

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyön suuntautumisvaihtoehto

Katariina Kontula

**TYÖTERVEYSHOITAJA MASENNUKSEN TUNNISTAJANA JA
EHKÄISIJÄNÄ**

Opinnäytetyö 2011

Tiivistelmä

Katariina Kontula

Työterveyshoitaja masennuksen tunnistajana ja ehkäisijänä, 35 sivua, 3 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Opinnäytetyö 2011

Ohjaaja: Lehtori Mervi Patosuo, Saimaan ammattikorkeakoulu

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa seuraavista seikoista: kuinka työterveyshoitajat tunnistavat masentuneen asiakkaan, millaisia keinoja heillä on masennuksen tunnistamiseen ja millainen on heidän oma kokemuksensa siitä, kuinka hyvin masennusta voidaan tunnistaa ja hoitaa. Tutkimustehtävät muodostuivat näiden mukaan.

Masennuksesta on muodostunut yksilöä ja yhteiskuntaa rasittava kansanterveysongelma. Varsinkin työikäisten masennus on yleistynyt rajusti viime vuosien aikana. Varhainen toteaminen ja hoito ovat avainasemassa onnistuneessa paranemisessa. Tämän takia aihetta oli mielekäästä tutkia työterveyshoitajien näkökulmasta.

Tutkimusote on laadullinen, koska haluttiin saada selville nimenomaan työterveyshoitajien omakohtaisia kokemuksia aiheesta. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla ja tiedonantajiksi valikoitui neljä työterveyshoitajaa kolmesta eri työterveyden toimipisteestä. Aineisto analysoitiin sisällön analyysin avulla.

Masennuksen tunnistamisessa tutkimuksen keskeisiä tuloksia olivat haastattelvien mukaan työntekijästä johtuvat syyt, työpaikasta johtuvat syyt sekä työterveyshuollon erityisosaamisen merkityksen tunnistaminen. Hoitotyön auttamismenetelmistä haastateltavat käyttivät asiakkaan psyykkistä tukemista. Masentuneen asiakkaan hoitamisesta haastateltavilla oli sekä hyviä että huonoja kokemuksia. Lisäksi he olivat huomanneet yhteiskunnan muutoksen: masennuksesta puhutaan paljon ja sitä sairastavilla ei ole enää niin negatiivista leimaa. Tärkeänä pidettiin myös työterveyshuollon keinoja puuttua työntekijöiden terveyteen liittyviin asioihin.

Jatkotutkimusaiheet voisivat tuoda esille masentuneen asiakkaan näkökulmaa tai työterveyshuollossa ennaltaehkäisevä näkökulmaa.

Asiasanat: masennus, masennuksen tunnistaminen, työterveyshoitaja, työikäinen

Abstract

Katariina Kontula

Public health nurses in occupational health care recognising and preventing depression, 35 pages, 3 appendices

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Faculty of Health Care and Social Services, Degree Programme in Public Health Nursing

Bachelor's Thesis 2011

Instructor: Senior Lecturer Mervi Patosuo

The purpose of this study was to find out how public health nurses in occupational health care are able to recognise and perhaps prevent depression. The idea was also to find out what kinds of methods public health nurses use to recognise depression and about personal experiences regarding depression treatment.

The information for this study was gathered by interviewing four public health nurses who worked in occupational health care. They were interviewed because the study was qualitatively oriented. The text which was collected from the interviews was analysed using content analysis.

The results of the study showed that public health nurses are able to recognise depression if they concentrate on employees' problems, problems in the workplace, and use of special skills in occupational health care. They helped depressed patients by supporting their positive mental health. Based on the findings, the experiences of depression treatment were both good and bad. Public health nurses had recognised the positive change of the atmosphere of society towards depression. That change helps the people with depression to get well. Nurses were also appreciative of their special knowledge and skills as occupational health nurses for recognizing clients with depression.

Further study might be done to find out better ways of preventing depression in clients of occupational health care.

Keywords: Depression, Occupational Health Care, Public Health Nurse, Recognising Depression, Working Age Population

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	5
2 MASENNUS TYÖIKÄISELLÄ	6
2.1 Masennuksen synty ja esiintyvyys työikäisillä	6
2.2 Masennuksen määrittely	7
2.3 Masennuksen hoito	8
3 TYÖTERVEYSHOITAJA MASENNUKSEN TUNNISTAJANA JA EHKÄISIJÄNÄ	9
3.1 Työterveyshuolto ja työterveyshoitajan toimenkuva	9
3.2 Masennuksen tunnistaminen työterveyshuollossa	11
3.3 Masennuksen hoito ja ennaltaehkäisy työterveyshuollossa	13
4 OPINNÄYTE TYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	16
5 OPINNÄYTE TYÖN TOTEUTUS	17
5.1 Aineiston keruu.....	17
5.2 Aineiston analyysi	19
6 TUTKIMUSTULOKSET	20
6.1 Tutkittavien kuvaus	20
6.2 Työterveyshoitajien keinot tunnistaa masentunut asiakas.....	20
6.3 Työterveyshoitajien hoitotyön auttamismenetelmät masentuneen asiakkaan hoidossa	22
6.4 Työterveyshoitajien kokemuksia masentuneen asiakkaan hoidosta	22
6.5 Kehittämisehdotukset masennuksen tunnistamiseen ja hoitoon	23
7 POHDINTA	24
7.1 Tutkimustulosten tarkastelua	24
7.2 Tutkimuksen luotettavuus	25
7.3 Opiinnäytetyöhön liittyvät eettiset näkökohdat	27
7.4 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset	28
7.5 Opiinnäytetyöprosessin arviointi.....	28

LÄHTEET

LIITTEET

Saatekirje

Teemakysymykset

Esimerkki analyysin etenemisestä

1 JOHDANTO

Mediassa on viimeaikoina puhuttu suomalaisten masennuksesta, joka on koko ajan yleistymässä ja jota voidaan kutsua jo kansanterveysongelmaksi (Depression käypä hoito 2009). Yhä useammin siirrytään työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveyshäiriön takia. Mielenterveyshäiriöistä masennus on yleisin syy siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle. (Suua & Tuomikoski 1996; Luhtasaari 2009.)

Masennusta esiintyy eniten työkäisillä, joten tämän takia valitsin opinnäytetyöhöni työterveyshuollon näkökulman. Työterveyshoitajien haastattelu tuntui parhaalta tavalta kerätä tietoa, koska työterveyshuollossa työterveyshoitajat ovat avainasemassa tunnistamassa masennusta sekä ohjaamassa muiden palveluiden ja hoitojen pariin. Masennukseen sairastunut ihminen ei aina itse tunnista omaa tilaansa, jolloin jonkun toisen ihmisen tekemät havainnot ovat erittäin tärkeitä, jotta ihminen saisi ajoissa hoitoa. (Suua & Tuomikoski 1996; Isometsä 2009).

Masennuksen yleisyyden ja lisääntyvyyden takia aihetta on tärkeä tutkia, sillä se aiheuttaa inhimillisen kärsimyksen lisäksi huomattavaa työ- ja toimintakyvyttömyyttä ja tätä kautta myös merkittäviä kuluja yhteiskunnalle. Masennus lisää myös itsemurhan riskiä. (Isometsä 2009.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään työkäisten masennukseen sekä työterveyshoitajien kokemuksiin sen tunnistamisesta ja hoitoon ohjauksesta. Opinnäytetyön tutkimusote on laadullinen, koska haluttiin saada selville nimenomaan työterveyshoitajien omakohtaisia kokemuksia aiheesta.

Masennus käsitettä käytetään yleisesti arkikielessä kuvaamaan erilaisia tunnetiloja. Lääketieteessä masennus voi tarkoittaa normaaliin tunne-elämään kuuluvaa usein pettymyksiin liittyviä tunnereaktioita, masentunutta mielialaa tai masennusoireyhtymää, johon liittyy muitakin psyykkisiä oireita. Tässä opinnäytetyössä masennuksesta puhuttaessa tarkoitetaan masentunutta mielialaa, joka voi kestää viikoista jopa vuosiin. (Luhtasaari 2009; Isometsä 2010.)

2 MASENNUS TYÖIKÄISELLÄ

2.1 Masennuksen synty ja esiintyvyys työikäisillä

Masennus eli depressio heikentää eniten työ- ja toimintakykyä ja lisäksi haittaa elämänlaatua merkittävästi (Tuisku & Rossi 2010). Se lisää itsemurha riskiä, mikä entisestään lisää yksilön ja lähiympäristön kuormitusta (Lönnqvist 2005a). Tämän lisäksi se aiheuttaa merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle muun muassa sairauslomien ja työkyvyttömyyseläkkeiden takia (Isometsä 2009). Masennus on koko ajan lisääntyvä kansansairaus. Esimerkiksi masennuslääkkeistä korvausta saaneiden 25–64 –vuotiaiden osuus on kymmenessä vuodessa (2000–2010) noussut 6,3 %:sta jopa 10 %:iin, kun vertauskohteena on vastaavan ikäinen väestö. (Sotkanet 2011.)

