
**MASENTUNUT ASIAKAS
PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA**
Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien kokemuksia masennuksesta



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, 7.10.2011

Teijaliisa Älli

Jenni-Maria Sipikari

Hoitotyön koulutusohjelma
Forssa

Työn nimi Masentunut asiakas perusterveydenhuollossa – sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien kokemuksia masennuksesta

Tekijä Teijaliisa Älli, Jenni-Maria Sipikari

Ohjaava opettaja Kirsi Hentinen

Hyväksytty _____ . _____ . 20 _____

Hyväksyjä

FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Tekijä	Teijaliisa Älli, Jenni-Maria Sipikari	Vuosi 2011
Työn nimi	Masentunut asiakas perusterveydenhuollossa – sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien kokemuksia masennuksesta	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää perusterveydenhuollossa vastaanototyötä tekevien sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien kokemuksia asiakkaan masennuksen tunnistamisesta ja masentuneen asiakkaan auttamismahdollisuuksista. Tavoitteena oli tuottaa tietoa asiakkaan masennuksen tunnistamisesta, masentuneen asiakkaan auttamismahdollisuuksista sekä sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien lisäkoulutustarpeista. Opinnäytetyö toteutettiin erään sairaanhoitopiirin terveydenhuollon kuntayhtymän viidellä terveysasemalla. Opinnäytetyö oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jossa käytettiin fenomenologista menetelmää, koska kyseisestä aiheesta ei juuri löydy aikaisempia tutkimuksia. Aineisto kerättiin vapaamuotoisen kirjoitelman avulla. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Opinnäytetyön teoriaosuudessa perehdyttiin masennukseen sairautena, masennuksen tunnistamiseen ja masennuksen auttamismahdollisuuksiin.

Opinnäytetyön tulosten mukaan vastaajat kokivat asiakkaan masennuksen oireiden olevan moninaisia. Asiakkaan masennuksen tunnistamiseen liittyvät hankaloittavat ja helpottavat tekijät koettiin lähtevän paljolti asiakkaasta itsestään. Ajankäytön rajallisuuden tai puutteen koettiin hankaloittavan asiakkaan masennuksen tunnistamista. Käytettävissä olevia auttamismahdollisuuksia ovat yhteistyö eri tahojen kanssa, keskustelu asiakkaan kanssa ja vastaajien oma koulutus psykiatriasta. Ihanteellisia auttamismahdollisuuksia olisivat hoidon nopea järjestäminen, yhteistyö ja sosiaalisen verkoston löytyminen. Vastaajien omat riittävät tieto-aidot ja valmiudet antaa tarvittavaa ohjausta ja apua asiakkaalle koettiin myös ihanteellisina auttamismahdollisuuksina.

Avainsanat masennus, tunnistaminen, ennaltaehkäisy, auttamismahdollisuudet, perusterveydenhuolto

Sivut 29 s + liitteet 6 s

Forssa
Degree Programme in Nursing
Registered Nurse

Author	Teijaliisa Älli, Jenni-Maria Sipikari	Year 2011
Subject of Bachelor's thesis	Depressed patient in primary health care - Registered nurses' and public health care nurses' experiences of depression	

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to investigate the primary health care workers', i.e. registered nurses' and public health care nurses' receiving patient's experiences of patient's depression identification and depressed patient's assistance. The aim was to provide information about the patient's identification of depression, depressed patient's assistance and the need for further training of the registered nurses' and public health care nurses'. The thesis was carried out in a certain health care district in five primary health care centers. The thesis is a qualitative study, using the phenomenological method, because there is no earlier research. The data was collected through an informal essay. The data were analyzed using inductive content analysis. In the theory section attention was paid to depression as an illness, depression identification and assistance the depression.

According to the results of the thesis, participants of the present survey felt that the symptoms of depression varied. The complicating and facilitating factors connected with the identification of depression were considered to come from the patient herself or himself. The constraints of time management and lack of experience were experienced to hamper the identification of patient's depression. Available opportunities are co-operation with various parties, discussion with the patient and the registered nurses' and public health care nurses' own training in psychiatry. Ideal assistance possibilities would be an instant settlement of treatment, co-operation and social network discovery. The registered nurses' and public health care nurses' own know-how and own sufficient information skills and the ability to provide the necessary guidance and assistance to the customer were seen as ideal means of assistance.

Keywords depression, recognition, prevention, helping methods, primary health care

Pages 29 p + appendices 6 p

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	MASENNUS	2
2.1	Altistavat tekijät	3
2.2	Itsemurhariski.....	3
3	PERUSTERVEYDENHUOLTO JA MASENNUS.....	4
3.1	Masennuksen tunnistaminen	5
3.2	Masennuksen auttamismahdollisuudet.....	5
3.2.1	Masentuneen ihmisen omahoito	5
3.2.2	Turvallisuuden tunteen luominen	6
3.2.3	Toivon ylläpitäminen.....	6
3.2.4	Arvokkaaksi kokemisen tunne ja itsetunnon vahvistaminen.....	6
3.2.5	Kuntoutussuunnitelma.....	7
4	MASENNUKSEEN LIITTYVÄT HANKKEET JA PROJEKTIT	7
4.1	Masto-hanke	7
4.2	Sateenvarjoprojekti 2005–2009 – Vantaan depression hoidon kolmikantamalli	7
4.3	Aspen.....	8
4.4	Mieli 2009	8
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET ..	8
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	9
6.1	Kohderyhmä	9
6.2	Laadullinen ja induktiivinen lähestymistapa.....	9
6.3	Aineiston keruu	9
6.4	Aineiston analysointi.....	10
6.5	Tietokantahakujen viitteet	10
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	11
7.1	Vastaajien taustatiedot.....	12
7.2	Masennuksen tunnistaminen hoitajan työssä	12
7.2.1	Masennuksen merkit.....	12
7.2.2	Masennuksen tunnistamista hankaloittavat tekijät	14
7.2.3	Masennuksen tunnistamista helpottavat tekijät	15
7.3	Käytävissä olevat auttamismahdollisuudet	17
7.3.1	Hoitajan työvälineet masentuneen auttamiseksi.....	17
7.4	Ihanteelliset auttamismahdollisuudet	19
7.4.1	Organisaatiolähtöinen auttaminen	19
7.4.2	Hoitajalähtöinen auttaminen.....	20

7.5	Vastaajien lisäkoulutustarpeet.....	21
8	POHDINTA.....	22
8.1	Tulosten tarkastelu	22
8.1.1	Masennuksen tunnistaminen hoitajan työssä.....	22
8.1.2	Käytettävissä olevat auttamismahdollisuudet.....	23
8.1.3	Ihanteelliset auttamismahdollisuudet	23
8.2	Jatkotutkimusehdotukset	24
8.3	Opinnäytetyön luotettavuus.....	24
8.4	Opinnäytetyön eettisyys	26
	LÄHTEET	27

Liite 1	Saatekirje
Liite 2	Monivalintakysymykset
Liite 3	Avoimet kysymykset
Liite 4	Pelkistetyt ilmaukset

1 JOHDANTO

Masennus on Suomessa yleisin mielenterveysongelma, jonka suurin osa suomalaisista kokee joko omakohtaisesti tai läheisensä kautta, ja johon noin joka viides sairastuu elämänsä aikana. Vaikka noin viidellä prosentilla suomalaisista (noin 250 000 henkilöä) on sairausasteinen masennus, kuitenkin vain pieni osa sairastuneista hakeutuu hoidon piiriin. Naisilla on miehiä suurempi riski sairastua elämänsä aikana masennukseen. Puolen vuoden pituiselta sairauslomalta puolet palaa työelämään ja yli vuoden kestävältä sairauslomalta ainoastaan alle kymmenen prosenttia. Asiakkaan masennusta on syytä hoitaa pitkällä aikavälillä, jotta pystyttäisiin ennaltaehkäisemään uusiutumisen riski. Masennus toistuu ensimmäisen jakson jälkeen 50 prosentilla sairastuneista, toisen jakson jälkeen 75 prosentilla sairastuneista ja kolmannen jakson jälkeen 90 prosentilla sairastuneista. (Poussu-Palosaari 2006; Hämäläinen 2009.)

Naiset kärsivät kaksi kertaa miehiä useammin merkittävästä masennuksesta ja kaiken kaikkiaan joka kuudes henkilö kärsii merkittävästä masennuksesta. Niin kroonisesti sairailta potilailla kuin somaattisten sairauksien osastoilla masennus on tavallinen ilmiö. Toipuminen masennusoireista saattaa olla nopeaa, mutta kuitenkin uuden masennusjakson todennäköisyys lisääntyy jokaisen masennusjakson jälkeen. Jatkuva masennusta ei kuitenkaan yleensä masennukseen sairastuneilla ole. Kuitenkin tarvittaessa tulisi olla mahdollisuus terveydenhuollossa masennuksen hoitamiseen kroonisena sairautena. Masennus vaikuttaa merkittävästi sekä sairastuneiden että heidän perheidensä elämään. Masennuksella on myös huomattava taloudellinen merkitys yhteiskunnalle (Vuorilehto 2008, 18.)

Masennuksen tunnistaminen ja hoito on tärkeää ennaltaehkäisevän terveydenhoidon, somaattisten sairauksien hoidon ja kuntoutuksen kannalta. Tämän vuoksi ne liittyvät olennaisesti hoitajien työn keskeisiin sisältöalueisiin. Hoitotyöntekijöillä tulisi olla valmiudet tunnistaa asiakkaan masennus sekä valmiudet ohjata asiakas hoitoon. (Kokko 1999, 141–142.) Koska masennus koskee suurta osaa suomalaista väestöstä ja perusterveydenhuolto on keskeisenä palvelun tarjoajana sekä ensikontaktina masentuneille henkilöille, on tarpeen selvittää perusterveydenhuollossa vastaanottotyötä tekevien sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien kokemuksia asiakkaan masennuksen tunnistamisesta ja masentuneen asiakkaan auttamismahdollisuuksista. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa asiakkaan masennuksen tunnistamisesta, masentuneen asiakkaan auttamismahdollisuuksista sekä sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien lisäkoulutustarpeista.

2 MASENNUS

Masennus sanana viittaa tunteiden vähenemiseen, alas painetun tunteeseen sekä menetyksen kokemiseen. Viittaukset liittyvät mielenkiinnon puutteeseen tavallisia toimia kohtaan, kyvyttömyyteen kokea mielihyvää sekä henkilökohtaiseen arvottomuuden tunteeseen. (Vuorilehto 2008, 18.) Masennukseen liittyy elämän ilon puute ja muutokset itsekontrollissa, kuten ihmisellä esiintyvä itkuherkkyys ja ruokahaluttomuus. Masentuneella ihmisellä saattaa esiintyä epämääräisiä somaattisia oireita. Uneen liittyvät tekijät, kuten univaikeudet ja väsymys, saattavat olla tyypillisiä oireita. Masentunut ihminen ei välttämättä kykene rauhoittumaan tai olemaan hiljaa ja hänen ulkoinen olemuksensa saattaa muuttua. Masennukseen saattaa liittyä tyytymättömyyttä, hämmentyneisyyttä ja epämääräistä ahdistuneisuutta sekä hankalaa oloa. Masentunut ihminen saattaa olla keskittymiskyvytön ja eristäytyä muista ihmisistä. (Kokko 1999, 76–77.) Masentuneella ihmisellä saattaa esiintyä muistihäiriöitä, jolloin ihminen saattaa muuttua hajamieliseksi eikä kykene helposti palauttamaan asioita mieleensä. Nämä häiriöt ovat tavallisia uupumuksen aikana (Sinkkonen 2005, 145).

Masennus jää helposti huomaamatta, koska se sekoittuu herkästi alakuloisuuteen tai suruun ja piiloutuu niin kipu- kuin väsymysoireidenkin taakse. Tästä johtuen masennuksen määrittely vaikeutuu ja näin ollen masennus itsessään jää hoitamatta. Masennus sairautena on vakava, ja se invalidisoi kokonaisvaltaisesti. Muiden sairauksien ennuste huononee masennuksen myötä. Lievän masennuksen oireita ovat muun muassa ahdistuneisuus, keskivaikean masennuksen oireita ovat muun muassa mielihyvän menetys sekä haluttomuus ja hyvin vaikean masennuksen ollessa kyseessä ihminen kokee itsensä muun muassa pahaksi ja epäonnistuneeksi mutta ei sairaaksi. Masentunut henkilö leimataan usein epäonnistuneeksi, huono-osaiseksi ja nuhruiseksi. (Poutanen 1996, 11.)

