, 40-41.)

Kansainvälisten tutkimusten mukaan psykiatrisen avohoidon kehittymättömyys on syynä siihen, että päivystyspoliklinikalle hakeutuu entistä enemmän huumeita käyttäviä, psykoottisia ja itsemurhaa yrittäneitä potilaita. Psykiatrinen potilas eroaa muista päivystyspotilaista siten, että hän voi hahmottaa oireensa eritavoin kuin hoitava henkilöstö. Potilas on saattanut hakeutua hoitoon somaattisen ongelman vuoksi, eikä tällöin näe psyykkisen avun tarvetta. (Koponen & Sillanpää 2005, 395.)

Laissa on todettu, että ihminen on oikeutettu saamaan terveydentilansa vaatimaa sairaalahoittoa terveydenhuollon resurssien puitteissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 3§). "Potilaalle on annettava hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito—" (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 8§). Laissa veloitetaan myös, että terveydenhuollon ammattihenkilöstön tulee antaa apua henkilölle, joka on kiireellisen hoidon tarpeessa. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 15§).

3.1 Päivystyspoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien valmiudet

Sairaanhoitajien tulee työssään omata tiettyjä valmiuksia, joita tarvitaan jokapäiväisessä hoitotyössä. "Valmiudet" -käsitteeseen sisältyy niin hoitotyössä tarvittavat tiedot kuin taidot, hoitajien omat asenteet, arvot, kokemus, ihmissuhdetaidot, motivaatio ja henkilökohtaiset ominaisuudet. (Hilden 2002, 34.) Kuten jo aiemmin todettiin päivystyspoliklinikalla tehtävä hoitotyö edellyttää erikoisosaamista ja korkeaa valmiustasoa. Päivystyksessä tilanteet muuttuvat nopeasti ja yllättäen ja potilaiden määrät ja hoitoisuus vaihtelevat. Päivystyksessä jokainen työpäivä on erilainen. Päivystyspoliklinikalla työskenteleviä hoitotyöntekijöitä voidaan pitää laaja-alaisina asiantuntijoina, joilta edellytetään erinäisiä valmiuksia. (Kuisma, Holmström & Porthan 2009, 41.)

Vuorovaikutustaidot nähdään yhtenä tärkeimmistä hoitajien valmiuksista. Hoitotyöntekijä kohtaa päivystyksessä lukuisia potilaita, joilla jokaisella on oma tausta, tavat ja tottumukset. Potilaat voivat suhtautua eri tavalla sairaalaan joutumiseen ja sairastumiseen. Hoitotyöntekijät joutuvat usein potilaiden osoittamien tunteiden kohteeksi. Potilaat voivat tuntea vihaa, aggressiivisuutta, avuttomuutta, pelokkuutta tai vaiteliaisuutta. Näissä tilanteissa on tärkeää, että hoitaja pystyy lyhyessä ajassa solmimaan potilaaseen luottamuksellisen hoitosuhteen. Hoitosuhteen luomiseen vaikuttaa keskeisesti hoitajan vuorovaikutustaidot ja kokemus. Hoitajan tulee osata kuunnella ja havainnoida potilasta, sekä sietää äkillisiä ja muuttuvia tilanteita. Hoitajan tulee pystyä toimimaan eri-ikäisten, eri kulttuurista tulevien, ja eri sosiaalisen aseman omaavien potilaiden kanssa. Päivystyksessä potilaiden erilaisuus korostuu, sillä poti-

laiden ikä vaihtelee vauvasta vaariin ja eri kulttuurin omaavia potilaita on paljon. Päivystyksen hoitotyöntekijöillä tulee olla ymmärtävä ote ja heidän tulee tiedottaa hoitotyöstä asianmukaisesti. (Kuisma, Holmström & Porthan 2009, 41.)

Päivystyksessä työskentelevältä sairaanhoitajalta vaaditaan empaattisuutta jolloin hän voi ymmärtää potilaan kokemusta sairastumisesta. Hoitohenkilökunnan tulee vastaanottaa ja sieittää potilaan kipua, kärsimystä ja tuskaa. Empaattisuutta korostetaan; aito kiinnostus potilasta kohtaan, ystävällisyys ja myötätuntoisuus ovat hoitajan tärkeitä ominaisuuksia. (Koponen & Sillanpää 2005, 28.)

Päivystyspoliklinikalla työskentelevän sairaanhoitajan on tärkeää osata tehdä päätöksiä. Päätöksentekokyky ja kyky "mahdollistaa" potilaan osallistuminen omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon" ovat niitä valmiuksia, joita hoitajilta edellytetään. Päivystyspoliklinikalla hoidetaan usein vaikeasti loukkaantuneita tai kriittisessä tilassa olevia potilaita. Tällöin hoitotyöntekijöiltä vaaditaan jatkuvaa potilaan tilan arviointia. Hoitajalla tulee olla kyky tehdä päätös hoidon aloittamisesta. Välitön hoito, tarkkailu, sekä jatkuva arviointi vaatii laaja-alaista tietoperustaa. Potilaan tilaa tulee arvioida myös tilanteissa, joissa potilaita voi olla samanaikaisesti eri vaivojen takia (myrkytys, vatsakipu, rintakipu) hoitajan vastuulla ja tällöin hoitajan tulee jatkuvasti arvioida potilaan tilaa, jotta erotetaan välitöntä hoitoa tarvitsevat potilaat. (Kuisma, Holmström & Porthan 2009, 41.)

Potilaan ohjaaminen kuuluu päivystyspoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien tehtäviin. Suurin osa päivystyksen potilaista kotiutuu ja näin ollen on tärkeää, että potilaat saavat tarvittavat hoito-ohjeet, jotta hoito voi jatkua kotona. Laadukkaan ohjaamisen ja opettamisen on sanottu parantavan hoidon jatkuvuutta ja lisäävän potilaan hoitoon sitoutumista. Ohjaamista tapahtuu päivystyksessä esimerkiksi silloin kun potilas ohjataan johonkin tutkimukseen, annetaan kotihoito-ohjeet, neuvotaan jatkohoitoseurannasta, ja kun opetetaan uudelleen hoitoon hakeutumista. Ohjaaminen ja neuvonta päivystyksessä ovat erityisen haasteellista, koska hoitokontaktit ovat hyvin lyhyitä ja tällöin hoitajan tulee lyhyessä ajassa muodostaa selkeä kuva potilaan tilanteesta, jotta neuvonta onnistuu. Myös työn hektisyys ja kiire tuovat oman haasteensa ohjaamisen toteutumiselle. (Kuisma, Holmström & Porthan 2009, 41-42.)

Päivystyksessä toteutettava hoitotyö on moniammatillista yhteistyötä, jossa toimitaan yhdessä potilaan parhaaksi ja kriittisten potilaiden pelastamiseksi. Tämä vaatii hoitajalta tiimityöskentelytaitoja. Tiimityöskentelytaitoihin kuuluu mm. yhteistyökyky, joustavuus, toisen asiantuntijuuden arvostaminen, kyky auttaa eri työryhmän jäseniä ja ammatillisuus nähdä tiimin yhteinen tavoite. (Kuisma, Holmström & Porthan 2009, 42.)

Päivystyspoliklinikoiden hoitotyö on erikoissairaanhoidon osa-alue ja sairaanhoitajien työ päivystyksessä vaativaa. Sairaanhoitajat kohtaavat työssään haastavia tilanteita ja työ on nopea-tempoista lähes kaikkina vuorokauden aikoina. Sairaanhoitajilta vaaditaan kykyä ottaa vastuuta ja tehdä itsenäisiä päätöksiä. Heillä tulee olla myös johtamis- ja organisointitaitoja ja taitoja työskennellä paineen alla moniammatillisessa yhteistyössä. (Kuisma, Holmström & Porttan 2009, 42.)

3.2 Psykoottisen potilaan hoitotyö ja kohtaaminen

Psykiatristen päivystyspalveluiden kysyntä on lisääntynyt huomattavasti tänä päivänä. Psykiatriseksi potilaaksi luokittelu ei aina ole helppoa. Lääkärin tulee ottaa huomioon potilaan oma kuvaus tilanteesta, mielialasta ja mahdollisista harhoista. Sairauskertomuksista voidaan selvittää potilaan mahdollinen psykiatrinen perussairaus ja tarkistaa aikaisemmat päivystyskäynnit. Havaintoja ja taustatietoja tutkimalla saadaan usein selvyys potilaan tilanteesta. (Koponen & Sillanpää 2005, 395.)

Vakavaan masennukseen voi liittyä psykoottisia oireita, jolloin ihminen saattaa käyttäytyä psykoottisesti. Tällöin hänellä saattaa olla aistiharjoja ja harhaluuloja ja hän voi käyttäytyä järjestäytymättömästi ja oudosti. Ajan ja paikan taju voi olla häiriintynyt. Psykoottisesti käyttäytyvä potilas ei usein itse hahmota oman sairautensa tilaa, vaan kokee vointinsa normaaliksi, eikä koe tarvitsevansa hoitoa. Tällöin voidaan joutua toteuttamaan hoito potilaan tahdon vastaisesti. Psykiatrisen potilaan hoito ja auttaminen tapahtuu usein puhumalla ja kuuntelemalla, mutta aina se ei riitä ja tällöin hoitohenkilökunnalta vaaditaan rohkeutta ja kekseliäisyyttä, jotta voidaan mahdollistaa hyvä hoito. (Koponen & Sillanpää 2005, 396.)

Psykoottisen potilaan kohtaaminen saattaa olla hämmentävä ja pelottava kokemus. Sairaanhoitajat saattavat tuntea vaikean tilanteen vuoksi ahdistusta. Psykoottisen potilaan hoidossa on erityisen tärkeää kiinnittää huomio hoidon alkuun, sillä sen sujuminen ja onnistuminen luo hyvän pohjan koko hoitoprosessille. Päivystyksessä tapahtuva hoitotyö vaikuttaa merkittävästi mahdolliseen tulevaan psykiatriseen hoitojaksoon ja sen onnistumiseen. (Koponen & Sillanpää 2005, 396.) Päivystyspoliklinikalla on merkittävä rooli mielenterveysongelmien ehkäisyssä, varhaisessa tunnistamisessa ja toteutamisessa. (Journal of Emergency Nursing 2008, 252).

Psykoottisen potilaan hoidossa on tärkeää muistaa, että häntä kohdellaan niin kuin muitakin potilaita, oikeudenmukaisesti ja tasa-arvoisesti. Hoitajan tulee säilyttää normaalit rituaalit myös psykoottisen potilaan kanssa, kuten kättely, esittely ja oman toimenkuvan kertominen. Olisi suotavaa, että psykoottisen potilaan ensikohtaaminen tapahtuu rauhallisessa ympäristössä, mutta päivystyspoliklinikoilla siinä voi olla oma haasteensa. Sairaanhoitajalla tulee olla riittävästi aikaa ja kärsivällisyyttä kuunnella potilasta, sekä esittää tarkentavia kysymyksiä ja

rajata keskustelua olennaisiin asioihin. Näin ollen päivystyksessä jatkuva kiire ja mahdollinen työnpaljouden aiheuttama stressi ei saisi näkyä potilassuhteessa. Vaikka näyttäisikin sitä, että psykoottinen potilas ei ole keskustelussa läsnä, tai että hän ei näytä ottavan vastaan informaatiota, sairaanhoitajan sanat ja sävyt jäävät potilaan mieleen. Potilas tulee ottaa vakavasti ja viestiä aitoa kiinnostusta. Keskustellessa psykoottisen potilaan kanssa tulee muistaa, että puheen tulee olla mahdollisimman lyhyttä ja informoivaa, jotta potilas pystyy sen tulkitsemaan. Psykoottisen potilaan kanssa keskustellessa on syytä säilyttää avoin ja ihmettelevä ote, eikä hänen kokemista harhoista tule kiistellä. Tekemällä tarkentavia kysymyksiä voidaan saada jokin käsitys siitä, miksi potilas käyttäytyy psykoottisesti ja voidaan estää potilaan "hajoamisen tunteen" syvenemistä. (Koponen & Sillanpää 2005, 396-397.)

Psykoottisuus saattaa aiheuttaa potilaan aggressiivista tai väkivaltaista käyttäytymistä. Päivystyksessä on syytä muistaa, että suinkaan kaikki psykoottiset potilaat eivät ole kiihtyneitä, eivätkä kaikki kiihtyneet potilaat psykoottisia. Aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kanssa tulee muistaa varovaisuus. Aggressiivisen psykoottisen potilaan hoidossa tärkeää on potilaan rauhoittaminen, toiminta tulee tapahtua kiireettömästi ja sairaanhoitajan tulee itse pysyä rauhallisena. Tärkeää on, että potilasta ei vähätellä. (Koponen & Sillanpää 2005, 397.)