Masennuksen syntyyn työikäisillä vaikuttavat useat tekijät kuten biologiset ja perinnölliset tekijät, persoonallisuuden piirteet ja sosiaaliset tekijät. Täsmällistä syytä ei kuitenkaan tunneta vielä. Masennuksen laukaisee usein jokin kielteinen elämänkokemus ja siihen liittyvä psykososiaalinen stressi, kuten avioero, työttömyys, lapsen saaminen tai pitkäaikaiseen fysiseen sairauteen sairastuminen. Biologisia tekijöitä on löydetty ja muutoksia on paljastunut erityisesti aivojen välittäjäaineiden määrissä. Näistä tärkeimmät ovat serotoniinin ja noradrenaliinin väheneminen. Perinnöllisyys vaikuttaa myös sairauden syntyyn: masennusta on enemmän niillä, joilla on sitä myös suvussa. Lisäksi naissukupuoli altistaa enemmän masennukselle. Sairauteen liittyvä itsemurhan riski on suurempi miehillä sekä vaikeaa masennusta sairastavilla. (Suua & Tuomikoski 1996; Heiskanen, Salonen, Kitchener & Jorm 2008; Isometsä 2009; Luhtasaari 2009.) Itsemurha on merkittävä työikäisen väestön kuolinsyy. Itsemurha kuormittaa huomattavasti läheisiä, työtovereita, hoitohenkilökuntaa ja muuta lähiympäristöä. Lisäksi se vähentää oletettavissa olevien työikäisen väestön elinvuosia ja aiheuttaa näin ollen suuria kustannuksia yhteiskunnalle. (Lönnqvist 2005a.)

Masennus on suomalaisten kansantauti ja sitä sairastaa vuodessa noin 4-5 % kansalaisista (Depression käypä hoito 2009). Elinikäinen esiintyvyys on noin

15 % (Isometsä 2009). Masennus voidaan liittää useisiin muihin sairauksiin ja sitä esiintyy eri-ikäisillä (Isometsä 2010).

2.2 Masennuksen määrittely

Masennuksella voidaan tarkoittaa eri asioita, ja arkikielessä masennus tarkoittaa eri asiaa kuin lääketieteessä. Masennus voi tarkoittaa normaaliin tunne-elämään kuuluvia usein pettymyksiin liittyviä tunnereaktioita, masentunutta mielialaa eli masennustilaa tai masennusoireyhtymää, johon liittyy muitakin oireita. Masennustilalla tarkoitetaan pitkäaikaista masentunutta tunnetilaa. (Luhtasaari 2009; Isometsä 2010.)

Masennus voi olla lievää, keskivaikeaa, vaikeaa tai psykoottista ja näiden oireet poikkeavat toisistaan. Lievässä sairauden muodossa toimintakyky on vielä kohtalainen ja oireina saattavat olla itkuisuus tai korostunut totisuus, mutta työkyky säilyy yleensä. Keskivaikeassa sairauden muodossa esiintyy jo selvästi huonontunutta työ- ja toimintakykyä. Vaikeassa sairauden muodossa ihminen on lähes aina työkyvytön ja hänen käytöksensä on jo selvästi poikkeavaa, jolloin esiintyy ilmeettömyyttä, jähmeyttä tai levottomuutta ja tuskaista liikehdintää. Tällöin toimintakyky on alentunut merkittävästi kaikilla elämän alueilla. Psykoottisessa masennustilassa ihmisen todellisuudentaju pettää eikä hän selviydy arjesta itsenäisesti. (Suaa & Tuomikoski 1996, 63–88; Lepola ym. 2002, 64–65; Heiskanen ym. 2008; Luhtasaari 2009; Tuisku & Rossi 2010, 72–73.)

Masennustilan diagnoosi edellyttää ICD-10 tautiluokituksen mukaan vähintään neljää oiretta vähintään kahden viikon ajan. Oireita ovat masentunut mieliala, mielihyvän menetys, uupumus, itsearvostuksen menetys, kohtuuton syyllisyyden tunne, toistuvat itsetuhoiset ajatukset tai käytös, päättämättömyys, psyko-motorinen hidastuneisuus tai kiihtyneisyys, unihäiriöt sekä ruokahalun ja painon muutos, joko laihtuminen tai lihominen. Sairauteen liittyy myös itsemurhan riski, ja se on suurempi miehillä sekä vaikeaa masennusta sairastavilla. (Suaa & Tuomikoski 1996; Lepola ym. 2002, 64; Heiskanen ym. 2008; Luhtasaari 2009.) Lievässä masennuksessa todetaan 4-5 oiretta, keskivaikeassa 6-7 oiretta ja

vaikeassa masennuksessa 8-10 oiretta. Näiden lisäksi vaikeusasteen arviointiin tulisi käyttää oiremittareita ja toimintakyvyn arviointia. (Noppari ym. 2007, 56.)

2.3 Masennuksen hoito

Masennuksen hoidon lähtökohtana on oikea diagnoosi. Masennusta voidaan hoitaa antidepressiivisillä lääkkeillä ja psykoterapialla tai näitä yhdistämällä. Psykoterapia sopii parhaiten lievään ja keskivaikeaan masennustilaan, kun taas lääkehoidolle saadaan vastetta kaikissa masennustiloissa vakavuusasteesta riippumatta. (Heiskanen ym. 2008; Depression käypä hoito 2009; Isometsä 2009.) Kuhasen ym. (2010, 265–266) mukaan lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa lääkityksen tarve on yksilöllinen ja usein toimivampi vaihtoehto olisi psykoterapia. Joissakin tapauksissa apua saadaan kirkasvalo- tai sähköhoidosta sekä antipsykoottisista lääkkeistä. Kaikille masennusta sairastaville suositellaan liikuntaa, ja se sopii niille, joilla ei ole muuta lääketieteellistä estettä. Liikunta on kuitenkin vain osana kokonaihoitoa. (Heiskanen ym. 2008; Depression käypä hoito 2009; Isometsä 2009.) Lääkehoidon aloituksen jälkeen 6-8 viikon kuluttua oireet ovat lieventyneet tai hävinneet, mutta toipuminen jatkuu tämänkin jälkeen (Kuhanen ym. 2010, 266).

Masennuksen hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen: akuuttivaiheen hoitoon, jatkohoitoon ja ylläpitohoitoon. Akuuttivaiheen hoidon tärkein tavoite on oireettomuus, ja tässä vaiheessa aloitetaan yleensä antidepressiivinen lääkitys sairauden vaikeusasteesta riippumatta. Akuuttivaiheen aikana potilaan tilaa seurataan vähintään 1-3 viikon välein ja arvioidaan lääkkeen vastetta. Jatkohoidossa ylläpidetään lääkehoitoa noin puolen vuoden ajan, jotta oireet eivät uusiudu. Tämän jälkeen voidaan asteittain luopua lääkkeistä. Ylläpitohoito on tarpeellinen potilaille, joilla on elämänsä aikana ollut vähintään kaksi masennusjaksoa ja joilla on tuolloin ollut keskivaikea masennus. (Depression käypä hoito 2009.) Lääkehoitoa suunniteltaessa arvioidaan tarvitseeko potilas lääkkeitä myös ahdistukseen tai psykoottisiin oireisiin (Isometsä 2009).

Psykoterapiaa käytetään erityisesti lievän ja keskivaikean masennuksen hoidossa. Potilaan tulee kuitenkin olla motivoitunut ja halukas sitoutumaan sään-

nölliseen työskentelyyn. Terapiavaihtoehtoja ovat kognitiivinen psykoterapia, psykodynaaminen psykoterapia ja interpersonaalinen psykoterapia. Terapialla pyritään vaikuttamaan mielikuviin, ajattelu-malleihin ja tunne-elämään, joiden vääristymät voivat ylläpitää masennusoireita. (Depression käypä hoito 2009; Isometsä 2009.)

Kirkasvalohoidosta ovat hyötäneet erityisesti kaamosmasennuksesta kärsivät. Sähköhoitoa annetaan vaikeissa ja psykoottisissa masennustiloissa ja erityisesti silloin, jos on välitön itsemurhavaara. Tämä tehdään psykiatrisessa sairaalahoitossa. (Depression käypä hoito 2009; Isometsä 2009.)

Masennuksesta voi parantua ja suurin osa eli noin 60 % toipuu. Yleisimmin masennuskausi kestää 5-6 kuukautta, jonka jälkeen asiakkaan psykososiaalinen toimintakyky yleensä palaa. Myös työkyky palaa, mutta hieman hitaammin. (Depression käypä hoito 2009; Rossi 2010.) Masennus on kuitenkin herkästi uusiutuva (50–90 %) vaikeusasteesta riippuen ja 20 % psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa olevista jää työkyvyttömiksi (Rossi 2010).

Koska masennusta esiintyy yleisimmin työikäisillä, on työterveyshoitajilla tärkeä rooli sairauden tunnistamisessa ja hoitoon ohjauksessa. Lisäksi aikainen tunnistaminen on tärkeää, etteivät ongelmat ehtisi kasaantua. (Isometsä 2009.) Myös sairauden pitkittyessä ja uusiutuessa työterveyshuollolla on merkittävä rooli työntekijän ja työpaikan välillä sekä työhön paluun tukemisessa (Depression käypä hoito 2009).