Sairauslomat ja uusien, vähän sivuvaikutuksia omaavien lääkkeiden käyttö saattavat lisääntyä, jos kaikki inhimillinen stressi patologisoidaan sillä, että masennuksen rajaa siirretään lähemmäksi lieviä masennuksia. Kokemuksellisesti masennus on häpeällinen ja vaikeaselkoinen, ja se saattaa aiheuttaa sen, että potilas ja lääkäri eivät uskalla ottaa asiaa puheeksi vastaanotolla. Masennusoireyhtymä eli kliininen masennus on varsinainen psyykinen sairaus, jossa toimintakyky heikkenee niin psyykkisellä kuin somaattisella ja sosiaalisella alueella. (Poutanen 1996, 12–13.)

Masennusdiagnoosin tarkoituksena on parantaa hoidon osuvuutta, antaa sairauden kestolle ja laadulle ennuste, lisätä kommunikaatiomahdollisuuksia. Masennusdiagnoosin lopullisena tavoitteena on löytää syy sairaudelle, jossa kuitenkin päättely on usein vaillinaista. Asiakkaan ikä, sukupuoli tai sosiaaliluokka ei vaikuta masennuksesta toipumiseen. Masennuksesta toipumisessa tärkeässä, edistävässä osassa on asiakkaan sosiaalinen tuki. Masennusdiag-

noosia käytetään tiedonsiirron työvälineenä, ei lopullisena totuutena. (Poutanen 1996, 24, 34, 45.)

Enemmistöllä masennuksen vuoksi hoitoon hakeutuvilla asiakkailla on samanaikaisesti jokin muu psyykinen häiriö. Masennuksen ohella noin puolella asiakkaista esiintyy ahdistuneisuushäiriötä. Tyypillisimmät ahdistuneisuushäiriöt ovat paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, muut pelkotilat ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Yleensä samanaikainen ahdistuneisuushäiriö heikentää psykososiaalista toimintakykyä ja elämänlaatua. Masennuksen ohella noin puolella asiakkaista esiintyy persoonallisuushäiriötä. Yleisimpiä persoonallisuushäiriöitä ovat epävakaat persoonallisuus ja vaativa persoonallisuus. Masennuksen ohella esiintyy noin 10–30 prosentilla päihderiippuvuutta tai päihdeiden väärinkäyttöä. Naisilla päihdehäiriö esiintyy yleensä masennukseen sairastumisen jälkeen, kun taas miehillä usein päinvastoin. (Käypähoito 2010.)

2.1 Altistavat tekijät

Masennuksen altistavia tekijöitä ovat ulkoiset tekijät, sukupuoli, yksityis- ja työelämän vaatimukset, ulkoiset, äkillisesti alkaneet kriisit, menetykset ja elämän epätasapaino. Menetysten ja elämän epätasapainon ongelmat ovat terveyteen, työhön ja perheeseen liittyviä tekijöitä, kuten yksinäisyys, avioero, läheisen tai lapsen kuolema, lapsen sairastuminen ja läheisen mielenterveysongelmat. Taloudelliset ja fyysiset tai psyykkiset ongelmat altistavat masennukselle. Taloudellisiin ongelmiin lukeutuvat oma tai puolison työttömyys, rahattomuus ja epävarmuus tulevaisuuden suhteen. Fyysiset ja psyykkiset ongelmat koskevat fyysistä sairastumista, uupumista, ikää ja alkoholin käyttöä. Masennukselle altistaviin tekijöihin kuuluvat myös biologiset ja persoonallisuus tekijät. Ihmiset reagoivat herkemmin ikäviin tilanteisiin masentumalla. (Kokko 1999, 79–80; Suonsivu 2003, 150.)

2.2 Itsemurhariski

Masennukseen liittyy kaikista itsemurhista 2/3. Suomessa tämä tarkoittaa noin 600–700 itsemurhaa vuodessa. Usein itsemurhan tekemiseen liittyy se, ettei henkilö ole saanut asianmukaista hoitoa masennukseensa. Mitä vakavammas- ta masennuksesta on kysymys, sitä suurempi on itsemurhariski. Itsemurhien ehkäisyn kannalta korkean riskin asiakkaiden itsetuhoiset ajatukset pitäisi masennuksen hoidon yhteydessä tunnistaa paremmin ja itsemurhariskin arviointi on hoidon suunnitteluvaiheessa tärkeää. Lisääntyneellä kuolleisuudella on merkittävä osa masennuksessa. Masennukseen liittyvä lisääntynyt kuolleisuus on pääasiassa itsemurhista johtuvaa. Masennukseen liittyviä kuolleisuuslukuja nostavat myös ennen aikaisen kuoleman riski sydän- ja verisuonitaudeissa. (Käypähoito 2009; Vuorilehto 2008, 12, 18.)

Masennuksen havaitsemisen ja hoitamisen parantamiseksi perusterveydenhuollossa on monia kansallisia itsemurhien ennaltaehkäisystrategioita. Pienelle osalle masentuneista henkilöistä, jotka kuuluvat esimerkiksi tunnusmerkeiltään työperäisesti huonoennusteisiin potilasryhmiin, suositellaan edelleen lähettämistä psykiatriseen hoitoon. Tämän vuoksi masennus perusterveydenhuollossa tulisi olla etusijalla masennustutkimuksissa. (Vuorilehto 2008, 19.)

3 PERUSTERVEYDENHUOLTO JA MASENNUS

Vähemmistö mielenterveyspalvelujen käyttäjistä tarvitsee erikoissairaanhoidon osaamista, jonka vuoksi perusterveydenhuolto on keskeisenä mielenterveyspalvelujen tarjoajana. Perusterveydenhuollossa työskentelevät henkilöt ovat yleensä potilaan ja heidän läheistensä ensimmäinen kontakti hädän ja avun tarpeessa. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön tehtävänä on mielenterveyteen liittyvä ennaltaehkäisevä työ, mielenterveydenongelmien tunnistaminen ja niiden hoito sekä asiakkaiden ohjaaminen tarvittaessa jatkohoitoon. Perusterveydenhuollon tehtäviin liittyviä tavoitteita ovat väestön hyvinvoinnin lisääminen, asiakkaiden omatoimisuuden ja turvallisuuden säilyttäminen sekä yleisten elinolosuhteiden kehittäminen. Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö perusterveydenhuollossa on asiakkaiden tilanteen kokonaisvaltaista huomioimista ja tukemista kaikissa elämän vaiheissa. Perusterveydenhuollon tekemän yhteistyön on katsottu olevan keskeistä toiminnan kannalta. Yhteistyö on perusterveydenhuollon työntekijöiden sekä muiden tahojen välistä yhteistyötä. Työntekijän ammattitaidon kannalta yhteistyöllä on merkittävä osuus voimavarana. (Hyvönen 2004, 60, 62, 139–140.)

Perusterveydenhuollon mielenterveystyön estäviä tekijöitä ovat palvelujärjestelmän puutteet. Palvelujen riittämättömyyteen sisältyy pitkät jonotusajat, riittämättömät mahdollisuudet tarjota tarpeeksi pitkiä vastaanottoaikoja sekä palvelujen saatavuuden että resurssien niukkuus. Perusterveydenhuollossa vallitseva kiire ja suuret asiakasmäärät ovat kuormittavia tekijöitä työntekijöiden näkökulmasta. Työntekijälähtöisiä puutteita saattavat olla riittämätön ammattitaito ja negatiiviset asenteet mielenterveystyötä kohtaan. Tiedonkulku perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä sekä salassapitosäädökset vaikeuttavat yhteistyön tekemistä eri erikoisalojen kanssa. (Hyvönen 2004, 65–68.)

Tarjottu hoito masentuneille henkilöille on etenkin ensihoidossa laadultaan alioptimaalista. Perusterveydenhuolto toimii ilmiselvästi masennuksen hoidon perustana, kun asiaa tarkastellaan Kansanterveystyön näkökulmasta. Avaimet säännöllisesti tavattavien potilaiden terveyden edistämiseksi ja masennuksen ennaltaehkäisemiseksi ovat perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuolto antaa perustan aikaiselle havaitsemiselle, puuttumiselle sekä pitkäaikaissairaiden hoidolle. (Vuorilehto 2008, 19.)

3.1 Masennuksen tunnistaminen

Hoitajat ovat arvioineet kohtaavansa masentuneita asiakkaita sitä useammin, mitä lyhyempi työkokemus heillä on. Masennuksen tunnistaminen koetaan hankalaksi. Tutkimusten mukaan masennus jää tunnistamatta perusterveydenhuollossa syistä, jotka johtuvat joko potilaasta itsestään, hoitavasta henkilöstä tai vastaanottotilanteesta. Jos masennus liittyy fyysiseen sairauteen tai se ilmenee fyysisinä oireina, jää masennus useimmiten tunnistamatta. Muita masennuksen tunnistamisen esteenä olevia syitä ovat pitkä aika masennuksen alkamisesta tai masennuksen epätyypilliset oireet, vanhuus, terveystieteiden työskentelytapa, joka kohdistuu ruumiillisten sairauksien diagnosointiin ja hoitoon, lyhyt vastaanottoaika sekä toiminnan painottuminen teknisiin seikkoihin. Masennuksen tunnistamistaitojen kehittämiseksi tulisi psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa olla riittävästi tarjolla työnohjausta ja konsultaatiota. Peruskoulutusta ja ammatillista täydennyskoulutusta tarvitaan mielenterveyshäiriöihin ja mielenterveyteen liittyvään työhön. Masennuksen oirekuvaan kuuluu runsaasti toiminnallisia oireita, muun muassa väsymistä, kipua, jännittyneisyyttä sekä ahdistuneisuutta. Ahdistuneisuus voi olla myös masennuksen esioire. (Kokko 1999, 73, 84; Lehtinen 1994, 13–14, 16; Poutanen 1996, 45.)

3.2 Masennuksen auttamismahdollisuudet

3.2.1 Masentuneen ihmisen omahoito

Masentunut ihminen kykenee auttamaan itseään tekemällä valinnan elämän ja kuoleman välillä sekä taistelemalla ajatusten avulla masennusta vastaan. Myönteisiin ajatuksiin pyrkiminen on osa itsehoitoa. Auttamiseksi tulemisen tunne vahvistaa omaa tahtoa pyrkiä pois vaikeaksi osoittautuneesta elämästä. Itsestään huolehtiminen on masentuneen ihmisen oma keino auttaa itseään. Masentuneen ihmisen tulee löytää vapaus olla oma itsensä ja lakata peittelemästä huonovointisuuttaan. Oman itsetuntemuksen lisääntyminen on masentuneen ihmisen oman itsensä auttamiskeino. (Suomala 1998, 37–42.) Masentuneen ihmisen oivallukset liittyen omaan itseensä auttavat kuntoutumisen edistymisessä (Sainola-Rodriguez, Kekkonen & Pöppönen 2007, 37). Toiselle ihmiselle puhuminen auttaa ottamaan etäisyyttä vaikeisiin asioihin ja puhuesaan masentunut ihminen välttyy yksinäisyydeltä (Suomala 1998, 43).

Ilon ja kauniiden asioiden kokeminen tai näkeminen on osa masentuneen ihmisen auttamista (Suomala 1998, 50–52). Ilon kokemisella on monia vaikutuksia masentuneen ihmisen elämään. Masentuneen ihmisen mielialan parantuessa hänen itsetuntonsa kasvaa, masentunut ihminen kokee saavansa enemmän aikaa ja erilaiset mahdollisuudet avautuvat. (Sainola-Rodriguez ym. 2007, 43.)

3.2.2 Turvallisuuden tunteen luominen

Ammattiauttajan ammatillisuus näkyy auttajan toiminnassa ja käyttäytymisessä. Auttajan inhimillinen käyttäytyminen saa masentuneen ihmisen tuntemaan turvallisuutta. (Suomala 1998, 46.) Turvallisuuden tunteen luomiseksi masentuneen ihmisen tulee kokea tulevansa hyväksytyksi ja ymmärretyksi (Sainola-Rodriguez ym. 2007, 38). Masentuneen ihmisen kokiessa auttajan ymmärtävän häntä, masentuneen ihmisen ei tarvitse selitellä asioita ja niin ollen hän uskaltaa puhua vaikeistakin asioista. Auttamisen tulee edetä masentuneen ihmisen omien voimavarojen mukaisesti. (Suomala 1998, 41, 46.)

