
**MASENNUKSEEN SAIRASTUNEIDEN KOKEMUKSIA
AVOHOIDOSTA**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, 18.11.2011

Annika Parvela

Elina Turunen

Heli Töyrymäki



HÄMEENLINNA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijät	Annika Parvela Elina Turunen Heli Töyrymäki	Vuosi 2011
Työn nimi	Masennukseen sairastuneiden kokemuksia avohoidosta	

TIIVISTELMÄ

Masennus on merkittävä kansanterveyden ongelma Suomessa. Suuntauksena on, että hoito järjestetään avohoitona. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa masennukseen sairastuneiden kokemuksia avohoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada käsitystä siitä, millaisena avohoito koetaan ja mitä siltä toivotaan.

Opinnäytetyö tehtiin soveltaen kvalitatiivista ja kvantitatiivista lähestymistapaa. Aineisto kerättiin eteläsuomalaisen mielenterveysyhdistyksen asiakkailta kyselykaavakkeilla. Kyselylomakkeista saatuja tuloksia syvennettiin kahdella teemahaastattelulla. Aineiston analysoinnissa sovellettiin induktiivista sisällön analyysiä. Analysoinnin tuloksena muodostui kuvaus siitä, millä tavalla masennukseen sairastuneet kokevat avohoidon.

Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni tiedonantajien tyytyväisyys avohoitoon. Hoidon kokemiseen vaikuttavat monet tekijät. Hoidon saaminen koetaan hyvänä ja hoitoon hakeutuminen on helpompaa tiedon lisääntymisen myötä kuin ennen. Oma aktiivisuus vaikuttaa siihen, millaisia avohoidon palveluja saa. Vastajat ovat käyttäneet useita eri avohoidon palveluja ja löytäneet keinoja masennuksen lievittämiseen. Kehittämisideoiksi nousivat hoidon yksilöllistäminen, henkilökunnan, määrärahojen ja palvelujen lisääminen sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen.

Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin masennukseen sairastuneiden kokemuksia avohoidosta. Jatkossa voisi selvittää kokemuksia avohoidosta laajemmin.

Avainsanat Avohoito, kokemukset, masennus, mielenterveys

Sivut 73 s. + liitteet 9 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Nursing

Authors

Annika Parvela
Elina Turunen
Heli Töyrymäki

Year 2011

Subject of Bachelor's thesis

The Experiences of Outpatient Care among
People with Depression

ABSTRACT

Depression is a very notable issue in Finland. A trend is to treat depression in outpatient care. The purpose of this Bachelor's thesis was to describe what kind of experiences people with depression have about outpatient care. The aims were to find out how outpatient care is experienced and what is expected of it.

The thesis is both a qualitative and quantitative study. The data was collected through questionnaires from the clients of a mental health society, which is located in southern Finland. Two theme interviews were carried out to deepen the results of the questionnaires. The data were analyzed using inductive content analysis. By analyzing the data, a perception was made about experiences of outpatient care.

According to the results of the thesis informants were pleased with outpatient care. There were many factors which affect how the treatment is experienced. Informants were satisfied with getting treatment. Seeking treatment is easier nowadays because of the increased knowledge. The activity of people with depression affected what kind of services they received in outpatient care. Informants had used many kinds of services in outpatient care and found many ways to relieve depression. Informants found that the ways to develop outpatient care were individualizing treatment, adding employees, allowances and services and protecting the continuity of treatment.

The experiences of outpatient care were found out in this thesis. In the future experiences could be studied wider.

Keywords Outpatient care, experiences, depression, mental health

Pages 73 p. + appendices 9 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	MIELENTERVEYS.....	2
2.1	Mielenterveyden määritelmä.....	2
2.2	Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät ja mielenterveyden rakentuminen.....	4
2.3	Mielenterveystyö.....	5
2.3.1	Mielenterveyden edistäminen ja häiriöiden ennaltaehkäisy.....	6
2.3.2	Mielenterveyshoitotyö.....	8
2.4	Eettiset näkökulmat.....	9
3	MASENNUS.....	12
3.1	Masennuksen oireet ja altistavat tekijät.....	13
3.2	Masennuksen tunnistaminen ja diagnosointi.....	13
3.3	Masennuksen esiintyvyys.....	16
4	MASENNUSTA SAIRASTAVAN HOITOTYÖ.....	17
4.1	Hoidon lähtökohdat.....	17
4.2	Hoidon vaiheiden jaottelu.....	18
4.3	Masentuneen kohtaaminen.....	20
4.4	Psykososiaalinen hoito.....	21
4.4.1	Psykoterapiat.....	24
4.4.2	Hoidolliset ryhmät.....	27
4.5	Biologiset hoitomuodot.....	29
4.6	Avohoidon palvelut.....	32
4.7	Masennuksesta toipuminen.....	38
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	38
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	39
6.1	Opinnäytetyöprosessin kuvaus.....	39
6.2	Aineiston analysointi.....	41
7	TULOKSET.....	45
7.1	Kokemukset hoitoon hakeutumisesta.....	46
7.2	Kokemukset hoidon saamisesta.....	49
7.3	Kokemukset hoidon toteutumisesta.....	52
7.4	Masennuksen lievittäminen.....	58
8	POHDINTA.....	60
8.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettiset kysymykset.....	60
8.2	Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset.....	62
8.3	Tulosten luotettavuuden tarkastelu ja jatkotutkimushaasteet.....	66
	LÄHTEET.....	67

Liite 1	Masennuksen diagnostiset kriteerit
Liite 2	Haastatteluosuostumuslomake
Liite 3	Saatekirje
Liite 4	Teemahaastattelurunko
Liite 5	Kyselykaavake

1 JOHDANTO

Masennus on yleisin mielenterveyden ja merkittävä Suomen kansanterveyden ongelma. Vuosittain sadasta ihmisestä viisi sairastuu siihen. Masennukselle on tyypillistä muun muassa mielialan lasku, kiinnostuksen puute ja väsymys. Masennuksen tunnistaminen voi olla kuitenkin hankalaa, sillä asiakas saattaa hakeutua yleislääkärin vastaanotolle epätarkkojen oireiden vuoksi, jolloin masennus voi jäädä huomaamatta. (Aho, Isometsä, Mattila, Jousilahti & Tala 2009; Heikkinen-Peltonen, Innanmaa & Virta 2008, 55; Salokangas 1997, 138–139; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Mielenterveystyössä on tärkeää, että asiakas on itse mukana oman hoitoprosessinsa suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa. Hoito ei näin ollen ole passiivista toimintaa, sillä mielenterveystyön yksi tärkein tehtävä on asiakkaan oma aktiivisuus hoidossaan. Asiakas on oman elämänsä ja tilanteensa asiantuntija. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008 75, Kiviniemi 2007, 156.)

Avohoidolla tarkoitetaan hoidon toteuttamistapaa ja –ympäristöä. Avohoittoon sisältyy lääkehoito ja monenlaisia palveluja. Tämän perusteella käytämme opinnäytetyössämme nimenomaan käsitettä avohoito, sillä se pitää sisällään myös avopalvelut. (Korkeila 2009; Mielenterveyden keskusliitto; Vuori-Kemilä, Stengård, Annala & Saarelainen 2007, 2.)

Mielenterveystyöllä pyritään esimerkiksi luomaan matalan kynnyksen ja yhden oven periaatteella toimivia palveluja mielenterveysasiakkaille, jolloin ihmisten ohjailu eri hoitotahojen välillä saataisiin minimoitua. Kuitenkin kynnys hoitoon hakeutumiselle voi olla korkea. Tavoitteena on saada hoidosta yhtenäinen ja toimiva kokonaisuus, jolloin yhden oven takaa löytyy mielenterveys-, päihde- ja somaattinen osaaminen. Mielenterveystyössä tavoitellaan asiakkaan aseman vahvistamista niin, että mieleen liittyviä sairauksia pidettäisiin yhdenvertaisina muihin sairauksiin nähden. (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2006.)

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma ja mielenterveyslaki painottavat palvelujen järjestämistä avohoitona. Avohoidon palvelujen saatavuudessa on kuitenkin alueellisia eroja. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuksen mukaan terveydenhuollon velvollisuutena on turvata riittävä avohoito mielenterveysasiakkaalle ja varmistaa, ettei asiakas jää heitteille. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 45; Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; Suomen mielenterveysseura 2001, 23-24.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaisia kokemuksia masennukseen sairastuneilla on avohoidosta. Aihe on ajankohtainen, sillä mielenterveyden ongelmat ovat kasvussa, mutta toisaalta mielenterveyspalveluja on supistettu. Mielenterveyslaki velvoittaa kuntia huolehtimaan mielenterveyden palvelujen tarjonnasta niitä tarvitseville. Yhteistyökumppanina opinnäytetyössämme on eteläsuomalainen mielenterveysyhdistys, joka tarjoaa valtakunnallisesti vertaistukea masennukseen sairastuneille.

(Markkanen 2010; Mielensterveyslaki 14.12.1990/1116; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2006.)

Opinnäytetyössä käytetään sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista lähestymistapaa. Masennukseen sairastuneiden kokemuksia kartoitetaan kyselykaavakkeiden ja teemahaastattelujen avulla. Aineiston analysoinnissa sovelletaan induktiivista sisällönanalyysiä.

2 MIELENTERVEYS

Mielensterveys on osa kokonaisvaltaista terveyttä ja käsitteenä laaja (Holopainen, Jokinen & Välimäki 2000, 24-29; World Health Organization 2007). Mielensterveyteen vaikuttavat monet eri tekijät, kuten minäkäsitys ja hallinnan tunne. Mielensterveyden rakentuminen lähtee liikkeelle jo lapsuudesta, jolloin sille luodaan pohja. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 8; Toivio & Nordling 2008, 309; Vuori-Kemilä ym. 2007, 13.)

Mielensterveystyö on yhteiskunnallisesti ja yksilöllisesti tärkeää toimintaa. Sen tarkoituksena on muun muassa edistää psyykkistä terveyttä ja ennaltaehkäistä mielen häiriöitä. Uusimman Kansanterveyskertomuksen mukaan psyykkiset oireet ovat lisääntyneet kaikissa ikäryhmissä. (Iivanainen ym. 2010, 50; Lavikainen ym. 2004; Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 261-262.) Hankkeista esimerkiksi Kansallinen mielensterveys- ja päihdesuunnitelma, Mielensterveystyö Euroopassa ja Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention – A policy for Europe ovat kansallisesti mukana mielensterveystyön kehittämisessä (Implementing Mental Health Promotion Action 2005; Lavikainen ym. 2004; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Eettisyys on tärkeä osa kaikenlaisten sairauksien hoidossa. Mielensterveystyössä on paljon eettisiä ongelmia, joiden miettiminen on tärkeää, jotta hyvä hoito mahdollistettaisiin. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 264-267.)

2.1 Mielensterveyden määritelmä

Freudin mukaan mielensterveys on kyky rakastaa ja tehdä työtä (Holopainen, Jokinen & Välimäki 2000, 26), kun taas Vilkkö-Riihelän ja Laineen mukaan mielensterveys koostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista (Vilkkö-Riihelä & Laine 2007, 65).

Mielensterveystyötä kehittävässä Mielensterveystyö Euroopassa –selvityksessä ja WHO:n mielensterveysmääritelmässä psyykinen hyvinvointi on osa ihmisen kokonaisvaltaista terveyttä. Mielensterveys on voimavara, jota ilman ei ole terveyttä. (Lavikainen ym. 2004; World Health Organization 2010) Mielensterveyttä täytyy vaalia, ja siitä tulee pitää huolta, jotta ihmisen on mielekästä elää, ja hän kykenee toimimaan arkipäivän askareiden parissa. Psyyken hyvinvointi ei määräydy pelkästään perimästä tai yksilön ominaisuuksista, vaan mielensterveyteen vaikuttavat monet eri tekijät myönteisesti ja kielteisesti. (Lavikainen ym. 2004; Toivio & Nordling 2009, 2, 308.)

Mielenterveyteen liitetään yleensä kyky ihmissuhteiden ylläpitoon ja valmius uusien kontaktien luomiseen (Lavikainen ym. 2004). Ihminen on luonteeltaan sosiaalinen olento, joka pyrkii vuorovaikutukseen toisten kanssa. Hyvät ihmissuhteet ovat olennainen osa mielenterveyden ylläpitämisessä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 8-9.) Jo vastasyntyneenä yksilö tarvitsee inhimillisiä, sosiaalisia vuorovaikutussuhteita. Ihminen tarvitsee toisia selviytymiseen. (Toivio & Nordling 2009, 148.)

Ihmisenä olemiseen liittyy aika ajoin masentuneisuutta, riittämättömyyttä ja ahdistuneisuutta. Kyseiset tunteet ovat täysin inhimillisiä. Mielenterveys ei ole täysin psyykkisten ongelmien ja häiriöiden puuttumista. Ihmisen kyky käsitellä pahaa oloaan positiivisin keinoin mahdollistaa eheän psyyken. Vasta silloin, kun oireet rasittavat huomattavasti elämää eivätkä poistu tietyn ajan kuluessa, voidaan puhua mielenterveyden häiriöistä. Elämän kokeminen laadukkaana, hallinnan tunne ja hyvä realiteettitaju ovat osa ehjää mielenterveyttä. (Vilkko-Riihelä 1999, 546-548, 570.) Ihminen, jolla on hyvä mielenterveys, pystyy kohtaamaan myös vastoinkäymisiä: hänellä on hyvä todellisuudentaju ja eheä identiteetti (Lavikainen ym. 2004; Vilkko-Riihelä & Laine 2007, 66).

Mielenterveys ja fyysinen terveys kulkevat rinnakkain. Joskus fyysisen toimintakyvyn ongelmat lisäävät mielenterveyden häiriöitä. Toisaalta myös mielenterveyden häiriöt voivat ruokkia liikkumattomuutta ja huonoja ruokatottumuksia. (Lavikainen ym. 2004.) Fyysisiä oireita voi tulla myös esimerkiksi kovan stressin aikana. Tällaisia oireita kutsutaan psykosomaattisiksi. (Vilkko-Riihelä 1999, 546.)

Psyyken tutkiminen on siitä hankalaa, ettei sitä voi konkreettisesti nähdä, niin kuin esimerkiksi haavan iholla. Yksilö saattaa kokea jonkin tietyn tilanteen paljon psyykkisesti rasittavampana kuin toinen. Se, kuinka mielenterveys koetaan, on tämän vuoksi hyvin yksilöllistä. (Vilkko-Riihelä 1999, 546.)

Pohja hyvään mielenterveyteen luodaan lapsuudessa. Myös perimä vaikuttaa koettuun hyvinvointiin. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 8.) Mielenterveys on tila, joka muotoutuu jatkuvasti elämäntilanteiden ja kriisien mukaan. Sitä ei voi jakaa mustavalkoisesti kahtia esimerkiksi ajattelulla ”joko ihmisellä on mielenterveys tai mielisairaus”, vaan se on koko ajan elämän taustalla, joskus supistuneena tilana ja joskus suuremmalla voimalla puskien elämään positiivisuutta. (Lehto 2007.) Ympäristö vaikuttaa mielenterveyteen monella eri tapaa kulttuurin, asuinpaikan, koulun, ystävien ja harrastusten kautta (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 9). Myös yhteiskunnalliset asiat vaikuttavat mielenterveyteen. Esimerkiksi lama voi tutkimuksen mukaan heikentää psyykkistä hyvinvointia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2006.)

Mielenterveyttä käsitteenä voi tarkastella monesta eri näkökulmasta. Mielenterveyden määritelmät vaihtelevat kulttuureittain ja sopimuksittain riippuen siitä, miltä teoreettiselta kantilta mielenterveyttä tarkastellaan. Useissa kulttuureissa mielenterveys koetaan erinäisenä tasapainon tilana, jossa ihminen on suhteessa luontoon ja muihin ihmisiin sopusoinnussa. Länsi-

maissa mielenterveys määritellään ikään kuin ihannetilana, jota kohti pitäisi pyrkiä. (Holopainen ym. 2000, 24, 29.)

2.2 Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät ja mielenterveyden rakentuminen

Minäkäsitys

Minäkäsitys on käsitys omasta itsestään: millainen on eri tilanteissa ja miten niissä toimii. Itsetunto on olennainen osa minäkäsitystä. (Vilkko-Riihelä & Laine 2007.) Itsetunto on hyvä, kun ihmisellä on suhteellisen realistinen minäkuva ja luottamus itseän, jolloin vahvat ja heikot puolet omassa persoonassa voi nähdä selkeästi. Ihminen on sinut heikkojen puoliensa suhteen, eikä hänellä ole tarvetta korostaa niitä. Kokemus itsestä on hyvä. Itsetunto on oman arvonn mittari. Kun oman arvokkuuden tunnustaa, pystyy myös arvostamaan muita eikä koe heitä uhkana. Hyvällä itsetunnolla varustettuna ihminen kestää myös epäonnistumisia ja pettymyksiä. (Vilkko-Riihelä 1999, 577.) Itsetunnon haavoittuvuus voi puolestaan olla riskitekijä mielenterveydelle (Toivio & Nordling 2008, 309).

Hallinnan tunne

Vilkko-Riihelän teoksen mukaan hallinnan tunne on uskoa omiin kykyihin ja kokemus siitä, että selviytyy elämässään. Ihminen tuntee tällöin hallitsevansa oman elämänsä eri osia, kuten sosiaalisia suhteita, työtä ja kognitiivisia toimintoja. Ne ihmiset, joilla on eniten hallinnan tunnetta, ovat terveempiä. Jos ei luota itseensä ja omaan elämäänsä, itsearvostus heikkenee ja ihminen masentuu. Liika stressi voi johtaa hallinnan tunteen heikkeneeseen. Vähäinen stressi on kuitenkin positiivinen voimavara, sillä se vie elämässä eteenpäin. Ruumiin hallinnassa on myös kyse mielen hallinnasta. (Vilkko-Riihelä 1999, 570-571.) Koherenssin tunne kuuluu osana hallinnan tunteeseen. Koherenssin tunteella tarkoitetaan perusluottamusta oman toimintaympäristön kokemiseen mielekkääksi, hallittavaksi ja ymmärrettäväksi. (Toivio & Nordling 2009, 194.) Mitä parempi koherenssin tunne on, sitä paremmat mahdollisuudet on hyvään mielenterveyteen (Vuori-Kemilä ym. 2007, 13).

Psyykkinen itsesäätely

Psyykkinen itsesäätely on sisäisen eheyden tavoittelua ja ylläpitämistä. Psyykkinen itsesäätely aktivoituu, kun ihminen kokee minuuden uhatuksi. Uhka syntyy, kun omat vaatimukset ovat ristiriidassa ulkoisten vaatimusten kanssa, jolloin ihminen tuntee pärjäämättömyyttä tilanteessa. Tilanne tuntuu vaikealta ja stressaavalta ja tällöin mielen tasapaino järkkyy. Psyykkisen itsesäätelyn avulla ihminen joko tietoisesti coping-keinojen avulla tai tiedostamattaan defenssien avulla muokkaa kokemuksiaan ja toimintaansa, jotta riittävän eheä minäkokemus ja hallinnan tunne omasta elämästä säilyy. (Vuori-Kemilä & Laine 2007, 13; Vilkko-Riihelä 1999, 35.) Käytännössä psyykkinen itsesäätely voi olla minuutta uhkaavassa tilanteessa esimerkiksi lenkille lähteminen, ystävälle soittaminen ja tilanteen pohtiminen tai päiväkirjan kirjoittaminen (Vilkko-Riihelä 1999, 35).

Psyykkiseen itsesääteilyyn kuuluvat coping- eli selviytymiskeinot ja defenssit eli psyykkiset puolustuskeinot, jotka koettavat säilyttää ja palauttaa psyykkisen tasapainotilan, sekä suojaavat minän eheyttä. Kun ihmisen mielestä on kyse, raja selviytymiskeinojen ja puolustuskeinojen välillä ei aina ole selkeä. (Vilkko-Riihelä 1999, 35-36.)

Coping-keinot ovat yleensä tietoisia ja siten jalostuneita toimintatapoja, jotka voidaan jakaa emotionaalisiin, kognitiivisiin, toiminnallisiin ja sosiaalisiin keinoihin. Tuleva uhkatilanne saatetaan ennakoida ja prosessoida kognitiivisin keinoin mielessä niin, että esimerkiksi tuleva tappio on helpompi kestää, kun sen mahdollisuuden tiedostaa. Uhkatilanteessa selviytymiskeinot voivat kohdistua tunnetilan käsittelyyn, jolloin ihminen saattaa rauhoitella tai lietsoa itseään toimimaan. Ihminen voi myös säädellä ja muuttaa käytöstään sekä puhetapaansa, jolloin kyseessä on emotionaalinen coping-keino. (Vilkko-Riihelä 1999, 35-36.) Sosiaalinen keino voi olla minuutta uhkaavaan ongelman kertominen ystävälle, kun taas toiminnallinen keino saattaa olla juoksulenkillä lähteminen. Coping-keinot ovat joko tehokkaita tai tehottomia ja lisäongelmia tuovia. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 13-14.) Ihminen voi käyttää eri selviytymiskeinoja myös yhtäaikaaisesti. Mitä hankalampi tilanne on, sitä enemmän coping-keinoja käytetään. Pällekkäistä selviytymiskeinojen käyttöä kutsutaan hallintastrategiaksi. (Toivio & Nordling 2009, 192.)

Defenssit eli puolustusmekanismit ovat usein tiedostamattomia niiden ollessa toiminnassa (Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2007, 66). Ne ovat lapsena opittuja persoonan toimintatapoja. Defenssit ovat tarpeellisia psyykkisen hyvinvoinnin ja tasapainon turvaamiseksi. Ne suojaavat hetkellisesti ahdistukselta. Kuitenkin joskus primitiiviset minän puolustuskeinot voivat heijastaa myös tasapainottomuutta, jos defenssit ovat maneerimaisia ja niihin turvaudutaan jatkuvasti ja pitkäkestoisesti. (Vilkko-Riihelä 1999, 36-37, 550.) Monipuolinen kehittyneiden puolustuskeinojen käyttö puolestaan kertoo hyvästä mielenterveydestä (Lönnqvist ym. 2007). Psyykkisiä puolustusmekanismeja ovat muun muassa kieltäminen, taantumisen, samaistuminen ja musta-valkoajattelu (Vilkko-Riihelä & Laine 2007, 145).

2.3 Mielenterveystyö

Mielenterveystyö määritellään laissa seuraavasti: ”Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä.” Kunnan velvollisuutena on järjestää mielenterveyspalveluja siinä mittakaavassa kuin tarve vaatii. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Vuonna 2004 tehdyssä Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä ”Mielenterveystyö Euroopassa” raportoidaan, kuinka mielenterveys vaikuttaa moneen elämän eri osa-alueeseen. Näin ollen sen edistäminen on tärkeää ja vaatii sisällyttämistä eurooppalaisiin kansanterveysstrategioihin. Hankkeen tarkoituksena on nostaa mielenterveys esiin monessa eri sektorissa, jotta se saadaan laajassa mittakaavassa tärkeäksi osaksi kansanterveyden

edistämistä. Mielensterveyttä pyritään tarkastelemaan myös yhteiskunnan näkökulmasta eikä pelkästään yksilön. Tarkoituksena on nostaa mielensterveyden käsitettä esille positiivisena voimavarana, sillä mielensterveys on osa ihmisen kokonaisvaltaista terveyttä. (Lavikainen ym. 2004.)

Mielensterveystyö on kokonaisuudeltaan laajaa ja moninaista toimintaa. Mielensterveytyöllä pyritään yksilön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, hoitamiseen ja parantamiseen. Mielensterveystyö on myös yhteiskunnallista, sillä tavoitteena on parantaa kansan elinoloja mielensterveyttä edistämällä. Lisäksi mielensterveyspalveluiden järjestämistä vahvistetaan. Mielensterveytyöhön lukeutuvat muun muassa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut, joita annetaan niitä tarvitseville lääketieteellisin perustein. (Lavikainen ym. 2004; Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 261-262.)

Yhteiskunnallisesti mielensterveyttä pyritään edistämään muun muassa ihmisoikeuksia parantamalla, leimautumista torjumalla ja sosiaalista syrjäytymistä ennaltaehkäisemällä. Myös kansalliset hankkeet, kuten Kansallinen mielensterveys- ja päihdesuunnitelma, edistävät yhteiskunnallisella tasolla psyykkistä hyvinvointia esimerkiksi hyvinvointia tukevien yhteisöjen vahvistamisella. Sosiaali- ja terveyspalveluita tulee kehittää aktiivisesti. Lisäksi yhteisötoiminnan monipuolistaminen auttaa mielensterveyden ylläpitämistä. On tärkeää, että sosiaalista tukea annetaan erityisesti riskiryhmille, kuten yksinhuoltajille, ja yhteistyö muun muassa koulujen ja perheiden välillä on avointa. Yksilöllisesti mielensterveyttä pyritään edistämään terveyskasvatuksella ja välittömällä avun saamisella, jos yksilö sitä tarvitsee. (Lavikainen ym. 2004; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

2.3.1 Mielensterveyden edistäminen ja häiriöiden ennaltaehkäisy

Mielensterveyttä edistämällä pyritään kohentamaan kaikkien ihmisten, ei pelkästään riskialueeseen kuuluvien, psyyken terveyttä monenlaisella toiminnalla. Mielensterveyttä pidetään rikkautena, mikä vaikuttaa positiivisesti yhteiskunnan toimintaan ja tuottavuuteen niin rahallisesti kuin sosiaalisestikin. Mielensterveyden häiriöt puolestaan ovat suuria kustannustekijöitä yhteiskunnalle. Mielensterveyttä kartuttamalla ihmisen toimintakyky lisääntyy, jolloin ihmisen hyvinvointi kokonaisuudessaan kasvaa. Psykkinen hyvinvointi toimii voimavarana muun muassa kouluissa, työpaikoissa ja perheissä. (Lavikainen ym. 2004; Partanen, Moring, Nordling & Bergman 2010; Toivio & Nordling 2009, 309.)

Toivion & Nordlingin teoksen mukaan mielensterveyttä järkyttävää negatiivista stressiä voidaan ennaltaehkäistä monin eri tavoin. Näitä keinoja ovat sosiaalisen tuen, elämän haasteellisuuden ja tavoitteellisuuden lisääminen, oman elämän hallinnan tunteen parantaminen, arjen toimivuuden ja fyysisen kunnan kohentaminen. Kognitiivisten toimintojen avulla ihminen valmistautuu stressaaviin tilanteisiin. Kun uhkaaviin tilanteisiin valmistautuu ennalta, ahdistus vähenee ja haasteellisuuteen sopeutuu. Fyysisestä hyvinvoinnista huolehtiminen taas vaikuttaa kehoon ja mielen vireyteen ja tunteisiin positiivisesti. Elämää voidaan tavoitteellistaa ja järjestellä niin, että turhautuneisuus häviää ja asiat tulevat hoidetuksi, jolloin stressitila helpottuu. (Toivio & Nordling 2009, 192–193.)

Mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisyyn on kehitetty erilaisia hankkeita. Esimerkiksi Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma pyrkii ennaltaehkäisemään mielenterveysongelmien periytymistä perheen sisällä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Vuonna 2005 julkaistu *“Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention – A policy for Europe”* niminen Euroopan komission sponsoima ja monikansallisesti kehitetty ohjelma mielenterveyden edistämisen ja psyykkisten ongelmien ennaltaehkäisemisestä toimii ohjenuorana myös Suomessa. Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus on ollut myös mukana kehittämässä ohjelmaa Suomesta käsin. Ohjelmassa mielenterveystyön kehittämiskohteita ovat:”

1. vanhemmuuden ja varhaiskehityksen tukeminen
2. mielenterveyden edistäminen kouluissa
3. mielenterveyden edistäminen työpaikoilla
4. ikääntyneiden mielenterveyden tukeminen
5. riskiryhmien huomioon ottaminen
6. masennuksen ja itsemurhien ehkäisy
7. väkivallan ehkäisy
8. haitallisten päihteiden käytön ehkäisy
9. syrjäytymisen vähentäminen
10. stigman ehkäisy”

(Toivio & Nordling 2009, 310.)

Hankkeen tekijät määrittivät kyseiset kehittämiskohteet tärkeiksi. Jokainen kohta listassa on tärkeä positiivisen mielenterveyden saavuttamisessa. Mielenterveyttä ei saavuteta pelkästään mielen häiriötä hoitamalla, joten näitä alueita kehittämällä pyritään mielenterveyden edistämiseen ja mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisyyn. (Implementing Mental Health Promotion Action 2005.)

Mielenterveyttä edistetään parantamalla yksilön voimavaroja elämässä selviytymiseen ja tuetaan ihmisen psykososiaalista kehitystä. Myös ihmisen sosiaalinen tukiverkosto on tärkeässä osassa mielenterveydestä puhuttaessa. (Partanen ym. 2010.) Omien tarpeiden tiedostaminen ja fyysisen kunnan ylläpitäminen auttavat psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitämisessä. Sosiaalinen tuki vaikuttaa kahdella eri tavalla mielenterveyteen: suoraan ja ennaltaehkäisevästi. Ihmisen on luotettava läheisiinsä siinä, että saa tukea heiltä silloin, kun sitä tarvitsee. Sosiaalisten suhteiden laatu on tärkeämmässä osassa hyvinvoinnissa kuin niiden määrä. Sosiaalisen tuen saamiseen vaikuttavat oma aktiivisuus ja vastavuoroisuus eli tuen antaminen myös toisille. Ihmiset ovat kuitenkin erilaisia, sillä jotkut eivät koe tarvitsevansa sosiaalista tukea niin paljon kuin toiset. (Toivio & Nordling 2009, 192-193; Vuori-Kemilä ym. 2007, 10.)

Vielä nykyäänkin mielenterveyden edistäminen unohdetaan, kun puhutaan terveyden edistämisestä. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston laatimassa laatusuosituksessa kunnille ja yksityisille päihdeyksiköille ei juuri mielenterveyden edistämiseen ole kiinnitetty huomiota, vaikka mie-

len sairauksien yhteys somaattisiin sairauksiin on todistettu. (Partanen ym. 2010.) Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteena kuitenkin on, että mielen sairauksia pidettäisiin yhdenvertaisina muihin sairauksiin nähden (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; Partanen ym. 2010). Mielenterveyden edistämällä parannettaisiin yhtäläillä kokonaisterveyttä (Partanen ym. 2010).

2.3.2 Mielenterveyshoitotyö

Mielenterveyshoitotyöllä tarkoitetaan hoitajan toteuttamaa asiakaslähtöistä hoitotyötä. Mielenterveyshoitotyössä peruslähtökohtana on sellainen työote, joka kunnioittaa ja tukee niin yksilön, perheen kuin yhteisönkin voimavaroja ja edistää mielenterveyttä. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 30.)

On tärkeää, että asiakas on itse mukana hoitokokouksissa tai -neuvotteluissa oman hoitoprosessinsa suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa. Hoito ei ole passiivista toimintaa, sillä mielenterveystyön yksi tärkein tehtävä on asiakkaan oma aktiivisuus hoidossaan. Asiakas on oman elämänsä ja tilanteensa asiantuntija. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 75; Kiviniemi 2007, 156.)

Mielenterveyshoitotyön osaamisalueet voidaan jakaa lasten, nuorten, aikuisten ja vanhusten mielenterveyshoitotyöhön. Mielenterveyshoitotyön sisältö voidaan jaotella kriisityöhön, akuuttiin ja kuntouttavaan mielenterveyshoitotyöhön. Näitä osa-alueita ei voi kuitenkaan erottaa toisistaan, vaan osa-alueiden painotus vaihtelee hoitotyössä. (Kuhanen ym. 2010, 32.)

Mielenterveyshoitotyössä hoitajalla on osaamista mielenterveyshäiriöiden hoitamiseen ja asiakkaan positiivisen mielenterveyden tukemiseen ja vahvistamiseen liittyen. Hoitajan tulee olla aidosti kiinnostunut asiakkaasta ja olla läsnä sekä ihmisenä että asiantuntijana. Mielenterveyshoitotyön ydinosaaminen on vuorovaikutustaidoissa. Hoitaja tietää mielenterveydestä ja sen edistämisestä, mielenterveyden häiriöistä, niiden ennaltaehkäisystä ja kriisi- ja päihdetyöstä. Mielenterveys- ja päihdetyö perustuu tutkittuun ja arvioituun tietoon, kuten Käypä hoito -suosituksiin. (Kuhanen ym. 2010, 30–31.)