3 TYÖTERVEYSHOITAJA MASENNUKSEN TUNNISTAJANA JA EHKÄISIJÄNÄ

3.1 Työterveyshuolto ja työterveyshoitajan toimenkuva

Työterveyshuollon toimintaa määrittelee erityisesti työterveyshuoltolaki. Lain mukaan yhteistoimin edistetään *työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, työntekijöiden terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa sekä työyhteisötoimintaa*. (Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383.)

Suomessa lain mukaan työnantajan on järjestettävä työntekijöille työterveys- huollon palveluja, joihin kuuluu ainakin perusterveydenhuoltoa ja ennaltaehkäi- sevää terveydenhoitoa. Lisäksi usein sopimuksissa on sovittu myös sairauden- hoidosta ja kuntoutuksesta. (Koponen ym. 2002, 108; Juutilainen 2004, 28.)

Työelämässä korostuvat nykyään henkiset haasteet, joten työn mielenterveys- vaikutusten arviointi ja mielenterveyshäiriöiden ehkäisy korostuvat työterveys- huollon tehtävissä. Työ vaikuttaa mielenterveyteen sekä positiivisesti että nega- tiivisesti, minkä takia on tärkeää vaikuttaa molempiin asioihin. (Rautio & Hus- man 2010, 165–167; Tuisku & Rossi 2010, 12.)

Työterveyshuollossa on erityisosaamista vaativia tehtäviä, joten terveydenhoita- jien ja lääkäreiden tulee käydä lisäkoulutus. Työterveyshoitaja ja –lääkäri ovat työterveyshuollon ammattihenkilöitä, mistä on säädetty laissa (Juutilainen 2004, 43).

Tämä tarkoittaa sitä, että työterveydenhuollossa voi työskennellä *terveyden- huollon ammattihenkilö, jolla on työterveyshuollon erikoislääkärin pätevyys tai muun laillistetun lääkärin tai terveydenhoitajan pätevyys ja työterveyshuollon toteuttamiseen tarvittava koulutus*. (Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383.)

Työterveyshoitajan työ on itsenäistä, mutta hoitaja on mukana moniammatilli- sessa yhteistyössä tiiviisti. Yhteistyötä tehdään esimerkiksi muiden työterveys- huollon ammattiryhmien, asiakkaiden ja yhteistyökumppaneiden kanssa. (Suomen työterveyshoitajaliitto.) Työyksikön määrittelemät tavoitteet, sisällöt ja me- netelmät ovat osa työterveyshoitajan työtä, ja ne voivat vaihdella työyksiköittäin. Tehtävät voidaan jaotella työntekijään kohdistuviin, työpaikkaan kohdistuviin ja muihin tehtäviin. Työntekijään kohdistuvat tehtävät ovat esimerkiksi sairausvas- taanotto toiminta, kuntoutus, kriisihoito moniammatillisessa työryhmässä, hoi- toonohjaus sekä terveyden edistäminen sekä yksilöohjaus. (Juutilainen 2004, 55–60.)

Työterveyshoitajan lähtökohtana on työntekijän terveyden ja työkyvyn edistäminen. Hänen tehtävänä on uusimman tieteellisen tiedon soveltaminen työssään, jotta työntekijän terveys ja työkyky pysyisivät hyvinä. Työssäkävyn terveyttä tarkastellaan aina neljästä näkökulmasta eli työntekijän, työn, työympäristön ja työyhteisön kannalta. Koko työterveyshuollon ensisijainen näkökulma on preventiivinen, jolloin tärkein tehtävä on terveyttä ja työkykyä edistävä ja ylläpitävä. Tärkeää on myös olla valmiudet sairauksien hoitoon. Myös silloin työterveyshoitaja huomioi neljä näkökulmaa, joista jokin osatekijä voi aiheuttaa työntekijälle sairautta. Kuntouttava näkökulma on myös merkittävä, sillä työntekijä tarvitsee kuntoutusta, jotta työ- ja toimintakyky säilyy tai palautuu. Ajantasaisen ja luotettavan tiedon välittäminen sekä asiakkaan ohjaaminen ovat tärkeitä asioita tiedostaa työterveyshoitajan työssä, sillä työntekijöiden on helppo saada nykyään erilaista, jopa väärää tietoa, esimerkiksi terveyteen ja sairauksiin liittyen. (Juutilainen 2004, 21–24.)

Työterveyshoitajan työn arvot liittyvät auttamiseen ja hoitamiseen, asiakkaan palveluun, työelämään ja työhön liittyviin arvoihin. Lisäksi niihin vaikuttavat yhteiskunnalliset arvot, kulttuuri ja oma arvomaailma. Hoitotyössä tärkeitä periaatteita ovat nykyään myös taloudellisuus ja laatu. Näiden lisäksi työterveyshoitaja on vastuussa oman työnsä tuloksellisuudesta. (Juutilainen 2004, 60–61.)

3.2 Masennuksen tunnistaminen työterveyshuollossa

Masentuneen asiakkaan tunnistaminen voi olla haasteellista, koska sairastunut itse ei aina tunnista omaa tilaansa ja vain osa hakee apua oireisiinsa. Asiakas saattaa kertoa ruumiillisista vaivoista, mutta ei osaa mieltää mielialaansa masentuneeksi. Lisäksi tunnistamiseen vaikuttavat ikä sekä sukupuoli, sillä oireet poikkeavat eri-ikäisillä sekä miehillä ja naisilla. Masennus on monimuotoinen sairaus ja sen vaikeusaste voi vaihdella, joten sen tunnistaminen on usein vaikeaa. Masennus voi liittyä muihin mielenterveyden oireyhtymiin, mikä myös osaltaan vaikeuttaa omakohtaista havaitsemista ja tunnistamista. (Suua & Tuomikoski 1996; Depression käypä hoito 2009; Luhtasaari 2009; Isometsä 2010.)

Vaikka perusterveydenhuollossa hoidetaan suurin osa masennuspotilaista, on työterveyshuollolla erityinen asema aikaisessa tunnistamisessa, työntekijöiden työolojen tuntemisessa. Lisäksi he tekevät yhteistyötä esimiesten ja johdon kanssa. Esimiesyhteistyötä tehdään vain asiakkaan luvalla ja tietojen käsittelystä ja siirrosta on säädetty laissa. (Depression käypähoito 2009; Högström 2010; Rossi 2010.)

Työterveyshuoltolain mukaan (21.12.2001/1383) *salassa pidettäväksi säädettyjä tietoja ei saa ilmaista, jollei se, jonka hyväksi salassapitovelvollisuus on säädetty, anna siihen suostumustaan siten kuin erikseen säädetään.*

Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) velvoittaa salassapitoon. Sen mukaan *potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä. Terveystenhuollon ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevä taikka sen tehtäviä suorittava henkilö ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa sivulliselle potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja.*

Työterveyshuollossa masennusta voidaan epäillä esimerkiksi silloin, jos asiakkaalla on lukuisia vastaanottokäyntejä ja selittämättömiä oireita, toistuvia työpoissaoloja, unihäiriöitä, kipuoireilu, työstressiä, alkoholin suurkulutusta tai pitkäaikainen somaattinen sairaus. Masennuksen pitkittyessä tai uusiutuessa työterveyshuollolla on tärkeä rooli esimerkiksi työhönpaluun kanssa, jolloin yhteistyötä tehdään perusterveydenhuollon kanssa. (Depression käypähoito 2009; Högström 2010; Rossi 2010.)

Masennuksen tunnistamisessa on tärkeää erotusdiagnosi esimerkiksi lievempiin tiloihin viittaavien oireiden tai vakavamman mielenterveyshäiriön, kuten kaksisuuntaisen mielialahäiriön erottaminen. Yksittäisten masennusoireiden tunnistamisen lisäksi on tärkeää tunnistaa itse masennusoireyhtymä. (Depression käypä hoito 2009.) Masennuksen tunnistamiseen on kehitetty lukuisia erilaisia mittareita, joita käytettäessä tulee muistaa, etteivät ne tee diagnoosia. Yksi yleisimmin käytetyistä mittareista on BDI (Beck Depression Inventory), joka on itsearviointiasteikko. (Luhtasaari 2009.) Muita mittareita ovat esimerkiksi DEPS (Depressioseula) ja toimintakyvyn mittauksessa käytetty Sofas (Tuisku & Rossi 2010).

Työterveyshuollossa määritellään asiakkaan työkykyä ja sairauspoissaolon tarvetta. Esimerkiksi masennusta sairastavalle on useita vaihtoehtoja sairauslomien suhteen ja vaihtoehtoja mietitään työntekijän, esimiehen ja työterveyshuollon yhteistyössä. Vaihtoehtoja sairauslomalle ovat osasairauslomapäiväraha, muunnettu työ omissa työtehtävissä tai korvaava työ toisissa työtehtävissä. (Högström 2010.)

3.3 Masennuksen hoito ja ennaltaehkäisy työterveyshuollossa

Työterveyshoitajilla on tärkeä tehtävä masennuksen tunnistamisessa, voinnin seurannassa, hoitoon motivoimisessa ja hoidon suunnittelussa sekä lääkityksen tarpeen ja vasteen arvioinnissa. Erityisen tärkeää on masennuksen tunnistaminen varhaisessa vaiheessa. (Kuhanen ym. 2010, 204, 272.) Valtaosa työikäisistä masennuspotilaista voidaan hoitaa työterveyshuollossa (Masto -hanke 2008). Masennuspotilaan hoito työterveyshuollossa on aina työterveyshoitajan ja lääkärin yhteistyötä, ja mahdollisuuksien mukaan käytetään työpsykologin asiantuntemusta (Tuisku & Rossi 2010, 42).