3.2.3 Toivon ylläpitäminen

Ilmapiirin kiireettömyys ja auttajan toimintaan liittyvä toivo tulevaisuuden suhteen ovat masentuneen ihmisen auttamiseen kuuluvia tärkeitä asioita (Suomala 1998, 46). Masentuneen ihmisen toivon ylläpitämisessä on tärkeää, että masentuneen ihmisen uskoa selviytymiseen elämässä ylläpidetään ja vahvistetaan. Masentuneen ihmisen ja hoitajan välinen hoitosuhde on tärkeässä asemassa toivon ylläpitämisessä. Hoitosuhde auttaa ja mahdollistaa muutosten toteutumisen masentuneen ihmisen elämässä. Myös merkityksellisen toiminnan löytäminen masentuneelle ihmiselle on toivoa ylläpitävää. (Sainola-Rodriguez ym. 2007, 34.) Erilaisten töiden tekeminen vähentää masennukseen liittyvää ahdistuneisuutta ja työn tekeminen tuo masentuneen ihmisen elämään sisältöä. Harrastukset vaikuttavat masentuneen ihmisen elämän sisältöön positiivisesti. (Suomala 1998, 50.)

3.2.4 Arvokkaaksi kokemisen tunne ja itsetunnon vahvistaminen

Masentuneen ihmisen autetuksi tulemisen kokemuksen ydinosa on arvokkaaksi kokemisen tunne. Masentuneen ihmisen kokiessa itsensä arvokkaaksi vahvistuu hänen kokemuksensa itsestään ja oman itsensä arvosta. Masentuneen ihmisen itsensä arvokkaaksi kokemisessa tärkeää on toisen ihmisen kohtaaminen, jolloin masentunut ihminen saa välitetyn viestin kautta tietoonsa olevansa arvokas toiselle ihmiselle. (Lindfors 2005, 117.) Masentuneen ihmisen itsensä arvokkaaksi kokemiseen toisen ihmisen seurassa vaikuttaa toisen ihmisen käyttäytyminen, johon sisältyvät eleet, ilmeet ja sanat. Arvokkaaksi kokemiseen liittyvät myös masentuneen ihmisen uskottavuus ilman selittelyn tarvetta ja ettei omaa olemassa olon laatua tai omaa vointia tarvitse selittää. (Suomala 1998, 46–47, 49–50.) Masentuneen ihmisen itsetunnon lisäämiseen liittyy masentuneen ihmisen hyväksyminen ja arvostaminen, masentuneen ihmisen vahvojen ominaisuuksien ja puolten tukeminen sekä masentuneen ihmisen kannustaminen. Tällöin masentuneen ihmisen kokemus omasta osaamisesta ja kyvykkyydestä vahvistuvat. (Sainola-Rodriguez ym. 2007, 36, 40.)

3.2.5 Kuntoutussuunnitelma

Masentuneen ihmisen kanssa kartoitetaan elämäntilannetta ja erityisesti selvitetään tekijät, jotka ovat saattaneet laukaista masennuksen tai ylläpitävät masennusta (Käypähoitosuositukset n.d.). Masentuneen ihmisen kanssa tehdään yksilölliset kuntoutumistavoitteet, joiden mukaan toimitaan yhdessä masentuneen ihmisen kanssa. Tärkeää on myös tukea masentunutta ihmistä sekä sairauden että kotona selviytymisen kanssa. Masentuneen ihmisen hoidossa perhetapaamisista saattaa olla hyötyä. Toisaalta kaikki omaiset eivät välttämättä tiedä omaavansa mahdollisuutta osallistua masentuneen ihmisen hoidon suunnitteluun. Perhehoitotyössä on tärkeää vahvistaa perheen voimavaroja. Voimavarojen vahvistaminen tapahtuu luottamuksellisesti ja yhteistyössä. Tärkeää perheen voimavarojen vahvistamisessa on tuen tarjoaminen perheelle, kuuntelu, tiedon antaminen ja perheen valinnanvapauden kunnioittaminen. (Sainola-Rodriguez ym. 2007, 36, 42.)

4 MASENNUKSEEN LIITTYVÄT HANKKEET JA PROJEKTIT

Masennukseen liittyviä hankkeita ja projekteja on toteutettu eri puolilla Suomea. Yksi Suomessa toteutettu hanke oli osa kansainvälistä projektia. Viime vuosina mielenterveystyöhön on hankkeiden kautta panostettu paljon. Opin näytetyössä haluttiin nostaa hankkeet ja projektit esille kokonaisvaltaisen kuvan saamiseksi mielenterveystyön ja erityisesti masennukseen liittyvän työn kehittämiseksi. Hankkeet ja projektit ovat Masto-hanke, Sateenvarjoprojekti, Aspen ja Mieli 2009.

4.1 Masto-hanke

Masto-hanke on masennuksen ehkäisyyn ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävä hanke, joka ajoittui vuosille 2008–2011. Masto-hanke oli sosiaali- ja terveysministeriön koordinoima ja se kohdistui koko työikäiseen väestöön (16–67-vuotiaat). Hankkeen tavoitteena oli edistää ja tukea työelämän käytäntöjä työhyvinvoinnin lisäämiseksi, varhaista puuttumista työssäselviytymisongelmiin sekä masennuksen hyvää hoitoa ja kuntoutusta työssä selviytymiseen liittyen. Masto-hankkeen osa-alueet olivat työhyvinvoinnin ja mielenterveyden edistäminen, masennusta ehkäisevä toiminta, masennuksen varhainen tunnistaminen sekä masennuksesta toipuvien kuntoutus ja työhön paluu. (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 15.)

4.2 Sateenvarjoprojekti 2005–2009 – Vantaan depression hoidon kolmikantamalli

Depression hoidon kolmikantamallin tavoitteena oli luoda uudenlaiset toimintamallit, joissa keskeisenä olivat riskiryhmien depression ja alkoholin suurkuluttajien seulonta, peruspalveluissa ryhmäinterventioiden toteuttaminen, mo-

niammatillisuus sekä peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon välille tehostetun yhteistyön luominen. Tavoitteiden saavuttamiseksi keinoina olivat tunnistaa ja hoitaa lapsiperheiden depressiota neuvoloissa, ennaltaehkäistä nuorten vakavaa depressiota kouluterveydenhuollossa, terveyskeskuksiin depressio- ja päihdehoitajamallien luominen, tehostettu mielenterveys- ja päihdetyö kotihoidossa, saattaminen yhteen eri toimijat sekä konsultoiva työkuva psykiatreille. (Melartin n.d.)

4.3 Aspen

Aspen on eurooppalainen kehittämishanke, jonka päätavoitteena on masennuksesta kärsivien ihmisten leimaantumisen ja syrjinnän vähentäminen. Päätavoite saavutetaan kehittämällä mittari, jolla arvioidaan masennukseen liittyvää stigmaa ja syrjintää, esimerkiksi haastatteleamalla ihmisiä, jotka kärsivät masennuksesta sekä keräämällä tietoa ja kehittämällä menetelmiä, jolloin mielenterveyskuntoutujille mahdollistetaan enemmän osallisuutta mielenterveyspolitiikkaan ja lainsäädännön laatimiseen sekä sitä kautta syrjinnän vähentämiseen. Hanke toteutetaan yhteistyössä 18 EU-maan kanssa ja hanketta johtaa Lontoon King's Collegen psykiatrian laitos, Suomessa Aspenin kokonaisarviointista vastaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos n.d.)

4.4 Mieli 2009

Mieli 2009 on kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, jonka avulla saadaan yhteiset linjaukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 mennessä. Suunnitelman avulla pyritään vahvistamaan mielenterveys- ja / tai päihdeongelmasta kärsivän asiakkaan asemaa, edistämään mielenterveyttä, ehkäisemään päihteidenkäyttöä sekä siitä johtuvia haittoja ja korostamaan avo- ja peruspalveluja. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos n.d.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää perusterveydenhuollossa vastaanottotyötä tekevien sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien kokemuksia asiakkaan masennuksen tunnistamisesta ja masentuneen asiakkaan auttamismahdollisuuksista. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa asiakkaan masennuksen tunnistamisesta, masentuneen asiakkaan auttamismahdollisuuksista sekä sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien lisäkoulutustarpeista.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaisia kokemuksia vastaanottotyötä tekevillä sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla on asiakkaan masennuksen tunnistamisesta?

2. Millaisia kokemuksia vastaanottotyötä tekevillä sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla on masentuneen asiakkaan auttamismahdollisuuksista?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

6.1 Kohderyhmä

Opinnäytetyön kyselylomakkeita toimitettiin 23 kappaletta. Kyselylomakkeita palautui 17 kappaletta, joista viisi kappaletta oli tyhjiä ja vastauksia oli 12 kappaletta. Palautumatta jäi kuusi kappaletta. Vastaajilta edellytettiin sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan koulutusta sekä työskentelyä vastaanototehtävissä. Työyksiköt olivat terveysasemien sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastaanotot, työterveyshuolto ja aikuisneuvolat.

6.2 Laadullinen ja induktiivinen lähestymistapa

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa lähestymistavassa todellisuus saavutetaan tutkittavien henkilöiden kokemusten avulla, jolloin ilmiöiden tarkastelu tapahtuu tutkittavien henkilöiden näkökulmasta niiden luonnollisessa ympäristössä. Tutkija on keskeisessä asemassa aineiston keruussa ja analysoinnissa. Laadullisessa lähestymistavassa kohdehenkilöiden otanta valikoidaan. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2006, 20.) Käsitteet muodostetaan aineistolähtöisesti. Induktiivisessa lähestymistavassa päätelmät muodostetaan yksittäisten havaintojen perusteella. Valmiita vastausvaihtoehtoja ei anneta, jolloin vastaajat muodostavat vastaukset itsenäisesti. (Lauri & Kyngäs 2005, 61–62.)

Laadullinen ja induktiivinen lähestymistapa valittiin opinnäytetyöhön, koska sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien näkemyksiä asiakkaan masennuksen tunnistamisesta ja masentuneen asiakkaan auttamismahdollisuuksista perusterveydenhuollossa ei ole paljoa tutkittu. Lähestymistavalla haluttiin myös saada sekä kokemuksellista tietoa että yleistyksiä aiheesta. Opinnäytetyön tutkimustulokset ovat muodostuneet yksittäisten havaintojen perusteella vastaajien näkökulmasta.

6.3 Aineiston keruu

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin fenomenologista menetelmää, josta valittiin vapaamuotoinen kirjoitelma. Fenomenologisessa menetelmässä ollaan kiinnostuneita ihmisten subjektiivisista kokemuksista ja ihmisten antamista merkityksistä tutkittavalle asialle. Tavoitteena on saavuttaa kokemukset mahdollisimman aitoina. (Åstedt-Kurki & Nieminen 2006, 154–155.) Fenomenologinen menetelmä valittiin opinnäytetyöhön, koska työ tutkii vastaajien subjektiivisia kokemuksia ilmiöstä. Vapaamuotoisen kirjoitelman avulla ha-

luttiin tarjota vastaajille mahdollisuus kirjoittaa kokemuksistaan mahdollisimman syvällisesti ilman, että opinnäytetyön tekijöiden läsnäolo vaikutti vastauksiin.

Ennen varsinaista aineiston keruuta suoritettiin kyselylomakkeen esitestaus, jolloin saatiin tietoa siitä, palvelevatko kysymykset opinnäytetyön tarkoitusta. Sekä esitestauksessa että varsinaisessa kyselyssä tutkittavilta henkilöiltä pyydettiin vapaamuotoinen kirjoitelma pohjautuen valmiisiin kysymyksiin (Liite 3). Lisäksi kyselyssä oli mukana kolme monivalintakysymystä (Liite 2), joiden kautta haluttiin selvittää, ilmeneekö kahden ammattiryhmän välillä eroa tutkittavaa asiaa kohtaan. Kysymykset toimitettiin saatekirjeen (Liite 1) kanssa sovittuna ajankohtana työyksiköihin. Aineisto haettiin aikataulun mukaisesti. Alkuperäisessä monivalintakyselyssä kysyttäessä aikaa, jonka vastaaja oli toiminut sairaanhoitajana tai terveydenhoitajana sekä aikaa, jonka vastaaja on toiminut nykyisessä työpaikassaan, ei vastausvaihtoehdoista löytynyt vaihtoehtoa ”alle 5 vuotta”. Tämä vaihtoehto lisättiin monivalintakyselyyn ennen varsinaisten kyselyjen lähettämistä.