Hoidossa pyritään järjestämään asiakkaan elämäntilannetta kokonaisvaltaisesti ja toteuttamaan hoito-ohjelmia. Asiakaslähtöisessä psykiatrisessa hoidossa asiakas osallistuu itse aktiivisesti omaan hoitoonsa yhdessä hoitotyöntekijöiden ja läheistensä kanssa. Hoitajan tulee keskittyä asiakkaan voimavarojen käyttöön: asiakas pystyy itse asettamaan hoidon tavoitteet hoitajan tukemana. (Kuhanen ym. 2010, 58.)

Hoitaja havainnoi asiakkaan tarpeita, suunnittelee hoitotyötä, toteuttaa sitä ja arvioi. Asiakaslähtöisessä mielenterveyshoitotyössä otetaan asiakkaan mielipiteet ja osallistuminen huomioon. Lisäksi hoitajalla on tietoa muiltakin tieteenaloilta kuin hoitotieteestä, esimerkiksi lääketieteestä, psykologiasta ja muista yhteiskuntatieteistä. (Kuhanen ym. 2010, 31.)

2.4 Eettiset näkökulmat

Hoidon eettisyys on tärkeää kaikenlaisten sairauksien hoidossa. Mielen-terveystyössä ilmenee huomattavasti eettisiä ongelmia. Niiden pohtiminen on tärkeää, sillä mielenterveysongelmat ovat inhimillisiä häiriötä, joiden määrä nähtävästi kasvaa edelleen. Eettisten kysymysten pohtiminen auttaa myös pitämään asiakashoitajasuhteen tasapainossa. Masennuksessa mielen toimintakyky voi olla siinä määrin pettänyt, että ihminen kokee olevansa liian väsynyt huolehtimaan itsestään. Kuinka autonominen ihminen voi olla omasta hoidostaan, jos asiakas on jo itsessään passiivinen ja suhtautuu negatiivisesti elämään? Hoitajan auktoriteettiasema tällaisessa tilanteessa saattaa helposti johtaa vielä entisestään passivoimaan asiakasta, jonka päätökset saatetaan tehdä häneltä lupaa kysymättä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 264–267.)

Vuoteen 2015 asti käynnissä olevan Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman avulla tavoitellaan selkeitä linjauksia mielenterveys- ja päihdetyöhön, jolloin voidaan luoda eheä ja toimintakykyinen kuntarakenne. Sen avulla voidaan tuottaa laadukkaita ja taloudellisia mielenterveys- ja päihdepalveluja ympäri maata. Nykyiset mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat pirstaleisia, paikkakunnittain vaihtelevia ja hajanaisia, jolloin ihmisiä saatetaan ohjata hoitopaikasta toiseen. (Partanen ym. 2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Yhteiskunta vähentää resursseja mielenterveystyöstä, mikä on ristiriidassa kansallisiin toimintaperiaatteisiin. Ihmisyyden arvostaminen on vähentynyt, ja tehokkuus sekä tuloksellisuus puskevat ylöspäin nykyisellä arvoasteikollamme. Mielenterveystyön puolelta on vaivatonta karsia resursseja taloudellisista syistä, sillä mielenterveysasiakkaat eivät kykene puolustamaan etujaan. (Kuhanen ym. 2010, 57; Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 270; Tehy ry 2010.)

Mielenterveyshäiriöt kasvattavat yhteiskunnan kustannuksia. Työkykyä edistävä mielenterveystyö vähentää kuitenkin mielenterveyshäiriöistä johtuvia kustannuksia. Mielenterveyshäiriöiden hoito tulee edullisemmaksi yhteiskunnalle kuin niiden hoitamatta jättäminen. Silti ehkäisevää työtä on karsittu paljon. Ihmisten omaehtoisen kuntoutumisen tulisi olla ensiarvoista. (Hentinen, Iija, & Mattila. 2009, 14.)

Mielenterveysongelmat kuuluvat leimaavimpiin sairauksiin. Se näkyy muiden ihmisten käsityksinä sairaudesta ja jopa sairastuneen syrjintänä. Kielteisiä asenteita voi olla jopa hoitohenkilökunnalla, vaikka he eivät niitä tiedostaisikaan. Asiakkaat saattavat hävetä omaa sairauttaan pelätessään leimautumista. Asenteet ovat leimanneet heitä ja heidän omaisiaan, jolloin sairastuneiden oikeuksia on poljettu maahan. Hoidossa häpeän tunteesta on hyvä puhua sairastuneen ja hänen omaistensa kanssa avoimesti, mikä auttaa lievittämään häpeää. Leimaavuutta pyritään vähentämään lisäämällä tietoa mielenterveysongelmista, mikä voi muokata ihmisten asenteita positiivisemmaksi. Psykiatrisen hoitotyön tulisi olla yhä enemmän ulospäin suuntautuvaa, jolloin stereotyyppioita ja haitallisia ennakkoasenteita saatettiin kitkettyä jo varhain. Mielenterveysbarometri 2010 mukaan suomalais-ten asenteet mielenterveysongelmaisia kohtaan eivät ole tiukentuneet vii-

me vuosien aikana. Kuitenkaan mielenterveyskuntoutujat ja heidän omaisensa eivät koe asiaa samoin: barometrin mukaan kuntoutujat ja omaiset kokevat enemmän leimautumisen tunnetta ja tunnetta siitä, että muut välttelevät heidän seuraansa. (Holopainen ym. 2000, 22, 86; Kuhanen ym. 2010, 80–82; Mielenterveyden keskusliitto 2010.) Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman avulla tavoitellaan asiakkaan aseman vahvistamista niin, että mieleen liittyviä sairauksia pidettäisiin yhdenvertaisina muihin sairauksiin nähden. (Partanen ym. 2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Hoitotyön eettiset ohjeet perustuvat hoitotyön arvoihin. Hoitotyön arvoihin kuuluvat elämä, ihmisarvo ja ihmisoikeuksien kunnioittaminen. Eettisten ohjeiden perusteella tapahtuvaa hoitotyötä ei kuitenkaan aina toteuteta, sillä esimerkiksi yhteiskunnan taloudellisesta tilanteesta johtuva resurssien säästö ja rahassa laskettava voitto vaikuttavat hoidon laatuun. (Kuhanen ym. 2010, 57, 60.)

Asiakkaat arvostavat kuuntelevia, tukea antavia, aidosti kiinnostuneita ja auttavaisia hoitajia. Eettisyys ja humanisuus perustuvat siihen, että asiakkaita kohdellaan yhdenvertaisina hoitohenkilökuntaan nähden. Onkin osoitettu, että psykiatristen asiakkaiden tyytyväisyys hoitoon ja hoidon laatuun perustuvat asiakkaan ja hoitohenkilökunnan väliseen vuorovaikutukseen. (Holopainen ym. 2000, 95.)

Erityisesti psykiatristen asiakkaiden elämänlaadun parantamisesta on keskusteltu lisäämällä ja parantamalla asiakkaiden itsemääräämisoikeutta. Asiakkaita tulisi arvostaa ja kohdella tasa-arvoisina yksilöinä kuten muitakin kansalaisia. Ajatuksia herättää, toteutuuko asiakkaan itsemääräämisoikeus avohoidossa riittävästi. Sairaanhoidajaliiton vuonna 1996 laatimissa eettisissä ohjeissa mainitaan, että hoitajan ”tulisi kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää asiakkaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksen tekoon”. Tämän ohjenuoran avulla avohoidossa tulisikin toimia. (Holopainen ym. 2000, 87; Suomen mielenterveysseura 2001, 12-14.)

Itsemääräämisoikeuden tulisi toteutua käytännössä niin, että asiakas pääsee mukaan omaan hoitoonsa eikä ole vain passiivinen yksilö. Aktiivisuutta lisätään, kun asiakasta opastetaan toteuttamaan omat tavoitteensa hoitoonsa nähden. Asiakkaan omia mielipiteitä kunnioitetaan, ja hänen annetaan myös mahdollisesti toimia oman tahtonsa mukaan. (Holopainen ym. 2000, 87–88.) Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tarkoituksena on lisätä kansalaisten itsemääräämisoikeutta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Mielenterveyslain mukaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa rajoittaa vain siinä määrin, kun hänen sairautensa ja hänen ja muiden turvallisuus edellyttää. Mahdollisuuksien mukaan asiakasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Mielenterveysasiakkaiden tulee saada yhtäläillä kaikilla omat tiedot sairaushistoriasta itselleen kuin kenen tahansa muun asiakkaan. Asiakastietoja tulee käsitellä luottamuksellisesti. Asiakkaan oikeuksia voidaan seurata myös, kun hoito on

valvonnan alla. Hoidon tulee olla mahdollisimman uutta ja luotettavaa. Asiakkaalla on oikeus hakea muutosta hoitoonsa, jos asiakkaan itsemääräämisoikeuteen kajotaan. Hoitohenkilökunnan, asiakkaiden ja omaisten välillä tapahtuva yhteistoiminta lisää turvallisuutta ja luottamusta hoitoon. Omaisten ja asiakkaiden kuulluksi tuleminen on tärkeää. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116; Suomen mielenterveysseura 2001, 12–14, 27–28.)

Euroopan unionissa on otettu esille mielenterveysasiakkaiden arvo ja oikeudet, sillä ennakkoasenteet ja pelko hidastavat hoidon tarpeessa olevien ihmisten hakeutumista hoitoon. Tavoitteena on, että ihmisten ennakkoluuloja vähennetään esimerkiksi lisäämällä ihmisten tietämystä mielenterveyden häiriöistä. Myös WHO on toiminnallaan ottanut esille psyykkisen hyvinvoinnin tärkeyden ja mielenterveysasiakkaiden leimautumisen ehkäisemisen 2000-luvulla. Organisaatio on yrittänyt laskea kynnyistä hoitoon menemiselle pyrkimällä tuottamaan selkeitä mielenterveystyön rakenteita. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 261.)

Mielenterveysbarometri 2010 selvitti, millaisia asioita ja ongelmia mielenterveyskuntoutuja kohtaa arjessaan. Barometrin tavoitteena oli tutkia, millaisia käsityksiä suomalaisilla on mielenterveysongelmista ja mielenterveyskuntoutujista. Mielenterveysbarometrissa otettiin huomioon mielenterveysalan ammattilaisten, psykologien ja psykiatrien, näkemyksiä. (Mielenterveyden keskusliitto 2010.)

Barometrissa haastateltiin kuntoutujia ja heidän omaisiaan puhelimitse syyskuussa 2010. Tutkimukseen otettiin satunnaisotos Mielenterveyden keskusliiton jäsenrekisteristä, ja haastatteluja saatiin yhteensä 303 kappaletta. Syyskuussa 2009 kysyttiin Gallup-kanavan välityksellä 15-74-vuotiailta suomalaisilta mielipiteitä, joihin vastasi 532 henkilöä. Ammattilaisten mielipiteet saatiin selville internet-tutkimuksella. Ammattilaisista 784 osallistui tutkimukseen. (Mielenterveyden keskusliitto 2010.)

Mielenterveysbarometri 2010 sisältöalueina olivat mielenterveyskuntoutujien asema Suomessa, mielenterveyteen liittyvät uskomukset, kuntoutujien arkeen vaikuttavat asiat ja sosiaali- ja terveystalvelujen resurssien jakautuminen. Tutkimuksessa selvitettiin hoidon ja palveluiden saatavuutta, leimautumista ja kuntoutujien mahdollisuutta täysipainoiseen elämään. Mielenterveyteen kohdistuviin uskomuksiin liittyen tutkittiin sairaudesta paranemista. Barometri selvitti suomalaisten mielestä olevan tärkeää turvata mielenterveyshoidot. (Mielenterveyden keskusliitto 2010.)

Toisinaan mielenterveysasiakkaan saama hoito voi olla riittämätöntä määrältään tai kestoltaan sairauden luonteeseen nähden. Esimerkiksi henkilölle, joka sairastaa vakavaa masennusta, ei riitä hoidoksi mielenterveystoimistossa käynti kerran kuukaudessa. Mielenterveysbarometri 2010 mukaan joka neljäs mielenterveyskuntoutuja tai -asiakas ei saa apua fyysisiin ongelmiin. Kuntoutujia tai asiakkaita ei myöskään tutkita riittävästi saatujen tulosten mukaan. Kuitenkin lain potilaan asemasta ja oikeuksista mukaan potilaan oikeutena on, että hän saa laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; Mielenterveyden keskusliitto 2010; Suomen mielenterveysseura 2001, 22.)

Mielenterveyden keskusliiton teettämä Mielenterveysbarometri 2009 varten haastateltiin mielenterveyskuntoutujia arvioimaan omaa tilaansa Suomessa. Heidän omaisensa arvioivat myös mielenterveysasiakkaiden tilaa maassamme. Omaisia ja mielenterveyskuntoutujia oli yhteensä 300. Lisäksi barometrissa selvitettiin ammattilaisten mielipiteitä muun muassa mielenterveyspalveluiden tilasta ja resursseista Suomessa. Ammattilaisiin kuuluivat psykologit ja psykiatrit, joita oli 330. Väestögallupin avulla saatiin 611 vastausta 15–74-vuotiaiden mielenterveyteen liittyvistä uskomuksista. (Mielenterveyden keskusliitto 2009.)

Mielenterveysbarometri 2009 mukaan 58% mielenterveyskuntoutujien parissa työskentelevistä ammattilaisista mieltää maassamme saatavat mielenterveyspalvelut hyvälaatuisiksi. Kyselyn mukaan lähes kaikki ammattilaisista ovat sitä mieltä, etteivät mielenterveysasiakkaat pääse Suomessa aina jonottamatta psykiatriseen hoitoon, vaikka olisivat sen tarpeessa. (Mielenterveyden keskusliitto 2009.)

Mielenterveysbarometri 2009:n mukaan suurin osa mielenterveysalan ammattilaisista olettaa hyvässä taloudellisessa asemassa olevien ihmisten saavan parempia mielenterveyspalveluja. Barometrin mukaan mielenterveyskuntoutujien asema suomalaisessa yhteiskunnassa on jokseenkin huonontunut 2000-luvulla. (Mielenterveyden keskusliitto 2009.) Tähän ongelma-kohtaan Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma pyrkii myös tarttumaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

3 MASENNUS

Terveen ja poikkeavan käyttäytymisen tai kokemuksen välillä oleva raja ei ole yksiselitteinen. Kukaan ei ole täysin sairas tai kokonaan terve. Kykyä solmia ihmissuhteita, kokea rakkauden tunteita ja toisista välittämistä pidetään hyvän mielenterveyden tunnusmerkkeinä. Kyky suojata itseään hankalissa tilanteissa sekä joustavuus tai psyykinen kimmoisuus luonnehtivat hyvää mielenterveyttä. Oman kokemusmaailman aitouden säilyttäminen on liitetty hyvään mielenterveyteen. Elämän jatkuvuuden tunne ja kosketus tulevaan häviävät masennuksen aikana. Asiakas menettää oman arvon kokemuksensa ja merkityksensä itselleen ja toisille. (Sinkkonen 2005, 137.)

Masennus eli depressio tarkoittaa mielialan muutosta, jonka keskeisenä muutoksena on mielialan lasku. Pitkittänyt suru ei välttämättä ole vakavaa masennusta. Surun ja masennuksen voi erottaa toisistaan siten, että suru on kykyä, kun taas masennus lamauttavaa: vakavasti masentunut ei kykene iloitsemaan edes hetkellisesti. Masennuksen syntyyn vaikuttavat monet psykologiset, biologiset ja sosiaaliset tekijät. Monesti masennuksen laukaisevina tekijöinä ovat elämänmuutokset ja pitkittänyt stressi. Masennus on moniulotteinen tila, joten monet hoitomenetelmät ovat tarpeen. Masennuksia on eriasteisia aina lievistä masennusoireista vakaviin masennusoireyhtymiin eli masennustiloihin asti. Masennus liittyy usein muihin mielenterveyden häiriöihin ja fyysisiin sairauksiin. Lievästä masennuskaudesta saattaa selvitä lyhyellä psykoterapialla. Joskus tarvitaan lääkitys-

tä, terapiaa sekä vuosia kestävä hoitosuhde. (Heiskanen & Huttunen 2011, 5, 8; Lönnqvist 2009.)

Jos masennusta tarkastellaan elämän hallittavuuden näkökulmasta, voidaan masennus lukea jokaisen elämään väistämättä kuuluvana haasteena: yksilöllä on liiallinen taakka vastuuta ja paljon paineita, joita ei pysty hallitsemaan (Heiskanen & Huttunen 2011, 10).

3.1 Masennuksen oireet ja altistavat tekijät

Masennuksen oireet vaikuttavat käyttäytymiseen ja fyysiseen hyvinvointiin, mutta myös tunteisiin ja ajatteluun (Heiskanen & Huttunen 2011, 11.) Masennus on oireyhtymä, joka voidaan todeta huolellisen haastattelun perusteella. Ensimmäinen masennuksen luokittelun kriteeri on masennuksen kesto. Masennukseksi ei lasketa alle kaksi viikkoa kestäneitä oireita. Masennuksen oireisiin kuuluvat muun muassa kiinnostuksen tai mielihyvän katoaminen, alakuloisuus, voimavarojen vähentyminen ja poikkeuksellinen väsymys. Myös itsetunto ja omanarvontunto ovat usein vähentyneet. Masentuneella on toistuvia kuolemaan tai itsemurhaan liittyviä ajatuksia, ja hän kärsii kohtuuttomista ja perusteettomista itsesyytöksistä. Muita oireita ovat keskittymisvaikeudet, psykomotorinen kiihtyvyys tai hidastuneisuus, unihäiriöt sekä lihominen tai laihtuminen. Masennuksen oireet voivat johtua myös elimellisestä sairaudesta, kuten foolihapon tai B12-vitamiinin puutoksesta, sydän- tai aivoinfarktista, endokrinologisista häiriöistä, pahanlaatuisesta kasvaimesta tai neurologisesta sairaudesta. Ei ole kuitenkaan itsestään selvää, että jokin edellä mainituista olisi masennustilan taustalla. Elimellisestä sairaudesta kärsivät on siksi tutkittava erityisen tarkkaan. (Aho ym. 2009.)

Masennus nähdään nykyään perintötekijöiden, psykologisten, sosiaalisten ja neurobiologisten tekijöiden summana. Masennusta sairastaneiden vanhempien lapsilla on suurempi riski sairastua masennukseen kuin muulla väestöllä, mutta kyse ei välttämättä ole vain perinnöllisestä alttiudesta, vaan taustalla voivat olla myös ympäristötekijät. Katkoksia varhaisessa hoivassa, traumaattisia menetyksiä ja kokemuksia pidetään masennukselle altistavina kehityspsykologisina tekijöinä. Masennus ei ole mikään yksiselitteinen sairaus, vaan siihen vaikuttavat monet tekijät. Altistavia tekijöitä masennukselle ovat muun muassa pitkäaikainen psykososiaalinen stressi, läheisen ihmissuhteen puute, päihdeongelma, yksin asuminen ja vähäinen koulutus. (Aho ym. 2009; Kalska 2005, 40; Toivio & Nordling 2009, 107.)

3.2 Masennuksen tunnistaminen ja diagnosointi

Masennuksen tunnistaminen ei aina ole helppoa. Useimmiten asiakkaat menevät yleislääkärin vastaanotolle hakeakseen apua epäspesifeihin oireisiin, kuten väsymykseen, muistamattomuuteen, huonoon kuntoon ja särkyihin. Näiden oireiden takana piilevä masennus saattaa jäädä huomaimatta, mikäli lääkärin ajatus pitäytyy oireissa eikä lääkäri erikseen kysy asiakkaan muista tuntemuksista, kuten itkuisuudesta, aloitekyvyttömyydestä, ärtyneisyydestä, unettomuudesta, ahdistuneisuudesta tai päättämät-

tömyydestä. (Salokangas 1997, 138–139.) Masennuksen tunnistamiseen on olemassa diagnostiset kriteerit DSM-IV- ja ICD-10-luokitukseen mukaan (Liite 1).

Mikäli asiakkaalla on jokin akuutti tai pitkäaikainen somaattinen sairaus, asiakkaan oireilu työ- ja toimintakyvyn heikkenemisenä saatetaan helposti selittää somaattisella sairaudella, ja näin ollen masennus saattaa jäädä huomaamatta. Masennukseen voi liittyä häpeän ja epäonnistumisen tunteita, joten masennuksesta ei välttämättä ole helppo puhua. (Salokangas 1997, 139–141.)

Mirja Sinkkonen toteaa artikkelissaan teoksessa ”Masennus - mustaa ja valkoista”, että valtaosa tilapäistä masennusta sairastavista eivät aina tunnista oireitaan eivätkä koe tarvitsevansa niihin hoitoa. Masennusoireiden ilmaantuminen kertoo kuitenkin oireettomaan verrattuna nelinkertaisesta riskistä sairastua masennukseen. (Sinkkonen 2005, 138.)

Masennuksen tunnistamiseen vaikuttaa omalta osaltaan myös vastaanotto-tilanteen kiireisyys. Kiireetön vastaanottotilanne auttaa asiakasta kertomaan ongelmistaan vapaasti. Masennuksen tunnistamisen vaikeuteen saattavat vaikuttaa hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden vähäiset kokemukset ja tietämys masennuksesta. (Salokangas 1997, 141.)

Hoitosuunnitelman ja hoidon pohjaksi tehdään diagnoosi. On todettu, että asiantuntija-arvio on objektiivisempi kuin potilaan oma arvio. Ihmisellä on taipumus arvioida itsenä kehnommaksi ja vointinsa huonommaksi masennuneena kuin vointi todellisuudessa on. (Sinkkonen 2005, 139.)

Eheyttävä masennus

Pirkko Siltala kertoo artikkelissaan ”Depression synty ja monimuotoisuus” luovasta eli eheyttävästä masennuksesta. Luovasta masennuksesta voidaan puhua, kun menetyskokemus sisältää surun. Pyrimme välttämään surua ja suojautumaan siltä sen kivuliaisuuden vuoksi. Luovassa masennuksessa suru on sidottuna toivoon, joka johtaa psyykkiseen muutokseen. Se pitää sisällään haavoittavan ja kivuliaan tietoisuuden menetyksen todellisuudesta ja lopullisuudesta. Eheyttävässä masennuksessa keskeistä on tunteiden läpikäyminen, jonka seurauksena ihminen ei ole sama kuin ennen. (Siltala 2005, 12-14.)

Psykoottinen masennus

Psykoottinen masennus on vaikea-asteinen masennuksen tila, johon liittyy psykoottisia oireita, kuten harhaluuloja, aistiharhoja ja depressiivinen sulcutila. Aivojen sähköhoito (ECT) on tehokkain psykoottisen masennuksen hoitomuoto. Psykoterapeuttinen hoito tai masennuslääke ei yksinään todennäköisesti auta hoitomuotona. Usein psykoottiseen masennukseen liittyy somaattinen oireyhtymä eli melankolinen masennus, muttei kuitenkaan aina. (Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2001, 137.)

Somaattinen oireyhtymä eli melankolinen masennus

Somaattista oireyhtymää (ICD-10) eli melankolista masennusta (DSM-IV) on aiemmin nimitetty endogeeniseksi eli sisäsyntyiseksi masennukseksi. Melankolista masennusta sairastavan masennuksen tila on yleensä vaikeaasteinen ja usein psykoottinen. Oireita ovat mielialan vaikeusasteen vaihtelu vuorokauden ajan mukaan, riippumattomuus ympäristön tapahtumista, unettomuus aamuyöllä, psykomotorinen kiihtyneisyys tai hidastuneisuus, ruokahalun menetys ja sitä kautta laihtuminen, libidon lasku ja voimakkaat syyllisyyden tunteet, jotka ovat toisinaan harhaluulon asteisia. Hoitotutkimuksissa melankolista masennusta sairastavat eivät yleensä reagoi luumehoitoihin. Melankolisen masennuksen hoidossa biologiset hoitomuodot ovat keskeisiä, ja lääkehoito saattaa olla hieman erilainen kuin muiden masennustilojen hoidossa. (Lönnqvist ym. 2001, 137.)

Epätyypillinen masennustila

Epätyypillisen masennustilan käsite sisältyy DSM-IV-luokitukseen, muttei ole hyväksytty ICD-10-luokitukseen. Niin sanotut vegetatiiviset oireet, eli liikaunisuus, lisääntynyt ruokahalu ja lihominen, ovat ominaisia epätyypillistä masennustilaa sairastavalle. Kielteiset ja myönteiset ympäristötekijät vaikuttavat selvästi epätyypillistä masennusta sairastavan tunnevireeseen. Asiakas on herkkä erotilanteille, jolloin hän kokee tullessa hylätyksi. Lääkehoito poikkeaa jonkin verran muiden masennustilojen lääkehoidosta. (Lönnqvist ym. 2001, 137.)

Synnytykseen liittyvät psyykkiset häiriöt

Psyykkiset häiriöt, jotka liittyvät synnytykseen, voidaan jakaa kolmeen pääryhmään: synnytyksen jälkeinen herkistyminen, synnytyksen jälkeinen ei-psykoottinen masennus ja lapsivuodepsykoosi (Luhtasaari 2010). DSM-IV-luokituksen mukaan synnytyksen jälkeinen masennus määritellään neljän viikon kuluessa synnytyksestä alkavana masennustilana. ICD-10-luokituksessa synnytykseen liittyvää masennusta ei ole diagnostisesti eroteltu erilliseksi masennuksen alaryhmäksi. Synnytyksen jälkeisen masennustilan hoitoon erityisenä ongelmana liittyy masennuslääkkeiden käyttö, sillä masennuslääkkeet erittyvät yleensä äidinmaitoon. (Lönnqvist ym. 2001, 138.)

Synnytyksen jälkeiselle masennukselle altistavat monet eri tekijät. Äitiin liittyviä tekijöitä ovat muun muassa suunnittelematon raskaus, aikaisempi masennushistoria ja itsearvostukseen liittyvät ongelmat. Tuen puute synnytyksen aikana, komplikaatiot synnytyksessä ja liian aikainen tai myöhäinen kotiutus synnytyksen jälkeen ovat synnytykseen liittyviä masennukselle altistavia tekijöitä. Lapsen terveyteen ja hoitoon liittyvät ongelmat tai kiintymyksen puute voivat omalta osaltaan altistaa masennukselle. Sosiaalisista tekijöistä esimerkiksi työttömyys voi altistaa masennukselle. (Hermanson 2008.)

Vuodenaikaan liittyvä mielialan häiriö

DSM-IV-luokitus erottelee vuodenaikaan liittyvän mielialan häiriön (seasonal affective disorder, SAD), mutta ICD-10-luokitus ei. Vuodenaikaan liittyvällä masennustilalla tarkoitetaan sairausjaksoja, jotka esiintyvät säännöllisesti tiettyinä vuodenaikana. Sairausjakso helpottaa, kun vuodenaika vaihtuu. Kaamosmasennus liittyy pimeyteen ja talvikauteen. Hoitona käytetään kirkasvalohoitoa. (Lönnqvist ym. 2001, 138.)

Pitkäaikainen masennustila

Sellaista masennusta, joka on kestänyt yhtäjaksoisesti vähintään kaksi vuotta, kutsutaan pitkäaikaiseksi masennustilaksi. Vain DSM-IV-luokitus määrittelee pitkäaikaisen masennustilan masennuksen alaryhmäksi. (Lönnqvist 2001, 138.) Pitkäaikainen masennus eli dystymia on oirekuvaltaan lieväasteinen. Noin 3 % aikuisväestöstä vuosittain kärsii pitkäaikaisesta masennuksesta ja elämänsä aikana noin 6 % aikuisväestöstä. Oireita ovat muun muassa sosiaalinen vetäytyminen, unettomuus, itseluottamuksen heikentyminen, keskittymisvaikeudet, itkuisuus ja vähentynyt energia. Oireita on vähintään kolme. (Huttunen 2010.)

3.3 Masennuksen esiintyvyys

Masennus on yleisin mielenterveyden häiriö. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 55.) Vuosittain sadasta suomalaisesta viisi kärsii masennuksesta. Murrosiässä masennustilat alkavat yleistyä ja sen jälkeen vaivaavat tasaisesti kaikenikäisiä (Aho 2009). Sairausvakuutuksen korvaamista päivistä noin joka seitsemäs sairauslomapäivä korvattiin mielialahäiriöiden, pääasiassa masennuksen, vuoksi vuonna 2007. Alkaneita sairausjaksoja oli lähemmäs 30 000. Masennuslääkkeiden käyttö on myös lisääntynyt tasaisesti, ja se on kahdeksankertaistunut vuoden 1990 jälkeen. Masennukseen liittyvät myös lisääntynyt kuolleisuus, väkivaltaiset kuolemansyyt, itsemurhat sekä tautikuolleisuus. (Lönnqvist 2009.)

Mielenterveysongelmat ovat merkittävin kansanterveyden ongelma Suomessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Masennuksesta aiheutuva toiminta- ja työkyvyttömyys on lisääntynyt voimakkaasti viime aikoina. 1990-luvulta alkaen masennuksen aiheuttamat työkyvyttömyyseläkkeet ovat kaksinkertaistuneet. Masennus on suurin työkyvyttömyyden aiheuttaja. (Hentinen ym. 2009, 14; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2010.)

Käypä hoito -suositusten mukaan masennustilat voivat olla jopa kaksi kertaa yleisempiä naisilla kuin miehillä. Vain pieni osa sairastavista pyrkii saamaan aktiivisesti apua ongelmiinsa. Jos masennus on pitkään jatkunut tai ankara, apua haetaan todennäköisimmin. Myös toimintakykyyn vaikuttava masennus tai samanaikaiset ahdistuneisuushäiriöt lisäävät avun hakemista. On arvioitu, että joka kymmenes perusterveydenhuollon asiakas kärsii masennuksesta, mutta kaikki eivät hae siihen apua, joten monet sairastuneista jäävät diagnosoimatta. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2010.)

Lievistä masennusoireista kärsiviä on huomattavasti enemmän verrattuna kliinisesti merkittävään masennukseen. Vain joka neljäs perusterveydenhuoltoon hakeutunut asiakas tunnustetaan masennuksesta kärsiväksi, sillä asiakas saattaa tulla vastaanotolle vain somaattisista syistä. Suhteessa naisiin miesten on vaikeampi kertoa pahasta olostaan verbaalisesti ja osoittaa avun tarvetta ja riippuvuutta, joten masennuksen diagnosoiminen miehillä on vaikeampaa. Masennuksen esiintyvyys riippuu myös siviilisäädystä, sukupuolesta, asuinalueesta, sosiaalisesta asemasta ja iästä. (Toskala 1995, 4, 8.) Masentuneiden ongelmat voivat olla monenlaisia, mikä tuo haastetta hoitoon. Masentuneilla voi olla esimerkiksi päihdeongelmia, persoonallisuushäiriöitä, somaattisia sairauksia tai ahdistuneisuutta. Hoidon onnistumiseen vaikuttaa masennustilan vakavuusaste. Etenkin keskivaikea ja vaikea masennustila vaativat lääkitystä, psykoterapiaa ja/tai hoitokeinojen yhdistämistä. Lievään masennukseen saattavat riittää omat toimet. (Heiskanen & Huttunen 2011, 5.)

4 MASENNUSTA SAIRASTAVAN HOITOTYÖ

Mielenterveyspalvelut koostuvat julkisista, yksityisistä ja kolmannen sektorin palveluista (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 56). Jokaiselle masentuneelle tulisi tarjota tehokasta hoitoa. Lääkehoito ja vuorovaikutuksellinen hoito ovat masennuksen tehokasta hoitoa. Vuorovaikutukselliseen hoitoon kuuluvat esimerkiksi psykoedukaatio, depressiokoulu, interpersoonallinen terapia ja liikunta. Keskeisintä masentuneen hoidossa on psykososiaalisen tuen tarjoaminen. (Vuorilehto 2008.)