Päivystyspoliklinikalla psykoottiset ja hyvin kiihtyneet potilaat, jotka saattavat olla vaaraksi itselleen sekä muille, tarvitsevat usein lääkitystä. Oikean lääkityksen valinta on usein vaikeaa, sillä psykiatrisesta diagnoosista ei välttämättä ole selvyyttä ja potilas saattaa olla suostumaton lääkehoitoon. Tällöin lääkitys valitaan oireiden perusteella. Psykoottista potilasta lääkitään usein ensisijaisesti jollain antipsykoottisella lääkkeellä eli neuroleptilla ja siihen liitetään usein myös jokin ahdistusta lieventävä ja rauhoittava lääke kuten bentsodiatsepiini. Päivystyksessä nähdään usein tilanteita, joissa on päädytty tahdonvastaiseen lääkitykseen. Tällöin sen käyttö on perusteltua ja tulkittu osaksi potilaan kokonaisuhoitoa. Tahdonvastainen lääkehoito ja hoitotyö yleensä on kuitenkin aina eettisesti hankala tilanne, eikä siihen tule päätyä ilman harkintaa tai lääkärin konsultaatiota. (Koponen & Sillanpää 2005, 397-398.)

3.3 Itsemurhaa yrittäneen potilaan hoitotyö ja kohtaaminen

Vakava masennus on usein itsemurhan tai itsemurhayrityksen taustalla. Tällä vuosituhanella Suomessa on rekisteröity joka vuosi n. 1100-1200 itsemurhaa. (Koponen & Sillanpää 2005, 399.) Eräiden tutkimusten mukaan Yhdysvalloissa itsemurhaa yrittää joka vuosi lähes 800 000 ihmistä, joista 30 000 kuolee itsemurhaan. (Journal of Emergency Nursing 2008, 251). Suomessa pääkaupunkiseudulla itsemurhaa yrittää keskimäärin 350 ihmistä 100 000:sta. Tutkimukset osoittavat, että 90 %:lla itsemurhan tehneellä on diagnosoitu vakava masennus tai jokin muu mielenterveysongelma. Tutkimuksen mukaan kaupungeissa, joissa päivystyspoliklinikan käyntimääriä on seurattu, on vuonna 2002 ollut 438 000 päivystyskäyntiä, johon on liit-

tynyt potilaan itsensä vahingoittaminen. 116,639 käyntiä on aiheutunut potilaiden itsemurhayrityksistä. Samaisesta tutkimuksesta selvisi, että vuodesta 1992 vuoteen 2000 mielenterveysongelmista johtuvat päivystyskäynnit ovat kasvaneet n. 15 prosentilla. (Journal of Emergency Nursing 2008, 251.) Itsemurhayrityksen kriteerinä pidetään WHO:n (1986) määritelmää. Sen mukaan "itsemurhayritys on itseen vapaaehtoisesti kohdistettu vahingollinen teko, josta seuraa fyysisen hoidon tarve" (Koponen & Sillanpää 2005, 400.)

Päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajat kohtaavat usein itsemurhaa yrittäneitä potilaita. Sanotaan, että yli viidesosa itsemurhayrityksistä on lääkeainemyrkytyksiä. Tärkeänä itsemurhaa yrittäneen potilaan hoidossa pidetään elintoimintojen turvaamista ja somaattisen tilan selvittelyä. Tajunnantilan lasku ja hengityslaman vaara on erityisen suuri lääkeainemyrkytyksissä, jonka vuoksi elintoiminnot tulee turvata ja tilaa on seurattava. Tämän jälkeen tulee arvioida potilaan psyykinen tila. Kaikki itsemurhaa yrittäneet potilaat tulee ohjata psykiatriseen konsultaatioon ja heille tulee tarjota mahdollisuus psykiatriseen jatkohoitoon. Päivystävä lääkäri arvioi potilaan tilanteen ja suunnittelee mahdollisen jatkohoidon yhdessä potilaan, tämän omaisten ja muun hoitohenkilökunnan kanssa. (Koponen & Sillanpää 2005, 400.)

Heti itsemurhayrityksen jälkeen on otollisin aika käsitellä potilaan elämäntilannetta ja siinä esiintyviä ongelmia. Apua tulee järjestää nopeasti. Itsemurhaa yrittäneen ja itsemurhavaarassa olevan potilaan kohtaaminen ja hoitotyö vaatii sairaanhoitajalta kohtaamisvalmiuksia ja potilaan tilanteeseen paneutumista. Se, että hoitajalla on rohkeus kohdata avoimesti itsetuhoisen potilas ja antaa hänelle aikaa, ovat tärkeitä auttamiskeinoja. (Toivikko 2007, 546.)

Päivystyspoliklinikalla itsemurhaa yrittäneen potilaan tilan arvioinnissa tulisi selvittää, mikä oli yrityksen motiivi ja tavoite, millaisia ongelmia potilaalla on, mikä johti itsemurhayritykseen ja mikä on psykiatrinen tila (psykoottisuus, masennuksen aste, päihdeongelmat). Myös tieto, onko potilas edelleen itsemurhavaarassa, ja miten vakava oli pyrkimys kuolla, ovat tärkeitä selvittelyä vaativia kysymyksiä. Tärkeää on myös selvittää turvaverkoston olemassaolo tai mahdollinen aiempi tai meneillään oleva psykiatrinen hoito. Potilaan läheisten läsnäolo heti hoidon alkuvaiheessa on tärkeää. Itsemurhaa yrittäneen potilaan turvallisuudesta huolehtiminen on keskeistä. (Koponen & Sillanpää 2005, 400.)

Itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaaminen voi olla hoitajalle aluksi hyvin ahdistava kokemus ja se voi herättää monenlaisia tunteita. Hoitaja saattaa tuntea ärtymystä ja negatiivisia tunteita potilasta kohtaan. Kuitenkaan potilaan syyllistäminen, tuomitseminen tai provosoiminen ei juuri koskaan saa aikaan muutosta, tai auta tilannetta. Hoitajan on hyvä oppia tunnistamaan omia tunteita, sekä käsittelemään niitä. Hoitajan tulee toimia ammatillisesti ja eettisesti hoitotyössä. Päivystyspoliklinikalla työ on hyvin hektistä ja hoitokontaktit ovat lyhyitä, kuitenkin on tärkeää pystyä hoitamaan potilasta kokonaisvaltaisesti ja toimimaan potilaan

parhaaksi kiireestä huolimatta. Itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamisessa ja hoitotyössä on hyvä muistaa muutamia seikkoja. Potilaaseen tulee luoda ja ylläpitää toivoa ja uskoa, että tilanteesta selvitään. Potilaan kanssa tulee keskustella avoimesti ja antaa aikaa käsitellä tunteita. Keskustelussa on hyvä olla realistinen. Tapahtuneesta on hyvä puhua avoimesti, ja yrittää ymmärtää tilannetta. Uuden itsemurhayrityksen riskiä voidaan selvittää, kun potilaalta kysytään millaisia ajatuksia ja tunteita potilaalla oli itsemurhaa yrittäessään, miltä hänestä tuntuu tällä hetkellä, pelottaako tai huolestuttaako jokin asia. Potilasta tulisi rohkaista jatkokohoittoon, missä hänellä olisi mahdollisuus käydä tarkemmin läpi itsemurhayritykseen johtaneita ongelmia. (Koponen & Sillanpää 2005, 400-401.) Hoitajan on hyvä tarkkailla ja käsitellä myös potilaan sanattomia viestejä kuten jännittyneisyyttä, hermostuneisuutta, ahdistuneisuutta, välttelyä ja itkuisuutta. (Toivikko 2007, 548). Toimenpiteitä tehtäessä hoitajan tulisi olla mahdollisimman rauhallinen ja kertoa potilaalle mitä teet ja miksi, sillä se luo luottamusta hoitajaa kohtaan. Itsemurhaa yrittänyttä potilasta ei tulisi jättää yksin. Jos kuitenkin joutuu poistumaan potilaan luota, hänelle tulee kertoa miksi poistuu ja milloin palaa. Potilaan lähiympäristössä ei saisi olla esillä veitsiä, neuloja, lasiesineitä tai mitään millä potilas voisi vahingoittaa itseään. Jos potilas on sekavassa mielentilassa, tulee ensisijaisesti selvittää mistä tämä johtuu. Syynä saattaa olla esimerkiksi päihtymys, lääkkeet tai mielenterveydenhäiriö. (Koponen & Sillanpää 2005, 401.)

Erityisen tärkeää on myös huomioida potilaan omaiset ja läheiset. Läheisen ihmisen itsemurhayritys koskettaa aina potilaan omaisia ja se on usein henkisesti erittäin raskas kokemus. Omaiset saattavat tuntea syyllisyyttä ja häpeää tapahtunutta kohtaan. Potilaan omaiset tulisi kohdata ja heitä tulisi tukea ja tarjota ulkopuolista apua. Tapahtunutta on hyvä käydä läpi myös omaisten kanssa. (Saari, Kantanen & Kämäräinen 2009, 86-89.)

3.4 Vakavasti masentuneen potilaan kohtaaminen

Vakavasti masentuneen potilaan kohtaaminen vaatii hoitajalta aina riittävästi aikaa ja kärsivällisyyttä. Tulee muistaa, että masentunut potilas tarvitsee aina sairaalahoitoa tapauksissa joissa itsemurhariski arvioidaan välittömästi suureksi, kun potilas on laiminlyönyt itsestään huolehtimisen tai jos potilaan toimintakyky on heikko eikä tukiverkostoa ole. (Toivikko 2007, 552-553.)

Vakavasti masentuneen potilaan kanssa tulee keskustella avoimesti ja riittävän ajan kanssa. Potilasta rohkaistaan ilmaisemaan ajatuksia, tunteita ja näin ollen tuetaan potilasta pahan olon kohtaamisessa. Tärkeää on, että potilas tuntee itsensä kuulluksi ja ymmärretyksi. Potilaan itsetuntoa vahvistetaan huomioimalla pienet onnistumiset. Kysymyksiä esittämällä voidaan luoda uusia näkökulmia ja mahdollisuuksia. Potilaalle tulee osoittaa aitoa kiinnostusta ja läsnäoloa. Tärkeää on, että hoitaja luo tukea antavan ja luottamuksellisen vuorovaikutussuh-

teen. Potilasta arvostetaan pitämällä kiinni sovituista asioista eli vältetään katteettomia lupauksia. (Toivikko 2007, 552-553.)

3.5 Hyvinkään sairaalan yhteispäivystys

Hyvinkään sairaalassa toimii yhteispäivystys. Yhteispäivystyksessä potilaat ohjataan joko erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon päivystykseen oireiden ja tulossyn mukaan. Potilaiden ohjaamisesta huolehtii päivystyksessä työvuorossa oleva hoitohenkilöstö. Hyvinkään kaupungin terveyskeskuspäivystys aloitti toimintansa Hyvinkään sairaalassa ympärivuorokautisesti vuonna 2007, jolloin yhteispäivystys käynnistyi. Yhteispäivystyksen käynnistyessä luotiin myös uusia käytänteitä. Hyvinkään sairaalan päivystyksessä on käytössä kiireellisyysluokitus ABCDE-luokitus. "Potilaat luokitellaan tulovaiheessa eri hoitolinjoille vaivan laadun ja kiireellisuuden mukaan" (Triage) ABCDE-luokitus on käytössä monella päivystysalueella. Päivystystoiminta on jaettu konservatiiviseen, (sisätaudit, neurologia, keuhkosairaudet ja lastentaudit) operatiiviseen (kirurgia, gynekologia, lastenkirurgia) ja yleislääketieteen päivystykseen, sekä sairaanhoitajan vastaanottoon. (Toimintakertomus 2007, 7.)