6.4 Aineiston analysointi

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä eli aineistolähtöisellä analyysillä, jolloin vastaajien yksittäiset havainnot ovat keskeisessä asemassa. Aluksi kaikki vastaukset luettiin läpi. Tämän jälkeen aineisto litteroitiin eli kirjoitettiin sanasta sanaan Microsoft Word -tiedostoon, Times New Roman -muodolla, fontilla 12, jolloin litteroitua materiaalia muodostui yhteensä neljä sivua. Litteroidusta materiaalista poimittiin tutkimuskysymyksiin vastaavat sanat, joista tehtiin pelkistetyt ilmaukset, jotka kuvasivat suoraan lainauksien sisältöä. Pelkistetyistä ilmauksista etsittiin yhteneviä ilmauksia, jotka luokiteltiin omaksi ryhmäksi, esimerkiksi ”ilmeet” ja ”eleet”. Pelkistetyistä ilmauksista muodostuneisiin ryhmiin tehtiin alakategorioita, jotka antoivat kullekin ryhmälle yhteisen nimen. Alakategoriat yhdistyivät yläkategorioiksi ja yläkategoriat pääkategorioiksi.

Opinnäytetyön kyselyssä pyydettiin vastaajia kertomaan millainen lisäkoulutus olisi tarpeellista liittyen masennukseen. Näitä vastauksia ei kuitenkaan analysoitu, koska vastaukset haluttiin tuoda esille kehittämisehdotuksena.

6.5 Tietokantahakujen viitteet

Aikaisempia tutkimuksia haettiin hakusanoilla ”masenn?” ja ”tunnistam?”, joilla Vanaicat antoi kymmenen viitettä. Näistä viitteistä neljä oli opinnäytetyötä, kaksi kohdistui samaan kirjaan, jotka olivat vuosilta 2002 ja 2008 sekä viisi viitettä liittyi raskauden aikaiseen masennukseen, synnytyksen jälkeiseen masennukseen ja nuorten masennukseen. Samoilla hakusanoilla Aleksi -tietokanta antoi 29 viitettä, Linda 24 viitettä, Arto 9 viitettä ja HeleconMIX yhden viitteen. Medicin kautta hakusanoilla ”masenn*” ja ”tunnistam*” saa-

tiin 36 viitettä. Hakusanoilla ”depress*” ja ”recogn*” saatiin neljä viitettä, joista yksi ei viitannut masennukseen. Lisättäessä hakusanoihin ”depress*” ja ”recogn*” sanat ”primary health care” antoi Medic kolme viitettä, joista yksi ei liittynyt masennukseen. Englanninkielisiä viitteitä saatiin Medicistä hakusanoilla ”depress*” ja ”recogn*” yhteensä viisi ja hakusanoilla ”depress*”, ”recogn*” ja ”primary health care” neljä viitettä. (Taulukko 1.)

Haettaessa hakusanoilla ”masenn?” ja ”perusterveydenhuol?” Vanaicat - tietokanta antoi yhden viitteen, Aleksi 18 viitettä, Linda 8 viitettä ja Arto 7 viitettä. Medicin kautta hakusanoilla ”masenn*” ja ”perusterveydenhuol*” saatiin 31 viitettä. Haettaessa hakusanoilla ”depress*” ja ”primary health care” saatiin 322 viitettä, joista osa ei liittynyt masennukseen. Englanninkielisiä viitteitä saatiin Medicistä hakusanoilla ”depress*” ja ”primary health care” yhteensä 68 viitettä, joista osa ei liittynyt masennukseen. (Taulukko 1.)

Hakusanoilla ”masenn?” ja ”auttamin?” Vanaicat – HAMK -tietokanta antoi 2 viitettä, Aleksi 7 viitettä, Linda 8 viitettä ja Arto 3 viitettä. Medicistä haettaessa hakusanoilla ”masenn*” ja ”auttamin*” saatiin yhteensä kuusi viitettä, joista kaksi ei liittynyt masennukseen. Taulukossa 1 on esitelty tietokantahaun viitteet.

Taulukko 1 Tietokantahaun viitteet

	Vanaicat	Aleksi	Linda	Arto	HeleconMIX	Medic
masenn, tunnistam	10 kpl	29 kpl	24 kpl	9 kpl	1 kpl	36 kpl
depress, recogn						suomenkielisiä 4 kpl ja englanninkielisiä 5 kpl
masenn, perusterveydenhuol	1 kpl	18 kpl	8 kpl	7 kpl		31 kpl
depress, primary health care						68 kpl
masenn, auttamin	2 kpl	7 kpl	8 kpl	3 kpl		6 kpl

Opinnäytetyöhön valittiin tutkimukset, jotka antoivat hyödynnettävää tietoa aiheesta. Työssä käytettiin tutkimuksia, jotka liittyivät perusterveydenhuollon näkökulmaan asiakkaan masennuksen tunnistamisesta ja masentuneen asiakkaan auttamismahdollisuuksista.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyön vastauksista saatiin kolme pääkategoriaa ja kuusi yläkategoriaa, joiden alle muodostui 31 alakategoriaa. Pääkategoriat ovat masennuksen tunnistaminen hoitajan työssä, käytettävissä olevat auttamismahdollisuudet ja ihanteelliset auttamismahdollisuudet. Yläkategoriat ovat masennuksen merkit, masennuksen tunnistamista hankaloittavat tekijät, masennuksen tunnistamista

helpottavat tekijät, masennuksen tunnistamista helpottava toiminta, organisatiolähtöinen auttaminen ja hoitajalähtöinen auttaminen.

Opinnäytetyön kunkin tulososion perään asetettiin esille kuvat kategorisoinneista. Kuvissa on esitetty alakategoriat, yläkategoriat sekä pääkategoria. Pelkistetyt ilmaukset kirjattiin liitteisiin (Liite 4), koska pelkistettyjen ilmausten runsas lukumäärä häytti kuvien selkeyttä. Vastaajien kuvaamia masennuksen merkkejä on esitetty kuvassa 1. Vastaajien nimeämät masennuksen tunnistamista hankaloittavat ja helpottavat tekijät on esitetty kuvassa 2. Käytettävissä olevat auttamismahdollisuudet sekä ihanteelliset auttamismahdollisuudet on esitetty kuvissa 3 ja 4. Vastaajien taustatiedot on esitetty taulukossa 2 ja vastaajien nimeämät lisäkoulutustarpeet liittyen masennukseen on esitetty taulukossa 3.

7.1 Vastaajien taustatiedot

Sairaanhoitajat olivat toimineet pääasiallisesti 6–15 vuotta sairaanhoitajina ja työskennelleet nykyisessä työyksikössään pääasiallisesti alle viisi tai viisi vuotta. Terveydenhoitajat olivat toimineet pääasiallisesti yli 20 vuotta terveydenhoitajina ja työskennelleet nykyisessä työyksikössään pääasiallisesti 11–15 vuotta sekä yli 20 vuotta.

Taulukko 2 Vastaajien (N=12) taustatiedot

	< 5 tai 5 vuotta	6–10 vuotta	11–15 vuotta	16–20 vuotta	>20 vuotta
Sairaanhoitaja (n=6)					
työssäoloaika	1	2	2	-	1
työssäoloaika nykyisessä työyksikössä	3	1	1		1
Terveydenhoitaja (n=6)					
työssäoloaika	-	1	1	-	4
työssäoloaika nykyisessä työyksikössä	-	1	2	1	2

7.2 Masennuksen tunnistaminen hoitajan työssä

7.2.1 Masennuksen merkit

Asiakkaan masennukseen viittaavat merkit liittyvät sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien kokemuksiin. Vastaajat kokivat asiakkaan masennuksen näkyvän asiakkaan nonverbaalisessa ja verbaalisessa viestinnässä. Asiakkaan ilmeiden, eleiden, totisuuden, hiljaisuuden ja hymyilemättömyyden koettiin olevan

merkki masennuksesta. Masennus näkyy myös asiakkaan olemuksesta ja ulkoisista merkeistä, kuten hoitamattomasta ulkoasusta. Asiakkaan puhe ja puhetyyli saattavat viitata masennukseen. Asiakkaan puheissa saattaa olla viittauksia väsymykseen, jaksamattomuuteen ja itsetuhoisuuteen. Jotkut asiakkaat epäilevät itse masennusta ja toiset asiakkaat valittavat erilaisia vaivoja.

”Ulkoisista merkeistä, esim. ilmeistä, olemuksesta, hoitamattomasta ulkoasusta. Puheista esim. viittauksista väsymykseen, jaksamattomuuteen, itsetuhoisuuteen yms.”

”Joskus jo ulkoisesta olemuksesta. Asioista jotka asiakas tuo keskustelussa esille.”

Fyysisten ja psyykkisten oireiden koettiin viittaavan masennukseen. Vastaajat kokivat joidenkin asiakkaiden oireilun olevan epämääräistä ja joillakin asiakkailla oireilu ilmenee somaattisena. Väsymys, itkuisuus, ruokahaluttomuus ja nukkumiseen liittyvät tekijät, kuten unettomuus, huonosti nukkuminen ja uni-häiriöt saattavat olla merkki masennuksesta. Masentuneella asiakkaalla koettiin olevan stressioireita, työuupumusta ja työssä jaksamiseen liittyviä ongelmia. Masentuneen asiakkaan ilon ja nautinnon kokemukset ovat vähentyneet ja masentunut asiakas saattaa olla aloittekyvytön sekä keskittymiskyvytön. Masentuneella asiakkaalla saattaa esiintyvän ärtymystä, alakuloisuutta, ahdistuneisuutta ja hermostuneisuutta. Joillakin asiakkailla vastaajat kokivat masennuksen merkiksi asiakkailla esiintyvän pienten asioiden päähän ottamisen.

”Jos asiakkaan tunneilmaisu on alakuloista (ei hymyile, totinen, hiljainen), on itkuinen, huomannut (kertoo) että ilon ja nautinnon kokemukset vähentyneet. Kertoo nukkuvansa huonosti, heräilee aamuyöstä.”

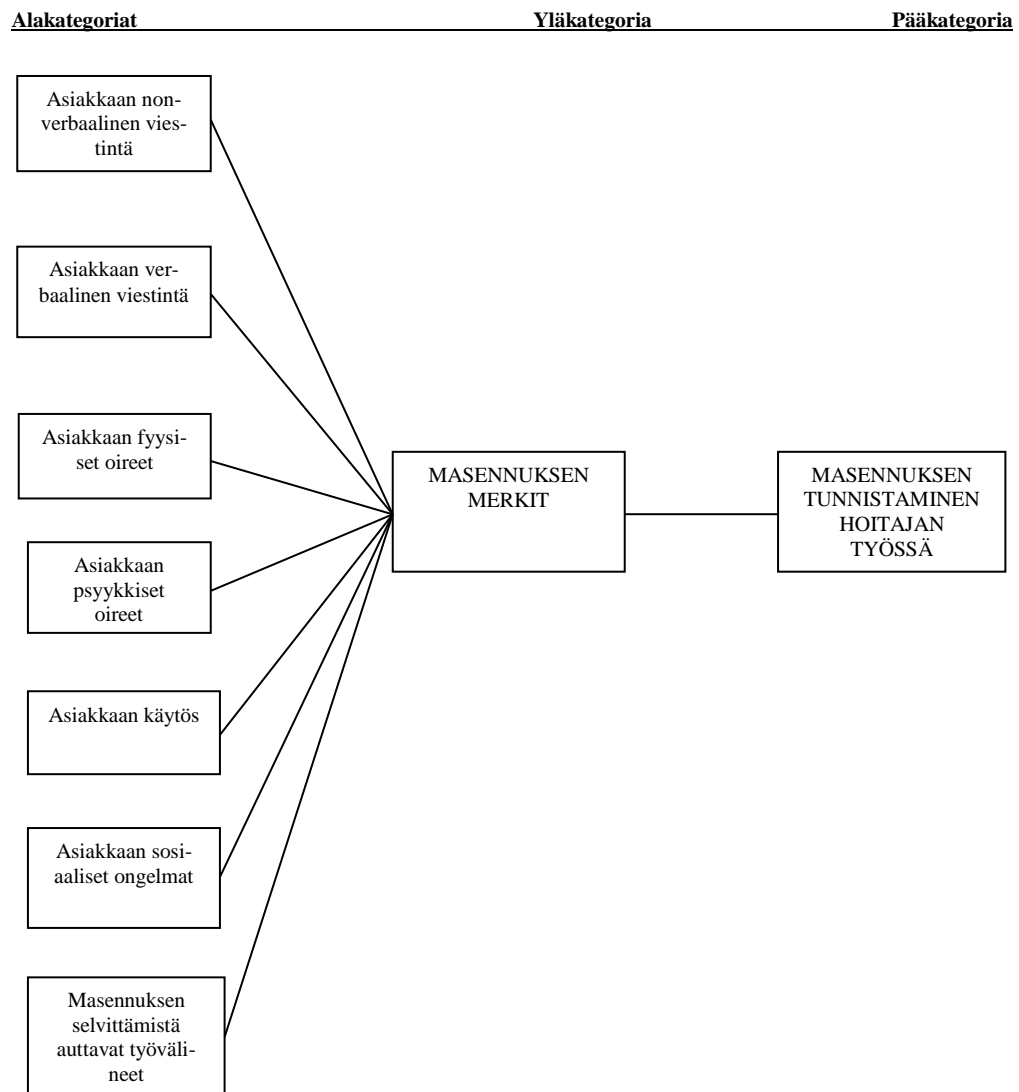
Vastaajat kokivat masentuneen asiakkaan käytöksen muuttuneena. Masentunut asiakas saattaa käydä terveyskeskuksessa tai vastaanotolla tiheästi sekä hakea sairauslomaa. Asiakkaan erilaisten ongelmien koettiin liittyvän masennukseen. Ongelmiin lukeutuvat ihmissuhde-, työyhteisö-, perhe- ja päihdeongelmat.