4.1 Hoidon lähtökohdat

Masennuksen hoidossa oleellista on ennaltaehkäisy ja aikainen puuttuminen oireiluun. Hoidon jatkuvuus ja laadukas hoito ovat myös avainasemassa masennuksen hoidossa. Arvion mukaan noin kymmenesosa perusterveydenhuollon asiakkaista on masentunut. Suurin osa asiakkaista jää kuitenkin hoidon piirin ulkopuolelle, sillä he eivät hae apua oireiluunsa. Moni somaattisiin vaivoihin apua hakeva saattaa kärsiä masennuksesta, vaikka ei sitä tuo itse ilmi. Sen vuoksi masennuksen tunnistaminen vaatii paljon hoitohenkilökunnalta. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 197; Rovasalo & Melartin 2009.)

Hyvänä hoitona voidaan pitää sellaista, jossa masentuneella on oikeus vaikuttaa hoitoonsa. Tärkeää hoidossa on asiakkaan kokemus kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta. Terveystieteiden henkilökunnan tiedot masennuksen hoidosta tulisi olla hyvät, sillä masennus on yleistä. Hoidon pohjan luo masentuneen ja hoitohenkilökunnan välinen neuvotteleva yhteistyö. Kun tieto ja taito lisääntyvät masennuksen hoitoon ja ehkäisyyn liittyen, masentunut ottaa vastuuta omasta hyvinvoinnistaan. (Heiskanen & Huttunen 2011, 6.)

Usein masentuneen avuntarpeen huomaavat ensin hänen perheensä ja läheisensä ennen kuin hän itse hakee ulkopuolista apua. Aina hoitoon pääsy

ei ole itsestäänselvyys. Aikoja vastaanotolle ei löydy heti, ja aika vastaanotolla on lyhyt. Monin paikoin perusterveydenhuolto on ylikuormitettu. Lyhyellä vastaanottokäynnillä ei tule esille asiakkaan oireiden taustalla olevien ongelmien moninaisuus. Hakeutuminen hoitoon ja hoidon käynnistäminen saattavat olla aikaa vieviä, ja joskus asiakas saattaa jäädä yksin kotiin kärsimään eikä jaksaa odottaa aikaa terveyskeskukseen. (Koffert 2005, 213.)

Usein mielenterveysongelmat alkavat hiljalleen, mikä vaikeuttaa avun tarpeen huomaamista ja viivyttää hoitoon hakeutumista. Mielenterveyspalveluihin hakeutuminen tapahtuu samoin kuin muiden sairauksien yhteydessä oman asuinalueen terveysasemalla. (Koffert 2005, 214-215.)

Puolet masentuneista hoidetaan perusterveydenhuollossa, jossa arvioidaan ensisijaisesti hoidon tarve. Terveyskeskuksista ohjataan tarpeen tullen erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon on jo kauan ollut avohoitopainotteista. Siellä moniammatilliseen työryhmään tulee mukaan psykiatri. Kun asiakas on tarpeeksi hyväkuntoinen, voidaan hänet siirtää takaisin perusterveydenhuollon piiriin. Silloin hoitokontaktit erikoissairaanhoidon työntekijöihin loppuvat. (Helsingin kaupunki & terveyskeskus 2008; Koffert 2005, 214-215; Vähäkylä 2006, 23, 37, 49.)

Usein masentunut on sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon asiakkaana. Moniammatillinen osaaminen hoidossa on sitä tärkeämpää, mitä monimuotoisempana masentuneen ongelmatilanne ilmenee. Päällekkäistyötä, kustannusten nousua ja tavoitteiden ristiriitaa ilmenee, mikäli eri palvelusektorit eivät toimi yhteistyössä keskenään. Yhteistyöllä saadaan selkeä työnjako, tehokas tiedonkulku ja täsmällisempi hoito, ja se voidaan kohdentaa tarkoitukseen sopivammaksi. Masennusta sairastava pystyy hahmottamaan hoitokokonaisuuden selkeämpänä ja yhdenmukaisena. Tämä lisää hänen luottavaisuuttaan auttajiinsa. (Koffert 2005, 211.)

Leena Vähäkylä teoksessaan "Hoidossa vai heitteillä – mielenterveysasiakkaana Suomessa" toteaa, että voi mennä vuosia oikeanlaisen hoidon löytymiseen. Tavoitteena hoidon toteutumiselle tulee olla oireettomuus ja toimintakyvyn palauttaminen. Tämä voidaan saavuttaa sairastuneen oireiden tehokkaalla lievittämisellä ja muodostamalla sellainen hoitosuhde, joka on luottamuksellinen ja toivoa ylläpitävä. Asiakkaan tulee saada ymmärrettävä selitys oireidensa syistä, mikä vähentää niiden aiheuttamaa stressiä. (Vähäkylä 2006, 61.) Hyvä lähtökohta hoidon onnistumiselle on hoidon nopea ja tehokas aloittaminen (Rovasalo & Melartin 2009; Vähäkylä 2006, 61).

4.2 Hoidon vaiheiden jaottelu

Masennuksen hoito jaetaan akuuttivaiheen hoitoon, jatkohoitoon ja ylläpitoon. Akuuttivaiheen hoidon tavoitteena on asiakkaan oireettomuus. Tämä vaihe kestää niin kauan, kunnes tavoite on saavutettu. Jatkohoidon tavoitteena on estää oireiden palaaminen eli niin kutsutut relapsit. Ylläpitoon tavoitteena on puolestaan ehkäistä sairauden puhkeaminen uu-

delleen. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2010.)

Akuuttivaiheen hoito

Akuuttivaiheen hoidossa voidaan käyttää joko psykoterapiaa, lääkehoitoa tai molempia yhtä aikaa. Psykoterapian tai lääkehoidon käyttäminen yhtäaikaisesti on tehokkaampaa kuin jommankumman hoitomuodon käyttäminen yksinään. Lääkehoidon käyttäminen on sitä merkityksellisempää, mitä vaikea-asteisemmasta masennuksesta on kyse. Tarvittaessa hoitomuotona voi olla sähköhoito, kirkasvalohoito tai transkraniaalinen magneettistimulaatio. Lisäksi hoitoon kuuluu psykoedukaatio eli tiedon antaminen. Liikunnan ottamista osaksi kokonaisuhoitoa voidaan suositella, mikäli mitään estettä sille ei ole. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2010.)

Masennusta sairastavan säännöllinen seuranta akuuttivaiheen aikana ja vähintään puoli vuotta sen jälkeen on tarpeen. Seurantakäyntien tarkoituksena on selvittää asiakkaan oiretasoa, hoidon tuloksellisuutta ja hoitosuunnitelman toteutumista. Masennusta sairastavan hoidossa kartoitetaan masennuksen laukaisseita ja ylläpitäviä tekijöitä ja tuetaan rakentavia selviytymiskeinoja. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2010.)

Masennusta sairastavan hoidossa otetaan huomioon muun muassa nykyisen ja mahdollisten aikaisempien masennusten vaikeusaste, itsemurhavaara, mahdollisten aikaisempien hoitoyritysten teho ja haitat, somaattinen terveydentila, toimintakyky, psykiatrinen monihäiriöisyys ja asiakkaan omat toiveet hoitonsa suhteen (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2010).

Jatkohoito

Jatkohoidossa lääkehoitoa jatketaan ainakin puolen vuoden ajan akuuttivaiheen jälkeen. Jos puolen vuoden ajan asiakas on ollut täysin oireeton yhtäjaksoisesti, voi lääkehoidon lopettaa. Lääkehoito lopetetaan asteittain muutaman viikon aikana. Mikäli lääkehoito lopetetaan heti oireiden häviämisen jälkeen, oireet voivat uusiutua. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2010.)

Ylläpitohoito

Masennuksen ylläpitohoito tulee kyseeseen silloin, kun asiakkaalla on ollut useita aikaisempia masennusjaksoja. Ylläpitoehdosta suositellaan silloin, kun kyseessä on kolmas masennusjakso elämän aikana. Ylläpitoehdosta voidaan pienentää riskiä sairastua uudelleen masennukseen. Ylläpitoehdosta aikana asiakkaan tilaa tulee seurata ainakin kuuden kuukauden välein, vaikka asiakas olisi oireeton. Jos ylläpitoehdosta ollaan lopettamassa, tulee seurantakäyntejä olla useammin, jotta mahdollinen masennuksen uusiutuminen havaittaisiin ajoissa, ja hoito voitaisiin

aloittaa viivyttelämättä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2010.)

4.3 Masentuneen kohtaaminen

Masennus sairautena muuttaa ihmissuhteita ja arkista elämää. Asiakkaan hoidon tarve täytyy kartoittaa huolella asiakkaan ongelmien moninaisuuden vuoksi. Tarpeen mukaan voidaan kutsua koolle verkosto, joka on asiakkaan silloisen elämäntilanteen kannalta tärkeä. Sosiaalinen verkosto voi tukea asiakasta arjen sujumisessa ja auttaa häntä kuntoutumaan uudelleen arkielämän rutiineihin. Mikäli asiakas hakee apua muualtakin, on eri hoitotahojen välinen verkostotyö tarpeellista. Ajallisesti joudutaan panostamaan aluksi paljon, mutta verkostotyö myös säästää aikaa ja voimavaroja. Panostamalla alkuun saadaan asiakkaan avuntarpeen määrä, laatu ja näihin vastaamiseen liittyvä työnjako täsmennettyä. Kun luodaan asiakkaan avuntarpeen mukainen moniammatillinen yhteistyö, sitä voidaan tarvittaessa muuttaa ja laajentaa. (Koffert 2005, 215–216.)

Masentunut ihminen tulee kohdata hoidossaan avoimesti ja ymmärtäen, jotta asiakas kokee tulleensa hyväksytyksi sellaisena kuin on kaikkine tunteineen ja kokemuksineen. Masentunutta ei saa jättää yksin ajatuksiensa kanssa. Tieto masennuksesta ja avun saamisen mahdollisuudesta auttavat häntä eteenpäin. Riittävän pitkä hoito mahdollistaa toipumisen. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä tarvitaan nykyistä enemmän, jotta hoidon jatkuvuus voidaan turvata. Oikean hoidon löytyminen voi kestää kuitenkin vuosia, ja joskus sitä ei löydy koskaan. (Noppari ym. 2007, 198, 209; Vähäkylä 2006, 61.)

Masentunut voi kokea olonsa tyhjäksi ja sellaiseksi, ettei kukaan voi ymmärtää häntä, ja hän saattaa sulkeutua itseensä. Tällaisessa tilanteessa aktiivinen hoito on tärkeää, jotta asiakas voi hiljalleen luopua kielteisistä kokemuksistaan ja antaa tilaa sosiaalisille suhteille, jolloin niiden positiivinen merkitys korostuu. Hoito aloitetaan masentuneen huolien kuuntelemisella. Hoitosuhteessa on olennaista tarjota masentuneelle aikaa kerätä voimiaan. Hoitajan tulee olla läsnä ja kulkea vierellä jakaen masentuneen ajatuksia. Toivon ylläpitäminen antaa masentuneelle mahdollisuuden muutokseen. Toivoa antava tekijä voi olla esimerkiksi kotieläimet. Elämän ongelmatilanteissa erilaisten vaihtoehtojen mahdollistaminen masentuneelle edistää tietä valoisampaan tulevaisuuteen. Stressaavat elämäntilanteet täytyy huomioida hoidossa, jolloin masentunut ohjataan lepäämään arjen kiireestä. Masentuneen auttavassa yhteistyösuhteessa on tärkeää avun saamisen ja välittämisen kokemus, turvautumisen mahdollisuus, sekä kannustamisen ja voimavarojen vahvistumisen kokemus. Hyvä hoito pienentää itsemurhariskiä. (Noppari ym. 2007, 200–201, 207–209.)

Sairauden myötä asiakkaalta on hävinnyt useita tärkeitä tekijöitä, jotka ylläpitävät elämänotetta. Tämän vuoksi asiakas tarvitsee kokonaisvaltaisen hoito-otteen, joka huomioi riittävästi kyseisen tilanteen. Mikäli tilanne muodostuu kriittiseksi, on kaikilla työntekijöillä yhteiset pelisäännöt tiedossa. Selkeä työnjako auttajien kesken ehkäisee eri sektoreiden työntekijöiden välisiä ristiriitatilanteita sekä päällekkäisyyksiä toiminnassa. Sa-

malla vaikeahoitoisten asiakkaiden tuoma vastuu jakautuu, ja henkilökunnan kuormittumista voidaan ehkäistä. (Koffert 2005, 216.)

4.4 Psykososiaalinen hoito

Psykososiaalisessa kuntoutuksessa pyritään elämänhallintaan ja suunnitelmalliseen, moniammatilliseen toimintaan. Psykososiaalinen kuntoutus on kokonaisvaltaista toimintaa sisältäen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen alueen edistämisen. Kuntoutuksen tavoitteena on lisätä yksilön sosiaalista selviytymistä uusia taitoja, asenteita ja elämäntapoja omaksumalla. Myös fyysisen kunnon kohottaminen ja haitallisten tottumusten vähentäminen ovat osa psykososiaalista kuntoutusta. Esimerkiksi erilaiset terapiat ja ryhmätoiminnat kuuluvat psykososiaaliseen kuntoutukseen. Sosiaalinen tuki on merkityksellistä psykososiaalisessa kuntoutumisessa. Psykososiaalisen kuntoutumisen eräs tärkeä tehtävä on syrjäytymisen ehkäiseminen. (Toivio & Nordling 2009, 279–281.)

Jotta kuntoutus on suunnitelmallista, se sisältää kuntoutujan ja työntekijän yhdessä laatiman suunnitelman ja sen etenemisen työstämisen. Suunnitelman tarkoituksena on kasvattaa voimavaroja, toimintakykyä ja hallinnan tunnetta. Kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa ja arvioitaessa pyritään kykyjen ja taitojen kehittymiseen, ympäristön hallintaan, ongelmanratkaisukeinojen oppimiseen sekä uskon ja toivon viriämiseen. Psykososiaalista kuntoutusta voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmäkohtaiseen työskentelymalliin perustuen. (Toivio & Nordling 2009, 279-280.)

Kuntoutuja voi saada monesta eri organisaatiosta samanaikaisesti palveluja, joten hoidon suunnitelmallisuus voi olla ristiriitaista ja vailla selkeää vastuun kantajaa. Tärkeää on, että eri organisaatioiden hoito- ja palvelusuunnitelmat muodostavat toisiinsa limittyvän kokonaisuuden. Suunnitelmat täytyy olla myös kuntoutujalla ja hänen omaisillaan selkeästi tiedossa. (Toivio & Nordling 2009, 279.) Kuntoutusvastuu kuuluu sille taholle, jossa asiakas on kuntoutumassa. Kuntoutustaho voi olla esimerkiksi perusterveyshuolto. (Vähäkylä 2006, 135.)

Masennuksen hoidossa tulee ottaa huomioon yksilöllisyys. Hoitajan ja asiakkaan yhteistyösuhteen menetelmiä ovat vastavuoroinen keskustelu, kannustaminen, motivointi, kuuntelu, psykoedukaatio, läsnä oleminen, koskettaminen, ajan antaminen, voimavarojen osoittaminen, toivon ylläpitäminen ja hiljaisuus. Tärkeää on hoidon jatkuvuus ja luottamuksellinen yhteistyösuhde. (Kuhanen ym. 2010, 206, 208.)

Mielenterveyslain mukaan asiakkaalle on laadittava hoitosuunnitelma, johon hoito perustuu. Hoitosuunnitelma on asiakkaan koko hoidon asiakirja, jossa sovitaan hoitomuodoista, hoidon tavoitteista ja hoitosuunnitelman uudelleen arvioinnista. Hoitosuunnitelma perustuu asiakkaan oireisiin ja elämäntilanteeseen. Hoidon suunnitteluun vaikuttavat asiakkaan toimintakyky, itsemurhavaara, monihäiriöisyys, somaattinen terveydentila, aiemmat hoidot ja niistä saadut kokemukset ja asiakkaan omat toiveet hoitonsuhteen. Asiakkaan tilanteesta tapahtuvista muutoksista on hyvä kirjata hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelmasta voi antaa kopion asiakkaalle,

jotta hän voi myöhemmin palata siihen ja tehdä itsearviointia. Hoidon jatkuvuus turvataan, kun hoitopolun alku ja loppu saadaan liitettyä saumattomasti yhteen. Näin syntyy hoitoketju. Sen takia hoitopolun alku on tärkeä tuntee. Hoitopolun loppua on suunniteltava jo hoidon alussa. (Heikkinen-Peltonen 2008, 148; Hentinen ym. 2009, 37; Iivanainen ym. 2010, 69; Kuhanen ym. 2010, 206, 208; Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Hoidettaessa masentunutta hoitajalta vaaditaan aikaa, pitkäjänteisyyttä ja yksilöllisiä auttamiskeinoja. Asiakkaan voimavarat ja ihmissuhteet ovat tärkeitä hänen toipumisensa kannalta. Kun autetaan masentuneen läheisiä, autetaan myös masentunutta itseään. Esimerkiksi perhe- ja verkostotapaamiset, tapaamiset työterveyshuollon ja työnantajan kanssa, sosiaalisen tilanteen kartoitus, työ- ja toimintakyvyn arviot ja psykologin tutkimukset saattavat myös liittyä masentuneen asiakkaan hoitoon. (Hentinen ym. 2009, 36–37.)

Keskeisiä menetelmiä masennukseen sairastuneen hoitotyössä ovat omahoitajasuhde, toivottomuuden lievittäminen ja toivon ylläpitäminen. Konkreettinen apu esimerkiksi sängystä ylösnousemisessa ja peseytymisessä voi olla tarpeen, mikäli asiakkaan toimintakyky masennuksen seurauksena on alentunut. On huomioitava, että asiakkaan liiallinen auttaminen saattaa kuitenkin passivoida häntä entisestään. Tällöin hän ei saa kokemusta itenäisestä selviytymisestä. (Kuhanen ym. 2010, 206–207.)

Masentuneen hoitotyössä on tärkeää vuorokausirytmien normalisoiminen. Yhdessä asiakkaan kanssa tehty viikko-ohjelma auttaa päivän jäsentämisessä ja kannustaa tekemiseen. Viikko-ohjelmaan voi sisältyä esimerkiksi liikuntaa, rentoutumista ja erilaisia toiminnallisia ryhmiä. Omahaohitajan on tärkeää kannustaa asiakasta päivittäiseen ulkoiluun, sillä jo pienikin kävelylenkki voi nostattaa asiakkaan mielialaa. Jos hänestä tuntuu ahdistavalta tai vaikealta lähteä ulos yksin, voi omahoitaja lähteä yhdessä hänen kanssaan. (Kuhanen ym. 2010, 207.)

Masennukseen sairastuneen vointia voidaan erikoissairaanhoidon ensimmäisellä käynnillä selvittää keskustellen ja käyttäen erilaisia mittareita apuna, joita ovat muun muassa AUDIT, BDI, BAI, MDQ ja DEPS. Asiakkaan kanssa voi keskustella hänen elämänsähistoriastaan ja tapahtumista, jotka ovat olleet hänelle tärkeitä. Tärkeää on selvittää somaattinen terveydentila, aikaisemmat masennusjaksot ja ajanjaksot, jolloin hän on ollut erityisen virkeä. Asiakkaan kanssa keskustellessa tulee käyttää avoimia kysymyksiä ja kuunnella häntä. Keskustelussa on huomioitava asiakkaan mahdollinen itsetuhoisuus ja psykoottisuus. Keskustellessa masentuneen kanssa voi myös puhua muun muassa perhetilanteesta, nukkumisesta, ruokahalusta, painon muutoksista, muistivaikeuksista, itkuherkkyydestä, päihitteiden käytöstä ja jaksamisesta tehdä arkiaskareita. Keskustelun avulla pyritään saamaan asiakkaan kanssa yhtenäinen käsitys hänen tilanteestaan. (Hentinen ym. 2009, 36, 38–39.)

Olennaista masennusta sairastavan hoitotyössä on hoitosuhdetyöskentely. Hoitaja tekee ratkaisuja asiakkaan hoidon etenemisestä. Hänen tulee osata tulkita asiakasta ja tietää suurimmaksi osaksi hänen keskeinen tilanteensa

sairauden kulussa. Ihmistuntemus, kokemus, riittävä tietoperusta sekä niiden pohjalta toimiva intuitio ovat merkittävä osa psykiatrista hoitotyön luonnetta. Työryhmän apu on kuitenkin vertaansa vailla. Tiimityöskentelyssä ja moniammatillisessa hoitotyössä saadaan mahdollisimman monipuolinen katsaus asiakkaan hoitoon, kun jokainen ryhmän jäsen tuo oman tietämyksensä ja asiantuntevan näkemyksensä esille, mukaan lukien asiakas itse. Siten turvataan paras mahdollinen ja laaja-alaisin hoito. Tiimi koostuu esimerkiksi hoitajista, psykologista, psykiatrista ja sosiaalityöntekijästä. Psykiatrisessa hoitotyössä keskeisintä on asiakkaan ymmärtävä ja kokonaisvaltainen kohtaaminen, jotta mielenterveyden edistäminen ja tukeminen mahdollistuu muun muassa moniammatillisen yhteistyön avulla. (Holopainen ym. 2000, 16–17, 21.)

Masentuneen hoidossa on tärkeää kielteisten ajatusten tunnistaminen. Masentuneen ajatukset voivat olla vääristeltyjä, liikaa yleistettyjä, liioiteltuja, pessimistisiä, mustavalkoisia ja kielteisiä ajatuksia korostavia. Omahoitajakeskusteluissa hoitaja voi ottaa ajatusvääristymät esille ja ohjata asiakasta oppimaan vaihtoehtoisia, rakentavia ja myönteisiä ajatuksia, jotka ylläpitävät hänen hyvinvointiaan ja jaksamistaan. (Kuhanen ym. 2010, 208.)

Toivon herättäminen, ylläpitäminen ja eheyden kokeminen korostuvat omahoitajasuhteessa. Eheyden kokemisella tarkoitetaan muun muassa elämänilon löytymistä, identiteetin, hallinnan tunteen ja itsetunnon vahvistumista. Toiveikkuuden ja eheyden kokemuksen lisääntyminen edistävät asiakkaan itsesäätelyä, aktiivista sitoutumista elämänsä tavoitteisiin, pystyvyyden ja selviytymisen eli hallinnan tunnetta. Tärkeää yhteistyösuhteessa on riittävän ajan varaaminen asiakkaalle ja luottamuksellisen, tasarvoisen ja turvallisen suhteen luominen. Asiakkaan kuunteleminen ja rohkaiseminen toiveiden, tunteiden ja tarpeiden ilmaisemiseen on tärkeää. Aitoa yhdessäoloa ja välittämistä voi osoittaa vaikka vain olemalla hiljaa ja koskettamalla oikealla hetkellä, mikäli se tuntuu tilanteeseen sopivalta. (Alastalo & Punkkinen 2005; Kuhanen ym. 2010, 207-208.)

Käsitteellä empowerment voidaan tarkoittaa muun muassa voimaantumista, sisäistä voiman tunnetta, voimavaraistumista tai valtaistumista. Ihmisen voimaantuminen voi näkyä esimerkiksi itsetunnon paranemisena, toiveikkuutena, kunnioituksena muita kohtaan, kykynä saavuttaa ja asettaa päämääriä ja oman elämän hallinnan tunteena. Voimaantumisen merkitys on jokaiselle yksilölle ja yhteisölle yksilöllistä, joten voimaantumisen käsitettä ei voi rajata tarkasti. (Hentinen ym. 2009, 105.)

Mielenterveysasiakkaan voimaantumisen vahvistamisena keskeistä on yksilön itsearvostuksen tukeminen. Sairaanhoitaja voi osoittaa asiakkaan vahvuuksia ja huomioida sellaisia tekijöitä, jotka ovat merkityksellisiä ajattelun arjessa selviytymistä. Sairaanhoitajan on tärkeää antaa myönteistä palautetta pienistäkin asioista ja kysellä aikaisemmista voimaantumisen kokemuksista ja selviytymisen haasteista. (Hentinen ym. 2009, 117-118.)

Asiakkaan itseymmärryksen lisääntyminen kohottaa hänen itsetuntoaan ja lisää voimaantumista. Se antaa asiakkaalle toivoa ja uskoa uusiin mahdollisuuksiin ja parempaan tulevaisuuteen ja vapauttaa syyllisyydestä. It-

seymmärryksen lisääntyminen auttaa asiakasta löytämään uusia keinoja, joiden avulla hän voi selviytyä hankalista tilanteista. Keinona voi olla esimerkiksi mielialapäiväkirja, johon kirjataan mielialoja ja mielekkäitä tekemisiä. (Kuhanen ym. 2010, 208.)

Hoitoprosessin onnistumisen kannalta on tärkeää hoidon suunnitteluvaihe. Psykoedukaation avulla asiakas saadaan ymmärtämään hoitonsa kulkua, mikä auttaa masentunutta motivoitumaan hoitoonsa ja hyväksymään masennuksen sekä ennaltaehkäisee pelon ja epävarmuuden kokemuksia. Lisäksi psykoedukaatio auttaa masentunutta huomaamaan avuntarpeensa ja ottamaan hoidon vastaan. (Alastalo & Punkkinen 2005.)

Psykoedukaatiota voi käyttää perhetyössä. Psykoedukatiivinen perhetyö on psykososiaalista kuntoutusta, joka auttaa perhettä säätämään vuorovaikutussuhteitaan ja laajentamaan perheen sosiaalisia suhteita. Psykoedukaatio pyrkii perheen tunneilmapiirin parantamiseen, jolloin kuntoutuja saa paremman hoitotuloksen. Psykoedukatiivisen hoidon tavoitteina ovat muun muassa tiedon antaminen sairaudesta ja perheen ongelmanratkaisukeinojen parantaminen. Perhe voi olla tärkeä tukea antava tekijä masentuneelle. On tärkeää antaa perheen jäsenten puhua tuntemuksistaan ja ottaa heidät osaksi hoitoa, jottei masentuneen sairaus kuormita heitä liikaa. (Noppi ym. 2007, 206; Toivio & Nordling 2009, 285-286.)

4.4.1 Psykoterapiat

Psykoterapiaan kannattaa hakeutua ajoissa, sillä se antaa sitä parempia hoitotuloksia, mitä varhaisemmassa vaiheessa se aloitetaan. Psykoterapiat jaotellaan lyhytterapioihin ja pitkiin terapioihin. (Toivio & Nordling 2009, 247–249.) Pitkäkestoinen terapia saattaa kestää vuosia, ja käyntejä voi olla viikossa useita. Lyhytpsykoterapia on rajattu kestoltaan ja käyntikerroiltaan. Käyntikertoja on yleensä 20–30 kerran viikossa, mutta voi olla vähemmänkin. (Suomen mielenterveysseura 2011.)

Psykoterapiasuuntauksia on useita, mutta yhteistä niille kaikille on toivon kannattelemisen ja herättämisen sekä asiakkaan itsenäisyyden lisääntyminen. Terapioissa keskeisessä osassa on hoitaja-asiakassuhde, jonka tavoitteena on lievittää psyykkisiä oireita tai jopa poistaa ne. Terapia voi olla raskasta, mutta parhaimmassa tapauksessa kovan työstämisen avulla ihmisen itseymmärrys kasvaa, ja ihminen eheytyy kokonaisuutena. (Toivio & Nordling 2009, 247–249.)

Psykodynaamiset terapiat

Terapiamuotoja, jotka perustuvat Freudin kehittämään psykoanalyttiseen teoriaan ihmisen mielen rakenteista ja psykoterapeuttisesta hoidosta, kutsutaan psykodynaamisiksi terapioiksi. Tämä terapiamuoto antaa asiakkaalle mahdollisuuden tutkia omaa mieltään ja sen ilmiöitä terapeuttisen dialogin avulla. Keskeisiä terapian elementtejä ovat asiakkaan vapaa puhe, terapeuttin osalta kuunteleminen, ehdoton luottamuksellisuus ja asiakkaan materiaaliin eläytyminen sekä esiin tulleen materiaalin yhteinen tarkasteleminen. Materiaalia pyritään ymmärtämään yhteydessä sekä menneisyy-

teen että nykyaikaan. Terapian tarkoituksena on edistää kasvuprosessin syntymistä asiakkaassa. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 1995, 159.)

Olavi Lindforsin artikkelissa ”Depressiopotilaan psykodynaaminen psykoterapia” on määritelty lyhytkestoisen terapian sisältävän alle 25 käyntiker-
taa ja keskipitkän yli 40 käyntikertaa (Lindfors 2005, 152, 154). Pitkäkes-
toinen terapia voi kestää vuosia ja viikossa kertoja voi olla 2-3 (Aho ym.
2009).

Kognitiivinen psykoterapia

Kognitiivisessa terapiassa pyritään muuttamaan asiakkaan ajattelua suh-
teessa tulevaisuuteen, itseen ja muihin. Lisäksi yritetään tunnistaa ja muut-
taa laajempia perusolettamuksia tai –uskomuksia, jotka ovat masennuksen
taustalla. Terapian perustana on terapeutin ja potilaan välinen yhteistyö.
Kognitiivinen terapia soveltuu myös pitempiin hoitosuhteisiin, vaikka sen
periaatteet ja menetelmät voidaan katsoa liittyvän lähinnä lyhyisiin kogni-
tiivisiin terapioihin. Lyhyissä kognitiivisissa terapioiden käytetään tiettyjä
menetelmiä systemaattisesti. Masennuksen hoidossa lyhyt terapia käsittää
20 varsinaista istuntoa ja seurantaistuntoja 3-4. Pitkissä terapioiden pyrki-
myksenä on huomattava joustavuus. Terapian menetelmiä tarkastellaan
yhteisen viitekehyksen pohjalta. (Toskala 2009.)

Interpersoonallinen psykoterapia

Interpersoonallinen psykoterapia (IPT) perustuu teoriaan, jossa masennus
riippumatta biologisista, altistavista tekijöistä ja persoonallisuuspiirteistä
esiintyy psykososiaalisessa, interpersoonallisessa vuorovaikutuksessa. Se
keskittyy ainoastaan tämänhetkisiin interpersoonallisiin suhteisiin. Siinä ei
olla kiinnostuneita varhaislapsuuteen liittyvistä asioista eikä transferens-
sista, tosin ne eivät kiellä, ettei näillä asioilla voisi olla merkitystä. Ainoas-
taan tämänhetkiset ihmissuhdeasiat ovat oleellisia tuloksellisuuden kannal-
ta. Interpersoonallisen psykologian kannalta ongelmat esiintyvät rooliristi-
riidoissa, interpersoonallisissa puutteissa, pitkittyneessä surureaktiossa se-
kä rooleissa tapahtuvissa muutoksissa. (Suomalainen Lääkäriseura Duode-
cim 1995, 181-189.)

Psykoterapiamuotona interpersoonallinen psykoterapia on lyhytkestoinen,
helposti opittava ja käytännönläheinen. Se kehitettiin alunperin masennuk-
sen hoitoon, ja sen teho on todistettu lukuisissa tieteellisissä tutkimuksissa.
Sen sovelluksia on viime vuosina kehitetty myös muiden psykiatristen sai-
rauksien hoitoon. Hoidon onnistuminen riippuu sekä konkreettisten muu-
tosten aikaansaamisesta että asiakkaan elämän ymmärtämisestä. (Karlsson
& Markowitz 2002.)

Perheterapia

Perheterapian tarkoituksena on tutkia, hoitaa ja ymmärtää häiriöitä, jotka
liittyvät perheen sisäiseen vuorovaikutukseen tai yksittäisiin perheenjäse-
niin. Perheterapiaa käytetään mielenterveysongelmien hoidossa, jotka
koskevat yksilöä, ja niiden ongelmien hoidossa ja selvittelyssä, jotka ovat

vuorovaikutuksellisia. Perheterapiaa voidaan käyttää muiden psykoterapiamuotojen ohella. Kun perheterapiaa käytetään muiden hoitomuotojen tukihoidona, se parantaa tuloksellisuutta ja hoitomyöntyvyyttä perushoidossa. (Aaltonen 2009.)