Sairaanhoitoalueen kuntien (Hyvinkää, Mäntsälä, Nurmijärvi ja Tuusula) yhteinen terveyskeskuspäivystys toimii öisin klo 22-08 välisenä aikana Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikalla. Hyvinkääläisten päivystysvastaanotto toimii ympärivuorokautisesti. On tärkeää muistaa, että potilasta ei tule käännättää kotiin neuvottelematta ensin päivystävän lääkärin kanssa. Hyvinkään Sairaalaan päivystykseen hakeudutaan usein hätätapauksissa ja lääkärin läheteellä. (Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiiri 2010.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata päivystyspoliklinikalla työskentelevän hoitohenkilökunnan käsityksiä vakavasta masennuksesta, vakavan masennuksen tunnistamisesta, masentuneen potilaan kohtaamisesta ja hoidosta. Keräämme tietoa päivystyspoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien valmiuksista vakavasti masentuneen potilaan hoitotyössä ja sitä kautta tarkoituksena on kehittää hoitohenkilökunnan tietämystä. Työn avulla voimme tuoda uutta tietoa hoitohenkilökunnan käyttöön ja näin ollen kehittää hoitotyön laatua. Tutkimuskysymyksemme on;

Millaisiksi päivystyspoliklinikalla työskentelevät sairaanhoitajat kokevat valmiutensa vakavasti masentuneen potilaan hoitotyössä?

5 Tutkimuksen toteutus

5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössämme käytimme kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Kvalitatiivinen menetelmä nähdään aineiston ja sen analyysin ei-numeraalisena kuvauksena ja sen tarkoituksena on kuvata todellista elämää. (Eskola & Suoranta 2003, 13).

Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on pyrkiä ymmärtämään ja kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä, tapahtumaa tai toimintaa. Tavoitteena on saada aikaan mielekäs tulkinta tutkittavasta ilmiöstä teorian avulla. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on kyse yksilöiden, yhteisöjen, ilmiöiden ja prosessien tutkimisesta niiden luonnollisessa ympäristössä tarkastellen laadullisia ominaisuuksia ja säännönmukaisuuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 16-17.) Tutkimuksessa korostuu tutkittavien omat näkemykset, kokemukset ja ajatukset. (Aaltola & Valli 2001, 68-69).

Kvalitatiivista tutkimusta kuvataan empiiriseksi, jossa todellisuus nähdään tutkittavien kokemusten kautta subjektiivisena ja moninaisena. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 22). Laadullisessa tutkimuksessa kohdetta pyritään tutkimaan kokonaisvaltaisesti ja tavoitteena voidaan pitää tosiasioiden löytämistä ja niiden paljastamista, sekä merkitysten tutkimista.

Fenomenografialla tarkoitetaan käsitysten kuvausta. Sen tarkoituksena on kuvata, analysoida, tulkita ja ymmärtää ihmisten käsityksiä maailmasta. Se käsittää ensimmäisen ja toisen asteen näkökulmat. Ensimmäisen asteen näkökulmassa tehdään päätelmiä suoraan ympäröivästä maailmasta ja toisen asteen näkökulmassa tehdään päätelmiä ihmisten käsityksistä ympäröivästä maailmasta. Opinnäytetyössämme käytämme fenomenografiaa eli tutkimme päivystyksen sairaanhoitajien käsityksiä vakavan masennuksen hoitotyöstä. (Mattila 2000, luentomateriaali.)

5.2 Kohderyhmä

Laadullisessa tutkimuksessa on usein keskitytty varsin pieneen määrään tutkittavia. Kohderyhmä laadulliseen tutkimukseen valitaan harkitusti ja tarkoituksenmukaisesti. Harkinnanvaraisessa otannassa on tärkeää, että tutkija osaa muodostaa vahvan teoreettisen pohjan, joka ohjaa aineiston hankintaa. Tärkeää on, että tiedonantajat eli tutkimukseen valitut henkilöt tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon. Opinnäytetyömme kohderyhmä on Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikalla työskentelevät sairaanhoitajat. Valitsimme kyseisen päivystyspoliklinikan, sillä haluamme saada tietoa vakavasti masentuneen potilaan hoitotyöstä ja kohtaamisesta erikoissairaanhoidon päivystyspoliklinikalla Uudenmaan alueella. Otanta opinnäytetyöhömme on viisi sairaanhoitajaa. Pyrimme kartoittamaan sairaanhoitajien tietä-

mystä vakavasta masennuksesta, sekä heidän valmiuksiaan vakavasti masentuneen potilaan hoitotyössä päivystyspoliklinikalla

5.3 Aineistonkeruu

Aineistonkeruumenetelmänä käytimme teemahaastattelua. Haastattelun tarkoituksena on välittää kuvaa haastateltavan käsityksistä ja kokemuksista. Käytimme haastattelussa suoraa lähestymistapaa, eli kysyimme haastateltavalta suoraan hänen ajatuksistaan ja tunteistaan. (Hirsijärvi & Hurme 2010, 41.)

Haastattelusta tiedonkeruutapana puhutaan silloin, kun ihmiseltä kysytään hänen mielipiteitään tutkimuksen kohteesta, ja hän vastaa kysymyksiin puhutussa muodossa. Haastattelun luonteeseen kuuluu, että kaksi henkilöä tapaa toisensa, joka tekee haastattelusta sosiaalisen vuorovaikutustilanteen. (Hirsijärvi & Hurme 2010, 42.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Tässä menetelmässä tiedetään, että haastateltavat ovat kokeneet tietyn tilanteen, tässä tutkimuksessa kohdanneet päivystyksessä vakavasti masentuneita potilaita. Teoreettisen viitekehyksen pohjalta luodaan haastattelurunko. Yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu kohdennetaan siis tiettyihin teemoihin, joista haastattelussa keskustellaan. Vaikka teemahaastattelussa kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa eikä järjestystä, ei se siltikään ole täysin vapaa haastattelumenetelmä. (Hirsijärvi & Hurme 2010, 47.) Opinnäytetyömme tutkimuskysymys ja siitä johdetut haastattelukysymykset on muodostettu kolmen eri teeman mukaan, joka käsittelevät sairaanhoitajien valmiuksia. Teemoina olivat sairaanhoitajien tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset valmiudet vakavasti masentuneen potilaan hoitotyössä.

Tähän tutkimukseen haastattelimme viittä Hyvinkään päivystyspoliklinikalla toimivaa sairaanhoitajaa. Nauhoitimme haastattelut, jotta, haastattelujen purku ja analysointi helpottuisi. Haastattelun ensimmäisessä osassa kartoitimme haastateltavien taustatietoja kysymällä työkokemusta ajallisesti vuosina päivystyksessä. Taustatiedoista käy ilmi myös haastateltavan sukupuoli. (LIITE 2) Laitimme haastattelukysymykset perustuivat tutkimuskysymykseen ja teemoihimme. Haastattelukysymykset 1-3 käsittelivät päivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien tiedollisia valmiuksia vakavasta masennuksesta. Haastattelukysymyksillä 4-6 kartoitettiin sairaanhoitajien taidollisia valmiuksia vakavasti masentuneen potilaan hoidossa ja kohtaamisessa. Haastattelukysymykset 7-9 käsittelivät sairaanhoitajien asenteellisia valmiuksia. (LIITE 2)

Lähetimme Hyvinkään sairaalan päivystyksessä työskenteleville sairaanhoitajille saatekirjeet sähköpostitse maaliskuun 2011 alussa. Saatekirjeessä kerroimme opinnäytetyöstämme, sekä

kysyimme halukkuutta osallistua haastatteluun. Viesteihin vastanneista saimme kokoon tutkitavat. Haastattelut toteutimme maaliskuussa 2011 Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikalla. Varasimme haastattelujen toteuttamiseen aikaa neljä päivää, joista haastatteluun osallistuvat saivat valita heille sopivan ajankohdan. Haastattelut kestivät noin 20-30 minuuttia. Haastattelupaikkana oli päivystyksen osastoryhmäpäällikön työhuone, joka oli tuolloin vapaana. Haastattelutilanteet olivat rauhallisia, eikä häiriötekijöitä ollut. Pyrimme luomaan haastattelutilanteesta luontevan ja rauhallisen tilanteen, jossa onnistuimme mielestämme hyvin. Nauhoitimme haastattelut. Lopuksi kirjoitimme haastattelut puhtaaksi ja analysoimme ne. Nauhat tuhottiin käsittelyn jälkeen.

5.4 Aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmänä voidaan pitää sisällönanalyysia. Sisällönanalyysin tarkoituksena on kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. Analyysillä pyritään selkeyttämään aineistoa. Luotettavat ja selkeät johtopäätökset, joita voimme tehdä tutkittavasta ilmiöstä, mahdollistuvat analyysin avulla. Tutkimuksessa kerätty aineisto saadaan sisällönanalyysin avulla järjestettyä selkeämpään muotoon, jotta voimme tehdä johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysin nähdään koostuvan eri vaiheista; analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta, sekä luotettavuuden arviointi. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 105-110.)

Sisällönanalyysi etenee päättelyn avulla. Analyysi voi näin ollen olla joko induktiivinen tai deduktiivinen. Opinnäytetyössämme käytämme deduktiivista analyysimenetelmää. Deduktiivisessä päättelyssä teoria ja teoreettiset käsitteet ovat keskeisessä asemassa ja näiden ilmenemistä tarkastellaan käytännössä. Deduktiivista sisällönanalyysia käytetään usein kun halutaan tarkastella jo olemassa olevaa tietoa jossain uudessa yhteydessä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24.) Teorialähtöisessä (deduktiivisessä) sisällönanalyysissa aineistoa käydään läpi analyysirungon perusteella, joka on lähtöisin teoriaosuudesta. Haastattelusta saadusta aineistosta pyritään etsimään tutkimuksen teorian teemoihin liittyviä seikkoja. Nämä tullaan jäsentelemään sisällönanalyysin avulla järkeväksi ja mielekkääksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 116-122.)

Opinnäytetyössämme teemahaastattelurunko ohjaa saadun aineiston analysointia. Aineiston analysoinnin aloitimme, kun nauhoitetut haastattelut oli kirjoitettu puhtaaksi. Litterointivaiheessa haastattelut kirjoitettiin auki sanasta sanaan, jolloin käytimme haastateltavien kieltä. Kirjalliseen muotoon saatetut haastattelut luettiin läpi ja luotiin yleismielikuvia. Seuraavaksi kävimme läpi haastatteluja ja alleviivasimme jokaisesta haastattelusta kysymyskohtaisesti esiin nousseita oleellisia vastauksia. Analyysirungon muodostimme teemojen pohjalta. Muodostimme teemoihin alaluokat samaa aihetta käsittelevistä kysymyksistä ja ne nimettiin sisäl-

lön mukaisesti. Alaluokkia oli yhteensä seitsemän. Sairaanhoidajien tiedollisista valmiuksista muodostettiin kolme alaluokkaa. Tiedollisia valmiuksia koskevat alaluokat olivat: tietämys (haastattelukysymys 1), tunnistaminen (haastattelukysymys 2) ja kokemus (haastattelukysymys 3). Sairaanhoidajien taidollisista valmiuksista muodostettiin kaksi alaluokkaa, jotka ovat kohtaaminen (haastattelukysymykset 4 ja 5) ja hoitaminen (haastattelukysymys 6). Sairaanhoidajien asenteellisista valmiuksista muodostettiin kaksi alaluokkaa, jotka ovat näkemykset (haastattelukysymykset 7 ja 8) ja motivaatio (haastattelukysymys 9).

Seuraavaksi etsimme rungon mukaisesti kaikista haastatteluista keskeisimpiä asioita. Teimme yhteenvedon, johon keräsimme kaikista haastatteluista analyysirungon mukaisesti samaan aiheeseen liittyvät asiat. Tämän pohjalta pystyimme alkaa kirjoittaa auki tuloksia teoriaosuu- den rakennetta mukaillen. Halusimme tuoda tekstiin elävyyttä käyttämällä haastateltavien kieltä- suoria lainauksia osana tulosten kerrontaa.

6 Tutkimustulokset

6.1 Taustatiedot

Haastattelun kohderyhmänä oli viisi sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät Hyvinkään sairaalan yhteispäivystyksessä. Työkokemusta haastatteluun osallistuneilla sairaanhoitajilla päivystys- poliklinikalla oli viidestä kahteenkymmeneenkahteen vuotta. Haastateltavista kaksi oli miehiä ja kolme naisia.

6.2 Tiedolliset valmiudet

6.2.1 Tietämys

Halusimme selvittää haastattelun avulla mm. millainen on päivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien tietämys vakavasta masennuksesta. Kysyimme haastateltavilta vakavasti masen- tuneen potilaan oireista ja vakavan masennuksen esiintyvyydestä ja liitännäissairauksista. Haastateltavat saivat kertoa vapaasti mieleen tulevista asioista vakavaan masennukseen liit- tyen.

”Mikään ei kiinnosta on aika apaattinen, ei niinku oikeestaan pysty muuta ympäristöä huomi- oimaan, et on vaan se itse siinä..”