”Asiakkaan käytös muuttuu... käynnit lisääntyvät...”

Vastaajat kokivat saavansa viitteitä asiakkaan masennuksesta haastattelujen, masennuskyselyjen ja tuttujen asiakkaiden kautta. Muistitestejä tehdessä on vastaajille herännyt epäily, että masennus saattaa liittyä asiakkaan muistin huononemiseen.

”Tuttuja asiakkaita joten käytöksestä ja puheesta. Haastattelemalla.”

”Masennuskyselyistä mm. DEPS, BDI, BBI (työuupumus).”



Kuva 1 Masennuksen tunnistaminen hoitajan työssä – masennuksen merkit

7.2.2 Masennuksen tunnistamista hankaloittavat tekijät

Vastaajat kokivat joidenkin asiakkaiden teeskentelevän ylipirteää ja puheliasta, jolloin masennuksen tunnistaminen hankaloitui. Myös asiakkaan kielteisyys vaikuttaa masennuksen tunnistamiseen. Asiakas ei välttämättä myönnä masennustaan, kieltää asian, omaa kielteisen asenteen masennusoireista puhuttaessa tai ei itse tunnista masennustaan. Asiakas ei välttämättä kerro asioitaan ja salailee niitä, eikä ole vastaanottavainen tarjotulle hoidolle.

”Toiset peittävät masennustaan teeskentelemällä ylipirteää ja puheliasta. silloin ei välttämättä tule ajatelleeksi masennusta.”

Vastaajat kokivat asiakkaiden moniongelmaisuuuden olevan hankaloittava tekijä masennuksen tunnistamisessa. Ongelmien haasteellisuus, asiakkaan muut sairauden, fyysiset oireet ja muut erilaiset oireet peittivät masennuksen merkit. Asiakkaan puheissa ja olemuksessa oleva ristiriita ja ulkoisten merkkien olemattomuus koettiin hankaloittavan masennuksen tunnistamista. Vastaajat kokivat myös asiakkaan alkoholin liikakäytön hankaloittavan masennuksen tunnistamista.

”Hankalana koen että masennus on vaikea tunnistaa kun ihmiset osaa pitää asioitaan sisällään ja ulospäin ei välttämättä tule mitään merkkiä.”

Vastaajat kokivat asiakkaan sosiaalisten ongelmien hankaloittavan masennuksen tunnistamista. Asiakkaalla saattaa olla monia eri asioita käsiteltävänä samaan aikaan. Asiakkaan työelämän ongelmat saattavat sekoittaa asiaan ja keskustelu asiakkaan kanssa saattaa olla työyhteisöongelmissa sekä muissa ihmisissä, kuin asiakkaan asioissa. Vastaajat kokivat myös epäluottamuksen vaikuttavan masennuksen tunnistamiseen. Asiakkaalla saattaa olla pelko kertoa asioistaan vastaanotolla. Vastaajien ja asiakkaiden välinen luottamuspula koettiin vaikuttavan asiakkaan masennuksen tunnistamiseen hankaloittavasti.

”Salailu, luottamuspula, pelkää mitä tapahtuu, jos kertoo (~ lapset otetaan huostaan).”

Vastaajat kokivat aikarajoitteet, kuten kiireen ja lyhyen vastaanottoajan hankaloittavan asiakkaan masennuksen tunnistamista. Kiireinen tilanne päivystysvastaanotoilla vaikuttaa masennuksen merkkien huomaamiseen.

”Keskustelu tuo esille ”oireita” yleensä kuitenkin vastaanottoaikojen kesto 5-15 min joten usein mahdoton saada masennuksen merkkejä esille.”

7.2.3 Masennuksen tunnistamista helpottavat tekijät

Vastaajat kokivat asiakkaan masennuksen tunnistamista helpottavan asiakkaan puhumisen. Asiakkaan avoin puhuminen hankaluuksista ja avoimuus helpottavat masennuksen merkkien huomaamista. Asiakkaan masennukseen viittaavat oireet saattavat tulla esille keskustelussa ja asiakkaat tunnistavat itse masennuksen oireet sekä myöntävät masennuksen. Asiakkaan mahdolliset aikaisemmat kokemukset masennuksesta helpottavat masennuksen tunnistamista.

”Toiset asiakkaa taas puhuvat avoimesti, että on hankalaa ym. silloin asiakas on helppo ohjata eteenpäin.”

Koulutuksista saatu tieto koettiin helpottavan masennuksen tunnistamista. Vastaajien pitkä työkokemus ja oma elämäkokemus auttavat huomaamaan

masennuksen merkit helpommin. Myös rauhallisen kuuntelun avulla masennuksen merkkien tunnistaminen helpottuu.

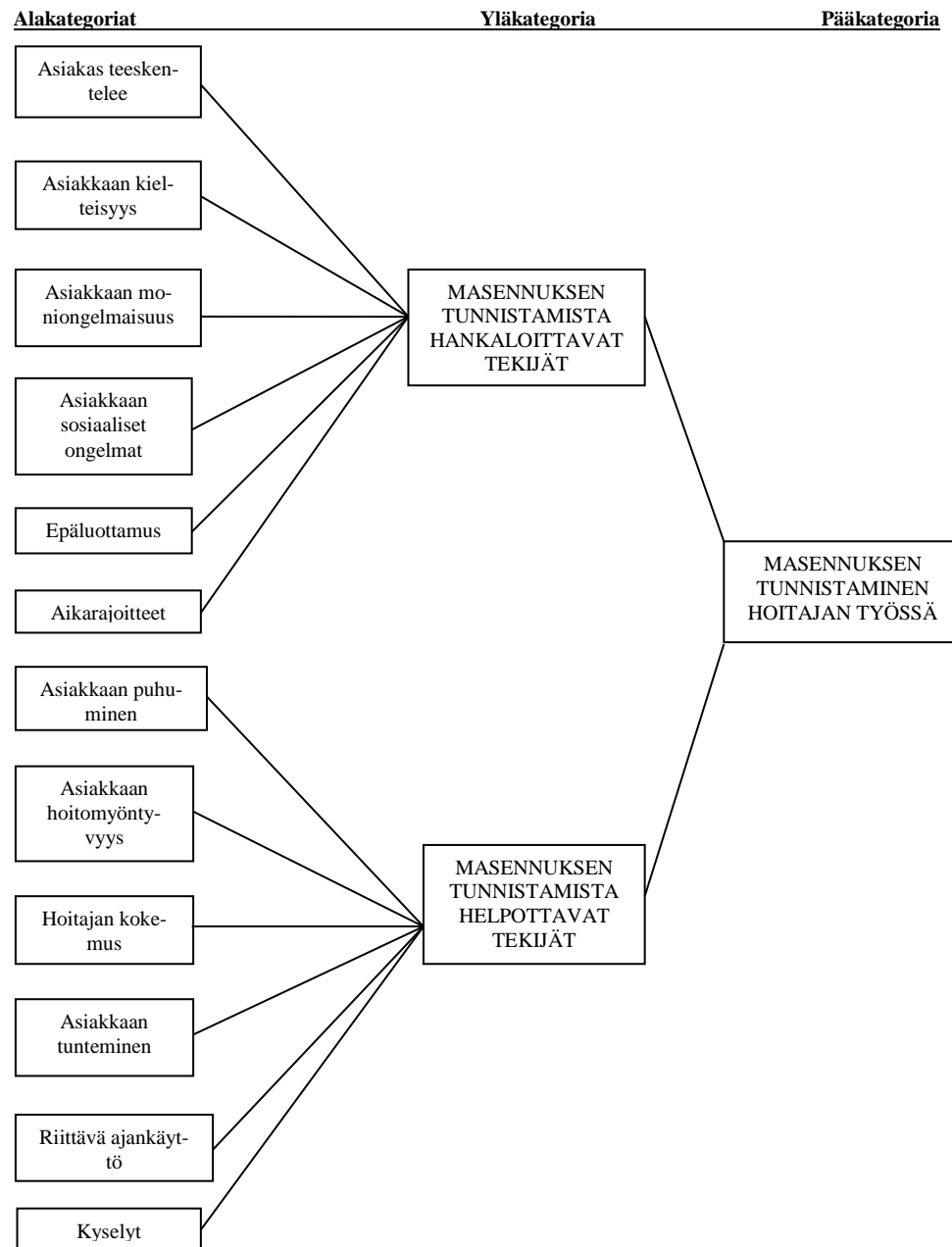
”Helpottava tekijä on pitkä työkokemus, käydyistä koulutuksista saamani tieto asiasta.”

Hoidon kannalta vastaajat kokivat helpottaviksi tekijöiksi asiakkaan hoitomyöntyvyyden. Tällöin asiakas on vastaanottavainen hoidolle, terapialle ja lääkelle. Asiakkaan tunteminen pitkältä ajalta ja luottamuksellinen ilmapiiri koettiin helpottavan masennuksen tunnistamista. Pienellä paikkakunnalla koettiin osittaisten kuulopuheiden helpottavan keskustelun aloittamista asiakkaan kanssa.

”Tutut ihmiset, ympäristö tuttu, asiakkaat puhuu helpommin kun hoitaja tuntee entuudestaan. Pieni paikkakunta. Osittain kuulopuheet joiden avulla helpo alkaa keskustelemaan.”

Vastaajat kokivat riittävän ajankäytön helpottavan masennuksen merkkien huomaamista. Tarpeeksi pitkä vastaanottoaika ja riittävä aika jutella asiakkaan kanssa koettiin helpottavan masennuksen tunnistamista. Pitkä hoitosuhde asiakkaan kanssa ja erilaiset kyselyt, kuten mielialakyselyt sekä masennuskyselyt antavat viitteitä asiakkaan masennuksesta.

”Myös tarpeeksi pitkä vastaanottoaika auttaa, kiireessä huomaa vähemmän.”



Kuva 2 Masennuksen tunnistaminen hoitajan työssä – masennuksen tunnistamista hankaloittavat ja helpottavat tekijät

7.3 Käytettävissä olevat auttamismahdollisuudet

7.3.1 Hoitajan työvälineet masentuneen auttamiseksi

Hoitajan työvälineet masentuneen ihmisen auttamiseksi koettiin olevan asiakkaan kanssa keskustelu. Kiireetön keskusteluapu ja vastaajien omat keskustelutaidot ovat hoitajan työvälineitä autettaessa masentunutta ihmistä. Asiak-

kaan kanssa keskustelu ja asiakkaan vaikeiden asioiden läpikäyminen koettiin auttavina tekijöinä asiakkaan masennuksen suhteen. Keskustelutuesta ja keskustelukäynneistä koettiin olevan hyötyä.