Perheterapian kesto ja tiheys vaihtelevat. Perheterapiaa voi olla esimerkiksi päivittäin, kerran viikossa, kerran kuukaudessa tai harvemmin. Perheterapiaa voi olla muutamasta käynnistä noin 20 käyntiin, jolloin hoitjakson pituus on puolesta vuodesta puoleentoista vuoteen tai kauemmin. Yhden istunnon kesto on vähintään puolitoista tuntia. (Aaltonen 2009.)

Masennuksen hoidossa perheterapian avulla voidaan löytää perheelle uusia vuorovaikutustapoja ja ratkaisuja. Masennuksen hoidossa tulee kiinnittää huomiota sen perhe- ja parisuhdepsykologiaan. Kun perheenjäsen sairastuu masennukseen, se vaikuttaa sellaisiin vuorovaikutusmalleihin ja uskonusjärjestelmiin, jotka ylläpitävät masennusta. (Aaltonen, Jaakkola, Luutonen, Pölönen & Riikonen 2009.)

Ryhmäpsykoterapia

Ryhmäpsykoterapia on taloudellinen ja tuloksellinen hoitomuoto masennukseen ja sen ehkäisyyn. Ryhmäpsykoterapia sopii niin lapsille, nuorille kuin aikuisillekin, jotka ovat joko avohoidossa tai laitoshoidossa. Ryhmäpsykoterapia soveltuu erityisesti sellaisille henkilöille, jotka ihmissuhde- ja tunneilmaisuvaikeuksien vuoksi vetäytyvät sosiaalisista kontakteista. Sellaisille ihmisille ryhmäpsykoterapia ei sovi, joilla on paranoidisuutta, vakavia itsemurhayrityksiä ja akuuttia psykoottisuutta. (Aaltonen ym. 2009.)

Lyhytkestoista ryhmäpsykoterapiaa, jossa istuntoja on 12-18, voidaan suositella akuutin traumatilanteen jälkeiseen kriisiin ehkäiseväksi hoidoksi. Lyhytkestoisen ryhmäpsykoterapian tavoitteena on ehkäistä masennusta ja sen syvenemistä elämäntilanteissa, joissa on koettu trauma, esimerkiksi omaisen kuolema tai sairastuminen. (Aaltonen ym. 2009.)

Pitkäkestoinen ryhmäpsykoterapia, jonka kesto on 3-4 vuotta ja kerran viikossa puolitoista tuntia kerrallaan, sopii hyvin masennuksen hoitoon. Ryhmässä on 6-8 henkilöä, ja mukana voi olla masennusta sairastavien lisäksi esimerkiksi persoonallisuushäiriöisiä asiakkaita. (Aaltonen ym. 2009.)

Ryhmäpsykoterapiaan ei pääse kuka tahansa. Ryhmään pääsyyn vaikuttavat muun muassa sairauden vakavuus, sukupuoli, ikä, persoonallisuus ja motivaatio hoitoon. (Aaltonen ym. 2009.)

Pariterapia

Pariterapiassa parisuhdeterapeutti keskustelee pariskunnan kanssa niistä asioista, joita pariskunta tuo esille. Useimmiten yhden terapiaistunnon kesto on noin puolitoista tuntia, mutta mikäli parisuhteen osapuolet tulevat istuntoon erikseen, on yhden istunnon kesto noin 45 minuuttia. Usein käyntikertoja on muutamasta käynnistä kymmeneen käyntiin. Terapian avulla

parisuhteen osapuolet voivat esimerkiksi saada uusia näkökulmia ja toimivia malleja vuorovaikutukseen. (Väestöliitto 2010.)

Pariterapia masennuksen hoidossa on erityisen hyödyllistä silloin, kun masennukseen liittyy puolisoiden välisiä tai perheen sisäisiä vaikeuksia. Aviopariterapia vähentää masennuksen oireita yhtä paljon kuin yksilöterapia ja parantaa parisuhteen laatua merkittävästi. Pariterapia soveltuu erityisesti masentuneille naispuolisille asiakkaille, jotka elävät hankalassa perhetilanteessa. (Aaltonen ym. 2009.)

4.4.2 Hoidolliset ryhmät

Ryhmätoiminta on psykososiaalista kuntoutumista (Toivio & Nordling 2009, 279-280). Useat mielenterveyskuntoutujat hyötyvät esimerkiksi päivätoiminnasta, jossa kuntoutujat saavat mielekästä tekemistä, vertaistukea ja tukea elämässä vaadittaviin perustaitoihin (Hämeenlinnan kaupunki 2009).

Sairaalaista riippuen monilla avo-osastoilla on terapiaryhmiä, joihin voi osallistua. Näitä ryhmiä ovat toiminnalliset ryhmät ja kontaktiryhmät, joissa opetellaan sosiaalisuutta, sekä ongelmakeskeiset keskusteluryhmät, joissa pyrkimyksenä on saada osallistujat purkamaan ahdistustaan tai elämyksiään. Ryhmäterapiota on myös julkisen sektorin avohoidossa. Useimpien sairaanhoitopiirien alueella on tarjolla päiväkeskustoimintaa, joka on tarkoitettu aikuisille mielenterveyskuntoutujille. Painopisteenä toiminnalle on päivittäisten sosiaalisten taitojen harjoittaminen ja ylläpitäminen. (Vähäkylä 2006, 153-155.)

Toiminnalliset menetelmät

Toiminnalliset menetelmät voivat olla apuna toipumisessa antaen iloa elämään. Niiden avulla voi oppia ymmärtämään paremmin elämäänsä ja siihen kuuluvia tunteita. Toiminnallisia menetelmiä ovat erilaiset luovat menetelmät, kuten musiikki, kirjallisuus ja tanssi. Itsensä toteuttaminen antaa hyvän olon tunteen. (Noppiari ym. 2007, 214.)

Luovia menetelmiä voi käyttää apuna erilaisissa ryhmissä tai yhteistyösuhteissa ilman, että ne ovat varsinaista taideterapiaa. Ne auttavat hoitosuhteen yhteistyössä ja toimivat ryhmässä vuorovaikutuksen välineenä. Taide herättää monia voimakkaita tunteita, joten sen käyttö kuntoutuksen apuvälineenä vaatii hyvää ammattitaitoa. Luovien menetelmien käyttö perustuu asiakkaan vapaaehtoisuuteen. (Noppiari ym. 2007, 214.)

Lukeminen ja kirjoittaminen auttavat asiakasta itsehoidollisesti ja saattavat vaikuttaa elämän kehitykseen ja muutokseen. Musiikki puolestaan aktivoi kanssakäymistä, mikä edistää muun muassa sosiaalisia taitoja. Musiikin kuunteluun voi yhdistää esimerkiksi tulkitsemista maalaamisen ja tanssin avulla. Musiikkia ei tarvitse vain kuunnella, vaan sitä voi tuottaa itse. Kirjoittamisen ja musiikin avulla voi selkiyttää tunteita ja selvittää asioita, joita ei ole ennen käsitelty. Musiikin kieli on sama riippumatta kulttuureis-

ta ja taidesuuntauksista. Se saattaa kertoa ihmisestä kaikkein eniten, sillä se koskettaa syvälle minuuden ytimeen. (Noppi ym. 2007, 214-216.)

Depressiokoulu

Depressiokoulu on hoitomalli, jossa työkirjaa apuna käyttäen opiskellaan masennuksen itsehoitoa. Depressiokoulua käytetään masennuksen hoidon lisäksi myös sen ehkäisyyn. Vaikka alkujaan depressiokoulu tarkoitettiin vain masennuksen hoitoon, sitä on myöhemmin sovellettu hoitamaan myös muun muassa työuupumusta ja riippuvuuksia. Depressiokoulu toteutetaan ryhmäprosessina, ja sen tavoitteena on asiakkaan elämänhallintataitojen kehittyminen. (Haarala, Jääskeläinen, Kilpinen, Panhelainen, Peräkös, Puukko, Riihimäki, Sundman & Tauriainen 2010, 78-79.)

Jotta depressiokoulussa oppisi hoitamaan itse masennustaan, jokaisella ryhmän jäsenellä on käytössään ”Depressiokoulu – opi masennuksen ehkäisy- ja hoitokeinoja”-niminen työkirja. Työkirja sisältää kymmenen oppituntia, ja jokaisella oppitunnilla on oma teemansa ja niihin liittyviä tehtäviä. Työkirjan teemat käsittelevät eri asioiden, kuten ajatusten, sosiaalisten suhteiden ja toimintojen, vaikutusta mielialaan. Tarkoituksena on, että depressiokoulussa jokainen ryhmän jäsen tekee kirjan tehtäviä päivittäin. Näin jokaiselle muodostuu eräänlainen työkalupakki, jossa on tietoa masennuksesta, sen ennaltaehkäisystä ja hoitamisesta. (Haarala ym. 2010, 80.)

Depressiokoulussa on 1-2 ohjaajaa ja 4-8 ryhmän jäsentä. Ryhmän koontumiskertoja on yhteensä 8-10. Ryhmä kokoontuu kerran viikossa kahden tunnin ajan, ja kun depressiokoulu on päättynyt, ryhmä kokoontuu vielä kahden kuukauden jälkeen seurannan merkeissä. Säännöt, joista sovitetaan yhdessä ryhmäläisten kesken, ohjaavat ryhmän toimintaa. Jokainen ryhmään tulija haastatellaan, ja häneltä selvitetään muun muassa motivaatio ja vuorovaikutustaitoja. Sellaiset, joilla on lievä masennus tai tunnistaivat riskin sairastua masennukseen, hyötyvät parhaiten depressiokoulusta. (Haarala ym. 2010, 80-82.)

Vertaistuki

Mielenterveyshäiriöt koskevat myös perheen jäseniä, joten perheen panos hoidossa on keskeisessä osassa kokonaisvaltaisen kuntoutumisen mahdollistamiseksi. Tärkeää on saada omaiset mukaan hoidon suunnitteluun. Omaisille on erilaisia vertaistukiryhmiä, jotka auttavat käsittelemään mielenterveyshäiriöstä tullutta kriisiä. (Toivio & Nordling 2009, 283-285.)

Mielenterveyden keskusliiton mukaan vertaistukiryhmissä voi antaa tukea ja saada sitä ihmisiltä, joiden elämäntilanne on samanlainen tai kokemukset ovat samankaltaisia. Vertaistukiryhmät ovat vapaamuotoisia ja tavoitteellisia keskusteluryhmiä. Ryhmässä on keskimäärin 5-8 jäsentä, ja siinä käsitellään ryhmäläisille yhteisiä aiheita. Yleensä ryhmät kokoontuvat kerran viikossa, jotkut kahden viikon välein. Ryhmien ohjaajat ovat vapaaehtoisia, ja tilaisuudet ovat maksuttomia. Tasavertaisuus ja luottamuksellisuus ovat vertaistukiryhmien toiminnan perusta. Ryhmän jokaisella jäse-

nellä on oikeus tulla kuulluksi, ja jokaisen on voitava luottaa siihen, ettei käsiteltyjä asioita puhuta muualla. Osalla ryhmistä on oma tarkkaan määritelty aihepiiri tai teema, toiset toimivat ilman erityistä teemaa. Ryhmään osallistumiseen riittää syyksi oma kiinnostus, lääkärin diagnoosia tai lähetettä ei tarvita. (Mielenterveyden keskusliitto.)

Vertaistukiryhmän tuessa on olennaista, että sen lähtökohtana eivät ole vallitsevat hoitokäytännöt, vaan jäsentensä henkilökohtaiset ja ajankohtaiset tarpeet. Ajatuksena on, että tietyissä elämäntilanteissa eläneellä ja tiettyjä asioita omakohtaisesti kokeneella on näistä asioista asiantuntemusta, joka on ainutlaatuista, eikä sitä muulla asiaan perehtymisellä voida saavuttaa. Vertaistuki voidaan määritellä omaehtoiseksi, yhteisölliseksi tueksi sellaisten ihmisten kesken, joiden yhdistävänä tekijänä on samankaltainen elämäntilanne, jonkinlainen kohtalonyhteys. (Mielenterveyden keskusliitto.)

Vertaistukiryhmässä auttamalla muita auttaa myös itseään ja toisin päin. Tietoisesti apua ei välttämättä tarjota tai vastaanoteta lainkaan. Avun saantia ja tarjontaa ei usein edes huomata. Auttaminen ryhmässä ei välttämättä ole tarkoitushakuista, vaan se on sosiaalinen prosessi, joka ruokkii itseään. (Mielenterveyden keskusliitto.)

Vertaistuki ja omat voimavaratekijät ovat tärkeitä asiakkaan kuntoutumisessa. Vertaistuen avulla masentunut voi saada kokemuksen siitä, ettei hän ole sairautensa kanssa yksin ja kartuttaa ymmärrystään itsestään. Omat voimavaratekijät, kuten harrastukset, lemmikit ja elämän filosofia, auttavat masennuksesta toipumisessa. (Alastalo & Punkkinen 2005.)

4.5 Biologiset hoitomuodot

Keskeistä hoidon suunnittelussa on masennustilan vaikeusasteen arviointi ja ensimmäisen kerran elämässä esiintyvän masennustilan ja toistuvan masennuksen erottelu. Keskeisimpiä hoitomuotoja masennuksen akuuttihoitossa ovat masennuslääkkeet ja vaikuttaviksi osoitetut psykoterapiat. Kyseisiä hoitoja voidaan käyttää vaihtoehtoisina tai yhtäaikaisesti, ja ne ovat yhtä tehokkaita lievissä ja keskivaikeissa masennuksissa. Masennuslääkehoitoa on aina syytä käyttää vaikeissa ja psykoottisissa masennustiloissa. Psykoottistasoisessa masennuksessa käytetään lisäksi psykoosilääkkeitä. Masennuslääkehoidon rooli ja psykoterapian yhdistäminen lääkehoitoon on sitä tärkeämpi, mitä vaikeampi masennustila on. Elämäntilanteen kartoittaminen ja psykososiaalisen tuen tarjoaminen kuuluvat hoidon keskeisiin tehtäviin spesifien hoitomuotojen ohella. Masennuksen uusiutumista vaaran takia masennustilasta toipuvan asiakkaan hoitoa ja seurantaa on jatkettava noin puolen vuoden ajan. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2010.)

Vaikeissa masennustiloissa sähköhoitoa voidaan pitää ensisijaisena ja nopeatehoisena hoitomuotona, kun masennukseen liittyy psykoottisia oireita, katatonisia piirteitä, syömisestä kieltäytymistä tai muita ilmenneitä erityisiä syitä nopeaan antidepressiiviseen vaikutukseen. Se soveltuu myös vanhuksille, fyysisesti sairaille ja raskaana oleville tai imettäville. Nykyään

hoito annetaan narkoosissa. Yleensä hoidot toistetaan 8-12 kertaa ja, ne pyritään antamaan kolme kertaa viikossa lyhyinä sarjoina. (Syvälahti 1995, 153.) Hoidon teho perustuu sähkön aiheuttamaan kouristukseen keskushermostossa, jonka seurauksena masennus vähenee (Vähäkylä 2006, 131).

Kaamosmasennuksessa tehokkaaksi hoitomuodoksi on todettu kirkasvalo-hoito. Kaamosmasennuksessa vakavat masennustilat ajoittuvat syksyyn tai talveen ja häviävät keväällä tai kesällä. Paras teho hoidossa saavutetaan, kun valohoito annetaan aamulla. Käytännössä hoito voidaan toteuttaa huoneessa, jossa on riittävän voimakkaat lamput. Myös valopaneeleja voidaan käyttää. Hoidon vaikutus ilmenee kliinisesti yleensä 2-4 päivän kulluttua hoidon aloittamisesta. Kokonaiskesto hoidolle vaihtelee viidestä päivästä kahteen viikkoon. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 1995, 153.)

Käytännössä tärkein biologinen keino asiakasta autettaessa on lääkehoito. Tarvittaessa tulee käyttää myös muita biologisia hoitomuotoja. Hoidon kulmakiviä ovat myös psykososiaalisen tilanteen arviointi ja supportiivinen psykoterapia sekä lääketieteellinen neuvonta. Akuuttivaiheen jälkeen asiakkaalle tulisi mahdollisuuksien mukaan tarjota tilaisuus saatavilla olevaan sopivaan psykoterapiaan. Jotta masennustiloja voidaan hoitaa, vaaditaan asiakkaan tilanteen ymmärtämistä ja kokonaisvaltaista arviointia. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 1995, 154.)

Lääkehoito

Lääkehoito on biologinen hoitomuoto (Vuori-Kemilä ym. 2007, 69). Se on oikeassa tilanteessa käytettynä tehokas hoitotapa, mutta sen lisäksi tarvitaan muita hoitomuotoja, esimerkiksi terapiaa (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 204). 1900-luvun puolivälissä markkinoille tulivat ensimmäiset tehoavat masennuslääkkeet. Lääkehoidon pyrkimyksenä on toimintakyvyn edistäminen, oireiden helpottaminen ja ehkäiseminen. Lääkkeet vaikuttavat keskushermoston kautta välittäjäaineisiin. Niiden imeytyminen ja hajoaminen kehossa on yksilöllistä. (Toivio & Nordling 2009, 244.) Suomessa käytetään trisyklisiä depressiolääkkeitä, SSRI-lääkkeitä ja tämän lisäksi muita lääkkeitä, joita ovat muun muassa venlafaksiini ja mirtatsapiini. Myös nukahtamis- ja unilääkkeitä sekä rauhoittavia lääkkeitä käytetään, kun masennus aiheuttaa unettomuutta. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2010; Vuori-Kemilä ym. 2007, 70-71.)

Trisykliset lääkkeet ovat vanhimpia masennuslääkkeitä, ja niillä on runsaasti myös sivuvaikutuksia. Ne ovat kuitenkin hyvin tehokkaita. Haittavaikutuksia ovat esimerkiksi suun kuivuminen, verenpaineen lasku, painon nousu ja väsymys. Lääkkeen väsyttävää vaikutusta voidaan hyödyntää, jos masentuneella on univaikeuksia. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 71.) Yliannostuksena lääkkeet ovat huomattavan vaarallisia (Toivio & Nordling 2009, 245).

SSRI-lääkkeet ovat uudehkoja, suosittuja ja kehittyneitä masennuslääkkeitä, joilla on niukat haitta-vaikutukset suhteutettuna vanhempiin lääkkeisiin. Alussa sivuvaikutuksina voivat olla päänsärky, huonovointisuus, ahdistus ja univaikeudet, jotka kuitenkin yleensä väistyvät lääkitystä jatkettaessa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 213; Toivio & Nordling 2009, 244-245.) Lääkkeiden sivuvaikutusten kerrotaan olevan mitättömiä lääkkeistä saatavaan hyötyyn verrattuna, jos lääkitys on aloitettu oikeasta syystä (Toivio & Nordling 2009, 244-245). Kiusallisena haittavaikutuksena saatetaan ilmetä seksuaalista haluttomuutta, jota masennukseen jo sinällään usein liittyy. Jotkut SSRI-lääkkeet voivat aiheuttaa väsymystä, levottomuutta ja painon nousua. Lääkkeitä käytetään myös ahdistuneisuushäiriöihin. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 71.)

Masennuksesta johtuvaan unettomuuteen voidaan vaikuttaa elintapoja ja nukkumistapoja muuttamalla. Joskus sekään ei auta, jolloin tarvitaan lääkkeitä, jotka parantavat nukahtamista ja nukkumista. Nukahtamislääkkeet auttavat unen saamiseen, joten vaikutus on vain lyhytaikainen. Unilääkkeet puolestaan vaikuttavat koko yön. Sen takia tokkuraisuutta ja muistihäiriöitä saattaa ilmetä vielä aamulla. Unilääkkeet ovat bentsodiatsepiini johdoksia. Rauhoittavia bentsodiatsepiineja voidaan käyttää myös sellaisenaan, jos halutaan parantaa unen saantia. Kaikki nämä nukahtamiseen ja nukkumiseen vaikuttavat lääkkeet aiheuttavat pitkäaikaisesti käytettynä riippuvuutta ja toleranssinousua. Vieroitusoireet voivat paradoksaalisesti olla juuri niitä oireita, joihin lääke alun perin määrättiin. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 70-71.)

Selvän vasteen masennuslääkettä säännöllisesti käyttävistä saa noin kaksi kolmasosaa. Noin 40-50 prosentilla tämä tarkoittaa oireiden melko täydellistä häviämistä noin 6-8 viikon aikana. Usein vielä tämän jälkeenkin toipuminen jatkuu. Vastaavalla tavalla on toipunut enintään kolmannes tablettimuotoista lumehoitoa saaneista. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2010.)

Vähäkylän mukaan psykiatrisen hoidon keskittyminen entistä enemmän perusterveydenhuoltoon vaikuttaa siten, että lääkehoito on korostunut, vaikka terapiasta saisi paremman tai yhtä hyvän vaihtoehdon etenkin lievistä ongelmista kärsivälle. Lääkkeet ovat halvempia ja helpompia hoidonmuotoja. Pelkkä masennuslääkereseptin kirjoittaminen ei riitä, sillä asiakkaiden pysyminen hoidossa vaatii lääkärin kiinnostumista hoidosta ja riittävän määrän arviointikäyntejä. Masennuslääkkeiden resepteistä ainoastaan 60-70% ostetaan, vaikka tarvetta niiden käyttöön saattaisi olla. Lääkehoidon ja terapian tulisi tukea toinen toisiaan. Suomessa ei ole kuitenkaan tarpeeksi resursseja terapiaan, vaikka yksityinen ja julkinen psykoterapia laskettaisiin yhteen. Monilla ei ole myöskään varaa käydä terapiassa varsinkin, jos Kelalta ei saa tukea. (Rovasalo & Melartin 2009; Vähäkylä 2006, 24-25, 117-118, 143.)

Lääkekielteisyyttä voivat lisätä negatiiviset asenteet, omaisten ja asiakkaiden liian suppea tieto lääkkeistä, häpeä, sairauden tunnottomuus, sivuvaikutukset ja lääkkeiden käytön jatkuva muistutus siitä, ettei ole aivan kunnossa. Sen vuoksi on tärkeää puhua lääkityksestä avoimesti ja monipuoli-

sesti masennusta sairastavien kanssa. Lääkitykseen liittyy huolia ja ennakkoluuloja, mutta myös positiivisia odotuksia. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 69-70.) Mitä ankarampi masennus on, sitä suurempi merkitys on lääkityksellä. Lääkityksen vaikutukset ilmenevät vasta noin kuukauden kuluttua lääkityksen aloittamisesta, joten oikean lääkeyhdistelmän löytymiseen saattaa mennä aikaa. Jos lääkityksestä on ollut toivottua apua, tulee sitä jatkaa kuitenkin vielä seuraavat puoli vuotta ja lopettaa sen jälkeen vähitellen, jotta oireet eivät palautuisi. (Toivio & Nordling 2009, 244.) Jos masennusjaksoja on useita, estolääkitys voidaan ottaa käyttöön (Vuori-Kemilä ym. 2007, 71).

4.6 Avohoidon palvelut

Avohoito ei ole hoitoa sellaisenaan, vaan se on hoidon toteuttamistapa ja -ympäristö. Jotta hoidon laatu voisi parantua, täytyy hoidon olosuhteiden muuttumisen jälkeen tapahtua kehitystä. Onnistunut avohoito edellyttää koko väestön suuntautuvaa työtä, ettei asiakas tulisi leimatuksi sekä toimintojen yhteen sovittamista julkisen sektorin toimijoiden ja terveydenhuollon kesken. (Korkeila 2009.)

Ajatus kustannusten säästöstä on edesauttanut avohoitosuuntausta, mutta tasokas avohoito ei ole halvempi vaihtoehto, päiväsairalaan lukuun ottamatta. Avohoito voi tarjota asiakkaalle mahdollisuuden hoitoon tutuissa olosuhteissa. Avohoidon mahdollistaman itsemääräämisoikeuden vuoksi asiakkaalla on oikeus keskeyttää hoito, mikäli katsoo sen tarpeelliseksi, vaikka hoito saattaisi olla oleellista. (Iivanainen ym. 2010, 31; Korkeila 2009.)

Avohoittoa ja sairaalahoitoa tulisi voida yhdistää toisiaan täydentäviksi ja toisiaan tukeviksi. Samalla tulisi välttää luomasta liian optimistista kuvaa siitä, kuinka helppoa olisi korvata potilaspaiikkoja muilla palveluilla. Palvelun puuttuminen voi näin ollen näkyä niiden ihmisten elämässä, joiden kanssa järjestelmä ei juuri ole tekemisissä. Taakka, joka aiheutuu hoidon puutteista, tuntuu tällöin omaisten elämässä ja aiheuttaa asiakkaalle tarpeettoman pitkää kärsimystä. (Korkeila 2009.)

Mielenterveyden keskusliiton määritelmän mukaan avohoito on hoitoa, jonka aikana voi esimerkiksi asua kotona. Avohoitoon voi kuulua lääkärin määräämä lääkehoito. Hoitoon kuuluvat säännölliset käynnit joko lääkärillä, psykologilla, hoitajalla tai esimerkiksi virtuaalivastaanottoa. Muun muassa psyko-, taide-, musiikki- tai toimintaterapia voi kuulua avohoitoon. (Iivanainen ym. 2010, 28; Mielenterveyden keskusliitto.)

Mielenterveyden avohoitoon kuuluvat muun muassa erilaiset tuetut asumispalvelut, kotisairaanhoidot, kotipalvelut ja työ- ja viriketoiminta (Vuori-Kemilä ym. 2007, 2). Avohoitoon kuuluu asiakkaan omaehtoinen vaikutusmahdollisuus palveluiden järjestämiseen. Yleensä avohoidossa oleva asuu itsenäisesti. Avohoitopalveluihin kuuluvat myös terveyskeskuskäynnit ja esimerkiksi päiväsairalakäynnit. Avohoidossa tulisi olla laadittuna hoito- tai palvelussuunnitelma. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000.)

Etsivän mielenterveystyön, kotikäyntien ja ympärivuorokautisten avohoitopalvelujen avulla voitaisiin kehittää psykiatrista avohoitoa. Pelkkä reseptien uusiminen ei ole hyvätasoisia psykiatrista avohoitoa. Täytyy pohtia myös, mitä avohoidossa olevat ihmiset tarvitsevat, jotta avohoidosta saataisiin laadukasta. (Finlands Svenska Psykosociala Centralförbund, Mielenterveyden keskusliitto, Omaiset mielenterveystyön tukena -keskusliitto, Suomen mielenterveysseura 2009.)

Avopalveluiden kehitys

Viime vuosikymmenten aikana mielenterveyspalvelut ovat olleet niin hallinnollisten kuin rakenteellisten muutosten kourissa. Järjestämisvastuu mielenterveystyöstä on siirretty keskushallinnoilta kunnille: on siirrytty monipuolisten, integroitujen avohoitopalvelujen malliin psykiatrian laitospainotteisesta mallista. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006.)

Vuoden 1980 jälkeen mielenterveyden hoidon luonne alkoi muuttua laitospainotteisesta avohoitoon painottuvaksi. Tämä käynnisti muutoksen palvelurakenteessa, jolloin tavoiteltiin laitospaikkojen vähentämistä ja avohoitopainotteista hoito- ja kuntoutusjärjestelmän kehittämistä. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 20.)

1990-luvun laman seurauksena mielenterveyspalveluita leikattiin runsaasti. Psykiatrinen hoito uudistui siinä määrin, että sairaalapaikkoja vähennettiin, mutta avohoitopaikkoja ei kuitenkaan lisätty, ja avohoidon piiriin tuli entistä vaikeammin sairastavia mielenterveysasiakkaita. Mielenterveyden puolelta vähennettiin eniten määrärahoja lastensuojelun ja päihdepuolen ohella. Erikoissairaanhoidon vähennykset olivat 18%, mutta psykiatriassa jopa 40%. Avohoitokäynnit lisääntyivät, kun laitospaikkoja vähennettiin, mutta henkilökuntaa ei kuitenkaan siirtynyt samassa suhteessa avopuolelle. ”Hoidossa vai heitteillä” -teoksen mukaan tuloksena olikin hoidon tason heikkeneminen, vaikka tavoite oli toinen. Järjestöjen asema suureni avohoidon puolella, sillä julkisella puolella ei ollut enää resursseja vastaavien palvelujen tarjoamiseen ja näin on vielä tänäkin päivänä. (Kuhanen ym. 2010, 45; Tehy ry. 2010; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2006; Toivio & Nordling 2009, 310 Vähäkylä 2006, 17-18, 181.)

Laman seurauksena avohoit- ja sairaalayksiköt toimivat lähes koko maassa jonoilla ja ylipaikoilla. Ihmisille tuli kriisitilanteita muun muassa taloudellisista vaikeuksista johtuen, jolloin mielenterveyspalvelujen tarve lisääntyi. Kuitenkin kuntien säästötoimet kohdistuivat pääosin mielenterveystyöhön. (Tehy ry. 2010; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2006.)

1990-luvulla laman aikaan kouluja lakkautettiin ja monien koulujen tukitoimia karsittiin. Myös muut mielenterveyttä edistäviä toimia supistettiin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2006.) Vielä nykyäänkin psykiatrisista palveluista supistetaan ensimmäisenä. Kuitenkin mielenterveyslain mukaan mielenterveyspalvelut tulee järjestää sisällöltään ja laajuudeltaan kunnassa tai kuntayhtymässä siinä mittakaavassa kuin tarve edellyttää. Hentisen, Iijan ja Mattilan mukaan laitospaikkoja on vähennetty, mutta avohoitopaikat eivät ole juurikaan lisääntyneet. Kuitenkin mielenterveys-

palvelujen laatu on parantunut. (Hentinen ym. 2009, 95; Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116; Tehy ry. 2010; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Stakes toteutti vuosina 2004-2006 MERTTU-tutkimushankkeen työikäisen väestön mielenterveyspalvelujen vaikuttavuudesta. Hankkeella kartoitettiin kuntien mielenterveyspalveluita ja analysoitiin alueellista mielenterveyspalveluiden tarjontaa. Hanke osoitti psykiatrisen sairaalahoidon korvaamisen avohoidolla olleen kuitenkin Suomessa suurilta osin onnistunutta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.) MERTTU-hanke osoitti myös rakennemuutoksen suomalaisessa psykiatriassa olleen edelleen kesken. Psykiatrisen sairaalahoidon vaihtoehtojen kehittämistä on sen vuoksi tarpeellista jatkaa. Hankkeen tieteellisten analyysien mukaan alustavasti havaittiin avohoitoon painottuvien rakenteellisten ratkaisujen ja toisaalta jo tapahtuneen laitoshoidon purun liittyneen alentuneeseen itsemurhakuolleisuuteen. Itsemurhariskiä vähentää alueen monipuolisempi ja avohoitoon painottuva palvelurakenne. Hankkeen mukaan itsemurhariski väheni sairaaloista uloskirjoitetuilta asiakkailta samanaikaisesti psykiatrisen sairaalahoidon vähenemisen ja hoitajaksojen lyhenemisen kanssa. (Harjajärvi ym. 2006.)

1991 voimaan tulleen mielenterveyslain tavoite oli laskea hoitoon menon kynnystä ja parantaa asiakkaan asemaa, sillä psykiatrisen hoito yhdistettiin tavallisiin sairaanhoitopiireihin, jolloin psykiatrian alan eristyneisyys katosi. Käynnissä olevassa Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa matalan kynnyksen periaate on myös otettu esille. Asiakkaiden pääsyä mielenterveyspalveluihin pyritään parantamaan siten, että hoitoon hakeutumisen kynnystä madalletaan ja helpotetaan muun muassa toimeentuloturvan tukia kehittämällä, jotta mielenterveysasiakkaiden on helpompaa hakeutua omaehtoisesti hoitoon. Tavoitteena on luoda matalan kynnyksen ja yhden oven periaatteella toimivia palveluja mielenterveys- ja päihdeasiakkaille, jolloin ihmisten ohjailu eri hoitotahojen välillä saataisiin minimoitua, ja hoidosta tulisi yhdenmukaista. Hoidosta pyritään saamaan koko elämänsämittainen toimiva kokonaisuus, jolloin yhden oven taakaa löytyy mielenterveys-, päihde- ja somaattinen osaaminen. Tarkoituksena on, että mielenterveyspalveluihin pääsy ja niiden saaminen olisi yhdenvertaista. (Kuhanen ym. 2010, 4; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; Vähäkylä 2006, 17.)