Masennuksen hoito voidaan jakaa akuuttivaiheeseen, jatkohoitoon ja ylläpitohoitoon. Akuuttivaiheen lääkehoito on sitä tärkeämpi mitä vaikeammasta masennustilasta on kysymys. Akuuttivaiheen aikana masentunutta asiakasta olisi hyvä tavata 1-3 viikon välein yksilöllisen suunnitelman mukaan ja tarpeen vaatiessa jopa useammin. Tapaamisia on hyvä jatkaa 6-8 viikon ajan. Tapaamisissa keskustellaan asiakkaan voinnista ja seurataan lääkkeen vastetta, joka on yksilöllinen. (Kuhanen ym. 2010, 272–274; Tuisku & Rossi 2010, 37–39.) Noin viidennes voi mahdollisesti lopettaa lääkityksen, sillä masennuslääkkeillä on useita kiusallisia sivuvaikutuksia, jotka voivat myös ilmetä yksilöllisesti. Akuuttivaiheen voinnin seurannassa on hyvä käyttää apuvälineenä erilaisia arviointilomakkeita. (Kuhanen ym. 2010, 272–274.)

Jos lääkitykseen on päädytty masennuksen hoidossa, on jatkohoito 6-9 kuukautta. Tällöin seurataan oireiden häviämistä ja ehkäistään niiden uusiutumista. Masennusoireiden uusiutumisen riski kasvaa, jos lääkitys lopetetaan liian aikaisin. (Kuhanen ym. 2010, 274.) Seurantaa jatketaan aina 2 viikon välein 6 viikon

ajan, jos tulee lääkemuutoksia ja toipumisen edetessä noin 1 kuukauden välein vähintään 6 kuukautta. Harvajaksoista seuranta jatketaan noin vuoden verran toipumisesta. (Tuisku & Rossi 2010, 40–43.)

Lääkityksen ylläpitohoitoa jatketaan pitkäkestoisesti masennustilan estohoitona, jos asiakkaalla on ollut useampi masennusjakso elämänsä aikana. Myös ylläpitohoidon aikana tulisi seurata säännöllisesti asiakkaan vointia. Lääkityksen purku onnistuu niin akuuttivaiheen kuin vuosia kestäneen ylläpitovaiheenkin jälkeen, mutta se tehdään lääkärin kontrollissa ja tarkasti vointia seuraten. (Kuhanen ym. 2010, 274.) Hoidon haasteena onkin yksittäisen masennusjakson tehokas hoito ja toisaalta toistuvien masennusjaksojen ylläpitohoitojen ennaltaehkäisevä vaikutus (Lönqvist 2005b).

Psykoedukaatio on tärkeä työväline masentuneen asiakkaan hoidossa. Se tarkoittaa hoitavan tahon, potilaan sekä hänen perheensä välillä tapahtuvaa jaettava asiantuntijuutta. Psykoedukaatio auttaa asiakasta ja perhettä etsimään ratkaisuja heidän tilanteeseensa. Tärkeää on ylläpitää toivoa ja yhdessä tasavertaisesti havainnoida ja ymmärtää sairastumista. Heille annetaan tietoa sairaudesta, oireista, selviytymiskeinoista ja toipumisesta koko hoitosuhteen ajan. Tavoitteena on lisätä asiakkaan ja perheen terveyttä ja hyvinvointia sekä lisätä sairauden hallintaa. (Suaa & Tuomikoski 1996, 84–85; Kuhanen ym. 2010, 90–93; Tuisku & Rossi 2010, 44.)

Asiakkaan ja työterveyshoitajan keskeinen yhteistyösuhde on keskeinen mielenterveyshoitotyön menetelmä. Sen tulisi olla asiakaslähtöistä, jossa asiakas itse on mukana hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Ohjauksen ja toiminnan tulisi olla motivoivaa ja konsultoivaa. Lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet. Yhteistyösuhteen onnistumiseen vaikuttavat työterveyshoitajan ja asiakkaan persoonallisuudet sekä hoitajan ikä, sukupuoli ja koulutustausta. (Kuhanen ym. 2010, 150–152.) Yhteistyösuhteessa korostuvat työterveyshoitajan kuuntelemisen taito ja hyväksyntä. Hoitajan tulee olla aktiivinen ja aloitteellinen osapuoli, sillä masentunut on usein vetäytynyt ja estynyt. Hänelle tulee kuitenkin antaa mahdollisuus puhumiseen. Tärkeää on potilaan kannustaminen, aito läsnäolo sekä keskustelu. (Suaa & Tuomikoski 1996, 84–85.)

Masennuksen ennaltaehkäisy tapahtuu monella tasolla. Näitä ovat esimerkiksi yleispreventio, joka tarkoittaa masennukselta suojaavia elämäntapoja, kuten säännöllistä liikuntaa ja päihitteettömyyttä. Muita henkisen hyvinvoinnin kannalta tärkeitä asioita ovat mielekäs työ, joka on sopivan kuormittavaa, työn ja vapaa-ajan tasapaino, työn ulkopuolisen elämän sisältö, sosiaaliset verkostot ja ongelmanratkaisutaidot. Näitä asioita työterveyshoitaja käy läpi lähes jokaisella vastaanottokäynnillä, ja lisäksi ne tulisi huomioida terveydenedistämishankkeissa ja terveysvalistuksessa. (Tuisku & Rossi 2010, 12–19; Parkkinen 2011.)

Työyhteisötason yleispreventiivinen toiminta on usein esimiesten vastuulla. Johdattamisen tulisi olla taidokasta ja oikeudenmukaista. Esimiesten tulisi tukea alaisia kuormittavissa tilanteissa sekä puuttua varhain ongelmatilanteisiin. Työpaikalla tulisi huomioida myös hyvinvointitekijät, joita ovat esimerkiksi työrauha, sujuva yhteistyö ja palautumismahdollisuudet. (Tuisku & Rossi 2010, 12–19; Masto-hankkeen loppuraportti 2011, 89–92.) Lisäksi on tärkeää, että työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyö toimii, kun arvioidaan, vähennetään ja hallitaan kuormitustekijöitä (Tuisku & Rossi 2010, 12–19). Masto-hankkeen aikana ja jälkeen on pyritty lisäämään varhaisen tuen mallien käyttöä, esimiestaitojen koulutusmahdollisuuksia ja mielenterveyttä edistävien työolojen kehittämistä (Masto-hankkeen loppuraportti 2011, 89–92).

Masennuksen vaikuttavimpia ehkäisykeinoja ovat preventiivitoimenpiteet riskiryhmille ja oireileville. Riskiryhmiin kuuluvat esimerkiksi kuormittavassa elämäntilanteessa olevat, somaattisesta sairaudesta kärsivät, päihdeongelmaiset sekä työstressistä ja –uupumuksesta kärsivät. Sekundaaripreventio tarkoittaa varhaisen tunnistamista ja oikea-aikaista hoitoa. Näin voidaan ennaltaehkäistä masennuksen pitkittymistä, työ- ja toimintakyvyn laskua sekä muita seuraamuksia. (Tuisku & Rossi 2010, 12–13; Masto-hanke 2009.)

Masennuksen ehkäisy ei ole vain työterveyshuollon vastuulla, vaan sitä yritetään vähentää ja ehkäistä erilaisilla kansallisilla hankkeilla. Esimerkki kansallisista hankkeista on Masto –hanke, joka toteutettiin vuosina 2008-2011. Sen tavoitteena oli masennuksen varhaisen tunnistamisen, ehkäisyn, hoidon ja kun-

toutuksen edistäminen sekä työhön paluun edistäminen ja pysyvän työkyvyttömyyden vähentäminen. (Masto-hanke 2008.)

Terveys 2015 – kansanterveysohjelma kiinnittää huomiota eri-ikäisten suomalaisten terveyden edistämiseen. Työikäisten kohdalla on määritetty, että työikäisten työ- ja toimintakyky ja työelämän olosuhteet kehittyisivät niin, että työelämässä jaksettaisiin entistä pidempään. Tavoitteena on työstä luopuminen noin 3 vuotta myöhemmin kuin vuoden 2000 tasolla. Osaltaan nämä tavoitteet myös ehkäisevät masennusta. (Terveys 2015.) Työelämässä pidempään ja terveempänä jaksaminen on oleellista, sillä väestön ikärakenne muuttuu niin, että vanhempia ihmisiä on enemmän kuin nuoria. Väestön ikärakenne kehittyy niin, että yli 45-vuotiaita on yhä enemmän ja 0-45 -vuotiaita yhä vähemmän. (Finindikaattori 2011a; Finindikaattori 2011b.)

Työterveys 2015 –hankkeessa pyritään lisäämään työntekijöiden terveyttä ja työkykyä sekä parantamaan työelämän laatua. Laadun lisäksi pyritään vaikuttamaan työkyvyn ylläpitoon ja edistämiseen, jolloin tärkeintä on kiinnittää huomiota ennaltaehkäisyyn. Hankkeessa on kymmenen keskeistä kehityslinjaa, jonka sisällön lisäksi on määritelty sen toteutumisesta vastaavat tahot. Kehityslinjoihin kuuluvat esimerkiksi lainsäädäntö, työterveyshuollon sisällön uudistaminen, työterveyshuollon henkilöstövoimavarat sekä seuranta ja valvonta. Kaikkia osa-alueita pyritään kehittämään nykyajan vaatimukset ja yhteiskunnan muutokset huomioon ottaen.