”Epäiltäessä masennusta, keskustelu...”

”Oma keskustelutaito...”

Moniammatillisen yhteistyön avulla vastaajat kokivat tarjoavansa apua masentuneelle asiakkaalle. Ohjaus jatkohoitoon, kuten lääkäriin, joka selvittää asiakkaan diagnoosin ja lääkärin kautta jatkohoitoon tai lääkärin määräämä lääkehoito, ohjaaminen työterveyshuoltoon, psykiatrian erikoisalan hoitoon, työterveyshuollon psykologille tai akuuttihoitoon psykiatrian poliklinikalle ovat hoitoon ohjaamisen auttamismahdollisuuksia. Mahdollisuutena on saada masentuneelle asiakkaalle lääkärin kautta lähete terveyskeskuspsykologille tai akuuttiryhmään. Masentuneen asiakkaan kohdalla vastaajat kokivat käytössään olevaksi auttamismahdollisuudeksi yhteydenoton akuuttikriisiryhmään, psykiatrian poliklinikalle, A-klinikalle ja ajan varaamisen päivystysvastaanotolle. Masentuneelle asiakkaalle voidaan tarjota myös terapiaa psykologin vastaanotolla. Masentuneen asiakkaan kohdalla toteutetaan yhteistyötä sairaalan kanssa.

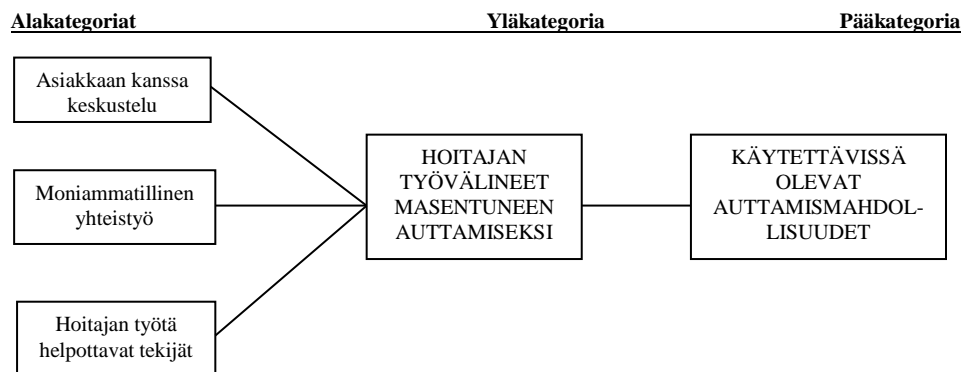
”Lääkäriin ohjaus, sitä kautta sitten tarvittaessa jatkoon (psykologi, akuutti osasto).”

”Käytännössä kuitenkin ohjataan lääkärille joka selvittää ”diagnoosin”).”

Vastaajien työvälineiden koettiin olevan psyykkisen terveyden tunteminen ja koulutus masentuneen henkilön hoidosta. Seuranta vastaanotolla ja uuden ajan antaminen asiakkaalle keskusteluun koettiin työtä helpottavaksi tekijöiksi ja auttamismahdollisuuksiksi. Erilaiset testit koettiin myös auttamismahdollisuuksiksi masentuneen asiakkaan kohdalla.

”Epäiltäessä masennusta, keskustelu, testit (DEPS, BDI).”

”...terapia psykologin vastaanotolla, lääkärin kautta lääkehoito, tarvittaessa psykiatrian erikoisalan hoitoonohjaaminen.”



Kuva 3 Käytettävissä olevat auttamismahdollisuudet

7.4 Ihanteelliset auttamismahdollisuudet

7.4.1 Organisaatiolähtöinen auttaminen

Vastaajat kokivat hoidon nopean järjestymisen kuuluvan ihanteellisiin auttamismahdollisuuksiin. Masentuneen asiakkaan tulisi päästä nopeasti auttamispaikkoihin, kuten psykologin vastaanotolle. Vastaanottojen tulisi järjestäytyä terapiaan ja lääkehoitoon riittävän nopeasti. Jonotusaikojen tulisi olla lyhyitä vastaanotoille.

”Auttamispaikat” pitäisi olla nopeasti käytössä, koska tarve on tässä ja nyt.”

Vastaajat kokivat ajanvarausmahdollisuudet masentuneelle asiakkaalle tärkeiksi. Ajanvarauksen tulisi olla mahdollista lääkärin, päivystys- ja psykologin vastaanotoille. Masentuneen asiakkaan ohjaaminen eteenpäin tulisi tapahtua joustavasti, kuten psykiatrian poliklinikalle, A-klinikalle, psykologin tai perheneuvolan vastaanotolle. Myös terapia psykologin vastaanotolla ja psykiatrian erikoisalan hoitoon ohjaaminen koettiin ihanteelliseksi auttamismahdollisuudeksi.

”Joustavuutta ohjata asiakas eteenpäin esim. psyk.pkl:lle, a-klinikalle, psykologin – tai perheneuvolan vast.otolle.”

Masentuneelle asiakkaalle tulisi tarvittaessa olla tarjolla psykiatrasta viikonloppupäivystystä. Vastaajat kokivat tarpeelliseksi tarvittaessa vastaanottojen järjestäytymisen päivystyksellisesti viikonloppuisin. Masentuneelle asiakkaalle tulisi myös olla tarvittaessa viikonloppuisin psykiatrasta avohoitoa, akuuttiryhmän toimintaa ja vastaanottoaikoja.

”Tarv. esim. päivystyksellisesti viikonloppuisin. viikonloppuisin olisi hyvä olla myös psykiatrasta avohoitoa saatavilla esim. akuuttiryhmän toimintaa / vastaanottoaikoja yms.”

Pieni osa vastaajista koki, että tilanne masentuneen henkilön auttamismahdollisuuksista on hyvä. Hoitoon pääsy koettiin nopeana ja hoito koettiin laaja-alaiseksi. Pieni osa vastaajista koki myös nykyiset auttamismahdollisuudet riittäviksi.

”Täällä on aika hyvä tilanne. hoitoon pääsee nopeasti ja hoito on laaja-alaista”

”Nykyiset vaihtoehdot tuntuvat riittävilä.”

7.4.2 Hoitajalähtöinen auttaminen

Masentuneen asiakkaan ihanteellisiin auttamismahdollisuuksiin vastaajat kokivat sosiaalisen verkoston. Masentuneella asiakkaalla keskustelutuki ja tuki-verkoston löytäminen ovat tärkeitä. Vastaajat kokivat tarpeelliseksi masentuneelle asiakkaalle vertaistukiryhmät ja vertaistuen. Masentuneen asiakkaan lapsille tulisi olla päivähoitopaikkoja ja lapsiperheille kotiapua.

”Vertaisryhmiä voisi olla, ainakin osa hyötyisi niistä.”

”Kotiapua lapsiperheille, päivähoitopaikkoja lapsille...”

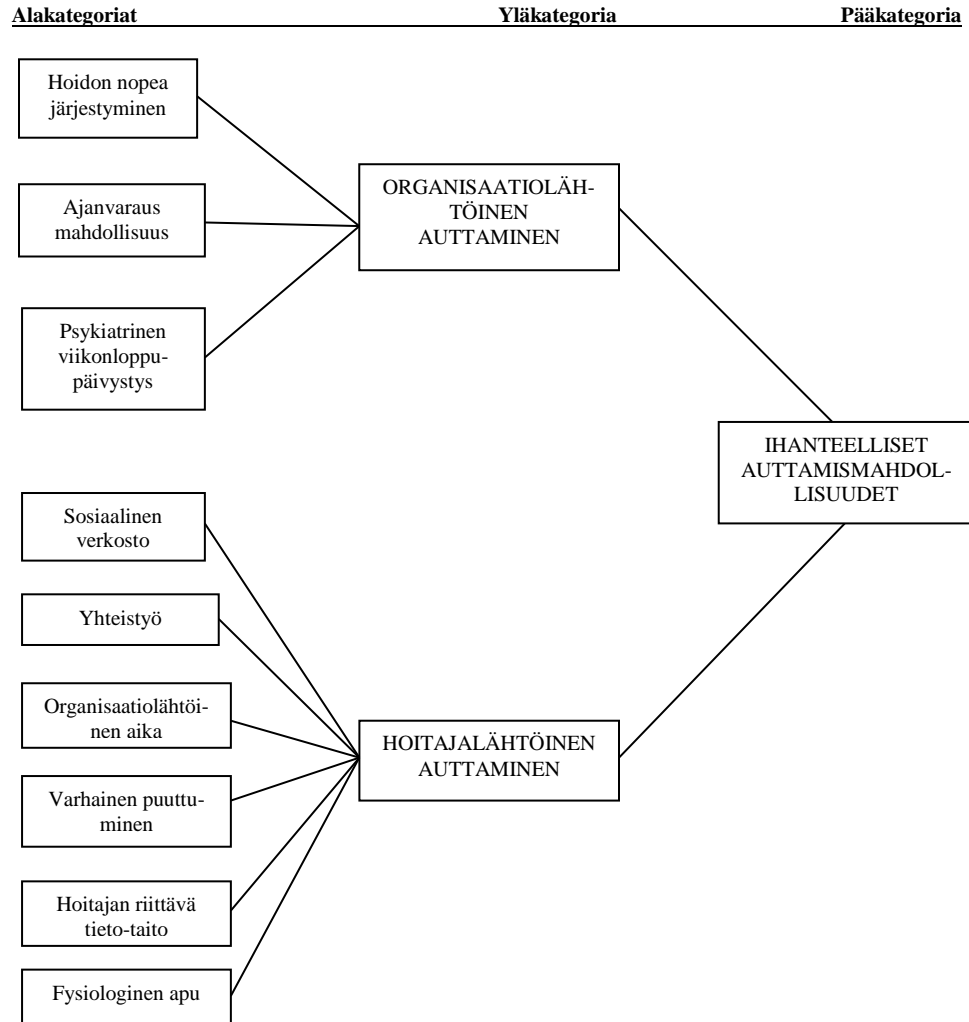
Yhteistyön koettiin lukeutuvan ihanteellisiin auttamismahdollisuuksiin. Vastaajat kokivat tarpeelliseksi terveyskeskuspsykologin konsultaation, yhteydenottomahdollisuuden psykiatrian poliklinikalle ja A-klinikalle. Organisaatiolähtöisen ajan tulisi olla kiireetöntä. Vastaajat kokivat tarpeellisiksi riittävät vastaanottoajat, riittävät ajat keskusteluille, hoidolle ja resurssit hoitoon. Vastaanotoilla tulisi olla nykyistä enemmän aikaa.

”Tärkeää olisi myös, että sh:n vast.otolla olisi nykyistä enemmän aikaa paneutua asiaan (nyk. vast.ottotoiminta kiireistä ja paljon asiakkaita)”

Varhainen puutuminen asiakkaan masennukseen koettiin ihanteelliseksi auttamismahdollisuudeksi. Varhaiseen puutumiseen lukeutuvat ennaltaehkäisy, masennuksen aikainen tunnistaminen ja mahdollinen seulonta rutiinisti. Vastaajien oma tieto-taito edesauttaa masentuneen asiakkaan auttamista. Vastaajat kokivat tarpeellisiksi omata valmiudet antaa tarvittavaa ohjausta ja auttaa asiakasta löytämään keinoja mm. parisuhteeseen ja nukkumiseen. Myös koulutus masentuneen henkilön hoidosta koettiin tarpeelliseksi. Vastaajat kokivat myös hyötyvänsä erilaisesta tiedosta, kuten mihin masentunut asiakas voidaan ohjata ja millaista apua masentuneelle asiakkaalle voidaan antaa terveyskeskuksessa.

”Aika on tärkeässä asemassa masennuspot. autettaessa, ennaltaehkäisy (riskiryhmä) aikainen tunnistaminen. jatkuva kiire vaikeuttaa masennusoireiden löytymistä. ehkä seulonta rutiinisti?!?”

Vastaajat kokivat fysiologisen avun annon ihanteelliseksi auttamismahdollisuudeksi. Keinojen löytäminen asiakkaan kanssa mm. liikunnan ja ruokailun suhteen koettiin tärkeiksi. Myös lääkärin kautta lääkeshoidon aloittaminen masentuneelle asiakkaalle kuuluu ihanteellisiin auttamismahdollisuuksiin.