Avohoitoon alettiin laman jälkeen vasta 1990-luvun lopussa panostaa siinä määrin, että mielenterveyden kehittämistoimintoja käynnistettiin ja monipuolistettiin. Muun muassa mielenterveyskeskuksia, päiväosastoja ja kuntoutuskoteja alettiin perustaa. Kehitys on jatkunut samankaltaisena näille vuosille saakka, mutta riittävän hoidon saantia ei silti ole välttämättä pystytty takaamaan. Vuori-Kemilän mukaan mielenterveyden avohoidon asiakkaan saama palvelu ei välttämättä aina ole riittävää. Mielenterveyspalveluiden laatu ja määrä vaihtelevat maamme sisällä. (Hentinen ym. 2009, 95; Toivio & Nordling 2009, 310; Vuori-Kemilä ym. 2007, 2.)

Mielenterveysongelmat arvioidaan ensisijaisesti terveysasemalla. Mielenterveyspalveluihin hakeutuminen tapahtuu samoin kuin muiden sairauksien yhteydessä oman asuinalueen terveysasemalla. (Helsingin kaupunki &

terveyskeskus 2008.) Terveyskeskuksista ohjataan paikasta riippuen tarpeen tullen erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon on jo kauan ollut avohoitopainotteista. Mielenterveyskeskukset voivat myös vastata mielen-terveystyön avohoitopalvelujen tarjoamisesta. Tavallisesti mielen-terveyskeskukset on liitetty perusterveydenhuoltoon. Mielenterveyskeskukset tarjoavat vastaanottopalveluja, psykoterapiapalveluja, keskustelu- ja kriisi-asiapua, asumisen ja kuntoutumisen tukipalveluja ja erilaisia toiminnallisia ryhmiä. Yksityiset tahot, kuten järjestöt ja sosiaalihoito, kuuluvat myös mielen-terveyden avohoidon. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 28; Vähäkylä 2006, 23, 37, 135.)

Useimmiten avopalvelut ovat perinteisiä pysyviä ajanvarauspalveluja, vaikka niiden rinnalle tarvittaisiin myös monipuolisia, kehittyneitä, liikku- via ja päivystyksellisiä avopalveluja. MERTTU-hankkeen tekemän palve- lukartoituksen mukaan mielen-terveyspalveluissa esiintyi laitospainottei- suutta edelleen. (Harjajärvi ym. 2006.) Suomessa on kuitenkin pyritty määrätietoisesti kehittämään hoitoa niin, että laitoshoidon vähennetään ja tilalle järjestetään avohoitopalveluja (Iivanainen ym. 2010, 28).

Mielen-terveystyön resursseja tulisi pyrkiä siirtämään avohoidon varsinkin alueilla, joissa hoito on laitospainotteista. Laitoshoidon ei pitäisi olla ensi- sijainen hoitomuoto. Kuitenkin psykiatrisia laitospaikkoja on oltava riittä- västi niitä tarvitseville. Avopalveluilla, jotka liittyvät ihmisen arkeen, voi- taisiin pyrkiä vähentämään laitoshoidon käyttöä. Tämä kehityssuunta olisi toivottava niin yhteiskunnan kuin yksilönkin kannalta. Laitoshoidon tulisi samalla kehittää asiakasta vähemmän leimaaviin ja laitostaviin ko- dinomaisiin ympäristöihin. Erilaisiin järjestetyn päivätoiminnan muotoihin tulisi myös kiinnittää huomiota enenevässä määrin. Omaehtoisen, mielek- kään tekemisen järjestäminen mielen-terveysasiakkaille ja -kuntoutujille sekä avo- että laitoshoidossa oleville on tärkeää. (Harjajärvi ym. 2006.)

Palveluntarjoajien yhteistyötä ja yhteistyömuotoja on tärkeää kehittää hoi- don jatkuvuuden kannalta siten, että palveluketju ei pääsisi missään vai- heessa katkeamaan eikä toisaalta pääsisi syntymään turhaa päällekkäisyyt- tä. Huomio tulisi kiinnittää keskinäiseen hoidon jatkuvuuteen sekä poti- laskohtaiseen jatkuvuuteen. Jatkuvuuden kannalta merkittävä riskitekijä on palvelujärjestelmän hajanaisuus. Avohoidon tulisi kyetä vastaamaan erikoissairaanhoidon alueellisiin tarpeisiin kustannustehokkailla menetel- millä, ja siksi avohoidon voimavarat tulisi mitoittaa sen mukaisesti. Vai- keista häiriöistä kärsiviä ei saisi jäädä ilman hoitoa ja lievien tapausten osuus erikoissairaanhoidossa ei saisi olla suhteellisesti suuri. (Harjajärvi ym. 2006; Korkeila 2009.)

Palvelut, joita järjestöt tarjoavat, tulisi integroida palveluketjuihin ja - järjestelmään entistä paremmin. Järjestöjen tarjoamista mielen-terveyspal- veluista kunnan asukkaille ei monellakaan kunnalla ole tietoa. Palveluket- jun saumakohtiin tulisi kiinnittää tarkempaa huomiota ja kehittää niihin tarpeenmukaisia palveluja. Aluksi varsin tiivistä tukea ja palveluja, jotka tukevat arjessa selviytymistä, tarvitsevat esimerkiksi laitoshoidosta avo- palvelujen piiriin siirtyvät mielen-terveyskuntoutujat. Kestävien ja kattavi- en paikallisten palvelujärjestelmien aikaansaamiseksi mielen-terveyspalve-

lujärjestelmä kaipaa kokonaisuudessaan aikaisempaa järjestelmällisempää organisointia ja palvelujen yhteensovittamista. Mielenterveystyön johtamisongelmiin viittaavat puute kuntien strategisessa otteessa ja vaikeus hahmottaa mielenterveyspalvelujen kokonaiskenttä. Kuntalaisille, jotka kärsivät mielenterveyden häiriöistä, tulisi pystyä tarjoamaan yhdenvertaiset mahdollisuudet hoitoon ja siihen osallistumiseen, jotta mielenterveyspalvelujen rakennemuutos toteutuisi. (Harjajärvi ym. 2006.)

MERTTU-hankkeen suomalaisen väestötutkimuksen mukaan vain osa kansalaisista, jotka kärsivät mielenterveyden häiriöistä, olivat hoidon piirissä. Tutkimusten valossa hoidon saatavuus näytti parantuneen, mutta hoidon ulkopuolella olivat esimerkiksi enemmistö masennusta sairastavista. (Wahlbeck & Pirkola 2008.)

MERTTU-hankkeen tekemän tutkimuksen mukaan hoitoon pääsy on helppompaa ja itsemurhavaarassa olevat tavoitetaan paremmin niissä kunnissa, jotka tarjoavat monimuotoisia avohoitopalveluja. Tulosten mukaan mielenterveyden avohoitopalveluita kehittämällä itsemurhien ehkäisy voi olla mahdollista. (Pirkola, Sund, Sailas & Wahlbeck 2009.)

Mielenterveysasiakkaan oikeuksiin kuuluu, että hän saa sairautensa edellyttämää riittävää hoitoa joko avo- tai laitoshoidossa. Mielenterveyslain mukaan kunnan pitää huolehtia mielenterveyspalvelujen järjestämisestä. Ensisijaisesti mielenterveyspalvelut tulee järjestää avopalveluina sekä tukien itsenäistä suoriutumista ja hoitoon hakeutumista. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116; Suomen mielenterveysseura 2001, 11.) Myös Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma painottaa mielenterveyspalvelujen järjestämistä avohoitona, joka asiakkaan kannalta toimisi sujuvasti. (Partanen ym. 2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Nykyään psykiatrisessa hoitojärjestelmässä korostetaan avohoitopainotteisuutta, jossa asiakaslähtöisyys on kaiken perusta. Mielenterveyspalveluiden tulisi olla monipuolisia, mutta niissä on huomattavia eroja kuntakohdaisesti. Monessa kunnassa mielenterveyspalvelut ovat laitospainotteisia. (Kuhanen ym. 2010, 45; Syrjälä, Kontio & Paasovaara 2009, 16-18.)

Suomen mielenterveysseuran mukaan avohoidon palveluita on liian vähän määrällisesti. Iltaisin, öisin ja viikonloppuisin ei ole riittävästi mahdollisuuksia hakea tilapäistä tukea. Terveystuon velvoitteena on turvata riittävä avohoido mielenterveysasiakkaalle ja varmistaa, ettei hän jää heitteille tai ilman tukea. (Kuhanen ym. 2010, 45; Suomen mielenterveysseura 2001, 23-24.)

Suomen mielenterveysseuran mukaan joitakin mielenterveysasiakkaita pidetään laitoksissa, koska jatkohoitoa avosektorilta ei ole saatavissa. Hoitoon pääseminen riittävän ajoissa ei aina toteudu. Kuitenkin mielenterveysasiakkaalla on oikeus saada sellaista hoitoa, joka on riittävää sairauteen nähden. (Suomen mielenterveysseura 2001, 19.)

Hoidossa vai heitteillä –teoksen mukaan haastateltavat mielenterveyskuntoutujat lisäisivät avohoido ja panostaisivat hyvin tehtyyn hoitosuunni-

telmaan, mikä vähentäisi kallista sairaalahoitoa. Myös keskusteluavun tärkeyttä puitiin: haluttiin lisää esimerkiksi keskusteluryhmiä tai aikaa hoitajan ja kuntoutujan välisille keskusteluille. He myös halusivat lääkäreiltä lisää tietoa hoidosta ja lääkkeistä. Lisäksi järjestöjen ja terveydenhuollon yhteistyön lisäämistä toivottiin. (Vähäkylä 2006, 190-191.)

Avohoidossa työskentelevältä vaaditaan enemmän sopeutumiskykyä kuin sairaalassa työskentelevältä, minkä takia henkilökunnan kuormittumisen hallinnan ja järjestelmän sortumisen ehkäisy on välttämätöntä. On todettu, että avohoidossa työntekijöiden työuupumus on yleisempää kuin sairaalan työntekijöillä. (Korkeila 2009.)

Kolmannen sektorin avopalvelut

Mielenterveyspalvelut koostuvat julkisista, yksityisistä ja kolmannen sektorin palveluista (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 56). Kolmannen sektorin mielenterveyspalvelut ovat osana avopalveluja. On kustannustehokasta ostaa sosiaali- ja terveyspalveluja kolmannelta sektorilta, koska palveluja tuottavat järjestöt ja säätiöt eivät tavoittele toiminnallaan voittoa. Esimerkiksi Helsingissä on vähennetty ostopalveluja, minkä avulla tavoitellaan kustannussäästöjä. Jotta kustannussäästöjä syntyisi, joudutaan yleensä tinkimään laadusta ja toteutuksesta. Jos laatu ja toteutus heikkenevät, voi kolmannen sektorin mielenterveyspalveluiden vähentäminen tulla kunnalle kalliiksi: ihmisten fyysisen ja henkisen terveyden heikkeneminen lisää raskaampien ja kalliimpien hoitomuotojen tarvetta, ja kuntoutuminen takaisin työelämään tapahtuu tällöin entistä harvemmin. (Suomen mielenterveysseura 2010.)

Kolmas sektori täydentää yksityisen ja julkisen sektorin toimintaa, mutta kolmannen sektorin toiminta voi olla myös täysin ulkopuolista toimintaa. Sen eräänä tärkeänä tehtävänä on kuntouttava, sosiaalinen ja syrjäytymistä ennaltaehkäisevä toiminta. Kuntien rahoituspaineiden takia kolmannelle sektorille palveluntuotannon siirtäminen on houkuttelevaa. Kirkko on suuri kolmannen sektorin toimija. (Iivanainen ym. 2010, 22.)

Vanhin ja hyvin merkittävä järjestö on Suomen mielenterveysseura. Toimintansa aikana seura on tehnyt mielenterveyteen liittyvää valistustyötä ja aloittanut uusia työmuotoja. Esimerkiksi valtakunnallinen kriisipuhelin on sen aikaan saama. Seura ylläpitää myös SOS-keskusta. Suomen mielenterveysseuraan kuuluu yli 50 paikallista mielenterveysseuraa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 60.)

Potilasyhdistykset järjestävät monipuolista tukitoimintaa jäsenilleen. Tukitoimintaan kuuluvat muun muassa vertaistukitoiminta, hoidolliset ryhmät, virkistystoiminta, työtoiminta ja sopeutumisvalmennuskurssit ja liikkuvat auttamisyksiköt. Lisäksi on olemassa omaisyhdistyksiä, jotka tarjoavat samankaltaista tukitoimintaa kuin potilasyhdistykset, mutta omaisille. Muita esimerkkejä kolmannen sektorin mielenterveyspalveluista ovat perheneuvonta, jälkipuinti katastrofitilanteiden jälkihoitona ja kriisikeskukset. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 60; Lönnqvist 2001, 719-720.)

Yksityisiin palveluntuottajiin kuuluvat esimerkiksi yksityispsykiatrit, psykologit, erilaiset terapeutit, hoito- ja kuntoutusyksiköitä ja asumispalveluja. Näitä palveluita ostavat kunnat, Kela, muut vakuutuslaitokset ja yksityiset asiakkaat. Niiden tarkoitus on täydentää ja korvata julkisia palveluita. Ne ovat tarpeellisia, koska julkiset palvelut eivät välttämättä riitä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 59.)

4.7 Masennuksesta toipuminen

Asiakkaan onnistuneen hoidon mahdollistavat hoitajan ammattitaito ja menettely hoitoonohjaustilanteessa, hoidon suunnittelun merkitys ja hoitomotivaation ja luottamuksen syntyminen hoitosuhteessa. Tärkeää hoitoonohjaustilanteessa on mielenterveystyöntekijän tai omaisen empaattinen ja määrätietoinen ote, jotta hoito mahdollistuu. Sairaanhoidajan kyky olla vuorovaikutuksessa luottamusta herättävällä, vastaanottavalla ja läsnä olevalla tavalla luo turvallisen pohjan auttavalle hoitosuhteelle. (Alastalo & Punkkinen 2005.)

Hoitoympäristöllä voi olla merkitystä kuntoutumiselle. Tiloissa täytyy olla mahdollisuus yksityisyyden- ja toisaalta yhteisyyden kokemiselle. Tilojen täytyy olla toiminnalliset: turvallinen huone, jossa esimerkiksi taiteen avulla luodaan viihtyvyyden tuntua. (Noppiari ym. 2007, 220.)

Passiivisuus on masennuksen hoidossa vaarallista, sillä tila kroonistuu helposti. Masennuksen hoidon tulisi olla erityisen aktivoivaa ja pitkäjänteistä. Asiakkaan pessimismi hoitoansa kohtaan voi olla masennuksen oire, mikä huomioida hoidossa. Pessimismille ei saa antaa periksi, vaan hyvään hoitoon ja pätevään kuntoutukseen tulisi pyrkiä. Hyvän hoidon ensimmäinen lähtökohta on kohdata masentunut yksilönä. Hoidon tavoitteena on mielenterveys. (Rovasalo & Melartin 2009.)

Jotta masentunut alkaisi toipua, tulee hoitajan kannustaa masentunutta ottamaan vastuuta omasta elämästään. Kuitenkin liiallinen vaatiminen voi vahvistaa asiakkaan masentunutta mielialaa entisestään, ja asiakas voi kokea, ettei kykene täyttämään hoitajan odotuksia. Hoitajan tulee osoittaa asiakkaalle välittävänsä, muttei kuitenkaan ottaa vastuuta asiakkaan kokemasta pahasta olostaan. Jotta hoitaja jaksaa tehdä hoitotyötä, on hoitajan hyvä päästä jakamaan masentuneen asiakkaan herättämiä tunteita työyhteisössä ja työnohjauksessa. Masennuksesta toipumisen kannalta on tärkeää tunteiden käsittely, jossa sairaanhoitaja on apuna. (Alastalo & Punkkinen 2005; Kuhanen ym. 2010, 207.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää masennukseen sairastuneiden kokemuksia avohoidosta. Lisäksi tarkoituksena on saada käsitys siitä, millainen merkitys avohoidon palveluilla on masennuksesta toipumiseen.

Opinnäytetyön tutkimustehtävänä on kartoittaa masennukseen sairastuneiden kokemuksia hoidostaan avohoidosta.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Sovelsimme opinnäytetyössämme sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista lähestymistapaa. Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää käytetään paljon yhteiskunta- ja sosiaalitieteissä. Kvantitatiivisessa menetelmässä on keskeistä, että se kuvaa ja tulkitsee yhteiskuntailmiöitä. Kvantitatiivinen menetelmä tarkoittaa määrällisten käsitteiden käyttöä tieteessä. Tuloksia kuvataan tilastollisesti esimerkiksi prosenttitaulukoiden avulla, ja johtopäätöksiä tehdään tieteen yleistä logiikkaa mukailien. Kvantitatiivisessa aineiston keruussa käytetään yleensä tutkimuslomakkeita, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on yleensä myös laaja otantajoukko. (Heikkilä 1999, 16; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 131, 135-136; Kyrö 2004, 101; Tilastokeskus.)

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmenetelmän tarkoituksena on kuvata todellista elämää, ja pyrkimyksenä on tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti eikä selvittää määriä. Tyypillistä tälle tutkimusmenetelmälle on aineiston kokoaminen luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Otantajoukko on yleensä pieni. Aineistonkeruumenetelmiä ovat muun muassa haastattelut ja havainnointi. Käytettäessä kvalitatiivista menetelmää tutkimushenkilöt saavat kertoa kokemuksistaan ja mielipiteistään suhteellisen vapaamuotoisesti. Tämä menetelmä sopii hyvin toiminnan kehittämisen ja sosiaalisten ongelmien tutkimiseen. Kvalitatiivista tutkimusmenetelmää voidaan käyttää joko yhdessä kvantitatiivisen menetelmän kanssa tai itsenäisesti. (Heikkilä 1999, 16; Hirsjärvi ym. 2007, 157, 160; Kyrö 2004, 100; Tilastokeskus.)

6.1 Opinnäytetyöprosessin kuvaus

Aloimme työstää ideapaperia liittyen opinnäytetyöhön keväällä 2010. Koskimme teoreettisen viitekehyksen liittyen masennukseen ja mielenterveyteen useista eri kirja-, tutkimus-, artikkeli- ja internetlähteistä. Samana keväänä pidimme ideaseminaarin. Aihe muotoutui ja laajentui ideaseminaarin jälkeen syksyyn 2010 asti.

Saimme yhteistyökumppaniksemme eteläsuomalaisen mielenterveysyhdistyksen, johon otimme yhteyttä ensimmäisen kerran syksyllä 2010. Saimme alustavan myöntävän vastauksen opinnäytetyön toteuttamiselle sekä yhdistyksen päätoimipisteestä että yhteistyökumppaniltamme. Kävimme kertomassa suullisesti opinnäytetyömme aiheesta ja tarkoituksesta yhteistyökumppanillemme. Tässä opinnäytetyössä emme mainitse yhteistyökumppanimme nimeä anonymiteetin säilyttämiseksi.

Tiedonkeruumenetelmät

Keräsimme tietoa sekä kyselykaavakkeen että sovelletun teemahaastattelun avulla ja analysoimme saatuja tuloksia soveltaen induktiivista sisällönanalyysiä. Kyselykaavaketta (Liite 5), jossa kartoitimme kokemuksia avohoidosta, aloimme suunnitella ja työstää joulukuussa 2010. Tarkoituksenamme oli, että kyselykaavakkeesta tulisi mahdollisimman selkeä ja sellainen, että kynnys siihen vastaamiseen olisi matala. Näin ollen kysely-

kaavake koostui lähinnä monivalintakysymyksistä, mutta myös muutamasta avoimesta kysymyksestä.

Haastattelujen avuksi teimme haastattelurungon (Liite 4). Haastattelurungon tarkoituksena oli toimia haastattelijan tukena keskustelussa. Haastattelun teemoiksi määrittelimme kokemukset hoitoon hakeutumisesta ja kokemukset avohoidon palveluista. Haastattelurungosta huolimatta haastattelujen tarkoituksena oli toteutua vapaamuotoisina keskusteluina.

Haastatteluosuustumuslomakkeessa (Liite 2) korostimme tiedonantajan oikeutta kieltää antamansa tiedon käyttö missä tahansa opinnäytetyöprosessin vaiheessa. Tiedonantaja sai täyttää suostumuslomakkeeseen yhteystietonsa, haastatteluajankohtatoiveensa, päiväyksen ja allekirjoituksensa.

Tammikuussa 2011 teimme saatekirjeen (Liite 3) kyselykaavakkeen ja haastatteluosuustumuslomakkeen ohelle. Saatekirjeen avulla selvitimme vastaajille, mikä opinnäytetyön tarkoitus on ja korostimme, ettei vastaajan henkilöllisyys paljastu missään opinnäytetyöprosessin vaiheessa. Saatekirjeessä ilmoitimme hakevamme vapaaehtoisia täydentävään haastatteluun ja kerroimme haastattelun toteuttamisesta.

Veimme kolme Hämeen ammattikorkeakoulun virallista opinnäytetyösopimuskaavaketta täytettäväksi yhteistyökumppanimme toimipisteeseen. Saimme yhteistyökumppaniltamme allekirjoitukset opinnäytetyösopimukseen helmikuussa 2011. Jokainen taho sai oman sopimuksensa: Hämeen ammattikorkeakoulu, yhteistyökumppanimme ja me opinnäytetyön tekijät.

Tavoitteenamme oli saada kaksikymmentä kyselykaavakevastausta, joten veimme saman määrän kyselykaavakkeita yhteistyökumppanimme toimipisteeseen 23.3.2011. Kerroimme kuitenkin, että kyselykaavakkeita on mahdollista tuoda lisää toimipisteeseen, mikäli ne loppuvat kesken. Jokainen tyhjä kyselykaavake oli laitettu omaan kirjekuoreensa haastatteluosuustumuslomakkeen ja saatekirjeen kanssa. Ohjeistimme palauttamaan kyselykaavakevastauksen samassa kirjekuoreessa toimipisteessä olevaan vastauslaatikkoon, jonka teimme itse pahvilaatikosta.

Tarkoituksenamme oli hakea kyselykaavakevastaukset toimipisteestä 7.4.2011. Jatkoimme kuitenkin vastausaikaa toiveenamme saada lisää vastauksia kyselykaavakkeisiin. Haimme kyselykaavakevastaukset yhteistyökumppaniltamme 13.4.2011. Lisääjasta huolimatta emme saaneet enempää vastauksia, joten totesimme kahdeksan kyselykaavakevastauksen riittävän kartoittamaan kokemuksia tässä opinnäytetyössä. Haastatteluosuustumuksia saimme kuusi, mutta katsottuamme alustavasti kyselykaavakevastauksia päädyimme siihen tulokseen, että tässä opinnäytetyössä kaksi haastattelua riittää syventämään kyselykaavakkeista saatuja vastauksia.

Haastattelujen toteutus

Teemahaastattelu on välimuoto lomake- ja avoimesta haastattelusta. Tyyppillistä teemahaastattelulle on, että haastattelun teemat eli aihealueet ovat tiedossa, mutta tarkat kysymykset puuttuvat. Teemahaastattelu on käyttö-

kelpoinen sekä kvalitatiivisessa että kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä. (Hirsjärvi ym. 2007, 203.)

Tarkoituksenamme oli toteuttaa teemahaastattelut huhti-toukokuun 2011 aikana, mutta toteutimme ne kesäkuun aikana. Haastateltavat olivat eri paikkakunnilta. Haastattelun ajankohdan muutoksista ilmoitimme asianmukaisesti haastateltaville. Heitä, jotka olivat ilmoittaneet suostumuksensa haastatteluun, mutta joita emme haastatelleet, kiitimme puhelimitse mielenkiinnosta ja kerroimme, ettei haastatteluun ole tarvetta. Yhteen suostumuksensa antaneeseen emme kuitenkaan saaneet yhteyttä lukuisista yrityksistä huolimatta.

Sovimme haastateltavien kanssa yhdessä haastatteluajankohdan ja -paikan haastateltavien toiveiden pohjalta. Molemmat haastattelut toteutuivat tiedon antajien toiveet huomioiden. Toteutimme haastattelut erikseen yksilöhaastatteluina. Molemmissa haastatteluissa oli yksi haastattelija, ja haastattelut toteuttivat eri henkilöt. Haastateltaville kerrottiin ennen haastattelun alkua, että haastattelut nauhoitetaan analysointia varten. Korostimme, että analysoinnin jälkeen nauhat hävitetään asianmukaisesti ja kerroimme, ettei nauhan sisältö tule muiden kuin opinnäytetyön tekijöiden tietoon. Korostimme myös, ettei haastateltavan henkilöllisyys tule julki missään opinnäytetyöprosessin vaiheessa. Haastattelut toteutuivat keskusteluluontoisesti ennalta määriteltyjen teemojen pohjalta.

Opinnäytetyön tulosten esittäminen

Työnjakonamme oli, että yksi vastasi kyselykaavakkeista ja kaksi teemahaastattelujen toteutuksesta ja analysoinnista. Kyselykaavakkeen kvantitatiivisen osion, strukturoidut kysymykset, analysoimme SPSS-ohjelman avulla.

Sovelsimme laadullista sisällönanalyysiä teemahaastatteluissa ja kyselykaavakkeen avoimissa kysymyksissä. Analyysiyksiköksi valitsimme sanan ja lauseen, tutustuimme aineistoon ja pelkistimme sen. Luokittelimme aineiston, jonka pohjalta muodostui ylä- ja alakategorioita. Aineistoon tutustumisen myötä kategorioiden nimet ja sisältö muokkautuivat sisällönanalyysiprosessin edetessä. Luokittelun pohjalta teimme havaintoja ja analysoimme saatuja tuloksia. Saatuja tuloksia havainnollistimme taulukoiden avulla ja kirjallisesti. Käytimme tulosten esittelyssä haastatteluista lainauksia, jotka tukivat ja havainnollistivat tuloksia.

Yhdistimme sekä kyselykaavakkeiden että haastattelujen tulokset luontevaksi ja toimivaksi kokonaisuudeksi. Tämän jälkeen pohdimme, millä tavalla saadut tulokset tukivat teoreettista viitekehystä ja teimme johtopäätökset. Opinnäytetyöprosessin aikana jatkotutkimusaiheeksi muodostui kokemusten kartoittaminen laajemmin.

6.2 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi on kvalitatiivisten aineistojen perusanalyysimenetelmä, jolla materiaalin kuvaaminen ja analysointi mahdollistuu. Menetelmää on

käytetty paljon hoitotieteen tutkimuksissa. Sisällönanalyysi voidaan määrittellä tiivistämismenetelmäksi. Tällöin kuvataan yleistävästi tutkittavia ilmiöitä. Sisällönanalyysillä voidaan myös pyrkiä tuomaan esille tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet. Sisällönanalyysillä pyritään tiiviiseen ja laajaan ilmiön esittämiseen, josta syntyy muun muassa käsiteluokituksia ja käsitejärjestelmiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 132-134)

Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan objektiivisesti ja järjestelmällisesti analysoida aineistoa. Menettelytapaa voidaan käyttää joko induktiivisesti tai deduktiivisesti. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3.) Sisällönanalyysin on oltava objektiivista eli puolueetonta, ja sen tulee tähdätä yleistettävyyteen. Sisällönanalyysissä kaikki aineisto tulee huomioida. Sen täytyy myös tukeutua teoriaan. (Anttila 1996, 256.)

Seuraavat vaiheet kuuluvat sisällönanalyysiprosessiin:

analyysiyksikön valinta
aineistoon tutustuminen
aineiston pelkistäminen
aineiston luokittelu ja tulkinta
luotettavuuden arviointi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 136.)

Litterointi tarkoittaa haastattelunauhojen materiaalin kirjoittamista tekstiksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133). Aineiston voi litteroida joko koko kerätystä aineistosta tai esimerkiksi teema-alueiden mukaisesti. Ei ole tarkkaa ohjetta siitä, kuinka tarkkaan litterointi tulee suorittaa, vaan siihen vaikuttaa se, millaista analyysiä ja analyysiohjelmaa aiotaan käyttää. (Hirsjärvi ym. 2007, 217.)

Analyysiyksikkö voi olla sana tai lause, kirjain, sivujen määrä, keskusteluun osallistujien määrä, pääotsikoiden koko tai keskusteluun käytetty aika. Kun analyysiyksiköt on valittu, luetaan aineisto läpi monta kertaa, sillä aktiivinen lukeminen luo pohjaa analyysin teolle. (Janhonen & Nikkonen 2001, 25-26; Kyngäs ja Vanhanen, 1999, 5.) Kun käytetään kvantitatiivista tutkimusmenetelmää, luokitusyksiköille annetaan numeerisia arvoja sen perusteella, miten ne esiintyvät aineistossa. (Anttila 1996, 255-256.)

Aineiston pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistolle esitetään sellaisia kysymyksiä, jotka ovat tutkimustehtävän mukaisia. Vastaukset eli pelkistetyt ilmaisut kirjataan. Kun pelkistäminen on tehty, aineisto ryhmitellään. Aineiston ryhmittelyssä ilmaisuja erotellaan eri luokkiin, ja nämä luokat nimetään. Abstrahointi on sitä, kun saman sisällölliset luokat yhdistellään ja saadaan yläluokkia. (Janhonen & Nikkonen 2001, 28-29.)

Sisällönanalyysin tavoitteena on ilmaista aineiston sisällön olemusta jakamalla aineisto luokkiin ja kategorioihin. Analyysin avulla aineistosta voidaan tehdä havaintoja ja kerätä tietoja. Kun aineistoa luokitellaan, lähtökohtana on teoreettinen viitekehys aiheeseen liittyen. (Anttila 1996, 254-255.)

Tulosten raportoinnissa voidaan esittää esimerkiksi analyysissä muodostettu käsitekartta, kategoriat tai käsitejärjestelmä. Tuloksissa kuvataan ja selitetään kategoriat ja niiden sisällöt. Suoria lainauksia käytetään myös, ja niiden tarkoituksena on raportin luotettavuuden lisääminen. Tutkittavien tunnistamattomuus tulee varmistaa. Tärkeää raportin validiteetin kannalta on osoittaa yhteys aineiston ja tulosten välillä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.)

Tässä opinnäytetyössä käytimme kyselykaavakkeiden strukturoitujen kysymysten analysoinnissa SPSS-ohjelmaa. Annoimme kysymyksille ja vastausvaihtoehdoille numeeriset arvot. Arvojen antamisen jälkeen syötimme ne ja kyselykaavakkeista saadut tulokset ohjelmaan, jonka jälkeen taulukoinnin ja laskennan avulla analysoimme kyselykaavakkeista saatuja tuloksia. Saatuja tuloksia kuvasimme numeerisesti ja diagrammien avulla.

Haastattelun analyysivaihetta voi kuvata palapelinä, jota alettiin koota. Litterointiin kului aikaa tunteja. Nauhalle tuotettua puhetta oli haastavaa kirjoittaa puhtaaksi. Haastattelun litteroinnin aikana alkoi ajatuksia muodostua ryhmittelystä. Litterointi oli ensimmäinen työstämisvaihe sisällön analyysissä, jolloin haastattelun osia eli ns. palapelin paloja saattoi jo hienan hahmotella toisiinsa. Pelkistäminen tuntui vaikealta litteroinnin jälkeen, joten se prosessi jäi vähäiseksi, mutta se auttoi kohti seuraavaa työvaihetta, sillä haastattelumateriaali alkoi paremmin hahmottua. Analyysiyksiköiksi valitsimme sanoja tai lauseita haastatteluissa. Kyselykaavakkeessa analyysiyksikkönä toimivat numerot.