Keskeisimmiksi oireiksi vakavassa masennuksessa haastateltavat kokivat alakuloisuuden ja apaattisuuden. Kaksi viidestä vastanneesta mainitsi oireiksi toimintakyvyttömyyden ja kiin- nostuksen puutteen. Haastateltavat kokivat myös, että vakavasti masentuneeseen potilaaseen

on vaikea saada kontaktia ja että vakavasti masentunut ei pysty huomioimaan ympäristöä. Kaksi viidestä vastanneesta kertoi oireiksi myös unettomuuden, jonka takia potilas saattaa hakeutua päivystykseen. Haastatteluun vastanneista yksi sairaanhoitaja oli sitä mieltä, että viiltely voi olla masennuksen oire, jolloin päivystykseen hakeudutaan hoitamaan viiltelyn aiheuttamia haavoja.

Vakavan masennuksen esiintyvyydestä haastateltavilla sairaanhoitajilla oli melko vähän tietoa. Kaksi viidestä vastanneesta uskoi, että vakavaa masennusta saattaa esiintyä enemmän, kuin mitä päivystyspoliklinikalla todetaan tai huomataan.

Kysyimme haastateltavilta vakavan masennuksen yhteydessä esiintyvistä liitännäissairauksista. Vastauksista nousi esiin elimelliset pitkäaikaissairaudet, kuten diabetes ja sydän- ja verisuonisairaudet, joiden koettiin olevan yhteydessä masennukseen. Kaksi viidestä vastanneesta toi esiin myös alkoholin käytön ja päihdeongelmat, joiden taustalla saattaa olla vakavaa masennusta. Paniikkihäiriön ja siihen liittyvän turhan kuoleman pelon uskottiin myös olevan yksi vakavan masennuksen kanssa esiintyvistä sairauksista. Yksi viidestä vastanneesta mainitsi vakavan masennuksen yhteydessä esiintyvän intoksikaatiota eli lääkeainemyrkytystä. Unettomuus mainittiin myös vakavan masennuksen liitännäissairautena.

"Sen tiedän, että masennus voi sairastuttaa ihmisen somaattisesti."

"Ehkä voi olla jotain turhaa kuoleman pelkoo, paniikkihäiriötä..tän tyyppistä."

"No kaikkihan noi ketkä on pitkään dokannu, ni niillähän saattaa olla.."

Haastateltavilla sairaanhoitajilla ei ollut aiempaa koulutusta vakavasta masennuksesta, tai sen hoidosta. Koulutuskokemukset liittyivät sairaanhoitajakoulutuksen aikana oleviin psykiatriisiin työharjoittelujaksoihin. Sairanhoitajat nostivat esille kuitenkin sen, että työkokemuksesta on hyötyä, kun toimitaan vakavasti masentuneen potilaan kanssa.

"Tietysti vuosien aikana kun on monia vuosia ollut työssä, niin sillä tavalla tuleekin sitä näkemystä..niitä on nähnyt niin paljon, että osaa jo arvioida sitä"

Kun kysyimme olisiko masennuspotilaan hoidosta hyvä saada lisäkoulutusta päivystyksen sisällä, niin kolme viidestä vastanneesta koki sen tarpeelliseksi, jotta saataisiin "työkaluja" vakavasti masentuneen potilaan hoitoon ja kohtaamiseen päivystyksessä. Yksi haastateltava toteasi, että triagessa voi usein tulla vastaan ahdistuneita ja masentuneita potilaita ja nämä ohjautuvat yleensä triagen kautta yleislääketieteen puolelle hoitoon. Kaksi viidestä vastanneesta taas ei nähnyt koulutustarvetta. Syynä siihen miksi koulutustarvetta ei koettu oli se, että vas-

taajat kokivat vakavasti masentuneen hoitoprosessin tapahtuvan jossain muualla, kuin päivystyksessä, missä hoitokontakti on lyhyt. Päivystyshoidon koettiin keskittyvän niin paljon muuhun, kuin masennukseen, jonka vuoksi koulutustarvetta ei nähty kovin suurena.

6.2.2 Tunnistaminen

”Voihan se olla ihan selkeesti alakulonen, olemus huokuu sellasta.. ei oo yhtään niinku elämäniloa ja hygieniassa on puutteita..”

Haastattelussa selvitimme haastateltavien kykyä tunnistaa vakavasti masentunut potilas. Neljä viidestä vastanneesta koki, että vakavan masennuksen voi tunnistaa ulkoisen olemuksen perusteella. Päällimmäiseksi oireeksi tunnistamisessa nousi alakuloisuus ja apaattisuus. Kolme viidestä mainitsi puutteita hygieniassa, rähjäisen ja hoitamattoman olemuksen. Yksi vastanneesta koki, että masentunut voi päivystyksessä yrittää peittää masennuksen, jolloin sen tunnistaminen ja diagnosointi vaikeutuu. Haastattelussa nousi esiin myös ylipaino, hiljaisuus ja elämänilottomuus vakavasti masentuneen olemuksessa. Yksi haastatelluista mainitsi psykoosissa olevien harhaisuuden, joka usein helpottaa diagnosointia.

6.2.3 Kokemus

Halusimme haastattelun avulla selvittää, millaisia kokemuksia päivystyksessä työskentelevillä sairaanhoitajilla oli vakavasti masentuneista potilaista ja olivatko hoitajat kohdanneet ja hoitaneet työssään vakavasti masentuneita potilaita. Haastateltavien kokemukset vakavasti masentuneista potilaista perustuivat päivystyksessä nähtyihin ja koettuihin tilanteisiin. Haastateltavilla ei ollut työkokemusta esim. psykiatriselta osastolta.

Kaikki haastateltavat olivat kohdanneet työssään päivystyksessä vakavasti masentuneita potilaita. Tilanteita, joissa he olivat kohdanneet vakavasti masentuneita potilaita eniten, oli haastateltavien mielestä intoksikaatio- ja itsemurhayritystapaukset. Nämä olivat haastateltavien mielestä päivystyksessä hyvin yleisiä. Osa oli kohdannut vakavasti masentuneita potilaita vastaanottotilanteissa. Kolme viidestä vastanneesta mainitsi, että he olivat kohdanneet vakavasti masentuneita jonkin muun vaivan vuoksi. Tulosyynä oli tällöin haastateltavien mukaan esim. unettomuus, yskä tai viimeaikaiset liukkaiden kielten aiheuttamat luunmurtumat.

”Monta kertaa ne tulee että ne ei oo saanu nukuttua.”

6.3 Taidolliset Valmiudet

6.3.1 Kohtaaminen

Haastattelussa kysimme, miten haastateltavat menettelevät, kun he kohtaavat vakavasti masentuneen tai itsemurhaa yrittäneen potilaan. Vakavasti masentuneen tai itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamista ei koettu vaikeaksi. Kolme viidestä vastaajasta oli sitä mieltä, että itsemurha-ajatuksista suoraan kysyminen ei ole vaikeaa. Jos potilas on jo yrittänyt itsemurhaa, asian puheeksi ottaminen on helpompaa, koska vakava masennus diagnoosina on varma. Haastateltavat korostivat, että kohtaamistilanteet ja hoitokontaktit ovat kestoaltaan päivystyksessä hyvin lyhyitä. Haastateltavat painottivat, että hoitajan kanssa vuorovaikutus jää usein lyhyeksi. Vakavasti masentunut tai itsemurhaa yrittänyt potilas ohjataan aina lääkärin luokse, joka selvittää potilaan taustatiedot ja tekee diagnoosin.

”Hoitajan kanssa vuorovaikutus on oikeestaan aika vähäistä ainakin alkuvaiheessa. Kyl sitä aika vähän sitten sitä juttelua on enempi se aina jää siihen hoitamiseen.”

Yksi haastateltavista oli sitä mieltä, että vakavasti masentuneen kanssa ei tule olla liian varovainen, mutta tönkää käytöstä on vältettävä. Kohtelun tulee olla tasavertaista kaikkien potilaiden kanssa. Kaksi viidestä sairaanhoitajasta kertoi, että kohdatessaan itsemurhaa yrittäneitä potilaita, he eivät ala syyllistämään tai tuomitsemaan potilasta tämän tilanteesta. Yksi haastateltavista oli sitä mieltä, että itsemurhaa yrittäneen tekotavan perusteella voi erotella toisistaan tosissaan itsemurhaa yrittäneet. Yksi haastateltavista mainitsi, että intoksikaatio-tapauksissa henkilökunta reagoi erilailla, kun potilas on ensimmäistä kertaa yrittänyt itsemurhaa. Vastauksista käy ilmi, että sairaanhoitajat saattavat kokea usein turhautumista vastaanottaessa ja hoidettaessa useasti itsemurhaa yrittäneitä potilaita.

”No kylhän sit näis intoksikaatiotilanteissa, ketkä niinku on tosissaan, niin huomaa et henkilökunta reagoi ihan eri tavalla, kun se ekaa kertaa tekee sitä, niin pitäs puuttuu tosi vakavasti.”

”Semmonen potilas kun tulee, yrittänyt itsemurhaa toistakymmentä kertaa, on se sitte huo-noo hoitoo tai kyynisyttä tai mitä tahansa, niin sehän on meijän mielestä ihan jotain huomi-on hakuisuutta, kukaan ei niinku tartu siihen sitte.”

Kolme viidestä vastanneesta kertoi, että kohdatessaan vakavasti masentuneen tai itsemurhaa yrittäneen potilaan he pyrkivät keskustelemaan tämän kanssa. Haastateltavat toteavat, että rauhallista paikkaa keskustelulle ei päivystyksessä aina tahdo löytää ja rauhallisen tilanteen luominen on haastavaa. Kaksi viidestä haastateltavasta taas muistutti, että päivystyksen ensisijainen tehtävä on oireiden mukainen hoito, ei niinkään potilaan kanssa keskustelu. Haasta-

teltavat toivat esiin myös sen, että keskustelun tulee kohtaamistilanteessa lähteä potilaasta itsestään, eikä potilaan kanssa lähdetä keskustelemaan väkisin.

”Se ensimmäinen mejän työ ei ole ruveta tunnistamaan sitä masennusta, vaan ruvetaan hoitaa niitä oireita.. Se on sitten eri asia mitä ne lääkärin kanssa juttelee myöhemmässä vaiheessa tai psykiatrin kanssa.”

”Enempi sitä sitten keskittyy siihen touhummiseen ja tilanteen stabiloimiseen..”

6.3.2 Hoitaminen

Haastattelussa kysimme päivystyksessä työskenteleviltä sairaanhoitajilta millaisena he kokevat valmiutensa vakavasti masentuneen potilaan hoidossa. Kaksi viidestä vastanneesta koki, että he eivät omaa riittävästi teorian tietoa ja taitoja masennuksen pidempiaikaiseen hoitamiseen, mutta kokivat omaavansa päivystyksessä tapahtuvaan hoitoon tarvittavat tiedot ja taidot. Kaksi viidestä haastateltavasta uskoi, että teorian tiedot ja taidot vakavasta masennuksesta ja sen hoidosta eivät ole riittävät. Yksi haastateltava koki teorian tiedon ja taidon riittämättömäksi, mutta uskoo kokemuksen tuomaan osaamiseen.

Kun haastateltavat kuvasivat vakavasti masentuneen potilaan hoitoa päivystyksessä, somaattisen puolen hoitaminen osoittautui tärkeimmäksi. Yksi haastateltavista mainitsi päivystyksessä työn olevan niin hektistä, että psyykkisen tilan arviointiin ei riitä aikaa eikä resursseja. Haastateltavat toivat esiin henkilökunnan vähyyden ja potilaiden suuren määrän aiheuttaman ajanpuutteen, mikä pakottaa hoitajat keskittymään enemmän akuuttien somaattisten sairauksien hoitoon.

”Päivystys on päivystys. Sitä ajattelee, että nyt hoidetaan nää somaattiset ehkä vaaralliset taudit niin saadaan asiat eteenpäin siltä osin.. että se ei sit oo oikeestaan enää mejän sarkaa.”

”Psykkistä tilaa ei usein edes lähdetä päivystyksessä sen enempää hoitamaan.. kun ei sitä psykiatriakaan aina saa ihan niin.. et sit se on lomalla tai sit se vaan ei ole paikalla.”

Haastateltavien sairaanhoitajien kuvausten mukaan vakavasti masentuneen potilaan tullessa ensiapuun pyritään aluksi selvittämään potilaan tilanne keskustelemalla yhdessä potilaan kanssa. Myös omaisilta kannattaa tiedustella potilaan tilanteesta tarkemmin. Haastattelemalta potilasta pyritään selvittämään tilanteen vakavuutta ja näin saadaan tarvittavat tiedot myös hoitoa ajatellen. Mahdolliset itsemurha-ajatukset on tärkeää selvittää.