Kuva 4 Ihanteelliset auttamismahdollisuudet

7.5 Vastaajien lisäkoulutustarpeet

Vastaajat kokivat työnsä kannalta tarpeellisiksi luennot masennuksesta, yleisen kertauksen masennuksesta, masennuksen hoitomuodoista sekä masennukseen liittyvästä lääkityksestä. Lisätietoa hoitajat kokivat tarvitsevansa masennuksen oireista ja hoidosta, auttamismahdollisuuksista, erilaisista masennustiloista sekä tietoa, mistä masennus aiheutuu, miten puuttua asiaan ajoissa ja kuinka tukea masentunutta asiakasta. Koulutus masennuksen oireiden tunnistamiseksi ja riskiryhmien tunnistamiseksi katsottiin myös tarpeellisiksi aiheiksi. Masennuksen erottaminen muista psyykkisistä sairauksista ja häiriöis-

tä sekä masennuksen erottaminen normaalista surusta olivat hoitajien mielestä tärkeitä aiheita masennuksen tunnistamisen helpottamiseksi. Työnohjaus, terapia- ja lääkehoitokoulutus sekä lisäkoulutus psykiatrian toimesta kuuluivat hoitajien listaamiin asioihin asiakkaan masennuksen tunnistamiseksi ja masentuneen asiakkaan auttamismahdollisuuksiin liittyen. Hoitajat toivoivat myös, että koulutuksiin pääsisi työpareittain, jotta hoitolinja hoitajilla olisi yhtenäinen. Hoitajat näkivät myös tarpeellisenä sen, että joku hoitajista keskittyisi masentuneiden asiakkaiden hoitamiseen ja toimisi heidän vastuuhoitajanaan. (Taulukko 2.)

Taulukko 3 Vastaajien lisäkoulutustarpeet

LISÄKOULUTUSTARPEET
Luennot / kertaus masennuksesta
Masennuksen oireet / oireiden tunnistaminen
Masennuksen hoito / hoitomuodot
Masennuksen auttamismahdollisuudet
Erilaiset masennustilat
Masennuksen aiheutuminen
Työnohjaus
Masennuksen riskiryhmien tunnistaminen
Masennuksen erottaminen muista psyykkisistä sairauksista / häiriöistä
Masennuksen erottaminen normaalista surusta
Masennuksen terapia- ja lääkehoito
Työparit samaan koulutukseen → yhtenäisen hoitolinjan säilyminen
”Vastuuhoitaja”
Masennukseen ajoissa puuttuminen
Masentuneen asiakkaan tukeminen
Lisäkoulutusta psykiatrian puolelta

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

8.1.1 Masennuksen tunnistaminen hoitajan työssä

Opinnäytetyössä vastaajat kokivat asiakkaan masennukseen viittaavien merkkien olevan moninaisia. Asiakkaan masennuksen merkit ovat tunnistettavissa asiakkaan nonverbaalisesta ja verbaalisesta viestinnästä, fyysisistä ja psyykkisistä oireista, käytöksestä, sosiaalisista ongelmista ja auttavien työvälineiden kautta. Kokon (1999, 76–77) tutkimustulokset tukevat opinnäytetyön tuloksia. Masentuneella asiakkaalla saattaa esiintyä itkuherkkyyttä, ruokahaluttomuutta, epämääräisiä somaattisia oireita sekä uneen ja nukkumiseen liittyviä han-

kaluuksia. Masentunut asiakas saattaa olla keskittymiskyvytön, eristäytyä muista ihmisistä ja asiakkaan ulkoinen olemus saattaa muuttua. Opinnäytetyön vastauksista nousee esille asiakkaan viittaukset itsetuhoisuuteen. Tärkeää on arvioida asiakkaan itsemurhariski hoidon suunnitteluvaiheessa, koska masennukseen liittyvä lisääntynyt kuolleisuus on pääasiassa itsemurhista johtuvaa. Kaikista itsemurhista masennukseen liittyy 2/3. (Käypähoito 2009; Vuorilehto 2008, 18.)

Asiakkaan masennuksen tunnistamista hankaloittavien ja helpottavien tekijöiden koettiin lähtevän paljolti asiakkaasta itsestään. Asiakkaan kielteisyys masennusta kohtaan hankaloitti hoitajien työtä, kun taas vastaavasti asiakkaan hoitomyöntyvyys antoi hoitajille mahdollisuuden auttaa masentunutta asiakasta. Ajan käytön rajallisuus tai puute koettiin haasteelliseksi tekijäksi asiakkaan masennusta tunnistettaessa. Hyvösen (2004, 65–66) tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollossa mielenterveystyötä estäviä tekijöitä ovat palvelujärjestelmän puutteet. Tähän sisältyvät pitkät jonotusajat, riittämättömät mahdollisuudet tarjota tarpeeksi pitkiä vastaanottoaikoja sekä palvelujen saatavuuden ja resurssien niukkuus. Myös kiire ja suuret asiakas määrät ovat perusterveydenhuollossa kuormittavia tekijöitä. Tutkimusten mukaan masennus jää tunnistamatta perusterveydenhuollossa syistä, jotka johtuvat joko potilaasta itsestään, hoitavasta henkilöstä tai vastaanottotilanteesta (Lehtinen 1994, 14).

8.1.2 Käytettävissä olevat auttamismahdollisuudet

Vastaajat kokivat yhteistyön eri tahojen kanssa kuuluvan käytettävissä oleviin masentuneen asiakkaan auttamismahdollisuuksiin, esimerkiksi lääkärille, psykologille tai työterveyshuoltoon ohjaaminen. Yhteistyötä toteutetaan myös akuuttiryhmän, A-klinikan, psykiatrian poliklinikan ja kriisiryhmän kanssa. Perusterveydenhuollon tekemän yhteistyön on katsottu olevan keskeistä toiminnan kannalta. Yhteistyö on perusterveydenhuollon työntekijöiden sekä muiden tahojen välistä yhteistyötä. Työntekijän ammattitaidon kannalta yhteistyöllä on merkittävä osuus voimavarana. (Hyvönen 2004, 140.) Vastaajista itsestään lähteviin auttamismahdollisuuksiin kuuluvat asiakkaan kanssa keskusteluun liittyvät toiminnot, testit ja kyselyt sekä seuranta. Vastaajien saama koulutus psykiatriasta tukee masentuneen asiakkaan auttamista.

8.1.3 Ihanteelliset auttamismahdollisuudet

Ihanteellisiksi auttamismahdollisuuksiksi vastaajat kokivat hoidon nopean järjestymisen ja ajanvarausmahdollisuuden. Masentuneelle asiakkaalle tulisi mahdollistaa nopea pääsy eri hoitopaikkoihin. Jonotusaikojen vastaanotoille tulisi myös olla lyhyempiä. Vastausten mukaan myös psykiatrinen viikonloppupäivystys, kuten psykiatrisen avohoidon ja vastaanottoaikojen järjestymisen viikonloppuisin palvelisi masentuneen asiakkaan auttamista. Riittävä aika vastaanotoilla ja keskusteluille mahdollistaisi paremmin masentuneen asiak-

kaan auttamisen. Tärkeää masentuneen ihmisen auttamisessa on ilmapiirin kiireettömyys (Suomala 1998, 46). Sosiaalisen verkoston löytyminen asiakkaalle koettiin myös tärkeäksi. Vertaistuki on koettu yhdeksi tärkeäksi tekijäksi masennuksesta toipumiseen. Vertaistuen avulla masentunut ihminen voi jakaa omia ajatuksiaan ja kokemuksiaan muiden samassa tilanteessa olevien kanssa. (Sainola-Rodriguez ym. 2007, 49.) Masennuksen varhainen tunnistaminen olisi ihanteellista. Yhteistyötä tulisi tehdä eri tahojen kanssa. Myös vastaajien omat riittävät tieto-aidot ovat osa masennukseen liittyvää työtä. Vastaajat kokivat valmiudet antaa tarvittavaa ohjausta ja auttaa asiakasta löytämään keinoja sekä erilaisen tiedon ohjauksesta ja avun annosta olevan ihanteellisia auttamismahdollisuuksia.

8.2 Jatkotutkimusehdotukset

Vastausten perusteella tulisi selvittää depressiohoitajan tarpeellisuus kyseisen sairaanhoitopiirin alueella. Lisäksi tulisi tutkia lisää hoitajien valmiuksia tunnistaa ja auttaa masentunutta asiakasta. Auttamismahdollisuuksien kehittämisen ihanteellisiksi voisi myös olla ehdotus seuraavaan tutkimukseen.

8.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyö perusterveydenhuollossa tutki vastaanottotyötä tekevien sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien kokemuksia masennuksesta. Opinnäytetyö oli tarpeellista toteuttaa, koska masennus on yleinen sairaus ja kiinteästi yhteydessä perusterveydenhuollossa toteutettavaan työhön. Opinnäytetyö antaa tietoa sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien kokemuksista tunnistaa asiakkaan masennus ja kokemuksista, millaisia ovat masentuneen asiakkaan auttamismahdollisuudet.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus lähtee tutkimustehtävän tarkastelusta. Tutkimuskysymyksiin on saatava vastaus tutkimusaineistosta. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijoiden on pohdittava, ovatko aineiston hankintatapa ja aineiston laatu luotettavia. Tutkijan tai tutkijoiden toiminta on tärkeässä asemassa tietoa hankittaessa. (Krause & Kiikkala 1997, 130–131.)

Vastaukset kerättiin kyselylomakkeilla (Liite 1 ja Liite 2) ja ennen kyselylomakkeiden lähettämistä suoritettiin esitestaus yhdellä vastaajalla. Kyselylomakkeen esitestauksella varmistettiin, että opinnäytetyön kysymykset vastaavat tutkittavaa asiaa. Esitestauksen kautta saatiin vastaajalta palaute taustatietolomakkeesta, jossa huomautettiin vaihtoehtoista puuttuvaa vaihtoehto ”alle 5 vuotta”. Varsinaisiin kyselylomakkeisiin vaihtoehto lisättiin. Vastausten luotettavuutta edistää vastaajien vapaaehtoinen osallistuminen opinnäytetyön kyselyyn ja vastausten antaminen anonyyminä. Koska vastaaminen opinnäytetyön kyselyyn tapahtui kirjoitelman muodossa, saivat vastaajat pohtia rauhassa vastauksiaan ja jatkaa tarvittaessa vastaamista kyselyyn myöhemmin, jolloin vastaajat saivat mahdollisuuden käyttää aikaa vastaamiseen enemmän

kuin, esimerkiksi haastattelussa. Toisaalta, pidempi vastausaika saattoi olla hankaloittava tekijä. Vastaajat saattoivat siirtää kyselyyn vastaamista eteenpäin ja lopulta huomata, että vastausaika alkaa umpeutua, jolloin vastaukset kirjataan kiireellä. Hankaloittavana tekijänä kirjoitelman muodossa pyydytyissä vastauksissa on myös, ettei vastauksia voida tarkentaa, kuten haastattelussa.

Vastausten luokittelussa yhteneväiset ilmaukset ryhmiteltiin yhteen ja niistä muodostettiin alakategorioita, jotka antoivat pelkistetyille ilmauksille yhteisen nimen. Alakategoriat yhdistyivät yläkategorioiksi ja yläkategoriat pääkategorioiksi. Opinnäytetyön analyysiä toteutettiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Vastauksista kuitenkin saatiin kaksi kategoriaa, ”masennuksen tunnistamista hankaloittavat tekijät” ja ”masennuksen tunnistamista helpottavat tekijät”, jotka viittaavat deduktiiviseen sisällönanalyysiin. Deduktiiviseen sisällönanalyysiin viittaavat kategoriat muodostuivat, koska vastaajat olivat selkeästi vastanneet sekä masennuksen tunnistamista hankaloittavia tekijöitä että masennuksen tunnistamista helpottavia tekijöitä kyselylomakkeessa esitettyjen kysymysten perusteella. Vastaajien taustatiedot kertovat vastaajien ammatinimikkeen ja työkokemuksen. Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastauksia ei voitu analysoida erikseen omina sisällönanalyysinä eikä sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien välille voitu tehdä eroa, jotta vastaajien anonymiteetti säilyy.