Tässä esimerkki työmme pelkistämisestä (Taulukko 1.):

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Aineiston pelkistäminen (alkua):	
hoitoon hakeutumista motivoivat lapset, fyysiset oireet ja väsymys ennakko-odotukset hoidosta positiiviset hoitoon pääsy hyvää hoitoon hakeutumisesta vaikeaa leimautumisen pelko, häpeä, asenteet, nuoruus hoitoon hakeutumisesta helppoa: asenteet, tiedon lisääntyminen, ikääntyminen hoitohenkilökunnasta positiivisia ja negatiivisia kokemuksia oma aktiivisuus vaikuttaa hoidon kulkuun	Hoitoprosessi
nykypäivänä avohoidon saanti hyvää kehittämiskohteena potilasjärjestö	Avohoidon kehittyminen
päivätoiminta puhuminen ja kuunteleminen ammattilaisille ja vertaisille koulutetut työntekijät tiedon lisääntyminen	Avohoidon laadun osatekijät

Litteroinnin jälkeen käytimme värejä ryhmittelemisen hahmottamiseksi. Tietokoneen avulla tekstin osia värjättiin erivärisiksi, jolloin ryhmittely oli helpompaa. Samanväriset kappaleet kuuluivat alustavasti samaan ryhmään. Tekstin värjäyksen jälkeen alkoi ryhmittely ”leikkaa ja liimaa” metodilla omiin luokkiinsa. Myös käsitekarttaa käytettiin apuna. Aluksi ryhmittelyä ohjasivat teemahaastattelun teemat ja haastattelussa käytetyt kysymykset. Materiaalia työstäessä ryhmittely muuttui selkeämmäksi ja tekstit löysivät tiensä pienistä kategorioista isompiin ja selkeämpiin. Ryhmien punainen lanka alkoi löytyä. Ryhmittelyn lopputuloksena muodostuivat pääkategoriat, joiden alla oli ylä- ja alakategorioita. Tauot auttoivat ryhmittelyn työstämisessä, sillä tekstiä pystyi tauon jälkeen katsomaan uudesta näkökulmasta, jolloin ryhmittely selkeni pala palalta.

Tässä esimerkkinä pala työmme kategoriataulukkoa (Taulukko 2.):

Taulukko 2. Esimerkki kategorioiden luomisesta

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Terveyskeskus	Tiedonsaanti hoidosta	Hoitokokemukset
Omaiset		
Lapset	Alkusysäys hoitoon hakeutumiseksi	
Fyysiset oireet		
Vaikeuttavat tekijät	Hoitoon hakeutuminen	
Helpottavat tekijät		
Hoitopolku	Hoidon toteutuminen	
Hoidon kesto		
Oma aktiivisuus		

7 TULOKSET

Nämä opinnäytetyön tulokset kartoittavat masennukseen sairastuneiden kokemuksia avohoidosta. Saadut tulokset edustavat kahdeksasta kyselykaavakevastauksesta ja kahdesta teemahaastattelusta saatuja tuloksia. Kyselykaavakevastaukset kuvaavat erään eteläsuomalaisen mielenterveysjärjestön asiakkaiden näkemyksiä. Haastateltavat ovat eri paikkakunnilta. Tulokset on analysoitu soveltaen induktiivista sisällönanalyysiä.

Sisällönanalyysiprosessin myötä muodostui kuvaus siitä, millä tavalla masennukseen sairastuneet kokevat avohoidon. Aineiston perusteella on luotu kategorioita, jotka ovat muokkautuneet aineiston hahmottumisen ja tulosten yhdistämisen myötä.

Tuloksissa on yhdistetty sekä kyselykaavakkeiden että haastatteluiden tulokset yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Tuloksien esittelyssä on käytetty apuna taulukoita (Taulukot 1 & 2) ja diagrammeja (Kuvat 1, 2, 3 & 4), jotka on nimetty asianmukaisesti. Ympyrädiagrammeihin (Kuvat 1, 2 & 3) ja pylväsdiagrammiin (Kuva 4) on merkitty vastaajien lukumäärät (Kuva 1, 2 & 3). Kyselyn tuloksista emme ole kertoneet prosentuaalisesti, sillä otantajoukkomme oli pieni. Tässä opinnäytetyössä kuudella tähdellä on merkitty sellaiset tekijät, joista anonymiteetti olisi voinut mielestämme vaarantua. Tähdillä on merkitty muun muassa paikkakunnat, hoitavat tahot, järjestöt ja henkilöiden nimet.

Haastatteluiden tuloksia on esitelty omin sanoin ja siteeraten haastateltavia. Haastatteluista saatuja tuloksia on kerrottu joko erikseen tai yhdistettynä riippuen haastateltavien näkemyksistä. Tulosten esittelyssä ei ole selkeästi eroteltu, kumman haastateltavan näkemystä aineisto edustaa haastateltavien anonymiteetin suojaamiseksi.

Tässä opinnäytetyössä ilmaisuilla ”hoitohenkilökunta” ja ”mielenterveys-työntekijä” on tarkoitettu niitä terveyden- ja hyvinvointialan ammattilaisia, jotka työskentelevät avohoidon puolella. Johdattelut saatuihin tuloksiin olemme kirjoittaneet presensissä ja tulokset imperfektissä.

Tähän osioon johdattaen esitämme alla olevassa kappaleessa tuloksia masennuksen ilmentymisestä. Kun ymmärtää masennuksen ilmentymistä, voi ymmärtää paremmin masennuksen hoidon tarkoitusta ja keinoja masennuksen lievittämiseen sekä haastateltavien ja kyselyyn vastanneiden kokemuksia avohoidosta. Masennusta voi ilmetä useita kertoja ja voi kestää kuukausista vuosiin.

Kyselykaavakkeen avulla tutkimme sitä, kuinka pitkään vastaajat kokivat olleensa masentuneita. Kyselyyn vastanneista kaksi koki olleensa masentunut 1-6 kuukautta. Yhtä monta vastaajaa kertoi olleensa masentunut 5-6 vuotta. Kolme vastaajaa tunsivat olleensa masentunut yli kymmenen vuoden ajan. Seitsemän ihmistä kahdeksasta vastasi kysymykseen. Keskimäärin masennus oli ilmennyt vastaajilla 5-6 kertaa ja kertojen lukumäärä vaihteli kahdesta viiteentoista. Kyselyyn vastanneista kolme kertoi olleensa hoidossa avohoidossa yli kymmenen vuotta, kaksi vastaajaa 6-12 kuukautta ja yksi 2-4 vuotta. Kuusi ihmistä kahdeksasta vastasi kysymykseen.

7.1 Kokemukset hoitoon hakeutumisesta

Tässä osiossa käsittelemme kokemuksia hoitoon hakeutumisesta. Esittelemme hoitoon hakeutumista motivoivia ja helpottavia tekijöitä sekä hoitoon hakeutumista vaikeuttavia tekijöitä. Kerromme tuloksia myös siitä, onko hoitoon hakeutuminen koettu helpoksi. Havainnoimme tuloksia taulukon, ympyrädiagrammin, haastattelun siteerauksien avulla. Eniten tietoa kokemuksista hoitoon hakeutumisesta saimme haastattelujen avulla.

Kokemukset hoitoon hakeutumisesta oli vaihtelevia. Kyselykaavakkeessa kysyimme avohoitoon hakeutumisen helppoudesta. Seitsemän kahdeksasta vastasi kysymykseen. Neljä vastaajaa oli täysin tai jokseenkin sitä mieltä, että avohoitoon hakeutuminen on helppoa. Kaksi vastaajaa kertoi olevansa jokseenkin eri mieltä kyseisen väittämän kanssa ja yksi täysin sitä mieltä, ettei avohoitoon hakeutuminen ole helppoa. Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitoon hakeutumiseen liittyy helpottavia ja vaikeuttavia tekijöitä. Taulukkoon (Taulukko 3) kokosimme haastatteluissa esille tulleet helpottavat ja vaikeuttavat tekijät hoitoon hakeutumiselle.

Ennako-odotukset hoidosta toimivat muun muassa motivaationa hoitoon hakeutumiselle. Joskus ne romuttuivat hoidossa aikana. Opinnäytetyön tulosten mukaan voimakkaat fyysiset oireet sysäsivät hakemaan apua. Ystävien tuki koettiin tärkeäksi tekijäksi hakeutumisessa hoitoon. Lisäksi tiedon saaminen koettiin auttavaksi tekijäksi hoitoon hakeutumisessa, kun taas tietämättömyys hoitoon hakeutumisesta koettiin vaikeuttavaksi tekijäksi. Leimautumisen ja häpeän tunteet koettiin laimenevan tiedon lisääntymisen ja ajan kulumisen myötä. Hoitoon hakeutumisen vaikeutta lisäsi haastateltavien oma ja heidän läheistensä asenteet masennukseen liittyen sekä yleinen ilmapiiri ja tietämättömyys masennuksesta. Pelkona oli lei-

mautuminen. Häpeä ja syyllisyyden tunne vaikeuttivat hoitoon hakeutumista. Iän karttuminen ja tiedon lisääminen puolestaan helpottivat hoitoon hakeutumista.

Taulukko 3. Kokemukset hoitoon hakeutumisesta

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
leimaantumisen ja häpeän tunteen hälveneminen	Hoitoon hakeutumista motivoivat ja helpottavat tekijät	Kokemukset hoitoon hakeutumisesta
nykyaikana tiedon ja ymmärryksen lisääntyminen		
ammattitaito		
fyysiset oireet		
lapset		
toive avun saamisesta		
oma luonne ja asenne		
ystävien tuki	Hoitoon hakeutumista vaikeuttavat tekijät	
leimautuminen		
häpeä sairastumisesta		
lähimmäisten asenne		
syyllisyys ja syyllistäminen sairastumisesta		
oma luonne ja asenne		
yleinen ilmapiiri		
nuoruus		
halu säilyttää yksityisyys		

Hoitoon hakeutumista motivoivat ja helpottavat tekijät

Toiveena hoitoon hakeutumisessa oli, että olotilaan löytyisi syy, ja paraneminen käynnistyisi. Kuntoutumista toivottiin. Ennakko-odotukset hoidosta olivat siis positiivisia. Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuessa ennakko-odotukset koettiin positiivisiksi.

"Se, että joku ottais tosissaan ja lähtis ajamaan sitä syytä miksi mä olin uneton ja minkä takia sitten tuli se masennuskin siinä. Niin että niinkuin oikeen kunnolla lähettäis tervehdyttämään työelämässä olevaa ihmistä."

"Kyllähän mä tietysti toivoin, että tää menis hyvin..."

Masennuksen kokemiseen liittyi fyysisiä oireita, jotka juontuivat väsymyksestä ja unettomuudesta. Oireet sysäsivät hakeutumaan hoitoon. Myös puolison tuki ja lapset motivoivat hoitoon hakeutumisessa. Aina ennakkoodotukset eivät kuitenkaan toteutuneet. Kokemuksena toisella haastateltavista oli pettymyksen tunne siitä, että jäi ihan yksin.

"No mähän menin silloin, kun mulla meni ne unet sekasin... ja tota sit tuli sen kautta se, ettei jaksanu yhtään mitään ja ei saanu nukuttua ja itketti ja väsytti vaan..."

"Mulla ei noussu enää kädet eikä mitkään. Mä en enää jaksanu mennä, eikä jalat noussu, et mä menin ihan kun semmoseks veteläks. Sitten mä lähdin sinne yksityiselle psykiatrille..."

*"No siin hetkessä mä olin niin väsyny, me oltiin jo mietitty ***** kanssa niinkun yksityiseltä puolelta et ihan mitä vaan kun saa mut kuntoon, että joku ottaa tosissaan..."*

Haastateltava koki, että nykyään leimautumisen tunne ja masennuksen häpeäminen ovat lieventyneet. Tämä teki hoitoon hakeutumisesta helpompaa. Leimautumisen tunne hälveni tiedon lisääntyessä mielenterveyden häiriöistä. Kokemuksena oli, että hoitohenkilökunta ymmärtää nykyään paremmin masentuneita. Samalla ajan kulumisen ja oman kypsymisen koettiin helpottavan hoitoon hakeutumista: aika helpotti hyväksymään asioita, jotka ennen hävettivät.

"Enäähän niitä ei leimata hulluiks. Vaan tota ne on herkkiä ihmisiä ja kovia kokeneita ihmisiä ja yleensäkki ketkä tämmöseen sairastuu, että..."

"Nykyäänhän se on niin helppoa se hoitoon hakeminen, et se tuntuu niin kun se ei oo yhtään kauheeta vaikka käy hoidossa. Tämmösessä avohoidossaki. Että tota noin. Ei se pitäis olla vaikeeta enää nykyään, et kyllä pitäis olla sen verta nyt jo viisastunut tänäpäivänä kun elää, että ei ole häpee hakee hoitoa..."

Tiedon saaminen auttoi hakeutumaan hoitoon. Terveyskeskuksen koettiin olevan yksi taho, josta sai tietoa masennuksen hoitomahdollisuuksista. Joskus hoito meni eteenpäin lääkärin aikaansaamana. Välillä hoitoon hakeutumisen apuna oli jokin ulkopuolinen tekijä, kun omat voimavarat tuntuivat riittämättömiltä. Ystävät saattoivat olla tärkeässä asemassa hoitoon hakeutumiselle.

"Terveyskeskuslääkäri määräsi mut sinne. Ja mä menin ja mä olin kyllä hyvin tyytyväinen..."

"niin tota toi työterveys tai tota omalääkäri sanoi, että kiinnostaisko sua lähtee sellaselle psykiatriselle sairaanhoitajalle puhumaan..."

*"... Mun ystävä, ..., vei mut sinne. Sano että nyt haetaan sulle apua, otti kädestä kiinni, haki mut kotoa ja mentiin *****. Siitä se alkoi se mun hoito. Sen jälkeen alkoi rullata."*

Hoitoon hakeutumista vaikeuttavat tekijät

Haastateltava koki nuoruuden vaikeuttavana tekijänä avohoitoon hakeutumisessa, esimerkiksi häpeän tunteen takia. Nuoruuden aikainen negatiivinen suhtautuminen mielenterveysongelmiin vaikeutti hoitoon hakeutumista.

"No totanoin. Se oli siis todella vaikeeta mennä hoitoon, koska siihen aikaan kun mä olin nuori, niin tota noin mielenterveystoimisto sanakin oli jo kauhee."

Lisäksi lähimmäisten asenteellisuus vaikeutti hoitoon hakeutumista. Häpeän tunne siitä, mitä toiset ajattelevat, toimi myös vaikeuttavana tekijänä hoitoon hakeutumisessa. Leimautumisen pelko oli suuri, ja yksityisyys haluttiin säilyttää.

"Ja ihan selvästi ne mielti mitä mä siellä teen... Ja sitten kun siinä pisteessä kun sä olet ja saat sen oven auki ja raahauduttua istumaan niin sä et haluais ketään sun..."

"...ja he ei tietenkään tienny minkä takia mä siellä oon ja... Ja se oli aika ahdistavaa. Näytellä, että kaikki on hyvin ja sitten ei ollu kaikki hyvin."

Oman luonteen koettiin vaikuttavan siihen, kokiko hoitoon hakeutumisen olevan helppoa vai vaikeaa. Pelkona oli, että hoidollisessa keskustelussa tulisi puhuttua jotain negatiivista esimerkiksi omasta työpaikasta.

"No vaikeaa on olla jos on sen luontonen ja viel vanhanaikainen, että hoitoon hakeutuminen.. Että on niinku hullunkirjoissa, joka on mulla jäännä pois kyllä nyt vuosien aikana."

7.2 Kokemukset hoidon saamisesta

Tässä osiossa esittelemme kokemuksia hoidon saamisesta. Käsittelemme haastattelutuloksissa sitä, millä tavalla ennako-odotukset hoidosta toteutuivat. Haastatteluiden tuloksissa tulee esille myös tekijöitä, jotka vaikuttavat hoidon saamiseen. Lisäksi havainnollistamme kyselykaavakkeiden tuloksia ympyrädiagrammien avulla siitä, onko hoidon saaminen helppoa ja onko kukaan jäänyt ilman hoitoa.

Hoidon saamiseen liittyen oli ennako-odotuksia, ja hoitoa saadessa ne muuttuivat tai pysyivät samana. Haastateltavilla oli eri kokemuksia hoidon saamisesta. Toinen haastateltava pettyi, sillä ennako-odotukset eivät toteutuneet. Hoidon saamiseen vaikuttivat monet eri tekijät, kuten oma-aloitteisuus ja oma asenne. Suuri osa kyselykaavakkeisiin vastanneista ko-

ki hoidon saamisen olevan helppoa, eikä moni kokenut jäävän ilman hoitoa. Toinen haastateltava koki jääneensä yksin haettuaan apua, joten hoidon saamisen ennakko-odotuksen romuttuivat. Hän myös koki, ettei voinut olla täysin oma itsensä. Toinen haastateltava puolestaan koki avohoidon saamisen nykypäivänä kaiken kaikkiaan hyvänä, eikä kokenut olevan asioita, joista voisi valittaa. Lisäksi hän oli kaiken kaikkiaan tyytyväinen avohoitoon, sillä avohoidossa hän koki tulleen kuulluksi.

"Et kyllä mun mielestä nykyään kyllä saa tosi hyvin hoitoo, et mä en voi.. Mun kohdalla ainakin, et mä en voi valittaa."

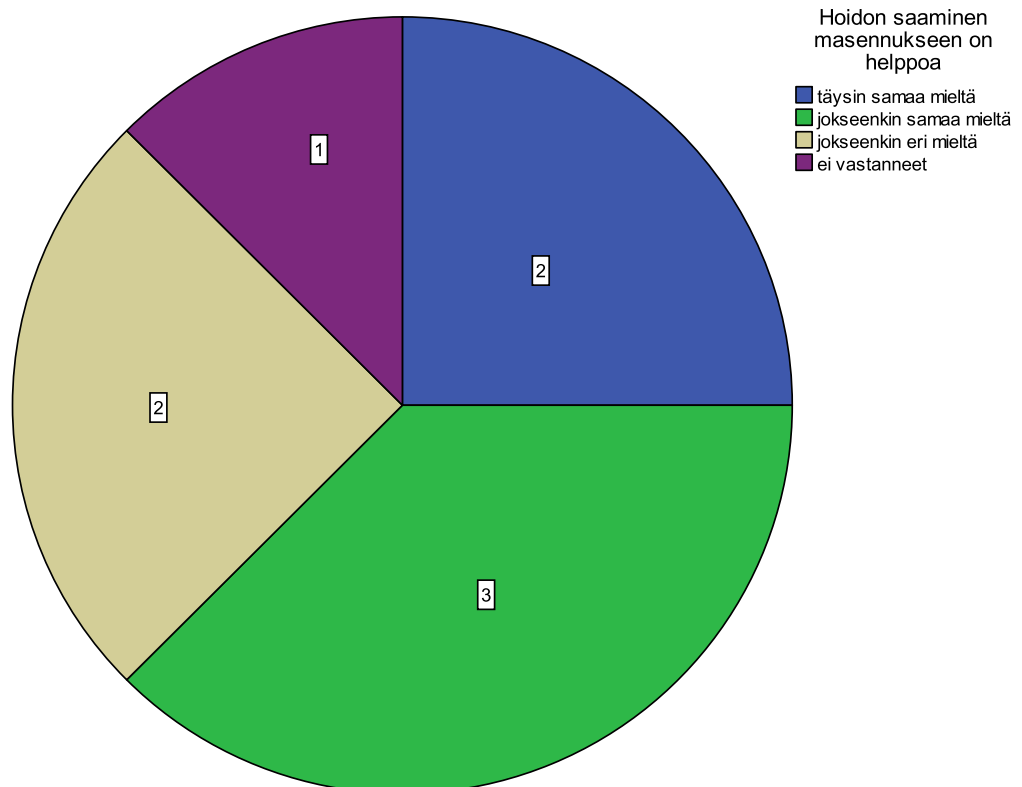
"Mä oon tosi pettynyt siihen..."

Kummatkin haastateltavat kokivat avohoitoon pääsemisen tapahtuneen nopeasti, mikä koettiin hyväksi asiaksi.

"Mä olen päässy kyllä hirveen hyvin.."

"Että sitten, kun mä myönnyin siihen niin siinä ei varmaan... oisko sitten parisen viikkoa menny niin mä sain ekan ajan, menikö niinkään paljon."

Kyselykaavakkeen avulla tutkimme, onko hoidon saaminen masennukseen ollut helppoa (Kuva 1). Viisi vastaajaa seitsemästä oli täysin tai jokseenkin sitä mieltä, että hoidon saaminen masennukseen on helppoa. Kaksi vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa.



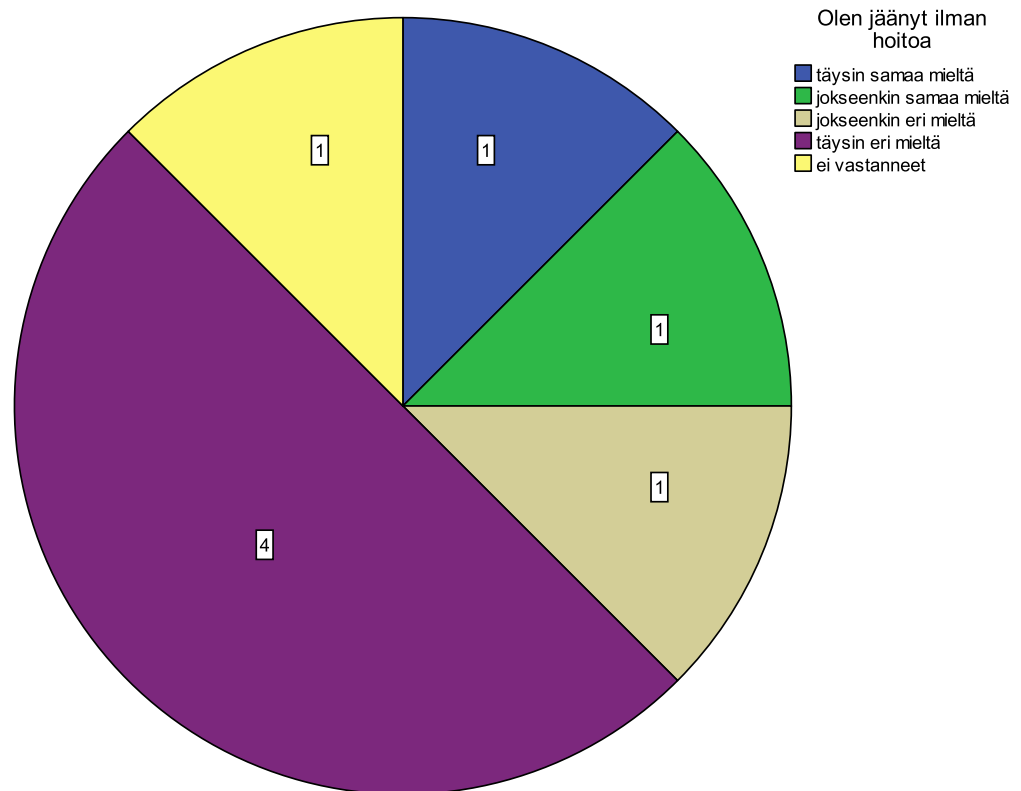
Kuva 1. Hoidon saaminen

Molemmat haastateltavat kertoivat oman asenteen ja aktiivisuuden vaikuttaneen siihen, millaista hoitoa sai. Toisen mielestä sisuuntumista tapahtui, kun ei enää halunnut olla vain se hoidon vastaanottava puoli, vaan halusi itsekin vaikuttaa enemmän hoitoonsa. Myös hoidon odottaminen lisäsi haastateltavan aktiivisuutta hoidon vaatimiseen. Molemmat haastateltavat toivat esille, että joissakin tilanteissa hoitoa täytyi oppia vaatimaan hoidon saamiseksi.

”...Mä en tiedä, kuinka kauan mä olisin joutunu odottaan, mutta mä luulen että se oli enemmänkin siitä kiinni että mä olin kypsä ottamaan sieltä puolelta vastaan...”

”...oisko sitten parisen viikkoa menny niin mä sain ekan ajan, me-nikö niinkään paljon.”

Kyselykaavakkeen väittämäosiossa selvitimme, ovatko tiedon antajat jääneet ilman hoitoa (Kuva 2). Tulokset olivat positiivisia. Viisi vastaajaa koki jokseenkin tai täysin, ettei ole jäänyt ilman hoitoa. Kaksi vastaajaa oli jokseenkin tai täysin sitä mieltä, että on jäänyt ilman hoitoa. Viisi vastaajaa seitsemästä kertoi kokevansa hoidon jokseenkin tai täysin riittäväksi. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, ettei tämänhetkinen hoito riitä.



Kuva 2. Jäänyt ilman hoitoa

7.3 Kokemukset hoidon toteutumisesta

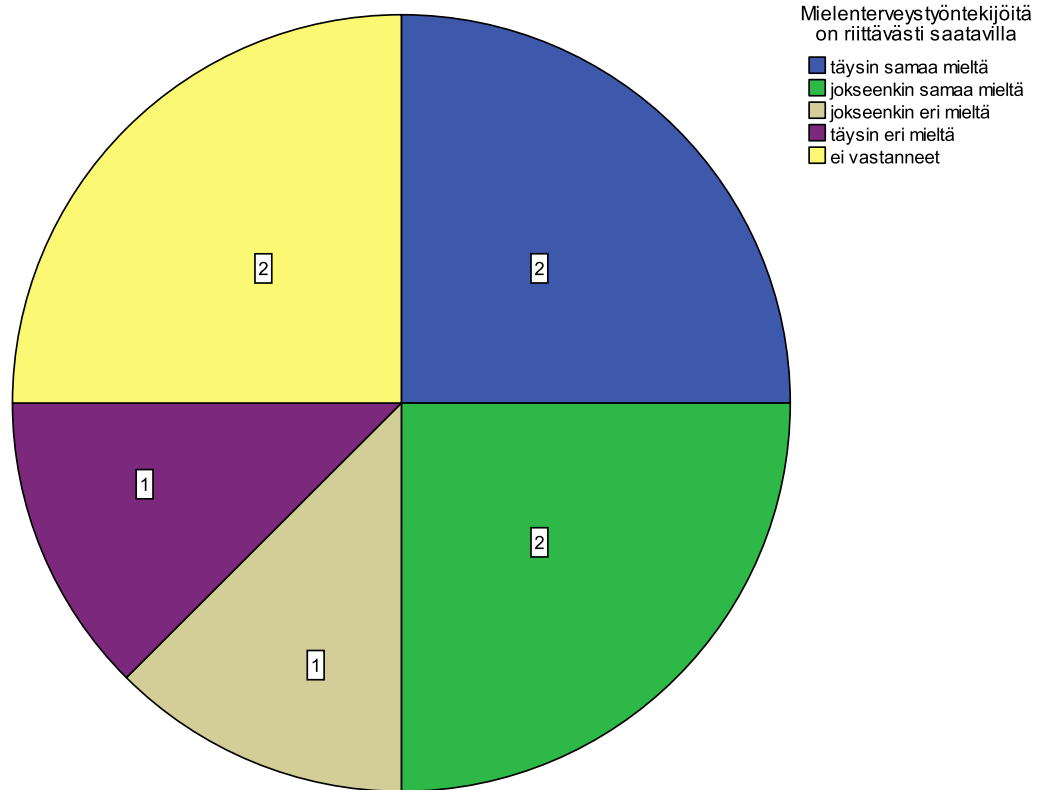
Tässä osiossa käymme läpi kokemuksia hoidon toteuttamisesta. Kokemuksia hoidon toteutumisesta oli monenlaisia. Vastauksissa painottui etenkin työntekijöiden merkitys kokemuksissa hoidon toteutumisesta: työntekijöiden määrä, kielitaito, työntekijöiden vaihtuvuus, ammattitaito ja henkilökemiat nousevat esille. Myös hoitosuunnitelma ja lääkehoito vaikuttavat osaltaan hoidon toteutumiseen. Monia eri avohoidon palveluja käytettiin, kuten päivätoimintaa, hoidollisia keskusteluja ja vertaistukea. Riippuen hoidon tavoitteista, toteutustavoista, masennuksen asteesta ja muista yksilöllisistä tekijöistä palveluita saattoi olla enemmän kuin yksi. Aina palveluita ei koettu olevan riittävästi. Käymme lopuksi läpi kokemuksia avohoidon palveluista ja tarkastelemme avohoidon palveluiden saatavuutta.

Opinnäytetyön tuloksissa painoutuivat etenkin masentuneiden kokemukset hoidon toteutumiseen liittyen. Haastatteluissa haastateltavat puhuivat eniten kokemuksistaan hoidon toteutumisesta, joten aineistoa karttui paljon.

Hoitohenkilökunnan merkitys hoidossa

Haastatteluissa ja kyselylomakkeissa tuli esille hoitohenkilökunnan merkittävä rooli hoidon kokemiseen ja toteutumiseen. Kokemukset olivat sekä positiivisia että negatiivisia. Läsnaolo ja kuuntelemisen taito koettiin tärkeiksi mielenterveystyöntekijän taidoiksi hoidon sujumisen kannalta. Hoitohenkilökunnan vaihtuminen koettiin kielteiseksi hoidossa. Hyvästä hoidosta puhuttaessa ilmeni useaan otteeseen henkilökemioiden tärkeys.

Kyselykaavakkeessa kysyimme mielenterveystyöntekijöiden riittävydestä (Kuva 3). Neljä vastaajaa kuudesta oli jokseenkin tai täysin sitä mieltä, että mielenterveystyöntekijöitä on riittävästi saatavilla. Kaksi vastaajaa oli jokseenkin tai täysin eri mieltä väittämän suhteen.



Kuva 3. Mielenterveystyöntekijöiden riittävyys

Kyselylomakkeen avulla selvitimme, kokevatko vastaajat mielenterveystyöntekijöiden kuuntelevan heitä. Neljä vastaajaa koki jokseenkin tai täysin, että mielenterveystyöntekijät kuuntelevat heitä ja olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon avohoidossa. Yksi vastaaja koki jokseenkin olevansa tyytyväinen saamaansa hoitoon ja mielenterveystyöntekijöiden kuuntelevan häntä. Yksi vastaaja kertoi olevansa jokseenkin tyytymätön hoitoonsa ja koki, etteivät mielenterveystyöntekijät kuuntele häntä.

Haastatteluissa ilmeni, kuinka kokemukset työntekijöistä vaikuttivat siihen, miten hoitava taho koettiin. Esimerkiksi, jos hoitopaikka koettiin hyvänä, yleensä työntekijätkin koettiin kannustaviksi ja hyviksi. Lisäksi haastatteluissa tuli esille, että hoitohenkilökunnan reaktioita tulkittiin herkästi, mikä muodosti kokemuksen hoidon saannista negatiiviseksi. Joskus kokemuksena oli, ettei mielenterveystyöntekijä jaksanut kuunnella. Myös hoitohenkilökunnan käyttäytyminen saatettiin kokea uhkaavana, mikä saattoi vaikuttaa hoitoon negatiivisesti.

”...se ei puhunut paljon mitään, mut se ei jaksanut kuunnella paljon mun juttujanikaan mitä mä, mulla oli ja se oli hyvin hermostunut.”

”...hyvin hermostunut sairaanhoitaja, joka riehu ja huusi ja raivos ja oli ihan kauhee mies.”

Hoitotyöntekijöiden kannustavuus ja huumorintaju koettiin hoitoa auttavana tekijänä. Kuitenkin myös vähemmän mukava mielenterveystyöntekijä saatettiin kokea ammattitaitoisena ja hoitoa eteenpäin vievänä. Henkilökemiat miellettiin tärkeäksi osaksi hoitoa. Hyvät henkilökemiat hoitohenkilökunnan ja asiakkaan välillä saattoivat antaa hyvän kokemuksen hoidosta, mikä saattoi siivittää hoitoa eteenpäin. Hoidosta keskusteltaessa esiin nousivat myös hyvät muistot työntekijöistä.

”Erittäin ilkeä nainen, mutta todella pätevä.”

”...ne on todella tota semmosia kannustavia ja huumorintajusia ja ja siellä on tosi hauskaa.”

”...et hän oli tosi ihana hoitaja.”