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa siitä, kuinka työterveyshoitajat tunnistavat masentuneen asiakkaan, millaisia keinoja heillä on masennuksen tunnistamiseen ja millainen on heidän oma kokemuksensa siitä, kuinka hyvin masennusta voidaan tunnistaa ja hoitaa.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Millaisia keinoja työterveyshoitajalla on tunnistaa masentunut asiakas?
2. Millaisia hoitotyön auttamismenetelmiä työterveyshoitajilla on käytössä masentuneen asiakkaan hoidossa?
3. Millaisia kokemuksia työterveyshoitajalla on masentuneen asiakkaan hoidon onnistumisesta?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä tietoa työterveyshoitajien kokemuksia masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta, joten siinä on laadullinen lähestymistapa. Laadullisilla tutkimuksilla pyritään kuvaamaan jotain ilmiötä, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–90).

5.1 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin haastattelemalla neljää työterveyshoitajaa. Ennen aineiston keruuta tutkimusluvut hankittiin tammikuussa 2011 kahdelta vastaavalta työterveyshoitajalta. Tämän jälkeen toinen vastaava työterveyshoitaja sekä työelämänohjaaja suosittelivat yhteensä neljää työterveyshoitajaa, joita voitaisiin haastatella. Työterveyshoitajat toimivat kolmessa eri työterveyshuollon toimipisteessä Etelä-Karjalan alueella. Kyseessä on tarkoituksenmukainen otanta eli opinnäytetyön tekijä valitsee tiedonantajikseen sellaisia, jotka tietävät asiasta paljon tai joilla on asiasta kokemusta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 85).

Toinen vastaava työterveyshoitaja ja työelämänohjaaja informoivat haastattelusta siihen mahdollisesti osallistuvia työterveyshoitajia, jonka jälkeen heille lähetettiin sähköpostia ja varmistettiin näin haastatteluun osallistuminen. Vastava työterveyshoitaja ja työelämänohjaaja työyhteisöjensä asiantuntijoina siis

valitsivat työterveyshoitajat, jotka voisivat osallistua haastatteluun. He valitsivat työterveyshoitajat, joilla oli aikaa sekä motivaatiota osallistua. Sähköpostin mukana lähetettiin liitetiedostona saatekirje (Liite 1) ja alustavat teemakysymykset (Liite 2).

Kaikki neljä työterveyshoitajaa, joille sähköpostia lähetettiin, suostuivat haastatteluun. Kun osallistuminen varmistui, sovittiin haastattelu-aika ja -paikka. Työterveyshoitajat saivat valita haastattelupaikan, ja haastattelut tehtiin työterveyshoitajien työpaikoilla heidän työhuoneissaan. Näin ollen heille ei aiheutunut ylimääräistä vaivaa haastattelupaikalle saapumisesta. Työhuone oli rauhallinen ja hiljainen paikka tehdä haastattelu. Ennen haastatteluja työelämänohjaaja luki teemakysymykset, millä varmistettiin, että ne olivat ymmärrettäviä ja niihin olisi helppo vastata. Haastatteluajan haastateltavat saivat valita itse valmiista päivämäärä- ja aikaehdotuksista. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina, ja ne kestivät noin kahdestakymmenestä minuutista reiluun tuntiin. Haastattelut toteutettiin 24.2–9.3.2011.

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston koko voi olla pieni, sillä siinä ei pyritä tilastolliseen yleistettävyyteen. Haastattelu on joustava tapa kerätä tietoa, koska haastattelun edetessä voi esimerkiksi tehdä tarkentavia kysymyksiä ja korjata väärinkäsityksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72–73, 85–86.) Haastateltavien määrään vaikuttavat myös tutkimusresurssit, kuten taloudelliset resurssit ja aika. Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla ja ne kirjoitettiin puhtaaksi myöhemmin, jotta litteroitu aineisto oli helpompi analysoida.

Haastattelun teemat muodostuvat tutkimustehtävien mukaan. Teemahaastattelussa tiedetään, että haastateltavat ovat kohdanneet tietyn tilanteen. Menetelmällä voidaan tutkia yksilöiden kokemuksia, tunteita, ajatuksia ja uskomuksia asiasta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47–48; Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Tämän opinnäytetyön haastattelumuodoksi valittiin puolistrukturoitu teemahaastattelu, koska sillä saatiin parhaiten selville haastateltavan tulkintoja ja merkityksiä asiasta sekä siitä, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa.

5.2 Aineiston analyysi

Induktiivisella sisällönanalyysillä saadaan selville esimerkiksi asioiden merkityksiä ja yhteyksiä sekä saadaan aineisto selkeämmäksi johtopäätösten tekoa varten. Menetelmällä voidaan tiivistää saatu aineisto, jotta tutkittavaa ilmiötä voidaan lyhyesti kuvailla sekä saada selville ilmiöiden väliset suhteet. Aineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet, jolloin kuvaavien luokkien tulee olla toistensa poissulkevia. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21–43; Tuomi & Sarajärvi 2009, 103–111.) Myös Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan sisällönanalyysi sopii hyvin kirjallisen materiaalin analysointiin, ja analysoinnin lopputuloksena on kategorioita, joilla kuvataan tutkittua asiaa. Aineistolähtöinen sisällön analyysiin kuuluu kolme vaihetta, jotka ovat aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi eli käsitteellistäminen (Kyngäs & Vanhanen 1999). Tämän opinnäytetyön aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä, koska sen avulla voitiin tarkastella kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota.

Ensiksi haastattelut kuunneltiin ja kirjoitettiin auki sanasta sanaan. Kirjoitettua aineistoa tuli yhteensä fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1 kirjoitettuna 17,5 sivua. Tämän jälkeen perehdyttiin sisältöön lukemalla haastatteluja erikseen useaan kertaan. Seuraavaksi aineisto pelkistettiin haastattelu kerrallaan etsimällä niistä vastauksia tutkimuskysymyksille, joita oli kolme. Haastatteluista kirjoitettiin alkuperäisilmauksia, jotka muutettiin pelkistetyiksi ilmauksiksi. Tämän jälkeen aineisto ryhmiteltiin niin, että pelkistetyistä ilmauksista tehtiin alakategorioita. Kaikkien neljän haastatteluakategoriat yhdistettiin tutkimuskysymys kerrallaan, jotta niistä kaikista voitiin yhdessä edetä viimeiseen vaiheeseen eli abstrahointiin. Abstrahointi eli käsitteellistäminen tehtiin muodostamalla haastattelujen alakategorioista yläkategorioita. (Liite 3.) Ensimmäisestä tutkimuskysymyksestä pohjautuvasta pelkistämisestä ja analysoimisesta muodostui kahdeksan eri alakategoriaa, joista muodostui kolme yläkategoriaa. Toisesta tutkimuskysymyksestä muodostui yksi alakategoria, joka esiintyi kaikissa neljässä haastattelussa. Kolmannesta tutkimuskysymyksestä pohjautuvasta analyysistä muodostui 15 alakategoriaa, joista muodostui kuusi yläkategoriaa.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Tutkittavien kuvaus

Vastaavat työterveyshoitajat ja työelämänohjaaja kahdesta eri työterveyshuollon toimipaikasta suosittelivat niitä työterveyshoitajia, joita voitaisiin haastatella. Tavoitteena oli saada 3-5 haastateltavaa. Tutkittaviksi valikoitui 4 työterveyshoitajaa kolmesta eri työterveyshuollon toimipisteestä Etelä-Karjalassa. Kvalitatiivisessa tutkimusmenetelmässä tärkeintä on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta aiheesta, joten haastatteluun voidaan harkiten valita ne henkilöt, joilla on tietoa ja kokemusta tutkittavasta aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86). Kaikki haastateltavat olivat koulutukseltaan sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia. Lisäksi he olivat suorittaneet työterveyshoitajan erikoistumisopinnot. Työkoke-
musta työterveyshuollosta heillä oli 3 vuodesta yli 20 vuoteen.

6.2 Työterveyshoitajien keinot tunnistaa masentunut asiakas

Ensimmäisessä tutkimustehtävässä selvitettiin millaisia keinoja työterveyshoitajilla on tunnistaa masentunut asiakas. Työterveyshoitajat pystyvät tunnistamaan masennuksen selvittämällä työntekijästä johtuvia syitä ja työpaikasta johtuvia syitä. Lisäksi työterveyshuollon erityisosaaminen luettiin eduksi, kun on tarvetta tunnistaa masentunut asiakas.

Työntekijöistä johtuvia syitä ovat psyykkiset oireet, fyysiset oireet ja työntekijöiden elämänkriisit. Psykkisistä oireista työterveyshoitajat tunnistavat esimerkiksi alakuloisuuden, mielenkiinnon puutteen, itkuisuuden ja uupumuksen.

Mikään ei kiinnosta, mikään ei innosta.

Ihminen valittaa, että on väsynyt ja veto pois.

On jotenkin itkuherkkä.