”Yritetään ihan mahdollisimman pian tunnistaa et onko ihan oikeasta tilanteesta kyse. Yritetään selvittää heti onko potilas edelleen samoissa ajatuksissa.”

Kaikki haastateltavat painottivat, että hoitotyö keskittyy potilaan elintoimintojen tarkkailuun ja turvaamiseen. Yksi viidestä haastateltavasta mainitsi intoksikaatio-potilaiden olevan usein huonossa kunnossa, jolloin somaattisen tilan hoito on ensisijaista. Tärkeää on estää myrkyllisten aineiden imeytyminen elimistöön lääkehiilen avulla. Vakavissa henkeä uhkaavissa tilanteissa potilas siirretään hoitoon tehostettuun valvontaan. Haastateltavien kuvauksista käy ilmi, että itsemurhaa yrittänyt potilas jää usein yön yli seurantaan. Yksi viidestä vastanneesta kuitenkin kokee, että itsemurhaa yrittänyt pääsee helposti lähtemään päivystyksestä. Sekä vakavasti masentuneen, että itsemurhaa yrittäneen potilaan tilanne selvitetään päivystävälle lääkärille, joka tilanteen salliessa keskustelee yhdessä potilaan kanssa. Lääkäri arvioi ja päättää mahdollisesta psykiatrin konsultaatiosta ja jatkohoidon tarpeesta.

Selvitimme myös sitä, millä tavoin vakavasti masentunut potilas ohjataan jatkohoitoon. Kaikki haastateltavat olivat ohjanneet vakavasti masentuneita potilaita jatkohoidon suhteen, antaneet numeroita tai ohjanneet suoraan lääkärille. Jatkohoitoon ohjaukset tapahtuvat aina lääkärin kautta. Haastattelusta kävi ilmi, että potilas ohjataan jatkohoitoon aina oireiden mukaan. Yksi haastateltavista mainitsee, että esimerkiksi Intoksikaatio tapauksissa lääkäri voi ohjata Kellokosken sairaalaan jatkohoitoon. Suurin osa haastateltavista ei ollut ohjannut potilaan läheisiä.

”Tietysti eteenpäin ohjataan ja meillähän lääkäri ensin tutkii ja päättää sitten jatkot.”

6.4 Asenteelliset valmiudet

6.4.1 Näkemykset

Halusimme haastattelussa selvittää kuinka paljon asenteet vaikuttavat vakavasti masentuneen potilaan kohtaamiseen ja hoitotyöhön. Koska kyse on henkilökohtaisista asenteista, myös vastaukset olivat erilaisia. Yksi haastatelluista muistutti, että jos masennuksen on ottanut puheeksi, potilaalle tulisi antaa aikaa asian tarkempaan tarkasteluun. Yksi taas painotti, että jo päivystyksen ”luukulla” arvioidaan masennuksen syvyyttä ja vakavasti masentuneet otetaan aina vakavasti. Yhden sairaanhoitajan näkökulmasta luonteva kommunikointi on avainasia vakavasti masentuneen potilaan kanssa. Hän ei kuitenkaan lähde väkisin keskustelemaan asiasta, jos potilas ei ole siihen halukas. Rauhallinen ilmapiiri nousi haastatteluissa tärkeäksi. Päivystyksen hektisen luonteen takia rauhallisen ilmapiirin saavuttaminen on kuitenkin haasteellista.

”Jos potilas ei ole halukas puhumaan tilanteesta, niin sitte se saa olla mun puolesta.”

”Aika luontevasti siinä täytyy lähteä..ettei nyt minään friikkinä pidä.”

Yksi haastateltavista sairaanhoitajista painotti potilaan kokonaisvaltaista huomioimista ja aidosti läsnä olemista. Haastatteluissa nousi esille, että oma asenne vaikuttaa tapaan kohdata ja hoitaa vakavasti masentunutta potilasta. Sairaanhoitajan on tärkeää osata ottaa ammatillinen rooli hoitotilanteissa.

”Lähdetään siitä miltä potilaasta itsestä tuntuu.”

”..Ottaa se potilas kokonaisvaltaisesti huomioon.”

Itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamisessa ja hoitotyössä pidettiin ensisijaisen tärkeänä elintoimintojen turvaamista ja somaattisen tilan hoitoa. Kolme viidestä vastanneesta mainitsi omaisten ja läheisten huomioinnin tärkeyden. Haastateltavien mielestä oli tärkeää, että omaiset huomioidaan hoitotilanteessa, sekä annetaan mahdollista ohjausta ja kriisiapua. Haastateltavien mukaan myös omaisilta on hyvä kysyä potilaan tilanteesta tarkemmin. Kaksi viidestä haastateltavasta oli kuitenkin sitä mieltä, että omaisia ei huomioida hoitotilanteessa tarpeeksi ja he jäävät usein syrjään.

”Paljon tulee omaiset siihen mukaan.. Tietysti riippuu ihan siitä potilaan elämäntilanteesta.”

Kaksi viidestä vastanneesta piti itsemurhaa yrittäneen potilaan hoidossa ja kohtaamisessa tärkeänä keskustelua ja puheeksi ottamista. Haastateltavat sairaanhoitajat pitivät tärkeänä myös sitä, että itsemurhaa yrittänyttä potilasta ei lähdetä syyllistämään. Toivon luominen, kannustaminen ja tasa-arvoinen kohtelu nousivat esille haastattelun aikana.

”No varmaan se, ettei syyllistä kuitenkaan ja yrittää miettiä tilannetta sen potilaan näkökulmasta.”

6.4.2 Motivaatio

Selvitimme haastattelussa sairaanhoitajien motivaatiota auttaa vakavasti masentunutta potilasta. Neljä viidestä sairaanhoitajasta koki, että heillä on motivaatiota vakavasti masentuneen hoitoon liittyen. Yksi haastatelluista oli sitä mieltä, että kaikkia vakavasti masentuneita ei voida pelastaa ja pitkäkestoisemman hoidon antaminen ei ole päivystyksen tehtävä. Kaksi haastatelluista painotti juuri sitä, että hoitokontaktit päivystyksessä jäävät usein lyhyiksi. Yksi haastatelluista kertoi, että itsemurhayrityksessä motivaatiota ”ei tarvitse edes hakea”, vaan se on aina olemassa.

Kaksi haastateltavista oli sitä mieltä, että masennusta on enemmän, kuin mitä päivystyksessä tunnustetaan tai todetaan. Tunnistaminen ja diagnosointi voi olla vaikeaa, jos potilas häpeää omaa tilannettaan ja näin ollen peittelee masennusta.

”No tosiasiahan on, ettei kaikkia voi pelastaa tietenkään, et se vaan pitää niinku katsoa et ne pärjää tän tilanteen ohi ja joku muu alottaa sitte sen pidempikestosen hoidon.”

7 Johtopäätökset

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Pidämme opinnäytetyömme aihetta ajankohtaisena ja tärkeänä. Masennus on merkittävä kansanterveydellinen ongelma, jonka vuoksi sen tunnistaminen ja hoito tulisi toteuttaa mahdollisimman hyvin ja monipuolisesti. Ihmisen psyykinen hyvinvointi tulisi ottaa huomioon myös siellä missä hoito painottuu somatiikan puoleen. Koemme, että mielenterveystyö ja somaattinen hoitotyö nähdään usein kahtena erillisenä hoitotyön alueena. Ihminen tulisi kuitenkin nähdä kokonaisuutena, jossa on otettu huomioon niin psyykinen, fyysinen, kuin sosiaalinenkin puoli. Olemme suuntautuneet opinnoissa akuuttiin hoitotyöhön ja mielenterveystyöhön ja tässä opinnäytetyössä saamme yhdistettyä kaksi tärkeää aihetta. Halusimme opinnäytetyömme avulla saada lisää tietoa vakavasti masentuneen potilaan hoidosta akuutissa sairaanhoidossa eli päivystyksessä. Halusimme tietoa siitä, millaisena päivystyksessä työskentelevät sairaanhoitajat kokevat omat valmiutensa vakavasti masentuneen potilaan hoitotyössä ja miten vakavasti masentuneen potilaan kohtaaminen ja hoito käytännössä toteutuu. Toivomme, että opinnäytetyömme saisi päivystyksessä työskentelevät sairaanhoitajat pohtimaan psyykkisen ensiavun tärkeyttä ja sen toteutumista omassa yksikössään. Niin kuin jo teoriaosuudessa kävi ilmi, erityisosaaminen ja ammattitaito ovat asioita, joita vaaditaan päivystyksessä työskentelevältä hoitajalta. Päivystykseen ajautuu yhä enemmän vakavasti masentuneita ja itsemurhaa yrittäneitä potilaita. (Koponen & Sillanpää 2005, 395.)Tämän vuoksi koemme tärkeänä sen, että päivystyksessä keskityttäisiin myös ihmisen psyykkiseen tilaan, sen arviointiin ja hoitoon.

Tutkimustuloksistamme ilmeni, että päivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien tietämys vakavasta masennuksesta vaihteli. Vakavan masennuksen oireet, liitännäissairaudet ja esiintyvyys tuntui olevan melko vieras alue haastateltaville. Haastateltavat korostivatkin päivystyksessä toteutettavan hoidon keskittyvän niin paljon muuhun, kuin masennuksen hoitoon, jolloin tietämys siitä jää vähemmälle. Haastateltavat kokivat tietonsa vakavasta masennuksesta keskinkertaiseksi tai vähäiseksi. Sairaanhoitajat mainitsivat vakavan masennuksen oireiksi mm. alakuloisuuden, toimintakyvyttömyyden, sekä unettomuuden. Haastateltavat toivat esiin myös itsetuhoisuuden, sekä vaikeuden saada kontaktia. Tutkimustuloksemme päivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien oirekuvauksista ovat samansuuntaisia, joita on saatu

tutkittaessa nuorten masennuksen tunnistamista sairaanhoitajien näkökulmasta päivystyksessä. (Levola, Lundgren, Pulkkinen & Salo 2009, Opinnäytetyö) Levola ym. (2009) opinnäytetyössä haastatellut hoitajat mainitsivat nuoren masennuksen oireiksi mm. sulkeutuneisuuden ja itsetuhoisuuden. Vakavasti masentuneen potilaan oirekuva on laaja. Teoriaosuudessa kuvaamme vakavan masennuksen oireita, joita ovat esimerkiksi unettomuus tai liiallinen nukkuminen, selvä ruokahalun muutos (laihtuminen tai ylensyönti), voimakas väsyneisyys, uupuneisuus ja aloittekyvyttömyys, fyysinen lamaantuneisuus tai kiihtyneisyys, keskittymiskyvyn, muistin tai päättävyyden heikkeneminen, suhteettomat alemmuuden tai syyllisyyden tunteet, mielihyvän ja elämänilon menettäminen ja kuolemanajatukset tai -toiveet. (Turtonen 2006, 15). Vakavasti masentuneilla henkilöillä voi esiintyä myös aistiharjoja tai somaattisia oireita, jotka haastateltavat mainitsevat kuvatessaan vakavan masennuksen liitännäissairauksia. Tutkimustuloksista ilmeni, että vakavan masennuksen liitännäissairaudet olivat tulleet sairaanhoitajille tutuksi työn tuoman kokemuksen kautta. Haastateltavat toivat hyvin esiin vakavan masennuksen yleisiä liitännäissairauksia. Teoriassa vakavan masennuksen liitännäissairaudet oli nähtävissä haastateltavien kuvausten mukaisesti. Haastateltavat toivat esille mm. somaattisen sairauden, päihteiden käytön, ja erilaiset kiputilat masennuksen taustalla. Somaattisen sairauden oireet ja erilaiset kiputilat kuten päänsärky ja vatsakivut voivat olla oireita masennuksesta. (Kopakkala 2009, 21-22) Mielestämme on tärkeää, että päivystyksessä työskentelevillä sairaanhoitajilla olisi tietoa masennuksen liitännäissairauksista ja oireista, jotta osataan paremmin tunnistaa vakava masennus. Päivystyksessä työskentelevät hoitajat ja lääkärit ovat ensisijaisia ammattihenkilöitä depression tunnistamisessa. (Pylkkänen, Syvälahti & Tamminen 2003, 37).