Joskus haastateltavan ja hoitohenkilökunnan välillä oli näkemyksellisiä eroja liittyen hoitoon ja voimien kokemiseen. Eri näkemyksistä huolimatta omaan hoitoon koettiin pystyvän vaikuttamaan. Oma aktiivisuus hoidon saamisessa koettiin tärkeäksi. Haastateltava tunsi saaneensa myös itse vaikuttaa hoitonsa kulkuun.

”Tykättiin ja sanottiin, että sä oot terve ihminen kunhan jätät kaljan juonnin pois, niin kaikki on hyvin. Mut mä en ollut terve.”

”...Mä olin huonossa kunnossa silloin. Mun hoitaja sano kyllä, et sä oot ihan oikeessa. Sä oot oikeutetettu vaatii hoitoo täältä. Ja sitä jatkettiin sitä hoitoo.”

”Olin erittäin pettynyt siihen, että siellä vaihtu joka ikinen kerta, kun mä kävin...”

Hoidossa kaikki ei ollut aina mukavaa, vaikka kuntoutuminen eteni. Toinen haastateltava kertoi, että hoitotyöntekijä oli patistanut avohoidossa haastateltavan pohtimaan itse omaa elämäänsä, mikä tuntui aluksi raskaalta. Myöhemmin haastateltava koki, että se oli ollut kuitenkin oleellinen osa paranemisprosessia.

”Ja välillä tuntu, että ei ehkä oo ihan valmis vielä siihen, mutta sitten loppujen lopuksi se teki ihan hyvää ja se varmaan nosti sinne sieltä synkkyydestä ylös.”

Haastatteluissa tuli monesti esille hoitohenkilökunnan vaihtuvuus. Hoitohenkilökunnan vaihtuminen saattoi tuoda muutoksia hoitoon. Haastateltava reagoi muutoksiin esimerkiksi jäämällä pois hoidosta. Toinen haastateltava pettyi hoitohenkilökunnan suureen vaihtuvuuteen. Hoitolinjaukset eivät välttämättä olleet samat kuin edellisellä työntekijällä, mikä vaati totuttelemistä. Toisen haastateltavan mukaan psykiatri oli joka kerralla eri henkilö ja osa ulkomaalaisia, jonka vuoksi syntyi esteeksi myös kielimuuri. Haastateltava koki esimerkiksi, että lääkkeitä lisättiin hoitotyöntekijän vaihdoksen myötä. Hoitohenkilökunnan vaihtuvuus oli suuri asia, sillä luottamuksen synty vei aikaa. Hoitohenkilökunnan vaihtuminen koettiin

myös ahdistavaksi. Hoidon linjauksista koettiin olevan selvillä paremmin, kun hoitotyöntekijänä ei vaihtunut. Toisen haastateltavan mielestä etenkin, jos sama hoitotyöntekijä oli pitkäaikaisesti osana asiakkaan hoitoa, hoitotyöntekijän vaihtuminen tuntui pettymykseltä. Uuteen hoitotyöntekijään tottuminen vei aikaa.

”...mutta se on tosi ahdistavaa et aina vaihtuu. Et siel pysyis se sama lääkäri joka tietää, tuntee sut. Sama justii hoitaja jolla sä kävisit ilman mitään katkoksia, nii sitte tietäis missä mennään ja onks se menny mihin suuntaan. Olis tuttu sit uskaltais paremmin puhua.”

”Olin erittäin pettyny siihen, että siellä vaihtu joka ikinen kerta, kun mä kävin...”

Työntekijöiden vaihtuvuus koettiin toisinaan hoidon paikalleen jäämisenä. Uuden hoitotyöntekijän vuoksi asioita jouduttiin toistamaan, jolloin kokemuksenä oli, ettei hoito etene. Jaksaminen oli paikoitellen raskasta, joten asioiden uudelleen kertominen turhautti myös sen takia.

”Ja tota sit se, että joka kerta kun se oli uusi, nii se ensimmäinen lause... ”mä en nyt tunne sun tapausta kerrotko...””

”...Sanoin, että jos mä tietäsin, niin mä en varmaan tässä olis, ja mä en jaksu joka ikinen kerta kertoo uudelleen tätä tarinaan... Ei, se ei eläny ollenkaan se juttu.”

Hoitosuunnitelma

Kyselykaavakkeessa kysyimme hoitosuunnitelmasta, sillä se on tärkeä osa hoidon toteutumista. Tulosten mukaan tietämys hoitosuunnitelmasta kuvasti positiivisempia kokemuksia hoidosta ja päinvastoin.

Kyselykaavakkeista saimme tietoa siitä, tietävätkö asiakkaat hoitosuunnitelmasta. Neljä vastasi, että heille on tehty hoitosuunnitelma ja tietävät hoitosuunnitelmansa sisällön. Toiset neljä vastasi, ettei heille ole tehty hoitosuunnitelmaa. Kysyttäessä sekä hoitosuunnitelmasta että motivaatiosta hoitoon seitsemän vastasi molempiin kysymyksiin. Näistä kolme vastasi, ettei heille ole tehty masennuksen hoitoon hoitosuunnitelmaa. Neljä kertoi, että hoitosuunnitelma on tehty.

Niistä neljästä, jotka vastasivat, että heille on tehty hoitosuunnitelma, kolme oli täysin ja yksi jokseenkin motivoitunut hoitoonsa avohoidossa. Näistä vastaajista kolme kertoi olevansa täysin ja yksi jokseenkin tyytyväinen hoitoonsa.

Niistä kolmesta, jotka vastasivat, ettei hoitosuunnitelmaa ole tehty, yksi oli täysin motivoitunut hoitoonsa avohoidossa ja kaksi jokseenkin vailla motivaatiota. Näistä vastaajista yksi koki olevansa täysin ja yksi jokseenkin tyytyväinen saamaansa hoitoon avohoidossa. Yksi kertoi olevansa jokseenkin tyytymätön saamaansa hoitoon.

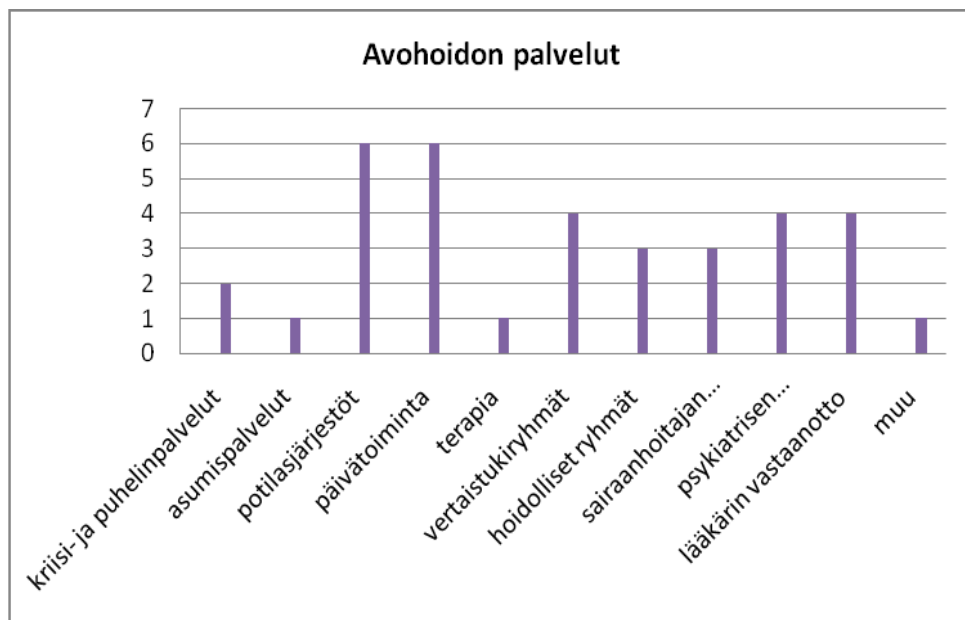
Lääkehoito

Lääkehoito voi olla osana masennuksen hoitoa. Tuloksissa tuli ilmi lääkehoidon yleisyys. Lääkehoito on yksi oleellinen osatekijä, mikä vaikuttaa kokemuksiin hoidon toteutumisesta.

Kyselykaavakkeessa kysyimme lääkehoidon yleisyydestä ja lääkehoidon vaikutuksesta tyytyväisyyteen avohoidosta. Opinnäytetyön tuloste mukaan kuusi kahdeksasta kertoi käyttävänsä masennuslääkkeitä. Kysyttäessä sekä masennuslääkityksen käyttöä että tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon seitsemän vastasi molempiin kysymyksiin. Näistä vastaajista viisi kertoi käyttävänsä masennuslääkkeitä ja kaksi ei. Niistä vastaajista, jotka käyttävät masennuslääkkeitä, kolme koki olevansa täysin ja kaksi jokseenkin tyytyväisiä saamaansa hoitoon avohoidossa. Niistä vastaajista, joilla ei ole masennukseen lääkitystä, yksi koki olevansa täysin tyytyväinen ja yksi jokseenkin tyytymätön saamaansa hoitoon.

Avohoidon palvelut

Eniten käytettyjä avohoidon palveluita olivat päivätoiminta ja potilasjärjestöt (Kuva 4.). Vähiten käytettyjä palveluita olivat terapia ja asumispalvelut. Vaikka varsinaisia terapiapalveluita ei ole käytetty paljon, enemmistö vastaajista oli käynyt kuitenkin puhumassa psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla. Keskimäärin vastausten mukaan käytettiin noin neljää eri avohoidon palvelua. Erilaisia avohoidon palveluita mainittiin yhteensä 15.



Kuva 4. Avohoidon palvelut

Kuusi vastaajaa seitsemästä oli jokseenkin tai täysin sitä mieltä, että on saanut riittävästi monipuolisia avohoidon palveluja. Yksi oli jokseenkin eri mieltä väittämän suhteen.

Niistä vastaajista, jotka olivat täysin tyytyväisiä saamaansa hoitoon avohoidossa, neljä vastaajaa oli täysin tai jokseenkin sitä mieltä, että ovat saaneet riittävästi monipuolisia avohoidon palveluita. Ne kaksi, jotka olivat jokseenkin tyytyväisiä hoitoonsa, olivat jokseenkin sitä mieltä, että ovat saaneet riittävästi monipuolisia avohoidon palveluita. Yksi vastaaja oli jokseenkin tyytymätön hoitoonsa ja koki, ettei ole saanut riittävästi monipuolisia avohoidon palveluita.

Kolme vastaajaa koki saamansa hoidon täysin riittäväksi ja koki myös täysin, että ovat saaneet riittävästi monipuolisia avohoidon palveluja. Niistä kolmesta, jotka kokivat jokseenkin saavansa riittävästi monipuolisia palveluja, kahden mielestä hoito oli jokseenkin riittävä ja yhden mielestä riittämätöntä. Yksi vastaaja koki saamansa hoidon jokseenkin riittämättömäksi ja koki myös, ettei ole saanut riittävästi monipuolisia avohoidon palveluja.

Haastatteluissa ja kyselykaavakkeissa tuli monipuolisesti esille monia avohoidon palveluita. Toinen haastateltava kertoi käyttäneensä lähinnä terveyskeskuksen palveluita. Toinen puolestaan oli käyttänyt hoitohistoriansa aikana myös yksityisen sektorin palveluita.

*"Ja sitten oli toi toi tota ***** terveyskeskuksen se psykiatrinen puoli, nii siellä kävin tuolla... no, psykiatrisella sairaanhoitajallaan mä kävin jutteleen joo, ja sitten siinä on tietenkin se psykiatri joka katto sen lääkityksen."*

Haastateltava koki terveyskeskuksen valmiuksien masennuksen hoidossa parantuneen huomattavasti. Haastateltavan mukaan ennen terveyskeskuksessa avohoidon mielenterveyspalvelut sivuutettiin kokonaan, eikä tietämystä mielenterveysasioista tuntunut olevan.

"...niin sinne terveyskeskukseen tulee myös psykiatri. Sitten on tämmönen psykiatrinen sairaanhoitaja, että sielläkin puolella on nyt niin hyvin..."

Toinen haastateltava mainitsi vertaistuen tärkeyden. Vertaistukea haastateltava sai muun muassa mielenterveysyhdistyksen kautta. Kuitenkin hän koki vertaistuen saannin nykyään vaikeammaksi.

"No se on just se vertaistuki on musta tosi tärkeä..."

Toinen haastateltava oli käyttänyt päivätoiminnan palveluita. Kyseinen haastateltava mielsi päivätoiminnassa käynnin mukavaksi ja iloiseksi asiaksi. Päivätoiminta koettiin positiiviseksi muun muassa kehittyneen ja monipuolisen tarjonnan vuoksi. Päivätoimintaan meno koettiin myös väivattomaksi ja mieltä virkistäväksi. Haastateltava mainitsi myös päivätoiminnan kehittyneen monipuolisemmaksi ajan myötä.

"Siis sekin on todella upee juttu. Siis se on. Siis siellä saa käydä."

”Sit täällä päivätoiminnassa viel, niin alkuun kun mä kävin, ei siellä ollu montaakaan vaihtoehtoo. Nyt siellä on kuule runoryhmää, sitte siel on musiikkiryhmää, klassista musiikkiryhmää, leivontatuntia, käsityötuntia... Siel on siis niin monenlaista ryhmää... Että se on kyl hyvä se päivätoiminta. Nykyään etenkin se on paljon niin kun fiksustunu.”

Vuorovaikutuksen tärkeys avohoidossa tuli esille haastatteluissa. Haastateltava mielsi kenen tahansa hoitotyöntekijän kanssa käydyn pitkän keskustelun terapiaksi. Omista ongelmista puhuminen koettiin tärkeäksi, mutta missä tahansa keskusteleminen ei tuntunut mahdolliselta. Tilan haluttiin olevan tarpeeksi rauhallinen ja yksityinen, jotta omista henkilökohtaisista asioista puhuminen mahdollistui. Esimerkiksi toimintaterapiatuokion ei koettu olevan tarkoituksenmukainen paikka puhua masennukseen liittyvistä asioista. Toinen haastateltava toi esille etenkin kuulluksi tulemisen tärkeyden.

”...sillai et tosissaan nii kuunneltas sitä kuka siin on kertomassa.”

7.4 Masennuksen lievittäminen

Masennuksen lievittäminen on pitkäkestoinen prosessi, ja masennuksen lieventymiseen voivat vaikuttaa monet eri tekijät. Masennuksen lieventämisessä tulee ottaa huomioon ihminen kokonaisuutena. Kerromme tuloksia siitä, mitä keinoja masennuksen lievittämiseen haastateltavat ja kyselyyn vastanneet pitivät hyvinä, esimerkiksi avohoidon kehittämisen puolella.

Vuorovaikutus ja aktiviteetti koettiin avaintekijöiksi masennuksen lievittämisessä. Tuloksissa tuli esille, että avohoidon palvelut koettiin hyvinä keinoina masennuksen lievittämiseen. Kysyimme avoimella kysymyksellä vastaajilta, millaisia keinoja he olivat löytäneet avohoidon palvelujen avulla masennuksen lievittämiseen. Kuusi ihmistä kahdeksasta vastasi kysymykseen.

Masennuksen lievittämisen keinoina (Taulukko 4) korostuvat vuorovaikutukseen ja aktiviteettiin liittyvät asiat. Vuorovaikutukseen liittyen vastaajat mainitsivat keskusteluun ja sosiaaliseen verkostoon liittyviä tekijöitä. Keskusteluun liittyviä asioita olivat keskusteluryhmät, omahoitajakeskustelut ja hoitajan kannustus ja rohkaisu. Sosiaaliseen verkostoon sisältyivät ihmiset ympärillä, ystävät, kaverit, työtoverit ja yleisellä tasolla yhdessä-olo ja porukkaan kuuluminen.

Aktiviteetti voidaan vastauksien perusteella jaotella avohoidon tuottamaan aktiviteettiin ja itsenäiseen toimintaan. Avohoidon tuottamaan aktiviteettiin kuuluvat retket, työtoiminta, päivätoiminta ja lääkehoito. Itsenäiseen toimintaan kuuluvat uiminen, saunominen, askartelu, kahvitteleminen ja eläimet.

Taulukko 4. Masennuksen lievittäminen

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria	Yhdistävä kategoria
keskusteluryhmät	keskustelu	vuorovaikutus	masennuksen lievittäminen
omahoitajakeskustelut			
kannustava ja rohkaiseva hoitaja			
ihmiset ympärillä	sosiaalinen verkosto		
ystävät ja kaverit			
porukkaan kuuluminen ja yhdessäolo			
työtoverit			
lääkehoito	avopalvelujen tuottama aktiviteetti		
retket			
työtoiminta			
päivätoiminta			
uiminen	itsenäinen toiminta	aktiviteetti	
saunominen			
askartelu			
kahvittelu			
eläimet			

Ajatuksia avohoidon kehittämiseen

Kyselykaavakevastauksien mukaan kehittämisideoita avohoidon palveluihin olivat päivätoiminta-aikojen piteneminen ja määrärahojen lisääminen päivätoiminnalle. Määrärahojen lisäämisen myötä matkoille olisi mahdollista päästä pienemmällä omavastuusuudella. Mielenterveysyhdistyksen tulevaisuuden turvaaminen tuli myös esille. Lisäksi kehittämisideoita olivat terapiahoitojen lisääminen ja lisätiedon saaminen ryhmistä, kuten verstaistuesta.

Kysyttäessä haastateltavalta avohoidon palveluiden kehittämisideoita haastateltava totesi aluksi, ettei palveluita voi juurikaan kehittää. Kuitenkin kuuntelemisen tärkeys nousi voimakkaasti esiin haastattelussa. Asiakkaan yksilöllinen kohtaaminen ja omakohtaiset kokemukset tilanteesta korostuivat.

”No tota... Kuinkas mä nyt niitä kehittäisin.. Ei niitä paljon oikein voi kehittää.”

”Yksilöllisyys, sillai et tosissaan nii kuunneltais sitä kuka siin on kertomassa. Koska kaikki ne hoitajana tiiät et kukaa ei oo samanlainen. Ja se, että se sun omakohtainen kokemus siitä, mikä se tilanne on, se et siihen sais sitä... et lähettäis siltä lähtökohdin etsimään sitä apua...”

Toisen haastateltavan mukaan etenkin hoidon jatkuvuus tulisi taata. Tutun hoitotyöntekijän kanssa keskustelu koettiin helpommaksi, sillä luottamuksen rakentuminen vei aikaa ja hoidon linjauksista koettiin tällöin olevan paremmin selvillä. Tätä toivottiin etenkin avohoitoon. Avohoidon puolelle kaivattiin haastateltavan mukaan asiantuntijaa, joka olisi aidosti kiinnostunut ja innostunut kehittämään alaa.

“Just se hoidon jatkuvuus, et se hoitosuhde pitäis olla... pysyä samana. Se on monessa muussakin paikassa, nii se on se ongelmana justiin se, että siel ei olla pitkää aikaa...”

“...Nii joku joka ois oikeen sen alan ihminen se haluais kehittää sitä ja olla... nii semmosta tarvittais semmosta uranuurtajaa.”

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettiset kysymykset

Tieteellisen tutkimuksen perustana voidaan pitää eettisyyttä. Tutkimusetiikka pyrkii antamaan säännöt, joita tutkimuksessa tulee noudattaa. Tutkimusetiikka voidaan jaotella tieteen ulkoiseen ja sisäiseen etiikkaan. Sisäisellä etiikalla tarkoitetaan tutkimuksen sisäistä oikeellisuutta. Tutkimusaineisto ei saa olla esimerkiksi väärennetty. Sisäinen etiikka tarkastelee myös esimerkiksi työnjakoa tutkimuksen teossa ja tuloksien raportointia. Tieteen ulkopuolinen etiikka tarkastelee puolestaan ulkopuolisten tekijöiden vaikutusta tutkimusaiheen valintaan ja tutkimustapaan, mikä liittyy esimerkiksi rahoitukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172-173.)

Tutkimuseettiset periaatteet, jotka liittyvät tiedon julkistamiseen ja hankintaan, ovat yleisesti hyväksytyjä. Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkimusaihetta valittaessa otetaan huomioon, miksi tutkimukseen ryhdytään ja kenen ehdoilla aihe valitaan. Tutkimusten kohteena olevien ihmisten kohtelu on eettistä pohdintaa vaativaa. Tutkittavien itsemääräämisoikeuden toteutuminen on tärkeä osa tutkimuksen eettisyyttä. Niin sanottuna moraalisen vaatimuksena voidaan pitää suostumuksen hankintaa tutkimukseen osallistuvilta ihmisiltä, jotka esimerkiksi osallistuvat haastatteluun. Anonymiteetin säilyminen on keskeinen asia tutkimuksen teossa. Itsemääräämisoikeuteen kuuluu muun muassa oikeus kieltäytyä antamasta tietoja ja keskeyttää tutkimus. Haastattelusuostumuksessa toimme esille, että haastateltavalla on mahdollisuus kieltäytyä antamansa tiedon käyttö missä opinnäytetyön vaiheessa tahansa. Tutkimuksessa tarpeettomat haitat ja riskit tulee vähentää. Etenkin tutkimustiedon käyttäminen tutkittavia vastaan on ehdottomasti kielletty. (Hirsjärvi, Remes & Saijawaara 2000, 27-28; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176-178.)

Jotta tutkimus on luotettava ja hyväksyttävä, tulee tutkijoiden noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Vastuu hyvän tieteellisen käytännön toteutumisesta kuuluu ensisijaisesti työn tekijöille. Vastuu kuuluu myös muulle taholle, esimerkiksi Suomessa toimiville tieteellisille seuroille. Hyvän tie-

teellisen käytännön kriteerejä on useita. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla eettisesti kestäviä ja työn kriteereihin perustuvia. Työ on tehtävä toimintatapojen mukaisesti rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta noudattaen tutkimuksen eri vaiheissa. Työssä tulee ilmetä muiden tutkijoiden töiden kunnioittaminen ja omassa työssä niiden merkityksien huomioiminen. Tutkimusryhmän jäsenet ovat vastuullisia ja tietävät tutkimusnormiston. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011.)

Tutkimuksen teossa plagiointi on kielletty. Plagiointi tarkoittaa esimerkiksi tekstin lainaamista ilman asianmukaista lähdeviitettä. Tulokset tulee olla kerrottu oikeellisesti, joten on tärkeää, että raportissa kuvataan tarkasti tutkimuksen eri vaiheet. Mahdolliset puutteet tutkimuksessa ja negatiiviset tulokset tulee myös raportoida. Mikäli tutkimusaineisto epäilyttää tarkastajaa, tulee tutkimuksen tekijöillä olla alkuperäinen aineisto tallella, jolla voi todistaa työn oikeellisuuden. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 181-182.)

Teimme kyseisestä aiheesta opinnäytetyön, koska avohoito ja sen palvelut ovat kehittyneet viime vuosikymmenten aikana ja kehittyvät edelleen. Masennukseen sairastuneiden kokemusten kartoittaminen avohoidosta antaa suuntaa antavaa tietoa siitä, millaiseksi avohoidon tuottamat palvelut koetaan tällä hetkellä. Koimme opinnäytetyön aiheen mielenkiintoiseksi sen ajankohtaisuuden vuoksi. Tutkimusluvan hakeminen ja saaminen opinnäytetyön toteuttamiseksi noudattavat tutkimuseettisiä periaatteita. Opinnäytetyösopimus allekirjoitettiin kolmena kappaleena, joista yksi jäi Hämeen ammattikorkeakoululle, yksi yhteistyökumppanille ja yksi meille opinnäytetyön tekijöille. Opinnäytetyösopimuksen allekirjoittaminen turvasi kaikkien osapuolten oikeudet.

Pyrimme työtämme tehdessä huomioimaan lähdemateriaalin oikeellisuuden. Harjaannuimme oikeanlaisen lähdemateriaalin etsimisessä ja käyttämisessä koko ajan opinnäytetyöprosessin edetessä. Opinnäytetyötä aloittaessa lähteiden merkitseminen tekstiin tuntui haasteelliselta, mutta ajan myötä siitä tuli tapa toimia tekstiä kirjoittaessa. Etenkin prosessin alussa kävi niin, että lähde oli unohtunut merkitä, jolloin lähde pyrittiin selvittämään esimerkiksi hakemalla jo palautettuja kirjoja kirjastosta asti. Joidenkin lähteiden merkitseminen oli mielestämme hankalaa, sillä lähteiden merkitsemiseen saattoi olla enemmänkin kuin yksi vaihtoehto, ja emme löytäneet koulun kirjallisesta ohjeistuksesta esimerkkejä kaikkiin lähde-merkintöihin. Tällöin pohdimme, oliko kyseessä tarpeeksi luotettava lähde. Masennukseen liittyen löytyi paljon tietoa ja pyrimme lähteiden käytössä monipuolisuuteen ja tuoreuteen. Pääasiassa käytimme 2000-luvulla tuotettua lähdemateriaalia. Monipuolisuuteen pyrimme käyttämällä tutkimuksia, hankkeita, monipuolista kirjallisuutta ja ulkomaista lähdemateriaalia.

Toisinaan opinnäytetyön teko hidastui, sillä työnjako ei ollut riittävän selkeä. Huomasimme, kuinka tasapuolinen työnjako ja selkeä aikataulusuunnitelma auttoivat työn etenemisessä. Joskus oli myös tilanteita, joissa joku saattoi tehdä enemmän eri elämäntilanteiden vuoksi, ja seuraavalla kerralla pyrittiin siihen, että työt kasaantuivat enemmän jollekin toiselle. Työnjakoa oh-

jasivat myös omat intressit ja motivaatio. Koimme hyödylliseksi pitää välillä taukoa opinnäytetyön teosta saadaksemme uutta näkökulmaa ja motivaatiota viedä opinnäytetyöprosessia eteenpäin. Koska opinnäytetyömme aiheesta löytyi runsaasti tietoa ja aihe oli laaja, työnjaon merkitys korostui. Raportoinnissa huomioimme anonymiteetin, oikeellisuuden ja objektiivisuuden.

Hoitotieteellisiin tutkimuksiin käy eettisenä ohjenuorana kansainvälisesti Helsingin julistus, joka on alun perin laadittu lääketieteellisen tutkimuksen tarpeisiin (1964). Julistus ottaa kantaa esimerkiksi potilaiden oikeuksiin ja muihin tutkimustyön kriteereihin. Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Lainsäädäntö ja asetukset ovat mukana ohjaamassa hoitotieteellistä tutkimusta. Myös American Nurses Associationin vuonna 1995 julkaisemat tutkijan yhdeksän periaatetta ohjaavat hyvin tutkimuksen eettistä tarkastelua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173-175.)

Eri organisaatioissa tutkimuskäytännöt vaihtelevat. Tutkimuksiin voi osallistua yksityishenkilönäkin, mutta aina edellytyksenä tutkimuksen teolle on osallistujien suostumus. Tässä opinnäytetyöprosessissa painotimme kyselykaavakkeeseen vastaamisen ja haastatteluihin osallistumisen vapaaehtoisuutta. Haastattelijoiden suostumukset saimme kirjallisena. Haastateltavilla oli mahdollisuus kieltää haastattelumateriaalin käyttö missä tahansa opinnäytetyöprosessin vaiheessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 180).

Tietoisen suostumuksen saamiseksi tehtiin saatekirjeen, jossa kerrottiin tutkittaville heidän oikeuksistaan ja siitä, minkälaisesta tutkimuksesta on kyse. Aineiston säilyttämiseen ja tulosten julkaisemiseen liittyvät kohdat myös mainittiin. Tässä opinnäytetyössä jokainen kyselykaavakkeeseen vastannut sai lukeakseen saatekirjeen samassa kirjekuussa, jonka sisällä oli saatekirjeen lisäksi tyhjä kyselykaavake täytettäväksi ja suostumuslomake haastatteluun. Saatekirjeen lukemisen jälkeen suostumuslomakkeen täyttö mahdollistui tutkittavalle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 178-179.)

Haastattelujen ja kyselykaavakkeiden esitestaus jäi uupumaan. Esitestauksen myötä olisimme voineet arvioida uudelleen kaavakkeiden hyödyllisyyden, haastattelukysymysten tarpeellisuuden ja tehneet parannuksia niihin. Haastattelujen ja kyselykaavakkeiden esitestaus olisi voinut tuoda uutta näkökulmaa, ja näin ollen kaavakkeet olisivat voineet palvella paremmin opinnäytetyön tarkoitusta ja tutkimustehtävää.

8.2 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin, millaisia kokemuksia masennukseen sairastuneilla on avohoidosta. Lisäksi tarkoituksena oli saada käsitys siitä, millainen merkitys avohoidon palveluilla on masennuksesta toipumiseen. Tavoitteenamme oli saada kokemuksellista tietoa siitä, millä tavalla eteläsuomalaisen mielenterveysyhdistyksen asiakkaat kokevat avohoidon. Kahden teemahaastattelun tarkoituksena oli täydentää kyselykaavakkeista saatuja tuloksia. Kyselykaavakkeiden tuloksien analysointia hankaloitti se,

kun kaikki kyselykaavakkeeseen vastaajat eivät olleet vastanneet kaikkiin kysymyksiin tai olivat monivalintakysymykseen merkinneet rastin usean vaihtoehdon kohdalle. Tämä vaikeutti johtopäätöksen tekemistä ja voi näin ollen vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Koska kyselykaavakevastauksia saimme kahdeksan ja haastattelimme kahta, saadut tulokset kuvaavat vain pienen otoksen kokemuksia avohoidosta. Haastateltavat olivat eri paikkakunnilta eivätkä näin ollen käytä samoja avohoidon palveluja, joten heillä ei ole samanlaisia kokemuksia avohoidosta.

Kokemukset hoitoon hakeutumisesta

Tarkasteltaessa haastatteluista saatuja tuloksia hoitoon hakeutumiseen liittyen ilmeni tekijöitä, jotka helpottavat ja vaikeuttavat hoitoon hakeutumista. Kyselykaavakevastauksista kävi ilmi, että osa vastaajista kokee avohoittoon hakeutumisen helpoksi ja osa vaikeaksi. Erityisesti haastatteluissa kokemukset leimautumisesta nousivat esille. Mielenterveyskuntoutujien leimautumisen kokemusta tukee myös Mielenterveysbarometri 2010. Useassa lähteessä on tuotu esille leimautumisen merkitys mielenterveyden ongelmissa. Leimaantuminen on otettu esille Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassakin: tavoitteena on, että mielen sairauksia pidettäisiin yhdenvertaisina muihin sairauksiin nähden (Holopainen ym. 2000, 86, 22; Kuhanen ym. 2010, 80–82; Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 261; Mielenterveyden keskusliitto 2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Haastatteluissa ilmeni, kuinka tieto ja ymmärrys mielenterveyden ongelmista ovat lisääntyneet. Tämän vuoksi häpeän tunne sairastumisesta ja sairastamisesta koettiin vähentyneen ja hoitoon hakeutuminen oli helpompaa kuin ennen. Myös kyselykaavakevastauksista ilmeni hoitoon hakeutumisen helppous. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015 pyrkii siihen, että mielen sairauksia pidettäisiin yhdenvertaisina muihin sairauksiin nähden. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Kokemukset hoidon saamisesta

Haastateltavat toivat esille, kuinka avohoito on kehittynyt parempaan suuntaan ja hoidon saaminen koetaan nykyään hyvänä. Kyselykaavakevastauksista ilmeni, että hoidon saaminen masennukseen on helppoa. Suurimmalla osalla vastaajista masennuksen hoito ei ollut keskeytynyt toipumisen ollessa kesken. Enemmistö koki, ettei ole jäänyt ilman hoitoa. Vuosina 2004-2006 toteutetussa MERTTU-tutkimushankkeessa ilmeni psykiatrisen sairaalahoidon korvaamisen avohoidolla olleen suurilta osin onnistunutta Suomessa, mutta toisaalta rakennemuutoksen suomalaisessa psykiatriassa todettiin olevan vielä kesken. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009.) Mielenterveysbarometri 2009:n mukaan 58% mielenterveysalan ammattilaisista on sitä mieltä, että Suomessa saavat mielenterveyspalvelut ovat hyvälaatuisia. Usean lähteen mukaan avohoitoa korostetaan masennuksen hoidossa ensisijaisena hoitomuotona. Hoidon jätti kesken yksi vastanneista. Avohoito mahdollistaa itsemääräämisoikeuden tässä asiassa, vaikka hoito saattaisi olla tarpeellista. (Iivanainen ym. 2010, 31; Korkeila 2009; Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116; Partanen ym. 2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; Suomen mielenterveysseura 2001, 11.)