Työterveyshoitajat tunnistavat myös fyysisiä oireita, jotka voivat liittyä masennukseen. Niitä ovat esimerkiksi vatsaoireet, sydänoireet, erilaiset jatkuvat pienet vaivat ja vaihdevuosisoireet.

Esiintyy erilaisia rytmihäiriöitä.

Vaihdevuosisoireistossa voi olla sellaista alavireisyyttä kanssa.

Masennuksen laukaisee usein jokin kielteinen elämäntapahtuma tai –kriisi. Tällaisia elämänkriisejä ovat esimerkiksi avioerot tai parisuhdeongelmat, läheisen kuolema ja oman tai läheisen vakava sairaus.

Tällainen lähiomaisen kuolema, äkillinen varsinkin.

Joku tällainen parisuhdejuttu.

Masennuksen tunnistamisessa on tärkeää tarkastella myös työpaikasta johtuvia syitä. Näitä ovat ongelmat työyhteisössä ja motivaation puute. Työyhteisön ongelmia ovat erityisesti johdon ja työntekijöiden kiistat, työpaikkakiusaaminen ja työelämän vaativuus. Motivaation puute voi johtua liian vaikeista tai helpoista työtehtävistä, jotka kumpikin kuormittavat.

Nyt vaaditaan työntekijältä paljon...lyhyessä ajassa tulee paljon muutoksia ja neidän kuormittavat.

Esimies ja alaiskampailut ja kiistat.

Liian vaikeita työtehtäviä... tai että on liian helppoa olla töissä.

Työterveyshoitajat ovat myös sitä mieltä, että työterveyshuollon erityisasema auttaa masennuksen tunnistamisessa. Työterveyshuollossa pystytään seuraamaan poissaoloja yhä paremmin, voidaan kutsua tarkastuksiin tai kontrollikäyn-teihin, ja lisäksi on erilaisia mittareita, jotka auttavat tunnistuksessa. Myös pitkä kokemus auttaa tunnistamisessa, koska voi seurata esimerkiksi ihmisen ulkoisen olemuksen muuttumista sekä tuntee työntekijän ja työpaikan olosuhteet pitkältä aikaväliltä. Etuna pidettiin myös tiivistä yhteistyötä sekä kollegojen että lääkäreiden kanssa ja tukea sekä mahdollisuutta ohjata eteenpäin.

Ohjaan häntä eteenpäin ja ohjaan aina lääkärille.

Joillakin hoitajilla on pitkäaikaisia kontakteja, hoksaavat jo asiakkaasta että jokin on muuttunut.

Kaikennäköisiä mittareita käytetään...Beckejä ja BDI:tä. Ja sitten on Audit alkoholikysely.

6.3 Työterveyshoitajien hoitotyön auttamismenetelmät masentuneen asiakkaan hoidossa

Toisessa tutkimustehtävässä selvitettiin, millaisia hoitotyön auttamismenetelmiä työterveyshoitajat käyttivät masentuneen asiakkaan hoidossa. Tässä analyysissä edettiin vain alakategoriavaiheeseen, koska kaikista haastatteluista muodostui yksi alakategoria.

Alakategoriaksi saatiin psyykinen tuki. Kaikki työterveyshoitajat siis käyttävät masentuneen asiakkaan hoitotyön auttamismenetelmänä psyykkistä tukea. Psyykinen tuki on esimerkiksi kuuntelua, läsnäoloa, tukemista, ohjausta ja keskustelua sekä yksilöllisyyden huomioimista.

Kaikista tärkeintä, että meillä on antaa aikaa...ja se kuuntelu.

Jutellaan tämän asiakkaan kanssa, että mitä mieltä hän on ja minkälaista apua hän olisi sillä hetkellä valmis vastaanottamaan.

6.4 Työterveyshoitajien kokemuksia masentuneen asiakkaan hoidosta

Kolmannessa tutkimustehtävässä selvitettiin, millaisia kokemuksia työterveyshoitajilla on masentuneen asiakkaan hoidon onnistumisesta. Esille tuli sekä hyviä että huonoja kokemuksia. Esille tuli myös yhteiskunnan muutos, jonka katsottiin tukevan sekä masennuksen tunnistamista että työhön paluuta. Tärkeänä pidettiin myös työterveyshuollon keinoja puuttua työntekijöiden terveyteen liittyviin asioihin.

Hyviksi kokemuksiksi katsottiin esimerkiksi se, että hoito onnistuu nykyään paremmin kuin aikaisemmin. Nykyään ainut vaihtoehto ei ole suoraan sairaus-

eläkkeelle jääminen, vaan on olemassa muitakin keinoja masennuksen hoidossa ja työhön paluussa. Hyviä kokemuksia lisäsi myös se, että työterveyshoitajat olivat kohdanneet asiakkaita, jotka olivat kuntoutuneet takaisin työelämään.

Huono kokemus oli esimerkiksi se, että jotkut asiakkaat olivat joutuneet jäämään sairauseläkkeelle kaikesta huolimatta. Myös kansalaisten eriarvoisuus koettiin huonona. Kaikki työkäiset eivät kuulu työterveyshuollon piiriin, jossa on valmiuksia erityisesti masennuksen varhaiseen tunnistamiseen. Lisäksi kuntien välillä on suuria eroja siinä, kuinka hyvin hoitoa on tarjolla.

Hoito onnistuu paremmin kuin aikaisemmin.

Jotkut ovat joutuneet jäämään sairauseläkkeelle...ja jotkut ovat kuntoutuneet ja päässeet takaisin työelämään.

Yhteiskunnan muutos tuli esille siinä, että masennuksesta puhutaan nykyään paljon ja sitä sairastavilla ei enää ole niin suurta negatiivista leimaa kuin aikaisemmin. Masennus nähdään sairautena muiden joukossa ja työntekijät itse uskaltavat tulla pyytämään apua. Myös esimiesten tuki on lisääntynyt. Esimiehet ovat myös avainasemassa, koska he voivat ensimmäisenä huomata, jos jollakin työntekijällä menee huonommin.

Valveutuneita esimiehiä on yhä enemmän...Mutta luulen, että se lisääntyy, että välitetään työntekijöistä.

Työterveyshuollon keinot puuttua masennuksen tunnistamiseen ja hoitoon katsottiin myös tärkeiksi. Erityisesti seurannan mahdollisuus ja varhainen puuttuminen katsottiin työterveyshuollon eduksi ja näitä myös kehitetään parhaillaan.

Kehitellään koko ajan varhaisen tuen mallia... Kelakin vaatii sitä.

Pystymme terveystarkastuksia järjestämään ja pyytämään ihmisiä kontrollikäynneille.

6.5 Kehittämisehdotukset masennuksen tunnistamiseen ja hoitoon

Työterveyshoitajilta kysyttiin myös, kuinka masennuksen tunnistamista ja hoitoa voitaisiin kehittää. Esille nousivat koulutusmyönteisyys sekä kokonaisvaltaisemman hoitokulttuurin kaipuu.

Koulutusmyönteisyys tulee esille siinä, että työterveyshoitajat kaipasivat enemmän koulutusta nimenomaan masennuksen varhaiseen tunnistamiseen ja sen keinoihin. Lisäksi kaivataan enemmän yhteistyötä eri tahojen kanssa.

Että jos asiakas on lähtenyt meiltä...tiedettäisiin vähän paremmin mitä hänelle kuuluu.

Koulutusta voisi olla lisääkin.

Kokonaisvaltaisempaa hoitokulttuuria kaivataan, koska ihmiset syövät nykyään paljon masennuslääkkeitä, eikä heillä välttämättä ole muuta hoitoa tai hoitokontaktia mihinkään. Pelätään, että vain lääkkeet hoitavat masennuksen. Lisäksi toivottiin yhteisöllisyyden lisäämistä esimerkiksi vertaistuen tai erilaisten ryhmien muodossa.

Terapioihin ei ole yleensä mahdollisuutta työnantajan puolelta.

Aina ei tarvitse raskaita lääkehoitoja vaan että he pääsisivät juttelemaan ensimmäiseksi.

Se ajatus on, että pitäisi hoitaa lääkkeillä...enemmän pitäisi olla jotakin muuta-kin hoitoa.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Ensimmäisen tutkimustehtävän tärkeimmät löydökset olivat työntekijästä johtuvat syyt ja työpaikasta johtuvat syyt. Lisäksi työterveyshuollon erityisosaaminen nousi esiin. Näiden avulla työterveyshoitajat tunnistavat masentuneen asiakkaan. Vaikka keinoja on paljon, tuli haastatteluissa esille, ettei tunnistaminen ole aina helppoa. Silti vastauksissa tuli hyvin esille esimerkiksi se, millaisia oireita

masentuneella asiakkaalla voi mahdollisesti olla. Yksi haastateltava ei osannut vastata kysymykseen ”Miten määrittelet masennuksen?”. Masennuksen määrittely ei ole yksinkertaista, koska se on moniulotteinen sairaus. Tämän takia kysymyksen olisi voinut muotoilla paremmin. Jatkokysymyksiä esittämällä haastateltava osasi kuitenkin kertoa masennuksen piirteistä ja tunnistamisesta. Tähän ensimmäisen tutkimustehtävän aineistoon tuli runsaasti materiaalia ja sen kategorioiminen onnistui helposti.