Tutkimustuloksista käy ilmi, että päivystyksessä työskentelevät sairaanhoitajat eivät olleet saaneet täydennyskoulutusta vakavaan masennukseen ja sen hoitoon liittyen. Tiedot vakavasta masennuksesta, sen hoidosta ja tunnistamisesta liittyivät sairaanhoitajakoulutuksen aikana opiskeltuihin asioihin. Sairanhoitajat mainitsivat, että työkokemus tuo tärkeää tietoa ja taitoa. Kaikki haastateltavat sairaanhoitajat olivat kohdanneet työssään vakavasti masentuneita potilaita. Päivystyksessä työskentelevät sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa koulutusta vakavasta masennuksesta ja sen hoidosta päivystyksen sisällä. "Työkaluja" vakavasti masentuneen potilaan kohtaamiseksi pidettiin tervetulleina. Haastateltavat kokivat päivystyksessä tapahtuvan hoidon keskittyvän enemmän somaattisten sairauksien hoitoon. Puhtimäen (2007) tutkimuksessa päivystyksessä työskentelevät sairaanhoitajat kokivat halua oppia uutta ja tarvetta kehittää omaa osaamista ja ammattitaitoa. Mielestämme on tärkeää, että sairaanhoitajilla olisi riittävästi tietoa vakavasta masennuksesta, sen hoidosta ja tunnistamisesta, jotta osattaisiin entistä enemmän kiinnittää huomiota potilaan psyykkiseen tilaan ja antaa oikeanlaista tukea ja neuvontaa. Kuitenkaan teoretieto ja sen hallitseminen ei ole mielestämme kaikki kaikessa, vaan hoidossa on usein kyse perusasioista; kyvystä olla aidosti läsnä, kuunnella ja välittää kiinnostusta.

Sairaanhoitajat mainitsivat haastatteluissa tunnistavansa vakavasti masentuneen potilaan parhaiten ulkoisen olemuksen perusteella. Juuri tämän takia tunnistaminen jää usein suppeaksi, koska läheskään kaikilla vakavasti masentuneilla potilailla sairaus ei näy ulospäin. Kuitenkin jotkut piirteet olemuksessa saattavat herättää epäilyn masennuksen olemassaolosta. Teoriassa on esitetty vakavasti masentuneen potilaan ulkoiseen olemukseen liittyviä piirteitä kuten jähmeys, ilmeettömyys, itkuisuus, kiihtyneisyys ja harhaisuus. (Luhtasaari 2009, 24-25.) Koska päivystyksen luonne on hektinen, potilaan kokonaisvaltaiseen tarkasteluun ei tunnu riittävän aikaa. Haastateltavien vastauksissa painottui selkeästi, että päivystyksen tärkein tehtävä on hoitaa päällimmäinen akuutti tilanne, joka usein tarkoittaa elintoimintojen turvaamista. Tämän vuoksi psyykkisten sairauksien tunnistaminen jää usein vähäiseksi ja vääriä arvioita syntyy. Koska vakava masennus on kasvava syy työkyvyttömyyseläkkeelle jäämiseen, olisi ehdottoman tärkeää, että vakavaa masennusta sairastavat saataisiin mahdollisimman nopeasti hoidon piiriin ja mahdollisesti sitä kautta nopeammin takaisin työelämään. Vakavan masennuksen tunnistamiseen ja siihen puuttumiseen vaikuttaa haastattelun perusteella oleellisesti myös asenteet. Ennakkoluulot vakavasti masentuneita kohtaan saattaa olla suuri syy vakavan masennuksen alidiagnosointiin.

Haastateltavat sairaanhoitajat kokivat taitonsa kohdata ja hoitaa vakavasti masentunutta riittämättömiksi. Tutkimustuloksista ilmenee, että vakavasti masentuneen jatkohoito tapahtuu muualla, jonka vuoksi päivystyksessä tarvittavat taidot ovat toisenlaiset. Uskomme, että vakavasti masentuneet ja itsemurhaa yrittäneet potilaat saavat hyvän somaattisen hoidon päivystyksessä ja hyvän psyykkisen hoidon psykiatria-erikoistuneissa laitoksissa, mutta yhteys näiden kahden välillä on melko puutteellinen.

Tammisen (2001, 127-128) mukaan kriisipsykoterapian antaminen akuutissa vaiheessa on ehdottoman tärkeää. Tällöin potilas pystyy ymmärtämään omaa tilannettaan ja saa toivoa sairauden paranemisesta. Avun saaminen antaa potilaalle arvon tunteen. Kriisipsykoterapiaan kuuluu tiedon antaminen masennuksesta ja lääkehoito.

Enemmistö sairaanhoitajista vastasi kohtaavansa masentuneen potilaan kuten muutkin potilaat. Haastattelun tuloksissa painottui tasavertaisuus potilaiden kesken. Koska päivystyspoli-klinikka on usein vakavasti masentuneelle potilaalle hoidon aloituspaikka, on tärkeää, että hoitosuhde saa hyvän ja luotettavan alun. Toivikko (2007, 552-553) puhuu ajan antamisen tärkeydestä ja potilaan kokonaisvaltaisesta huomioimisesta. On kyseenalaista, kuinka järkevää on hoitaa potilaan somaattinen puoli hyvin (esim. intoksikaatiotapauksissa), jos psyykkinen puoli jää täysin vaille huomioimista. Tällöin potilas saattaa ajautua toistumiseen yrittämään itsemurhaa ja "tulokseton" hoitaminen aiheuttaa sairaanhoitajille turhautumisen tunteita.

Useimmat vakavasti masentuneet potilaat muistavat ensimmäisen hoitokontaktinsa ja heillä on siitä sekä positiivisia että negatiivisia muistikuvia. Juuri se hoitajan pieni toivon antaminen ja kannustaminen voivat olla vakavasti masentuneelle ensi askel kohti parantumista. Pienet sanat ja teot merkitsevät masentuneelle paljon, joten negatiivista asennetta potilasta kohtaan on syytä välttää. Haastattelujen tulosten perusteella voidaan päätellä, että toivon antaminen ei ole korostunut Hyvinkään sairaalan päivystyksessä tehtävässä hoitotyössä. Haastateltavat pitivät kuitenkin tärkeänä toivon luomista vakavasti masentuneen potilaan kanssa toimiessa.

Tutkimustuloksista käy ilmi, että ajanpuute ja resurssit ovat suurin syy siihen, että päivystyksessä toteutettavassa hoidossa keskitytään enemmän somaattiseen puoleen. Ajanpuutteesta ja resurssien riittämättömyydestä huolimatta olisi tärkeää, että hoidossa pyrittäisiin huomiomaan myös potilaan psyykinen tila. Potilaan hoitaminen kokonaisvaltaisesti kiireestä huolimatta on tärkeää. (Koponen & Sillanpää 2005, 400-401).

On tärkeää muistaa, että päivystyksessä tapahtuva hoito vaikuttaa keskeisesti potilaan mahdolliseen tulevaan psykiatriseen hoitojaksoon ja sen onnistumiseen. (Koponen & Sillanpää 2005, 396). Hoitokontaktit jäävät päivystyksessä lyhyiksi, mutta luottamuksellisen hoitosuhteen luominen ja tiivis henkilökohtainen yhteistyö potilaan kanssa on tärkeää. Haastatteluista saamamme kuvan perusteella vakavasti masentuneen ja itsemurhaa yrittäneen potilaan hoidossa keskitytään usein elintoimintojen tarkkailuun ja turvaamiseen. Potilaan psyykkisen tilan ja jatkohoidon tarpeen arviointi jää lääkärille. Teoriassa elintoimintojen turvaamista ja somaattisen tilan hoitoa pidetään ehdottoman tärkeänä, tämän jälkeen tulisi kuitenkin selvittää myös potilaan psyykinen tila. Itsemurhaa yrittäneen potilaan kanssa olisi tärkeää käsitellä hänen elämäntilannetta ja siinä esiintyviä ongelmia keskustelemalla yhdessä potilaan kanssa. (Toivikko 2007, 546.)

Haastatteluista selviää, että itsemurhaa yrittäneet potilaat pidetään yön yli tarkkailussa, mutta samalla todetaan, että itsemurhaa yrittäneet ja vakavasti masentuneet potilaat pääsevät helposti lähtemään päivystyksestä. Vakavasta masennuksesta kärsivä tarvitsee jatkuvaa seuranta ja tarkkailua ja usein sairaalahoitoa. (Luhtasaari 2009, 17-18). Teoriaosuudessa mainitaan, että vakava masennustila voi olla vaarallinen potilaalle, joten sen vuoksi on syytä seurata potilasta yön yli akuutin hoidon pisteessä. (Pylkkänen, Syvälahti & Tamminen 2003, 37). Mielestämme olisi tärkeää, että päivystyksessä kiinnitettäisiin jatkossa huomiota potilaan tilanteen tarkempaan tarkasteluun, jotta vakavasti masentuneet ja itsemurhaa yrittäneet saisivat tilanteensa vaatiman hoidon ja jatkohoidon. Psykiatrisen potilaan auttaminen tapahtuu usein puhumalla ja kuuntelemalla. Tekemällä havaintoja ja taustatietoja tutkimalla saadaan usein selvyys potilaan tilanteesta. (Koponen & Sillanpää 2005, 395- 396.)

Potilaan ohjaus jatkohoidon suhteen, sekä eri yhteystietojen antaminen jatkoa ajatellen on tuttua haastateltaville. Teoriassa ohjaus nousee esiin yhtenä tärkeänä sairaanhoitajan tehtävänä. Laadukas ohjaaminen parantaa hoidon jatkuvuutta ja potilaan hoitoon sitoutumista. (Kuisma, Holmström & Porthan 2009, 41). Läheisten ohjaaminen vakavasti masentuneen tai itsemurhaa yrittäneen potilaan hoidossa ei tutkimustulosten perusteella toteudu riittävän hyvin ja tähän tulisikin mielestämme panostaa enemmän. Haastatteluista ei nouse esille vakavasti masentuneen potilaan turvallisuudesta huolehtiminen. Tämä kuitenkin korostuu teoriasa. Esim. potilaan lähiympäristössä ei tulisi olla mitään, millä potilas voisi vahingoittaa itseään. (Koponen & Sillanpää 2005, 401). Vakavasti masentuneen potilaan kanssa toimiessa sairaanhoitajien on hyvä muistaa toimia rauhallisesti ja normaalien rituaalien mukaan.

Tutkimustulokset kertovat, että sairaanhoitajilla on oikea teorian mukainen käsitys siitä, mikä on tärkeää vakavasti masentuneen ja itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamisessa ja hoidossa. Kuitenkaan tärkeänä pidetyt asiat eivät toteudu käytännössä kovinkaan hyvin. Esimerkiksi haastateltavat sairaanhoitajat pitivät tärkeänä vakavasti masentuneen potilaan kanssa keskustelua ja vuorovaikutusta, rauhallisen ilmapiirin luomista, potilaan kokonaisvaltaista huomioimista ja läheisten huomiointia. Päivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien mukaan ei kuitenkaan ole aikaa keskustelulle, rauhallisen ilmapiirin luominen on haasteellista, potilaan kokonaisvaltainen huomiointi jää vähemmälle keskityttäessä enemmän somaattisen tilan hoitoon ja läheisten huomiointi jää usein vähäiseksi. Tutkimustuloksista voidaan kuitenkin päätellä että, esimerkiksi tärkeinä pidettyjen asioiden kuten; itsemurhaa yrittäneen potilaan kanssa puheeksi ottaminen, tasa-arvoinen kohtelu, elintoimintojen turvaaminen, sekä se että potilasta ei syyllistetä toteutuvat käytännön hoitotyössä hyvin.

Tutkimustulosten perusteella motivaatiolla on merkitystä vakavasti masentuneen hoitotyöhön liittyen. Vaikka Suurin osa haastatelluista sanoi löytävänsä itsestään motivaatiota auttaa vakavasti masentuneita potilaita, joutuu motivaatio koetukselle tilanteissa, joissa potilas on toistumiseen yrittänyt itsemurhaa. Toisaalta myös erilaiset asenteelliset käsitykset alentavat työmotivaatiota. Huomionhakuisuutta voi tutkimuksen perusteella pitää yhtenä tärkeimmistä asenteellisista käsityksistä. Mielestämme olisi ehdottoman tärkeää, että sairaanhoitajat toimisivat työssään ennakkoluulottomasti.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Olemme koko tutkimuksen ajan huomioineet laadullisen tutkimuksen eettiset periaatteet. Teemahaastattelussa tutkijat ovat "institutionaalisessa" asemassa verrattuna haastateltaviin, joten vallankäyttö ja haastateltavien väärin kohtelu ovat eettisesti pahimpia virheitä tutkimusta tehdessä. Tutkimussuunnitelman laatu, sopiva tutkimusasetelma ja hyvin tehty raportointi ovat kaikki merkittäviä eettisyyden takaamiseksi. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 125-127.)