Toinen haastateltavista toi esille, kuinka terveyskeskuksen valmiudet hoitaa masentunutta ovat parantuneet.

Kokemukset hoidon toteutumisesta

Kyselykaavakkeiden mukaan suurin osa käytti masennuslääkkeitä. Lisäksi toinen haastateltava kertoi käyttäneensä masennuslääkitystä. Haastattelussa ilmeni, että haastateltava on kokeillut useaa lääkitystä. Kirjallisuudessa on tuotu esille, kuinka lääkkeiden hajoaminen ja imeytyminen on yksilöllistä ja näin ollen oikeanlaisen lääkehoidon löytyminen voi viedä aikaa. (Toivio & Nordling 2009, 244.) Teoreettisessa viitekehyksessä käy ilmi Suomen moninainen lääketarjonta. Tämä saattaa olla yksi osatekijä useaan masennuslääkkeen kokeiluun etsittäessä oikeaa lääkettä. Masennuslääkkeet ovat keskeisessä osassa masennuksen hoidossa, mikä puoltaa opinnäytetyömme tuloksia lääkkeiden käytön yleisyydestä vastaajien keskuudessa. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2010).

Haastattelutulosten mukaan hoitohenkilökunnalla oli merkitystä hoidon kokemiseen. Haastattelutuloksissa ilmeni tyytymättömyyttä hoitohenkilökunnan vaihtuvuuteen, ja kehittämisisideana esitettiin hoidon jatkuvuutta. Hoitosuhdetyöskentelyn olennaisuutta on tuotu esille myös kirjallisuudessa. Monia asioita tulee ottaa huomioon hoitosuhteessa. Tärkeäksi mainitaan teoreettisessa osuudessa muun muassa luottamus ja vastavuoroisuus, tiimityöskentely, asiakkaan kokonaisvaltainen kohtaaminen, ajan antaminen ja voimavarojen osoittaminen sekä hoidon jatkuvuus. Nämä asiat saattavat vaikuttaa hoidon kokemiseen. (Holopainen ym. 2000, 16–17, 21; Kuhanen ym. 2010, 206, 208.) Kyselykaavakevastauksissa tuli esille erilaiset kokemukset mielenterveystyöntekijöiden saatavuudesta. Mielenterveysbarometri 2009 mukaan mielenterveysalan ammattilaiset ovat sitä mieltä, että Suomessa ei aina pääse jonottamatta psykiatriseen hoitoon, vaikka tarvetta hoidolle olisi. (Mielenterveyden keskusliitto 2009.)

Haastateltavat kokivat oman aktiivisuuden vaikuttavan siihen, millaista hoitoa saa avohoidossa. Haastateltava mainitsee, että täytyy osata vaatia hoitoa. Kuitenkin masennuksen tunnistaminen vaatii paljon hoitohenkilökunnalta, ja usein masennus voi jäädä tunnistamatta eikä näin ollen hoitoa osata välttämättä tarjota. (Noppiari ym. 2007, 197; Rovasalo & Melartin 2009.)

Kun kyselykaavakkeeseen vastanneilta kysyttiin, onko masennuksen hoitoon tehty hoitosuunnitelmaa, osa vastasi kyllä ja osa ei. Kuitenkin mielenterveyslain mukaan hoitosuunnitelma tulee tehdä, ja siihen masentuneen hoito perustuu. Hoitosuunnitelman avulla hoidon jatkuvuus voidaan turvata ja se tekee hoidosta suunnitelmallista. Suunnitelman tarkoituksena on mm. kasvattaa toimintakykyä ja hallinnan tunnetta. Hoitosuunnitelman merkitystä on tuotu esille useassa lähteessä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 148; Hentinen ym. 2009, 37; Iivanainen ym. 2010, 69; Kuhanen ym. 2010, 206, 208; Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116; Toivio & Nordling 2009, 279-280.)

Haastatteluissa ilmeni vertaistuen kokeminen tärkeänä osana hoitoa. Toinen haastateltava kertoi, että saattoi jonkin muun asian ohella käydä mielenterveysyhdistyksen tiloissa ja sai sieltä samalla vertaistukea. Vertaistuen saanti koettiin näin ollen helpoksi ja tuntui mukavalta. Myös osa kyselyyn vastanneista kertoi käyvänsä vertaistukiryhmissä. Vertaistukiryhmät ovat niin sanotusti matalan kynnyksen paikkoja, jonne lääkärin lähetettä ei tarvita. (Mielenterveyden keskusliitto.)

Haastatteluissa tuli esille päivätoiminnan merkitys. Päivätoiminta koettiin tärkeänä osana avohoitoa ja toinen haastateltava kertoi, että se pitää mielen virkeänä. Noppari ym. (2007, 214) ovat tuoneet esille, kuinka päivätoiminta voi auttaa toipumisessa, antaa iloa elämään ja kuinka itsensä tuottaminen antaa hyvää oloa. Haastatteluissa tuli myös esille, kuinka päivätoiminnassa on paljon valinnanvaraa ja on kehittynyt monipuolisemmaksi. Harjajärvi ym. (2006) ovat myös tuoneet esille, kuinka tärkeää mielenterveyskuntoutujille on järjestää omaehtoista ja mielekästä tekemistä avohoidossa. Kyselykaavakevastauksista ilmeni päivätoiminnan käyttö osana avohoidon palveluja.

Haastateltavat toivat esille vuorovaikutuksen merkityksen, mutta toisaalta missä tahansa puhuminen omista asioistaan ei ole mahdollista. Haastateltava kertoi, kuinka ongelmista täytyy päästä puhumaan. Kyselykaavakevastauksista ei juuri tullut esille terapian käyttö osana avohoidon palveluja, mutta enemmistö kertoi käyneensä psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla. Toivio & Nordling (2009, 247–249) ovat tuoneet esille, kuinka terapia voi auttaa eheytytymään kokonaisuutena ja itseymmärrys voi kasvaa.

Masennuksen lievittäminen

Kyselykaavakkeista saatujen tulosten mukaan vastaajat ovat löytäneet avohoidon palvelujen avulla useita vuorovaikutukseen ja aktiviteettiin liittyviä keinoja masennuksen lievittämiseen. Rovasalon ja Melartinin (2009) mukaan masennuksen hoidon tulee olla erityisen aktivoivaa.

Kyselykaavakkeista ilmeni avopalvelujen monipuolinen käyttö. MERTTU-hankeessa ilmenee hoitoon pääsyn olevan helpompaa niissä kunnissa, jossa on tarjolla monipuolisia avohoidon palveluja. (Pirkola ym. 2009.) Teoreettisessa viitekehityksessä on tuotu esille, kuinka terveydenhuollon tulee taata riittävä avohoito mielenterveysasiakkaalle. Avohoitopainotteisuus korostuu, ja mielenterveyspalveluiden tulee olla monipuolisia. (Kuhanen ym. 2010, 45; Syrjälä ym. 2009, 16-18.)

Usean lähteen mukaan mielenterveys on voimavara ja osa kokonaisvaltaista terveyttä (Holopainen ym. 2000, 24-29; Lavikainen ym. 2004; World Health Organization 2010). Masentuneen hoidon tulee olla tehokasta, ja monen eri sektorin palvelut edesauttavat tehokkaan hoidon tarjoamista (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 56; Vuorilehto 2008).

Ajatuksia avohoidon kehittämiseen

Toisen haastateltavan mukaan työntekijöitä tulisi saada lisää avohoitoon. Kyselykaavakkeista saatujen tulosten mukaan palveluja, kuten terapiaa, toivottiin lisää ja määrärahoja enemmän. Vuonna 2001 Suomen mielen-terveysseura (23-24) toi esille, kuinka avohoidon palveluita on liian vähän määrällisesti. Myös Vuori-Kemilä ym. (2007, 2) ovat tuoneet esille, ettei mielenterveyden asiakkaiden saama palvelu ole välttämättä aina riittävää. Kuhasen (2010, 206, 208) mukaan masentuneen hoidossa yksilöllisyys tulee ottaa huomioon. Toinen haastateltava toivoi yksilöllisyyden lisäämistä hoitoon. Kehittämisideana avohoitoon ilmeni myös hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Hoidon jatkuvuus ja laadukas hoito on myös tuotu esille kirjallisuudessa. (Kuhanen ym. 2010, 206, 208; Noppari ym. 2007, 197.)

8.3 Tulosten luotettavuuden tarkastelu ja jatkotutkimushaasteet

Koska saimme kahdeksan vastausta kyselykaavakkeisiin ja haastattelimme kahta, saadut opinnäytetyön tulokset kuvaavat vain pienen otoksen kokemuksia avohoidosta. Saamamme aineisto oli kuitenkin runsas erityisesti haastattelujen osalta. Tässä opinnäytetyössä selvitettiin kokemuksia avohoidosta, joita kartoittamalla voi mielestämme saada suuntaa antavaa tietoa esimerkiksi avopalveluiden kehittämisen ja suunnittelun suhteen. Haastateltavien näkemykset olivat melko samanlaisia, joten johtopäätösten teko oli melko selkeää. Haastatteluista saadut tulokset täydensivät kyselykaavakkeista saatuja tuloksia.

Tässä opinnäytetyössä kartoitimme masennukseen sairastuneiden kokemuksia avohoidosta. Jatkossa voisi kartoittaa laajemmin, millaisia kokemuksia avohoidosta on ja mitä siltä toivotaan.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. 2009. Perheterapiat.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00102&p_teos=onn&p_selaus=> 27.11.2010.
- Aaltonen, J., Jaakkola, L., Luutonen, S., Pölönen, R. & Riikonen, E. 2009. Masennuspotilaan perheterapia.
<http://duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&doAsUserId=qglpxfskfqhvlax&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarti- cle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo98254&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero> 27.11.2010.
- Aho, T. Isometsä, E. Mattila, M. Jousilahti, P. & Tala, T. 2009. Masennus (depressio)
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnut/khp00044>> 10.9.2010.
- Alastalo, T. & Punkkinen, A. 2005. ”Se on kyllä ollut ihan ratkaiseva asia” Masennuspotilaiden kokemuksia hoidossa auttavista tekijöistä.
<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/11_2005/muut_artikkelit/_se_on_kylla_ollut_ihan_ratkaise/> 18.1.2011.
- Anttila, P. 1996. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Helsinki: Akatiimi Oy.
- Finlands Svenska Psykosociala Centralförbund, Mielen terveyden keskusliitto, Omaiset mielen terveyden tukena keskusliitto & Suomen mielen terveysseura. 2009. Vetoamus mielen terveyspalvelujen puolesta.
<http://www.mtkl.fi/liiton_toiminta/vaikuttamistoiminta/vetoamus/> 26.3.2011.
- Haarala, M., Jääskeläinen, A., Kilpinen, N., Panhelainen, M., Peräkoski, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M. & Tauriainen, P. 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.
- Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielen terveyspalvelut muutoksessa (pdf). Suomen Kuntaliitto ja Stakes. Acta Nro 187. Helsinki.
<<http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/187merttuverkoon.pdf>> 13.11.2010.
- Heikkilä, T. 1999. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Heikkinen-Peltonen, R., Innanmaa, M. & Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. Edita Publishing Oy.

Helsingin kaupunki & terveystakeskus. 2008. Helsingin mielenterveyspalvelujen opas.

<http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/30d233004a179dcfa74bef3d8d1d4668/eMielenterveyspalvelujenopas_08.pdf?MOD=AJPERES> 18.1.2011.

Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. 2009. Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi.

Hermanson, E. 2008. Synnytyksen jälkeinen masennus.

<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lok00028> 21.10.2010.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holopainen, A., Jokinen, M. & Välimäki, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY.

Huttunen, M. 2010. Pitkäaikainen masentuneisuus (dystymia).

<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00409> 21.10.2010.

Hämeenlinnan kaupunki. 2009. Psykiatrinen päivätoiminta.

<<http://www.hameenlinna.fi/Sosiaalipalvelut/Mielenterveyspalvelut/Psykiatrinen-paivatoiminta/>> 29.11.2010.

Implementing Mental Health Promotion Action. 2005. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention – A policy for Europe.

<<http://www.gencat.cat/salut/imhpa/Du32/html/en/Du32/index.html>> 15.3.2011

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kalska, H. 2005. Miks mieleni on niin musta. Kirjassa Masennus –mustaa ja valkoista. Therapiea-säätiö

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimushoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Karlsson, H. & Markowitz, J.C. 2002. Interpersoonallinen psykoterapia depression hoidossa.

<http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spag e=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&>

dlehtiha-
ku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo93130&_dlehtihaku_view
_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=> 13.11.2010.

Kiviniemi, L. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita.

Koffert, T., 2005. Masennuspotilaiden hoitotahojen verkostoituminen. Kirjassa Masennus –mustaa ja valkoista. Therapie-säätiö.

Korkeila, J. 2009. Mikä on hyvä tapa järjestää avohoitoa?
<http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo98399#s6> 28.3.2011

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede-lehti, no 1/99, 3-12.

Kyrö, P. 2004. Tutkimusprosessi valintojen polkuna. Kustantaja Tampereen yliopisto ja painopaikka Saarijärven Officet Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. 1992. 2 luku. Potilaan oikeudet. 3§ Oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>> 14.9.2010.

Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen V. 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1058805> 15.3.2011.

Lehto, P. 2007. Holistinen mielenterveyden määritelmä.
<<http://mielenterveys.info/sairauskaavio.html>> 10.9.2010.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Lindfors, O. 2005. Depressiopotilaan psykodynaaminen psykoterapia. Kirjassa Masennus -mustaa ja valkoista. Therapie-säätiö.

Luhtasaari, S. 2010. Masennus ja toistuva masennus.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ama00013> 20.10.2010.

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2001. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2007. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lönnqvist, J. 2009. Stressi ja depressio.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00020> 10.9.2010

Markkanen, K. 2010. Terveyden- ja sosiaalihuollon toiminta ja henkilöstöjärjestelyt vuonna 2010.
<<http://www.tehy.fi/@Bin/18366312/Terveystoiminta%20ja%20henkil%3%b6st%3%b6j%3%a4rjestelyt%20vuonna%202010%20seminaari.ppt>> 15.5.2011.

Mielenterveyden keskusliitto. Kysymyksiä ja vastauksia.
<http://www.mtkl.fi/mielix/apua_mita_ma_teen/kysymyksiä_ja_vastauksia/> 26.3.2011

Mielenterveyden keskusliitto. Vertaistuki.
<<http://www.mtkl.fi/tietopankki/kuntoutuminen/vertaistuki/>> 6.12.2010

Mielenterveyden keskusliitto. Puheenjohtaja Sauri, P. 2009. Mielenterveysbarometri 2009. <<http://www.mtkl.fi/tiedotteet/?x740127=740148>> 6.11.2010

Mielenterveyden keskusliitto. Puheenjohtaja Sauri, P. 2009. Mielenterveysbarometri 2009: Laadukas hoito keskittyy yksityiselle sektorille.
<<http://www.mtkl.fi/tiedotteet/?x740127=740148>> 14.9.2010

Mielenterveyden keskusliitto. Puheenjohtaja Sauri, P. 2010. Mielenterveysbarometri 2010. <<http://www.mtkl.fi/?x752385=872750>> 12.11.2010

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Luku 1. Yleiset säännökset. 1§ Mielenterveystyö. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>> 10.9.2010.

Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Partanen, A., Moring J., Nordling E. & Bergman, V. 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015- Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. <<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>> 10.9.2010

Pirkola, S. Sund, R. Sailas, E. & Wahlbeck, K. 2009. Itsemurhat harvinaisempia monimuotoisia mielenterveyden avohoitopalveluita tarjoavissa kunnissa. <<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97763.pdf>> 13.11.2010.

Rovasalo, A. & Melartin, T. 2009. Älä anna masennuksen tarttua.
<http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view>

_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spag e=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo98250>
25.3.2011.

Salokangas, R. K. R. 1997. Kliininen depressio – mitä se on ja miten sitä hoidetaan? Helsinki: WSOY.

Sinkkonen, M. 2005. Masennuksen arviointia ja diagnostiikkaa. Kirjassa Masennus –mustaa ja valkoista. Therapiea-säätiö

Siltala, P. 2005. Depression synty ja monimuotoisuus. Kirjassa Masennus –mustaa ja valkoista. Therapiea-säätiö

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2000. Avo- ja laitoshoidon määrittäminen kunnallisten palvelujen ja sosiaalivakuutusettujen yhteensovittamiseksi. <<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/nolo81/a&lhoito.htm>>
25.3.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma: Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. <<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>> 15.5.2011.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 1995. Depressio – tunnistaminen ja hoito. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. 2010. Depressio. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023#s3>> 26.10.2010.

Suomen mielenterveysseura. 2001. Mielenterveyspotilaan oikeudet. Helsinki: Erikoispaino Oy

Suomen mielenterveysseura. 2010. Kannanotto: Mielenterveysseura huolissaan sosiaali- ja terveystalvelujen alajajosta Helsingissä. <http://www.mielenterveysseura.fi/tiedotus_ ja _julkaisut/tiedotteet/kannanotto_mielenterveysseura_huolissaan_sosiaali_ ja _terveystalvelujen_alajajosta_helsingissa.html> 19.10.2010.

Suomen mielenterveysseura. 2011. <<http://www.e-mielenterveys.fi/mielenterveyden-hairiot/psykoterapia-hoitomuotona/psykoterapiaan-hakeutuminen/>> 18.2.2011.

Syrjälä, E., Kontio, R. & Paasovaara, S. 2009. Uusi ote avohoitoon. Sairaanhoidaja Nro 2, 16-18.

Tehy ry. 2010. Tehyn selvitys 2010 sosiaali- ja terveystalouden toiminnasta ja henkilöstöjärjestelyistä: Kesällä palveluita heikentävät sijaispula ja säästöt. <<http://www.tehy.fi/?x1536574=18366241>> 6.11.2010.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2006. Avopalvelut ovat mielenterveystyön kantava rakenne. <<http://info.stakes.fi/mielekaselama/FI/toimijoita/kunnat-avopalvelut.htm>> 10.9.2010.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2006. Mielenterveyden edistäminen <<http://info.stakes.fi/mielekaselama/FI/mielenterveydenedistaminen/edistaminen.htm>>10.9.2010.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Tutkimus suomalaisten mielenterveyspalvelujen vaikuttavuudesta. <<http://info.stakes.fi/merttu/FI/index.htm>> 13.11.2010.

Tilastokeskus. Kvalitatiivinen tutkimus. <http://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/kvalit_tutkimus.html> 30.3.2011.

Tilastokeskus. Kvantitatiivinen tutkimus. <http://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/kvanti_tutkimus.html> 30.3.2011.

Toivio, T. & Nordling, E. Mielenterveyden psykologia. 2009. Helsinki: Edita.

Toskala A. 1995. Depressio -tunnistaminen ja hoito. Suomen Akatemian julkaisuja 1/95. Painatuskeskus Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2011. <http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html> 20.9.2011.

Vilkko-Riihelä, A. 1999. Psyhyke –Psykologian käsikirja. Porvoo: WSOY.

Vilkko-Riihelä & Laine. 2007. Mielen maailma -Persoonallisuus ja mielenterveys. Helsinki: WSOY.

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Annala, T. & Saarelainen, R. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY.

Vuorilehto, M. 2008. Tunnistetun masennuksen aktiivinen hoito perusterveydenhuollossa. <http://www.tartumasennukseen.fi/c/document_library/get_file?folderId=1141451&name=DLFE-10814.pdf> 25.3.2011.

Väestöliitto. 2010. Mitä on pariterapia? <http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/palvelut/etsi_parisuhdepalveluja/mita_on_pariterapia/> 7.12.2010.

Vähäkylä, L. 2006. Hoidossa vai heitteillä. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Wahlbeck, K. & Pirkola, S. 2008. Onko jo aika sulkea psykiatriset sairaalat? Kirjassa: Ashorn U, Lehto J (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Stakes. <<http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/DA29659C-2609-4149-A60D-2CC4A91CE058/0/M269WahlbeckPirkola.pdf>> 13.11.2010.

World Health Organization. 2007. What is mental health?.<<http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>> 16.3.2011.

World Health Organization. 2010. Mental health: strengthening our response. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>> 16.3.2011

MASENNUKSEN DIAGNOSTISET KRITEERIT

DSM-IV-luokitus

DSM-IV-luokituksen mukaan vakavan masennusjakson diagnostiset kriteerit ovat seuraavat:

A. Seuraavista oireista vähintään viisi on esiintynyt kahden viikon jakson aikana, ja ne edustavat muutosta verratessa aikaisempaan toimintaan: vähintään yhden oireen on oltava joko masentunut mieliala (1) tai mielenkiinnon tai mielihyvän menettäminen (2).

Sellaisia oireita ei tule ottaa huomioon, jotka ovat selvästi seurausta ruumiillisesta häiriöstä tai mielialaan sopimattomia aistiharhoja tai harhaluuloja.

1. Suurimman osan päivästä vallitseva masentunut mieliala, joka vallitsee lähes joka päivä. Masentuneen mielialan osoittaa joko muiden huomiot tai oma ilmoitus mielialasta. Lapsilla ja nuorilla masentunut mieliala voi ilmetä ärtyneisyytenä.
2. Kaikissa tai lähes kaikissa päivittäisissä toiminnoissa merkittävästi vähentynyt mielenkiinto tai mielihyvä. Tämä tulee esiin joko muiden sen huomioidessa tai itse todettuna.
3. Merkittävä painon muutos tai lisääntynyt tai vähentynyt ruokahalu, joka ilmenee lähes joka päivä. Lapsilla tämä ilmenee vaikeutena saavuttaa odotettu paino.
4. Lähes päivittäin esiintyvä liiallinen nukkuminen tai unettomuus.
5. Melkein päivittäin esiintyvä psykomotorinen kiihtyneisyys tai hitaus, joka on myös muiden havaittavissa eikä vain subjektiivinen kokemus.
6. Väsymyksen tai voimattomuuden esiintyvyys lähes joka päivä.
7. Kohtuuttomat tai aiheettomat syyllisyyden tunteet tai arvottomuuden tunteet esiintyen lähes päivittäin.
8. Lähes joka päivä esiintyvä keskittymiskyvyttömyys, ajattelukyvyn heikkous tai päättämättömyys.
9. Kuoleman ajattelu toistuvasti, toistuvat itsemurha-ajatukset vailla suunnitelmaa tai itsemurhayritys tai -suunnitelma.

B. Oireet eivät täytä sekamuotoisen jakson kriteerejä.

C. Oireista aiheutuu kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa ammatillisilla, sosiaalisilla tai muilla tärkeillä toiminnan alueilla.

D. Oireet eivät selity minkään kemiallisen aineen, kuten lääkkeen tai huumeen suoralla fysiologisella vaikutuksella tai ruumiillisella häiriöllä.

E. Oireet eivät selity menetyksen aiheuttamalla surureaktiolla, oireiden kesto on pidempi kuin kaksi kuukautta menetyksen jälkeen, tai niitä kuvaa merkittävä toiminnan huononeminen, itsemurha-ajatukset sekä sairaalloinen tarpeettomuuden tunne sekä psykomotorinen hidastuneisuus tai psykoottiset oireet

(Lönnqvist ym. 2001, 135).

ICD-10-luokitus

ICD-10-luokituksen mukaan masennus voidaan jakaa masennustiloihin (F32) ja toistuvaan masennukseen (F33). Toistuva masennus on kyseessä silloin, kun masennus on esiintynyt ainakin kerran aikaisemmin ja tämän vuoksi masennuksen ylläpitohoito voi tulla kyseeseen. (Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä 2010)

ICD-10-luokituksessa masennus jaetaan oireiden lukumäärän mukaan lievään (4-5 oiretta), keskivaikeaan (6-7 oiretta) ja vaikeaan (8-10 oiretta) masennukseen. Vaikeassa masennuksessa esiintyvät kaikki oireet kohdasta B. Psykoottisessa masennuksessa esiintyy lisäksi harhoja. ICD-10-luokituksen mukaan masennustilan (F32) oirekriteerit ovat seuraavat:

A. Masennusjakson kesto on ollut vähintään kaksi viikkoa.

B. Seuraavista oireista todetaan vähintään kaksi.

1. Masentunut mieliala vallitsee suurimman osan ajasta.
2. Kiinnostus ja mielihyvä on menetetty sellaisia asioita kohtaan, jotka ovat aikaisemmin tuottaneet mielihyvää.
3. Poikkeuksellinen väsymys ja vähentyneet voimavarat.

C. Jotkin tai jokin seuraavista oireista todetaan niin, että B ja C yhteenlaskettuina oireita on vähintään neljä.

4. Oman arvontunnon tai itseluottamuksen vähentyminen.
5. Itsesytykset, jotka ovat perusteettomia tai kohtuuttomia.
6. Itsetuhoinen käyttäytyminen tai toistuvat ajatukset liittyen itsemurhaan tai kuolemaan.
7. Itse koetut tai muiden havainnoimat keskittymisvaikeudet, jotka voivat myös ilmentyä päättämättömyytenä tai jähkailuina.
8. Oma kokemus tai muiden havainnoima psykomotorinen kiihtyneisyys tai hidastuneisuus.
9. Unihäiriöt.
10. Ruokahalun ja siihen liittyvän painon muutos.

Näitä oirekriteerejä sovelletaan myös toistuvaan masennukseen (F33). (Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä 2010.)

Suostun osallistumaan haastatteluun, joka sisältyy Hämeen ammattikorkeakoulun hoitotyön opinnäytetyöhön ”Masennukseen sairastuneiden kokemukset avohoidosta”. Minulla on oikeus kieltää antamani tiedon käyttö missä vaiheessa tahansa opinnäytetyön teon aikana.

Yhteystietoni, jotka tulevat vain tätä opinnäytetyötä tekevien henkilöiden tietoon, ovat:

Haastatteluajankohtatoive:

Päiväys ja allekirjoitus:

Hyvä ***** jäsen

Pyydämme Sinua ystävällisesti osallistumaan opinnäytetyöhön sisältyvään kyselyyn. Opinnäytetyö on osa sairaanhoitajaopintojamme Hämeen ammattikorkeakoulussa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on saada tietoa masennukseen sairastuneiden kokemuksista avohoidossa. Tavoitteena on saada käsitystä siitä, millaisena hoito avohoidossa koetaan ja mitä siltä toivotaan.

Kokemukseen perustuva tieto on merkityksellistä, joten osallistumisesi kyselyyn on tärkeää. Toivomme osallistumistasi vastaamalla kyselykaavakkeeseen 6.4.2011 mennessä.

Lisäksi haemme vapaaehtoisia osallistujia täydentävään haastatteluun. Haastattelut toteutetaan vapaamuotoisena keskusteluna, johon ei tarvitse valmistautua etukäteen. Liitteenä on lomake, johon voit antaa suostumuksesi haastatteluun osallistumisesta. Haastattelut toteutetaan huhtitoukokuun aikana. Haastattelupaikka ja -aika voidaan sopia aikataulusi mukaan.

Kyselykaavakkeeseen vastataan nimettömänä. Myös haastatteluista saatua tietoa käsitellään nimettömästi ja luottamuksellisesti. Raportissa yksittäisen vastaajan antamat tiedot ja vastaukset eivät tule esiin.

Kiitos vastauksestasi!

Täytettyäsi lomakkeen voit sulkea sen palautuskuoreen ja laittaa kuoren vastauslaatikkoon. Vastauslaatikon haemme 7.4.2011.

Ystävällisin terveisin,

Heli Töyrymäki

Annika Parvela

Elina Turunen

Lisätietoja kyselystä, haastattelusta sekä opinnäytetyöstämme voitte kysyä:

Heli Töyrymäki p. 050 5336370 tai heli.toyrymaki@student.hamk.fi

TEEMAHAASTATTELURUNKO

KOKEMUKSET HOITON HAKEUTUMISESTA

- Millaisia ennakko-odotuksia sinulla oli avohoidon suhteen?
- Millä tavalla olet saanut tietoa avopalveluista?
- Kuinka kauan jouduit odottamaan avohoitoon pääsyä?
- Millä tavalla koit avohoitoon hakeutumisen? Millaisia tunteita avohoitoon hakeutuminen herätti?

KOKEMUKSET AVOHOIDON PALVELUISTA

- Mitä avohoidon palveluita olet käyttänyt?
- Kuinka kauan olet käyttänyt avohoidon palveluita?
- Millä tavalla kuvailisit hoitosi laatua avohoidossa?
- Millaiset asiat koet tärkeiksi hoitoasi ajatellen avohoidossa?
- Miten kehittäisit avohoidon palveluita?

Vastausohje:

Ole hyvä ja vastaa tähän lomakkeeseen nimettömänä. Kyselylomake käsitellään luottamuksellisesti niin, ettei yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa. Jos tila ei riitä, tekstiä voi jatkaa paperin kääntöpuolelle. Merkitse siinä tapauksessa kysymyksen numero tekstin alkuun, johon vastaat. Kiitos vastauksestasi!

1. Kuinka pitkään koet olleesi masentunut? Ympyröi lähinnä oleva vaihtoehto.

1-6kk 6-12kk 1-2v 2-4v 5-6v yli 6v yli 10v

2. Kuinka monta kertaa masennuksesi on ilmennyt ja olet tunnistanut sen? Vastaa numeroilla.

n. _____ kertaa.

3. Kuinka kauan olet ollut hoidossa avohoidossa masennuksen takia yhteenlaskettuna? Ympyröi lähinnä oleva vaihtoehto.

1-6kk 6-12kk 1-2v 2-4v 5-6v yli 6v yli 10v

4. Mitä seuraavista avohoidon palveluista olet käyttänyt masennuksen hoidossa?

kriisi- ja puhelinpalvelut
asumispalvelut

potilasjärjestöt
(muu kuin *****)

mihin muihin järjestöihin kuulut? _____

päivätoiminta

terapia

mikä/mitkä terapiat? _____

vertaistukiryhmät

hoidolliset ryhmät (keskustelu- ja toiminnalliset ryhmät)

sairaanhoitajan vastaanotto

psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotto

lääkärin vastaanotto

muu, mikä? _____

5. Onko sinulle tehty masennuksen hoitoon hoitosuunnitelma?

ei

kyllä

en tiedä

6. Mikäli vastasit kyllä edelliseen kysymykseen, tiedätkö, mitä hoitosuunnitelmasi sisältää?

ei

kyllä

7. Merkitse rastilla parhaiten mielipidettäsi vastaava vaihtoehto seuraaviin väittämiin.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
1. Avohoitoon hakeutuminen on helppoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hoidon saaminen masennukseen on helppoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mielenterveystyöntekijät kuuntelevat minua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mielenterveystyöntekijöitä on riittävästi saatavilla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Olen saanut riittävästi monipuolisia avohoidon palveluita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Olen motivoitunut hoitoni avohoidossa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Olen tyytyväinen saamaani hoitoon avohoidossa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Saamani hoito on riittävä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Olen jäänyt ilman hoitoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Käytätkö masennuslääkkeitä?

- kyllä
- ei

9. Mikäli vastasit kyllä edelliseen kysymykseen, millä tavalla koet lääkeshoidon lievittäneen masennustasi?

- ei ollenkaan
- huonosti
- jonkin verran
- hyvin
- en osaa sanoa

10. Millä tavalla koet avohoidon auttaneen masennuksesi hoidossa?

- ei ollenkaan
- huonosti
- jonkin verran
- hyvin
- en osaa sanoa

11. Onko masennuksesi hoito keskeytynyt toipumisen ollessa kesken?

- ei ole
- kyllä, omasta aloitteestani
- kyllä, tarvitsemaani avohoidon palvelua ei ole ollut saatavilla
- kyllä, muusta syystä, mistä?

12. Mikäli vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, kuinka monesti masennuksesi hoito on keskeytynyt?

Vastaa numeroilla. _____ kertaa.



13. Oletko avohoidon palveluiden avulla löytänyt keinoja masennuksen lievittämiseen? Jos olet, millaisia?

14. Miten kehittäisit avohoidon palveluita?