Toisessa tutkimustehtävässä selvitettiin millaisia hoitotyön auttamismenetelmiä työterveyshoitajat käyttivät masentuneen asiakkaan hoidossa. Hoitotyön auttamismenetelmät -käsite oli huono valinta, sillä tulokseksi tuli vain psyykinen tuki. Tämä on toki erittäin tärkeää masentuneen asiakkaan hoidossa, mutta työterveyshoitajan keinoja auttaa masentunutta asiakasta olisi ollut hyvä tarkastella laajemmasta näkökulmasta. Kategorioiden muodostamista helpottivat melko yhdenmukaiset vastaukset kaikissa haastatteluissa.

Kolmannen tutkimustehtävän tarkoituksena oli selvittää, millaisia kokemuksia työterveyshoitajilla oli masennuksen hoidosta. Lisäksi selvitettiin, miten masennuksen tunnistamista ja hoitoa voisi parantaa. Tärkeimmät tulokset olivat hyvien sekä huonojen kokemusten esilletulo sekä yhteiskunnan muutos. Tärkeänä pidettiin myös työterveyshuollon keinoja puuttua työntekijöiden terveyteen liittyviin asioihin. Lisäksi haastateltavat kaipasivat enemmän koulutusta sekä kokonaisvaltaisempaa hoitokulttuuria. Kategorioiden muodostaminen oli haastavaa, koska vastaukset olivat melko erilaisia. Lisäksi yksi haastateltava ei osannut vastata kysymykseen ”Miten ylipäätään masennuksen hoito onnistuu nykyään?”. Kysymys oli hieman epämääräinen, ja se olisi pitänyt muotoilla paremmin.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita. Joitakin asioita voi kuitenkin huomioida arvioitaessa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159–166; Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–141). Tällöin luotettavuuden arviointi kohdistuu erityisesti

tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin (Nieminen 1997, 215–221; Latvala ym. 2001, 36–43).

Koska laadullisen tutkimusaineiston arvioinnissa ei pyritä yleistyttävyyteen, on tärkeää, että aineisto kootaan sieltä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy. On myös tarkoituksenmukaista, että tutkimukseen osallistuvat haluavat osallistua siihen ja että he pystyvät ilmaisemaan itseään hyvin. Myös tutkittavien haastatteluteemojen tulee näkyä raportista (Liite 2), jolloin voidaan arvioida niiden laajuutta tai suppeutta. (Nieminen 1997, 215–221.) Tässä opinnäytetyössä ilmiö eli masennuksen tunnistaminen ja hoito esiintyvät työterveyshuollossa, ja valikoidut työterveyshoitajat halusivat osallistua haastatteluun. Vain yhden työterveyshoitajan halua osallistua haastatteluun epäilin. Ennen haastattelua hän ilmaisi mielenkiinnottomuutensa haastattelua kohtaan, mutta haastattelu sujui kuitenkin hyvin, eikä hän halunnut keskeyttää osallistumistaan. Työterveyshoitajilla on hyvät vuorovaikutustaidot, joten he pystyvät ilmaisemaan itseään selkeästi ja hyvin.

Laadullisen tutkimuksen analysointi vaatii opinnäytetyön tekijältä tiettyjä ominaisuuksia. Näitä ovat esimerkiksi abstrakti ajattelu, luovuus ja valmius tarkastella asiaa useasta eri näkökulmasta. Tärkeää on kuvata aineiston ja tulosten suhde sekä esittää analyysin tueksi tarpeeksi alkuperäishavaintoja aineistosta eli suoria lainauksia. Muodostettavien kategorioiden tulee kattaa koko aineisto. (Nieminen 1997, 215–221; Kyngäs & Vanhanen 1999; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2009, 159–166.) Tässä opinnäytetyössä voi esiintyä puutteita analyysin teossa, koska tämä on ensimmäinen opinnäytetyöni. Kokemus opinnäytetyöstä ja aineiston analyysistä siis puuttuu. Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan analyysin keskeneräisyys voi näkyä esimerkiksi yksinkertaiselta näyttävänä tutkimustuloksena, ja muun muassa siksi sisällön analyysiä pidetään haastavana analyysimenetelmänä. Analyysin etenemistä on kuitenkin seurannut ohjaava opettaja. Olen pyrkinyt kuvaamaan tulokset tarkasti ja lisännyt aineistosta alkuperäisiä ilmauksia raporttiin.

Laadullisen tutkimuksen raportoinnin arvioinnissa on tärkeää, että raportointi on tehty selkeästi. Työn tekijältä vaaditaan raportin kirjoittamista niin, että lukija

pystyy seuraamaan päättelyä ja arvioimaan sitä. (Nieminen 1997, 215–221; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159–166.) Tähän olen pyrkinyt työssäni. Tämän osion luotettavuutta lisää myös usea lukija. Työn lukee läpi aina opettaja, opponoiija sekä äidinkielenopettaja, joten näillä keinoilla pyritään vähentämään opinnäytetyön tekijän sokeutumista omalle työlleen.

Haastattelujen pituus vaihteli noin 20 minuutista aina reiluun tuntiin. Teema-haastattelun tulisi kestää tunnista puoleentoista tuntiin. Haastattelijan kokemattomuus saattoi vaikuttaa haastatteluiden lyhyeen aikaan. Lyhyestä haastattelusta tuli luonnollisesti vähemmän litteroitua tekstiä. Haastattelut jouduttiin keskeyttämään välillä haastateltavan kiusallisen yskän takia. Kahdella haastateltavista soi myös puhelin välillä, jolloin haastattelu keskeytettiin ja jatkettiin joko puhelimen sulkemisen tai lyhyen puhelun jälkeen.

7.3 Opinnäytetyöhön liittyvät eettiset näkökohdat

Laadullisessa tutkimuksessa eettisyyden tulee näkyä tutkittavien vapaaehtoisuudessa, heidän henkilöllisyytensä suojaamisessa sekä luottamuksellisuudessa. Tutkittava voi myös halutessaan keskeyttää osallistumisensa koska tahansa. Tutkimuksesta saatavan hyödyn tulisi olla suurempi kuin haitan. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26–32; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21–43.) Tutkittavalle on tärkeä kertoa tutkimusaiheesta ja antaa etukäteen tieto esimerkiksi kysymyksistä, jotta haastateltava voi päättää osallistumisestaan (Tuomi & Sarajärvi 2009).

Ennen kuin työterveyshoitajia haastateltiin, oli tärkeintä tiedottaa heitä siitä, että opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja siihen osallistumisen voi keskeyttää koska tahansa. Heille kerrottiin myös siitä, että henkilöllisyys salataan, tutkimusaineistoa käsitellään luottamuksellisesti ja se hävitetään asianmukaisesti analyysin teon jälkeen. Ennen haastattelua heille annettiin tietoa haastatteluaiheesta, suunnitelmasta ja alustavista teemakysymyksistä. Näin he pystyivät tutustumaan etukäteen aineistoon ja päättämään osallistumisestaan.

7.4 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Toivon, että opinnäytetyöni tulokset tuovat uusia ajatuksia niitä lukeville ja myös alan ammattilaisille. Vaikka masennuksen tunnistaminen on vaikea ja haastava tehtävä, toivon, että työterveyshoitajat eivät aliarvioisi kykyjään. Masentuneen asiakkaan psyykinen tuki on myös erittäin tärkeää, ja siinä työterveyshoitajalla voi olla suuri merkitys. Psykkisen tuen ei tarvitse olla keskustelua ja kuuntelua ihmeellisempää, ja silti se voi olla merkittävää asiakkaalle. Esimiestahoille on merkittävää tietää, että hoitajat ovat koulutusmyönteisiä ja haluavat kehittää omaa ammattitaitoaan. Lisäksi on tärkeää, että yhteistyötä eri tahojen välillä tulisi kehittää.

Jälkikäteen ajateltuna, että tutkimustehtävissä olisi ollut hyvä olla mukana myös masennuksen ennaltaehkäisy. Työterveyshoitajien tärkeä tehtävä on ennaltaehkäistä sairauksia ja tunnistaa niitä ajoissa, joten tämä näkökulma olisi ollut erittäin tärkeä olla mukana. Jatkotutkimusehdotuksena voisikin olla masennuksen ennaltaehkäisyn tutkiminen. Myös asiakkaan näkökulmasta saisi varmasti mielenkiintoisen tutkimuslähtökohdan, esimerkiksi miten masentunut asiakas on nähnyt työterveyshuollon toiminnan hänen sairautensa aikana.

7.5 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Aloitin opinnäytetyön tekemisen tammikuussa 2010, joten sen tekeminen on ollut pitkä prosessi. Muiden opintojen nopeutettu eteneminen ja oppilasvaihtoon osallistuminen veivät aikaa opinnäytetyön tekemiseltä. Välillä oli pitkiäkin taukoja, etten voinut tehdä opinnäytetyötä. Sillä oli sekä hyviä että huonoja puolia. Pitkällä aikavälillä oma opinnäytetyö ikään kuin kypsyy ajatuksissa ja siihen saa etäisyyttä. Toisaalta kirjoittamisen aloittaminen on ollut välillä haastavaa. Aikataulun laadin tarkoituksella väljäksi, ja sen mukaan työn piti valmistua syksyllä 2011. Aikataulu on siis pitänyt. Kuitenkin oletin työn valmistuvan syksyllä hie-man aikaisemmin. Aikataulussa pysyminen on ollut haastavaa, kun työtä tekee yksin. Suunnittelu ja palautuspäivämäärät kuitenkin auttavat motivoimaan ja pysymään suunnitelmassa kiinni. Myös muiden opiskelijoiden opinnäytetyöt

ovat edenneet samaa tahtia, mikä on helpottanut omaa suhtautumista aikatauluihin. Yksin tekeminen on sopinut minulle hyvin. Silloin on ollut tärkeää, että on saanut palautetta ohjaavalta opettajalta sekä opponijalta, ettei ole liian yksin työnsä kanssa.