Kun kerroimme Hyvinkään päivystyspoliklinikalla kiinnostuksestamme tehdä heidän kanssaan yhteistyötä, kerroimme myös tavasta toteuttaa tutkimus. Kun he ilmaisivat kiinnostuksensa ja sovimme yhteistyöstä, toi se vastuuta meille huolehtia tutkimuksen muusta tiedottamisesta haastateltaville. Olemme ottaneet vastuun noudattaa hyviä tieteellisiä käytäntöjä ja huolehtia tutkimuksen rehellisyydestä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 133.)

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastateltavalla oli vapaus jättäytyä tutkimuksesta pois missä vaiheessa tahansa. Kunnioitimme tutkittavien yksityisyyttä. Tutkittaville taattiin anonymiteetti, eli henkilötietoja ei julkaistu opinnäytetyömme tutkimuksen missään vaiheessa. Haastateltavien tiedottaminen heitä koskevista oikeuksista on oleellinen osa tutkimuksen tekoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Tiedotimme henkilökunnalle tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset uhat. Tutkimusluvan opinnäytetyöllemme saimme maaliskuussa 2011. Ennen haastatteluiden toteuttamista olimme puhelimitse ja sähköpostitse yhteydessä päivystyspoliklinikan osastonhoitajaan, ja lähetimme sähköpostitse saatekirjeet Hyvinkään sairaalan päivystyksessä työskenteleville sairaanhoitajille. Saatekirjeessä kerroimme opinnäytetyöstämme ja kysyimme halukkuutta osallistua haastatteluun. Haastattelutilanteiden alussa kerroimme vielä haastatteluun osallistuville, että tutkimustulokset käsitellään ehdottoman luottamuksellisena ja tutkimusvastaukset käsitellään nimettöinä. Hyvinkään päivystyspoliklinikan osastonhoitaja vaihtui opinnäytetyömme tutkimuksen aikana, joten pidimme huolen uuden osastonhoitajan tiedottamisesta opinnäytetyömme tiimoilta.

Tutkimuksen teossa pyritään aina välttämään virheitä ja tehdyn tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida. Se, millaiset näkemykset tutkijoilla on totuuden luonteesta, vaikuttaa keskeisesti siihen miten tutkimuksen luotettavuuteen suhtaudutaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134.)

On olemassa neljä eri totuusteoriaa; totuuden korrespondensiteoria, totuuden koherenssiteoria, pragmaattinen totuusteoria ja konsensukseen perustuva totuusteoria. Korrespondensiteoriassa väite on totta vain siinä tilanteessa jos se vastaa todellisuutta. Koherenssiteoriassa taas väitteen uskotaan olevan totta, jos se on johdonmukainen ja yhtä pitävä muiden väitteiden kanssa, eli toisin sanoen "tosi ei voi olla ristiriidassa itsensä kanssa". Pragmaattisen totuusteorian mukaan uskomus on tosi, jos se koetaan hyödylliseksi ja se toimii. Konsensukseen perustuvassa totuusteoriassa ajatellaan, että ihmiset voivat luoda totuuden yhteisymmärryksessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134-135.)

Tutkimusmenetelmien luotettavuutta kuvataan usein validiteetti- ja reliabiliteetikäsitteillä. Validiteetti tarkoittaa, että "tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattu" ja reliabiliteetti

taas tarkoittaa tulosten toistettavuutta. Kun arvioimme tutkimuksen luotettavuutta, on hyvä muistaa nähdä tutkimus kokonaisuutena jolloin arvioimme sen kaikkia vaiheita. Sanotaankin, että tutkimuksen luotettavuutta lisää se jos tutkija tekee yksityiskohtaisen raportin tutkimusprosessista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136-137.)

Aiempia tutkimuksia ja tutkittua tietoa vakavan masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta päivystyspoliklinikalla on melko vähän. Nuorten masennuksen tunnistamisesta on tehty opinnäytetyö, missä keskitytään tutkimaan nuorten masennuksen tunnistamista sairaanhoitajien näkökulmasta ja työympäristön tarjoamia resursseja nuorten masennuksen tunnistamiseen. (Levola, Lundgren, Pulkkinen & Salo 2009, Opinnäytetyö) Opinnäytetyö on siis sisällöltään melko erilainen, kuin meidän työstämä opinnäytetyö. Myös itsemurhaa yrittäneen potilaan psyykkisestä ensiavusta päivystyspoliklinikalla on tehty opinnäytetyö, josta voidaan havaita joitain samoja piirteitä, kuin omasta työstämme. (Aulio & Leinonen 2001, Opinnäytetyö).

Opinnäytetyömme tutkimuksen luotettavuutta lisää mielestämme se, että olemme pyrkineet käyttämään mahdollisimman tuoretta ja ajantasalla olevaa lähdeaineistoa. Opinnäytetyömme teoriaosuutta tehdessämme hyödynsimme alan kirjallisuutta koskien vakavaa masennusta, akuuttisairaanhoitoa ja päivystyksessä tapahtuvaa hoitoa. Myös nettilähteet, alan artikkelit, sekä tutkimukset ovat olleet teoriaosuuden lähteinä. Hakukoneena käytimme Ovid ja Laurus-tietokantoja sekä Googlea.

Tutkimuksessa käytimme puolistrukturoitua teemahaastattelua, jossa haastateltavat vastasivat kysymyksiin omin sanoin. Haastattelukysymykset olivat samat kaikille haastateltaville. Pyrimme lisäämään tutkimuksen luotettavuutta luomalla selkeän ja hyvän teemahaastattelurungon. Teemahaastattelurunkoa tehdessä muodostimme teema-alueet teorian ja kokemuksemme pohjalta. Teema-alueisiin mietimme sopivat kysymykset. Lisäsimme tutkimuksen luotettavuutta kertaamalla työmme teoriaosuutta.

Tutkimusta tehdessä tutkijan tulee pyrkiä kuuntelemaan ja ymmärtämään kaikkia haastateltavia omina itsenään, niin etteivät haastattelijan omat arvot ja ominaisuudet vaikuta haastattelun tekoon. Näin pystytään varmistamaan tutkimuksen puolueettomuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135-136.) Näin myös teimme. Omat asenteet ja ennakkokäsitykset eivät vaikuttaneet tutkimustulosten analysointiin ja käsittelyyn. Haasteena voidaan pitää sitä, että osa haastateltavista oli tullut työn kautta tutuksi, jolloin oli tärkeää pitää tutkijan rooli erillään työntekijän roolista. Tämä onnistui mielestämme hyvin ja moitteettomasti.

8 Pohdinta ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tutkimustulokset kertovat vain muutaman sairaanhoitajan näkemyksen, joten tulokset eivät suinkaan ole yleistettävissä. Tulosten perusteella Hyvinkään sairaalan päivystyksessä työskentelevät sairaanhoitajat kokevat valmiutensa vakavasti masentuneen potilaan hoitotyössä melko riittämättömäksi. Voidaan siis päätellä, että Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikalla ei pystytä täysin vastaamaan vakavasti masentuneiden potilaiden psyykkiseen avuntarpeeseen. Haastatteluista saaduista tuloksista käy ilmi, että sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta vakavasta masennuksesta ja sen hoidosta päivystyksen sisällä. Työnohjaus voisikin mielestämme olla ratkaisu koulutuksen järjestämiseen. Myös osastotunneilla voitaisiin keskustella yhdessä vakavasti masentuneen potilaan hoidosta ja sen herättämistä kysymyksistä. Opinnäytetyömme tuloksista voidaan nähdä, että sairaanhoitajilla on motivaatiota vakavasti masentuneen potilaan hoidossa.

Pohdimme, että voisi olla hyvä, jos vakavasti masentuneen tai itsemurhaa yrittäneen omaisille olisi mahdollista kehittää jokin yhteystietolomake. Siinä voisi olla yhteystietoja esim. kriisikeskukseen tai kriisipuhelimeen, sillä opinnäytetyön tuloksista selvisi, että potilaan läheiset jäävät usein huomioimatta. Läheisen sairastuminen tai itsemurhan yrittäminen voi olla hyvinkin traumaattista ja järkyttävää, jolloin myös potilaan läheisen olisi hyvä saada tarvitsemaansa apua ja tukea.

Opinnäytetyömme tutkimustuloksista esiin nousseet ajanpuute ja resurssit ovat asioita, joihin voi olla vaikea saada muutosta, sillä niiden vaikutus näkyy koko terveydenhuollossa. Toivomme, että opinnäytetyömme puhuttelisi päivystyksen henkilökuntaa ja saisi aikaan parannustarpeiden ja eri mahdollisuuksien pohtimisen. Koemme, että Hyvinkään sairaalan päivystys voi hyödyntää tekemäämme opinnäytetyötä vakavasti masentuneen potilaan hoitotyön kehittämässä.

Jatkotutkimusaiheina voitaisiin hyödyntää esim. aihetta, jossa keskityttäisiin tutkimaan vakavasti masentuneiden potilaiden kokemuksia päivystyksessä saamastaan hoidosta. Tämä aihe on kuitenkin eettisesti vaikea ja edellyttää tekijältään hienotunteisuutta ja asiaan perehtyneisyyttä. Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös työpaikalla saadun koulutuksen vaikutukset vakavasti masentuneen hoitotyöhön päivystyksessä. Opinnäytetyön tekemisen myötä uskomme, että olemme saaneet valmiuksia toimia hoitotyössä asiantuntijoina. Opinnäytetyön tekeminen on lisännyt tietomääräämme ja arvostusta kyseistä aihetta kohtaan.

Lähteet

- Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Aldridge, S. 2001. Masennus ja stressi - Tunteiden biologiaa. [Suomentanut Minna Maijala] Pieksämäki: RT-print Oy.
- Aulio, L. & Leinonen, M. 2001. Itsemurhaa yrittäneen potilaan psyykkinen ensiapu päivystyspoliklinikalla. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu
- Castren, M., Aalto, S. & Rantala, E. 2008. Ensihoidosta päivystys-poliklinikalle. Helsinki: WSOY.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.
- Furman, B. & Valtonen, J. 2000. Jossakin on ilo - tietoa ja toivoa masennuksesta kärsiville ja heidän läheisilleen. Juva: WSOY.
- Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: SMS - Tuotanto OY.
- Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Kirja.
- Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. 2008. Tämä potilas kuuluu meille - Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Suomen Graafiset palvelut Oy.
- Holmia, S., Murtonen, L., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Jaatinen, E. 2004. Kun läheisen mieli murtuu - Omaiset kertovat. Helsinki: Kirjapaja.
- Kopakkala, A. 2009. Masennus. Porvoo: Edita.
- Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Gummerus.
- Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. 2009. Ensihoito. Jyväskylä: Gummerus.
- Laaksonen, R. & Heikkilä, L. 2001. Matka masennuksesta minuuteen. Helsinki: Kirjapaja.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 3§
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 8§
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 15§
- Latvala, E. Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY 2001, 21-43.
- Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2002. Psykiatria. Helsinki: WSOY.
- Levola, R., Lundgren, N., Pulkkinen, A. & Salo, E. 2009. "Mä pyrin hetken aikaa kuuntelemaan ees sitä nuorta" - Nuoren masennuksen tunnistaminen päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyö. Lahden Ammattikorkeakoulu.

- Luhtasaari, S. 2002. Masennus. Jyväskylä: Gummerus.
- Luhtasaari, S. 2009. Depis - Masennuksen eri muodot. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Mattila, E. 2000. Tutkimusmenetelmäosaaminen. Luennot. Laurea-Ammattikorkeakoulu.
- Melartin, T. & Vuorilehto, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen - Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Yliopistopaino
- Mielenterveyslaki 1116/1990
- Myllärniemi, J. 2009. Masennus. Helsinki: kirjapaja.
- Puhtimäki, K. 2007. Sairaanhoidajan tarvitsema hoitotyön ammatillinen osaaminen päivystyspoliklinikalla. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Pykkänen, K., Syvälahti, E. & Tamminen, T. 2003. Keskeistä käytännönpsykiatria. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.
- Saari, S., Kantanen, I. & Kämäräinen, L. 2009. Häädän hetkellä- psyykkisen ensiavun opas. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Siimes, K. 2006. Vakava masennus - Selviytymistarina. Kuopio: Kopijyvä.
- Syrjäläinen, E., Eronen, A. & Värri, V-M. 2007. Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin. Tampere: University Press.
- Tamminen, T. 2001. Mielet maasta - Depression tietokirja. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.
- Terveystieteidenhuoltolaki 1326/2010
- Toivikko, E. 2007. Sairaanhoidajan käsikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Turonen, J. 2006. Mielenterveys ongelmat - Mistä apua? Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Internet-lähteet

Duodecim Terveyskirjasto verkkosivusto. [www-sivu] Luettu 17.1.2011.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00029

Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin verkkosivusto. [www-sivu] Luettu 15.2.2010.

<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,957,27795,27803,277>

Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin verkkosivusto. [www-sivu] Toimintakertomus 2007. Luettu 20.4.2011.

<<http://www.google.fi/search?q=potilaiden+luokittelu+hyvink%C3%A4%C3%A4n+yhteisp%C3%A4ivystyksess%C3%A4&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:fi:official&client=firefox-a>

Lääkärilehti 2009. [www-sivu] Luettu 15.2.2010.

<http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=7688/type=1

Terveys-EU. Euroopan unionin kansanterveysportaali verkkosivusto. [www-sivu] Luettu

22.2.2010. Päivitetty 23.11.2009. < http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/mental_health/index_fi.htm

Laurean verkkosivusto. [www-sivu] Luettu 23.2.2010. Päivitetty 13.3.2007.

<http://bbaari.laurea.fi/tietoa_opinnayte.html

Käypä hoito. 2010. [www-sivu] Luettu 10.12.2010. Päivitetty 21.10.2010.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023>

Hyvinvointikatsaus, Tilastokeskuksen verkkosivusto. [www-sivu] Luettu 17.1.2011. Päivitetty

2.11.2010. <http://www.stat.fi/tup/hyvinvointikatsaus/hyv992.html>

Journal of emergency nursing 2008 ; Suicide prevention in the emergency department. [www-sivu] Tulostettu 17.1.2011.

Oulun yliopisto, Herkules 2000 verkkosivusto. [www-sivu] Luettu 17.1.2011.

<http://herkules.oulu.fi/isbn9514251725/html/x160.html>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. [www-sivu] Luettu

11.1.2011. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf

Wikipedia. [www-sivu] Luettu: 26.4.2011 Päivitetty: 8.4.2011.

<http://fi.wikipedia.org/wiki/Maailman_v%C3%A4est%C3%B6

Liitteet

Saatekirje Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikan sairaanhoitajille

Laurea-Ammattikorkeakoulu
Hyvinkää
Hoitotyön koulutusohjelma

Hei,

Opiskelemme Hyvinkään Laurea-Ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajiksi. Opinnäytetyömme aihe on vakavaa masennusta sairastavan potilaan hoitotyö akuutissa sairaanhoidossa. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata päivystyspoliklinikalla työskentelevän hoitohenkilökunnan käsityksiä masentuneen potilaan kohtaamisesta ja hoidosta. Keräämme tietoa päivystyspoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien valmiuksista tunnistaa masentunut potilas ja sitä kautta tarkoituksena on kehittää hoitohenkilökunnan tietämystä. Työn avulla voimme tuoda uutta tietoa hoitohenkilökunnan käyttöön ja näin ollen kehittää hoitotyön laatua. Yksi keskeisistä tavoitteistamme on saada aikaan opinnäytetyö, joka palvelisi työelämää.

Opinnäytetyötämme varten haluamme haastatella viittä päivystyksessä työskentelevää sairaanhoitajaa. Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja pidämme saamamme tiedot luottamuksellisina. Aineiston käsittelyn ja analyysin helpottamiseksi toivomme, että haastattelu voidaan nauhoittaa. Toteutamme haastattelut Hyvinkään sairaalan toimitiloissa. Nauhat tuhotaan, kun aineisto on käsitelty. Tarkoituksena olisi toteuttaa haastattelut maaliskuun 2011 alussa. Tavoitteenamme on saada opinnäytetyö julkaisukelpoiseksi huhtikuun 2011 loppuun mennessä.

Ystävällisin Terveisin,
Meri-Tuuli Nyman
Krista Airio

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

Taustatiedot

- Nainen/Mies
- Työkokemus päivystyspoliklinikalla ajallisesti

TEEMAT:

TIEDOLLISET VALMIUDET

1. Mitä tiedät vakavasta masennuksesta (oireet, liitännäissairaudet ym.)
2. Mistä tunnistat vakavasti masentuneen potilaan?
3. Oletko kohdannut työssäsi vakavasti masentuneita potilaita?

TAIDOLLISET VALMIUDET

4. Miten menettelet jos kohtaat vakavasti masentuneen potilaan?
5. Miten menettelet jos kohtaat itsemurhaa yrittäneen potilaan?
6. Millaisena koet valmiutesi vakavasti masentuneen potilaan hoitotyössä?

ASENTEELLISET VALMIUDET

7. Mitä pidät tärkeänä vakavasti masentuneen potilaan hoitotyössä ja kohtaamisessa?
8. Mitä pidät tärkeänä itsemurhaa yrittäneen potilaan hoitotyössä ja kohtaamisessa?
9. Millaisena koet motivaation vakavasti masentuneen potilaan auttamisessa?

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Liite 1

§ 2/2011

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Nyman Meri-Tuuli, Airio Krista		
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta Sairaanhoitaja Opiskelija Laurea AMK		
	HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei		
	Sähköpostiosoite/puh/gsm meri-tuuli.nyman@laurea.fi krista.airio@laurea.fi		
	Kotiosoite Polkkakuja 2 as17 05810 Hyvinkää		
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Hyvinkään Laurea Ammattikorkeakoulu		
	Yliopiston laitoksen/Ammattikorkeakoulu/oppilaitoksen osoite Uudenmaankatu 22 05800 Hyvinkää		
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Yliopettaja Eija Mattila eija.mattila@laurea.fi puh: 046-85677321		
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetystä muodosta Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma on: HYVÄKSYTTY 8.2.2011		
HUS:n vastuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka/toimi KOSKINEN ARJA OSASTONHOITAJA		
	Työpaikan osoite SAIRAALANKATU 1 05850 HYVINKÄÄ		
	Sähköpostiosoite/puh/gsm ARJA.KOSKINEN@HUS.FI 050-4273511		
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuhenkilö työskentelee Hyvinkään Sairaalan Päivystyspoliklinikka		
	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Vakavaa masennusta sairastava potilas akuutissa sairaanhoidossa; Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikka		
	Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjasinkoko 10) Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata päivystyspoliklinikalla työskentelevän hoitohenkilökunnan käsityksiä masentuneen potilaan kohtaamisesta ja hoidosta. Keraamme tietoa päi-vystyspoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien valmiuksista tunnistaa masentunut potilas ja sitä kautta tarkoituksena on kehittää hoitohenkilökunnan tietämystä.		
	Asiasanat (max 5 kpl) Vakava masennus, Akuuttihoitotyö, Päivystyspoliklinikka, Sairaanhoitajien valmiudet		
	Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Licensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden tiede <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	
	Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS -hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	Arvioitu aloituspvm. 03/2010	Arvioitu päättämispvm. 06/2011
Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa <input type="checkbox"/> HUS konsernihallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input checked="" type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue	<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintätekniikka <input type="checkbox"/> HUS-Röntgen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä		

Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä 5 Sairaanhoidajaa
Aineiston keruumenetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input checked="" type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:lle? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input type="checkbox"/> Välitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin <input type="checkbox"/> Ei välitöntä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle. Päiväys 3.3.2011 Krista Airio KRISTA AIRIO M. J. L. Men-Touh Myman Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvennys		
		Päiväys 3.3.2011 H. J. K. K. K. HUS:n vastuhenkilö nimenselvennys

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 1/2010, kohta 4.3)

LOMAKE- PÄÄTÖS 8/2/2011	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)
	*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä
Tutkimusluvan alkamispäivä 10.3.2011	Tutkimusluvan päättymispäivä
Päiväys 10.3.2011	Päiväys
Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvennys ASKO SAARI sairaanhoidoalueen johtaja johtava lääkäri puh. 019-458 72 410	Tutkimusluvan puoltaja HUSissa nimenselvennys HELI URMENEN OEP

Tarvitvat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selvitys opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
 Aineiston keruulomake
 Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
 Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
 Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
 Vaitiolositoumus/ salassapito- ja käyttäjäsitoumus
 Tutkittavan tiedote ja suostumus
 Eettisen toimikunnan lausunto
 STM:n lupa
 Henkilörekisteriseloste

SOPIMUS OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ TOIMEKSIANTAJALLE

Opinnäytetyön toimeksiantaja

Toimeksiantajan yhteystiedot

Työelämän ohjaaja, välttämätön

Työelämän ohjaajan yhteystiedot

Opinnäytetyön tekijä

Opinnäytetyön tekijän yhteystiedot

Opinnäytetyön ohjaaja

Opinnäytetyön ohjaajan yhteystiedot

Opinnäytetyön nimi

Opinnäytetyön valmistumisajankohta

HUSA TAVUUSTYS
OH AJA KOSKINEN 050-4273511
SMRANNIKUN 1 05850 HYVINKÄÄ
KRISTA AIRIO & MERI-TUUU NYMAN
040-5120418 & 050-5445393
E.IJA MATTILA, YUOPETTAJA
046-85677321
VAKAVAA MASENNUSTA SAIRASTAVA
POTILAS AKUUTISSA SAIRAANHOIDOSSA
TOUKOKUU, 2011

Kuvaus toimeksi annettavasta opinnäytetyöstä

TARKOITUKSENA ON KUVATA PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA
TYÖSKENTELEVÄN HOITOHENKILÖKUNNAN KÄSITKSIÄ MASENTUNEEN
POTILAAN KOHTAAMISESTA JA HOIDOSTA.

Miten tuloksia tulevaisuudessa hyödynnetään?

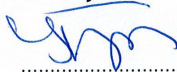
TARKOITUKSENA ON KEHITTÄÄ HOITOHENKILÖKUNNAN
TJETÄMYSTÄ.

Vastike

- toimeksiantaja maksaa opiskelijalle työn tekemisestä
- toimeksiantaja maksaa ammattikorkeakoululle työn tekemisestä
- toimeksiantaja ei maksa työn tekemisestä

HYVINKÄÄ 3.3.2011

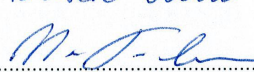
Paikka ja aika



Toimeksiantajan allekirjoitus

HELI VÄYRYNEN

Krista Airio



Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPUORI

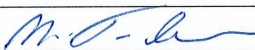
Liite 3

HENKILÖN VAITIOLOSITOUS / SALASSAPITO- JA KÄYTTÄJÄSITOUS

Sitoudun

- antamaan henkilötietoni sairaalan henkilöstörekisteriin (päivittämään ne tietojen muuttuessa)¹
- noudattamaan kuntayhtymän, sairaalan, tulosyksikön johtajan, turvapäällikön, ylilääkärin, ylihoitajan ja taloudesta vastaavien viranomaisten antamia ohjeita ja sääntöjä (liitteenä allekirjoitettu tietoturvaohjeiden liite 15) ja sallin tietoliikenteeseen käytöstäni jäävien logitietojen lukemisen
- pidättäytymään ilmaisemasta luvatta muille tehtävän yhteydessä tietoon saamaani seikkaa, joka erikseen on määrätty tai säädetty salassa pidettäväksi tai joka tehtävään liittyvän toimintatavan mukaan tai asian laadun vuoksi muutoin on salassa pidettävä.
- En saa tehtävän aikana enkä myöskään tehtävän päättymisen jälkeen ilmaista tehtävän vuoksi tietoon saatuja terveydenhuollon toimintayksikköä tai sen asiakkaita, sopimusosapuolia tai muita yhteistyötahoja koskevia salassa pidettäviä tietoja. Potilaiden terveydentilatietojen lisäksi tällaisia ovat myös mm. liike- ja ammattisalaisuudet.
- Tehtävässä minulla on katselu- ja käyttöoikeus vain tietoihin, joita koskee tehtävää annettu viranomaislupa tai joista asianomaiset henkilöt ovat antaneet nimenomaisen säädetyn suostumuksensa (vrt. tutkittavan tiedote ja suostumus).

Olen ymmärtänyt edellä mainitut määräykset ja sitoudun noudattamaan niitä.

3.3.2011	
Päiväys	Henkilön allekirjoitus

Meri-Toolu Nyman	180687-1220
Nimenselvitys ja henkilötunnus	

Poikkamäki 2 0517
Puh: 050-5445393
Osoite ja yhteystiedot (puhelinnumero ja sähköpostiosoite)

¹ Jos opinnäytetyötä luvalla ja tämän sopimuksen nojalla suorittavan henkilön tehtävä päättyy, HUS:ssa olevan vastuuhenkilön pitää ilmoittaa Tietun tallentajalle asiasta.