Työn edetessä olen oppinut paljon uutta esimerkiksi masennuksesta, työterveyshoitajien työstä ja työterveyshuollon käytännöistä. Lisäksi koko pitkän prosessin hallitseminen ja eteenpäin vieminen on opettanut ja antanut paljon.

LÄHTEET:

Depression käypä hoito 2009. Duodecim ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n työryhmä.

http://157.24.202.67:2066/dtk/ltk/koti?p_haku=masennus. Luettu 1.8.2010

Finindikaattori. 2011a. Väestön ikärakenteen kehitys.

<http://www.findikaattori.fi/81/?show=teema>. Luettu 13.10.2011

Finindikaattori. 2011b. Väestön ikärakenne.

<http://www.findikaattori.fi/14/?show=teema>. Luettu 13.10.2011

Heiskanen, T., Salonen, K., Kitchener, B. & Jorm, A. 2008. Käsikirja mielen terveydestä ja ensiavusta. Uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimus haastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Högström, S. 2010. Pitkä sairauspoissaolo. Työterveyslaitos.

http://www.ttl.fi/fi/terveys_ja_tyokyky/sairauspoissaolo/pitkat_sairauslomat/Sivut/default.aspx. Luettu 17.10.2010

Isometsä, E. 2009. Lääkärin käsikirja.

http://157.24.202.67:2066/dtk/ltk/koti?p_haku=masennus. Luettu 1.8.2010

Isometsä, E. 2010. Lääkärin käsikirja.

http://157.24.202.67:2066/dtk/ltk/koti?p_haku=masennus. Luettu 10.10.2010

Juutilainen, I. 2004. Työterveyshoitajan käsikirja. Helsinki: Edita.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy, 159-166.

Koponen, P., Hakulinen, T. & Pietilä, A-M. 2002. Asiakas ja terveystalvet.

Teoksessa Pietilä, A-M.; Hakulinen, T.; Hirvonen, E.; Koponen, P.; Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) Terveystalvet edistämisen – uudistuvat työmenetelmät. Juva: WS Bookwell Oy, 108.

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

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (99), 3-10.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785)

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi.

Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. Uudistettu painos. Juva: Wsoy, 21–43.

Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M.; Isohanni, M. & Hakola, P. 2002. Psykiatria. Porvoo: WSOY.

Luhtasaari, S. 2009. Depis – masennuksen eri muodot. Helsinki: Duodecim.

Lönnqvist, J. 2005a. Itsemurhat. Duodecim.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00029. Luettu 16.9.2011

Lönnqvist, J. 2005b. Mielenterveyden ongelmat. Duodecim.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00028#s3. Luettu 16.9.2011

Masto-hanke 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:41.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3549.pdf. Luettu 16.9.2011

Masto-hanke. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:2.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8848.pdf. Luettu 21.10.2011

Masto-hankkeen loppuraportti 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:15, 89-92.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-15344.pdf. Luettu 21.10.2011

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 215-221.

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

Parkkinen, P. 2011. Masennuksen ennaltaehkäisy.

http://www.ttl.fi/fi/terveys_ja_tyokyky/tyokuormituksen_hallinta/henkinen_kuormittuminen/masennus/masennuksen_ennaltaehkaisy/sivut/default.aspx. Luettu 21.10.2011

Rautio, M. & Husman, P. 2010. Työikäisen terveyden edistäminen – esimerkkejä työmenetelmistä ja toimintamalleista. Teoksessa Pietilä, A-M. (toim.) Terveyden edistäminen – teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy, 165–167.

Rossi, H. 2010. Masennuksen tunnistaminen ja tuki.

http://www.ttl.fi/fi/tutkimus/hankkeet/seitti/meiltaseonnistuu/Documents/Masennuksen_tunnistaminen_ja_tuki.pdf. Luettu 17.10.2010

Sotkanet 2011. Depressiolääkkeistä korvausta saaneet 25-64 –vuotiaat. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos.

<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?regionCount=1¤tEvent=getData&sexCount=1&setId=p85c1a784c430d84a64c316561641929ecff44a425c0042&indCount=1&yearCount=11>. Luettu 13.10.2011

Suomen työterveyshoitajaliitto. Ammatilliset vaatimukset. <http://www.stthl.net/fin/jasenyys/toimenkuva/ammattiosaaminen/>. Luettu 16.9.2011

Suua, P. & Tuomikoski, M. 1996. Psykkisen hyvinvoinnin tukeminen. Teoksessa Tähkiö, R. (toim.) Hoitotyön auttamismenetelmät. Porvoo: WSOY, 63–88.

Terveys 2015 – kansanterveysohjelma. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6215.pdf. Luettu 16.9.2011.

Tuisku, K. & Rossi, H. 2010. Masennuksen ehkäisy ja hoito –työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.

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

Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383.

Työterveys 2015-hanke. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:3. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3670.pdf&title=Tyoterveys_2015___Valtioneuvoston_periaatepaatos_fi.pdf. Luettu 17.10.2011.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 26–32.



Sosiaali- ja terveysala
Terveydenhoitotyö

Kevät 2011
SAATE

HYVÄ TYÖTERVEYSHOITAJA!

Tutkin opinnäytetyössäni työterveyshoitajien kokemuksia masennuksen tunnistamisesta ja hoitoon ohjauksesta. Tiedot osallistuvilta työterveyshoitajilta kerään haastattelemalla heitä. Opinnäytetyön tekeminen kuuluu terveydenhoitajan koulutukseen ja se toteutetaan vuoden 2011 aikana.

Opinnäytetyön onnistumisen kannalta on tärkeää, että juuri Sinä voisit osallistua haastatteluuni! Osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää milloin tahansa. Haastattelu kestää noin 1,5 tuntia. Haastattelut nauhoitetaan haastateltavan luvalla ja nauhoitukset sekä niistä saatava muu materiaali hävitetään asian mukaisesti aineiston analyysin jälkeen. Työterveyshoitajan henkilöllisyys tai työpaikka ei tule opinnäytetyössä ilmi.

Haastatteluja varten tarvittavat tutkimusluvut on hankittu. Haastattelut tullaan tekemään helmi-maaliskuun 2011 aikana.

Saatekirjeen liitteenä ovat teemahaastattelun alustavat kysymykset. Olen antanut yhden paperisen version opinnäytetyön suunnitelmasta vastaavalle työterveyshoitajalle/ työelämän ohjaajalle, mutta voin tarvittaessa lähettää sen sähköisenä versiona sinulle. Suunnitelmasta saa enemmän tietoa opinnäytetyöstä. Otathan yhteyttä, jos mieleen tulee jotakin kysyttävää! Muutoin palaan asiaan tammi-helmikuun aikana.

Ystävällisin terveisin,

Katariina Kontula, terveydenhoitajaopiskelija
puhelin numero:
e-mail osoite:

HAASTATTELUN ALUSTAVAT TEEMAT:

Taustatiedot: ikä, ammatti/ammattinimike, työkokemus työterveydenhuollosta vuosina

Masennuksen määrittelyä

- Miten määrittelet masennuksen?
- Minkälaisena masennus näyttäytyy työterveyshuollossa?

Masennuksen tunnistamisesta

- Miten työterveyshoitajana tunnistat masennuksen?
- Minkälaisia apuvälineitä työterveyshoitajalla on käytössä masennuksen tunnistamiseksi?

Hoitotyön auttamismenetelmät

- Millä tavoin työterveyshoitaja voi tukea masentunutta asiakasta?
- Millaista jatkohoitoa on tarjolla?
- Millaista yhteistyötä tehdään muiden tahojen kanssa?

Kokemukset hoidon onnistumisesta

- Millaisia kokemuksia työterveyshoitajalla on masennuksen hoidosta?
- Miten ylipäätään masennuksen hoito onnistuu nykyään?
- Mitä masennuksen hoidossa voisi kehittää?

ESIMERKKI ANALYYSIN ETENEMISESTÄ

ALKUPERÄISILMAISUJA HAASTATTELUSTA

* "..ihminen on apea ja alakuloinen, alavireinen.."
* "..semmoinen melankolinen.."

PELKISTETTY ILMAISU

* apea
* alakuloinen
* alavireinen
* melankolinen

PELKISTETTY ILMAISU

* apea
* alakuloinen
* alavireinen
* melankolinen

ALAKATEGORIA

PSYYKKISET OIREET

ALAKATEGORIA

PSYYKKISET OIREET
FYYSISET OIREET
ELÄMÄNKRIISIT

YLÄKATEGORIA

TYÖNTEKIJÄSTÄ JOHTUVAT
SYYT