Usein laadullisessa tutkimuksessa, kerätessä vastauksia kirjoitelmien avulla, joudutaan tekemään valintoja aineiston monipuolisuuden mukaan ja jättämään pois ne aineistot, jotka sisällöllisesti eivät vastaa tutkimukselle asetettuihin kysymyksiin. (Nieminen 2006, 219.) Tässä opinnäytetyössä valintaa ei tarvinnut tehdä kerätystä aineistosta, koska jokaisesta vastauksesta saatiin tutkimuskysymyksiin vastaavaa tietoa, joka palveli opinnäytetyötä. Vastaajat olivat täsmällisesti vastanneet esitettyihin kysymyksiin.

Opinnäytetyön raportti on pyritty varmistamaan mahdollisimman loogisella etenemisellä ja selkeällä kirjoitustyyllillä. Opinnäytetyön raportissa on pyritty mahdollisimman yksityiskohtaiseen selontekoon. Opinnäytetyön raportin teoria osuudessa on pyritty käsittelemään tutkimuskysymyksiä vastaavaa teoria-tietoa masennuksesta. Vastaajien suorat lainaukset ja niiden yhdistäminen loogisesti tekstimuotoon kirjoitettujen tulosten jälkeen auttavat raportoinnin luotettavuuden edistämistä. Suorien lainauksien tekstimuotoa ei ole muokattu vaan ne on poimittu suoraan vastauksista.

Koska masennus on yleinen sairaus, esiintyy sitä hoitotyön eri osa-alueilla, jolloin tieto masennuksesta on tarpeen. Opinnäytetyön tekijöiden oma kiinnostus psykiatriseen hoitotyöhön on toiminut motivaation lähteenä tässä opinnäytetyössä. Oma motivaatio opinnäytetyön tutkittavaa aihetta kohtaan on taannut mielenkiinnon pysymisen opinnäytetyön tekemisessä loppuun saakka.

8.4 Opinnäytetyön eettisyys

Ennen opinnäytetyön aloittamista anottiin tutkimuslupa opinnäytetyön tekemiseen. Tutkimuslupaa varten tehtiin tutkimussuunnitelma, joka lähetettiin tutkimuslupahakemuksen yhteydessä luvan myöntäjälle.

Opinnäytetyön eettisyyttä tarkasteltaessa on huolehdittava, ettei tutkimus vahingoita tutkittavaa henkilöä millään tavalla. Tutkimukseen osallistuminen on aina vapaaehtoista tutkittavalle henkilölle ja tutkittavalla henkilöllä on oikeus keskeyttää tutkimus niin halutessaan. Tutkimuksen hyödyt ja haitat tulee verrata keskenään ja hyötyjen suhde haittoihin tulee olla suurempi. Vastuu tutkimuksesta on aina tutkijalla tai tutkijoilla. (Vehviläinen-Julkunen 2006, 27.) Opinnäytetyön kyselyn mukana vastaajille lähetettiin saatekirje (Liite 1), jossa selvitettiin opinnäytetyön tarkoitus, vastaajien vapaaehtoinen osallistuminen kyselyyn ja anonymiteetin säilyminen. Saatekirjeessä selvitettiin myös, milloin ja mistä vastaajilla on mahdollisuus saada nähdä valmis opinnäytetyö. Vastaajien anonymiteetin säilymiseksi, vastauksia ei yksilöity vaan opinnäytetyön tulosten raportointi on kirjoitettu yleisellä tasolla. Vastaukset on säilytetty salassa, eikä niitä ole luovutettu ulkopuolisten tietoon. Aineisto hävitettiin opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyöstä saatava tieto auttaa perusterveydenhuollon masennukseen liittyvän työn kehittämisessä. Voidaan siis todeta opinnäytetyöstä saatavan hyödyn olevan suurempi kuin haittojen.

Perusterveydenhuollon hoitajien näkökulmasta masennusta ei ole tutkittu paljoa. Haasteellista opinnäytetyön kannalta oli löytää aiempia tutkimuksia aiheeseen liittyen. Opinnäytetyötä vastaavia aiempia tutkimuksia löytyi yksi, jossa tutkittavana kohteena olivat perusterveydenhuollon hoitajien kokemukset masennuksesta. Tämä tutkimus oli vuodelta 1999. Toinen tutkimus oli lääkärin tekemä väitöskirja. Muut masennukseen liittyvät tutkimukset sivusivat opinnäytetyön aihetta. Jonkin verran löytyi tutkimuksia synnytyksen jälkeisestä masennuksesta ja masennuksesta sairaalahoidossa. Näistä tutkimuksista saatiin kuitenkin opinnäytetyöhön perustietoa masennuksesta. Lisäksi opinnäytetyön teoriaosuudessa jouduttiin käyttämään jonkin verran tarkoin valittua kirjallisuutta kertomaan masennuksesta. Teoriaosuuteen saatiin kuitenkin koottua kattavaa tietoa masennuksesta, masennuksen tunnistamisesta ja masennuksen auttamismahdollisuuksista. Joitakin tutkimuksia ei voitu opinnäytetyössä hyödyntää lainkaan, koska tutkimukset eivät antaneet tarpeeksi tietoa perusterveydenhuollon näkökulmasta.

LÄHTEET

Aho, T., Isometsä, E., Mattila, M., Jousilahti, P & Tala, T. 1.10.2009. Käyvän hoidon potilasversiot. Viitattu 11.5.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../khp00044>

Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Tampereen yliopisto, Hoitotieteet. Acta Electronica Universitatis Tampensis 373. Väitöskirja, pdf-tiedosto. Viitattu 28.2.2011.
<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6054-5.pdf>

Hämäläinen, J. ym. 2009. Treatment of major depressive disorder in the Finnish general population. Teoksessa Haarala, M., Jääskeläinen, A., Kilpinen, N., Panhelainen, M., Peräköske, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M & Tauriainen, P. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy, 9–23.

Kokko, M. 1999. Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Perusterveydenhuollossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu -tutkielma, pdf-tiedosto. Viitattu 24.2.2011.
<http://herkules.oulu.fi/issn03553221>

Krause, K & Kiikkala, I. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. 1.–2. p. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Käypähoito. 21.10.2010. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 11.5.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50023#s14>

Lauri, S & Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. Helsinki: WSOY, 61–66.

Lehtinen, V. (toim.). 1994. Depression hoito terveystieteessä. Oppaita 22. Stakes. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lindfors, M-T. 2005. Masentuneen ihmisen autetuksi tuleminen kokemus. Teoksessa Lindqvist, M., Kuvaja, T & Rasilainen, A. 2005. Masennus - mustaa ja valkoista. Terapia-säätiö. Vantaa: Dark Oy, 116–134.

Melartin, T. 2007. Sateenvarjo 2005–2009. Vantaan depression hoidon kolmikantamalli. Seminaari. Stakes, Helsinki. 6.11.2007. Stakes. Ehkäisevän mielenterveystyön seminaarin 6.11.2007 esitykset, pdf-tiedosto. Viitattu 29.8.2011.

<http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/A4BCE5C2A4FB-4BCF-BE3E-60794B26264E/10317/Melartin6112007julkversio.pdf>

Melartin, T & Vuorilehto, M. 2009. Masennus. Teoksessa Aalto, M., Bäckmand, H., Haravuori, H., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Melartin, T., Partanen, A., Partonen, T., Seppä, K., Suomalainen, L., Suokas, J., Suvisaari, J., Viertiö, S & Vuorilehto, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen -opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino, 29–41.

Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Pautonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.–4. p. Helsinki: WSOY, 215–221.

Poussu-Palosaari, I. 2006. Odotuksia ja kokemuksia CWD-kurssin tuesta masennuksesta selviytymisessä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu -tutkielma, tiivistelmä. Viitattu 24.2.2011. <http://www oulu.fi/hoitotiede/Poussu-PalosaariI.htm>

Poutanen, O. 1996. Depressio terveyskeskuspotilaalla. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Akateeminen väitöskirja. SerA, Vol. 474. Tampere: Vammalan Kirjapaino Oy.

Sainola-Rodriguez, K., Kekkonen, N & Pöppönen, T. 2007. ”...sain sitä tukea ja luotin kokoajan siihen, että paranisin...” Masentuneen potilaan näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät – tutkimus ja kehittämistyö masentunutta auttavista hoitotyön menetelmistä. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 3/2007. Joensuu: Pohjois-Karjalan keskussairaala, Psykiatrian hoitotyön palveluyksikkö, pdf-tiedosto. Viitattu 26.6.2011. http://www.pkssk.fi/tieteellinen_kirjasto/isbn9789529793433.pdf

Sinkkonen, M. 2005. Masennuksen arviointia ja diagnostiikkaa. Teoksessa Lindqvist, M., Kuvaja, T & Rasilainen, A. (toim.). 2005. Masennus – mustaa ja valkoista. Terapia-säätiö. Vantaa: Dark Oy, 135–150.

Sosiaali- ja terveysministeriö n.d. Masto-hankkeen (2008–2011) loppuraportti. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. Viitattu 15.6.2011. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1557700

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Masto-hankkeen (2008–2011) loppuraportti. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:15. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 15.6.2011.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3151-0>

Suomala, M-T. 1998. Masentuneen ihmisen kokemus autetuksi tulemisesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Suonsivu, K. 2003. Kun mikään ei riitä - hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemukset ja niiden yhteyden työyhteisötekijöihin. Tampere: Tampereen yliopisto. Hallintotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja, pdf-tiedosto. Viitattu 24.2.2011.
<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5650-5.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. ASPEN. Eurooppalainen ohjelma depressiosta kärsivien ihmisten leimautumisen ja syrjinnän vähentämiseksi. Viitattu 15.6.2011.
<http://groups.stakes.fi/MTR/FI/projektit/Aspen.htm>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Yhteiset linjaukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Viitattu 15.6.2011.
<http://info.stakes.fi/mielijapaihde/FI/index.htm>

Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.–4. p. Helsinki: WSOY, 26–34.

Vehviläinen-Julkunen, K & Paunonen, M. 2006. Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.–4. p. Helsinki: WSOY, 14–25.

Vuorilehto, M. 2008. Depressive Disorders in Primary Health Care. Helsingin yliopisto. Kansanterveyslaitos. Akateeminen väitöskirja A14/2008. Helsinki: Yliopistopaino, pdf-tiedosto. Viitattu 27.1.2011.
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/37747/depressi.pdf?sequence=1>

Åsted-Kurki, P & Nieminen, H. 2006. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.–4. p. Helsinki: WSOY, 152–163.

SAATEKIRJE

Hyvä vastaaja!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Hämeen ammattikorkeakoulusta, Forssan yksiköstä. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitopiirin terveydenhuollon kuntayhtymän terveystasemilla vastaanottotyötä tekevien sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien kokemuksia asiakkaan masennuksen tunnistamisesta ja masentuneen asiakkaan auttamismahdollisuuksista.

Sinun kokemuksesi ovat tärkeitä, jotta tulevaisuudessa voitaisiin kehittää masennukseen liittyvää työtä perusterveydenhuollossa.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja kirjoituksesi käsitellään luottamuksellisesti. Halutessasi, voit keskeyttää tutkimuksen milloin tahansa ilman erillistä selvitystä. Henkilötietojasi suojataksemme, pyydämme Sinua antamaan vastauksesi nimettömänä. Kirjallinen aineisto säilytetään asianmukaisesti ja hävitetään analysoinnin jälkeen.

Tutkimuksen kysymykset sisältävät kolme monivalintakysymystä ja viisi avointa kysymystä. Pyydämme Sinua kirjoittamaan avoimiin kysymyksiin kokemuksistasi vapaamuotoisella kirjoitelmalla. Kirjoitelman ei tarvitse olla useita sivuja pitkä. Toivomme Sinun kuitenkin kirjoittavan avoimesti kokemuksistasi.

Vastauksesi voit jättää suljettuun kirjekuoreen, jonka olemme toimittaneet oman työpaikkasi potilasilmoittautumiseen. Palautukset pyydämme kohteliaimmin 7.3.2011 mennessä.

Valmis tutkimus tulee terveydenhuollon kuntayhtymän sairaalan kirjastoon työntekijöiden käyttöön.

Kiitos etukäteen vastauksestasi!

Ystävällisin terveisin

Teijaliisa Älli: teijaliisa.alli@student.hamk.fi
Jenni-Maria Sipikari: jenni-maria.sipikari@student.hamk.fi
HAMK / Forssa
Hoitotyön koulutusohjelma

MONIVALINTAKYSYMYKSET

Ympyröi oikea vaihtoehto.

1. Mikä olet koulutukseltasi?
 - a) sairaanhoitaja
 - b) terveydenhoitaja

2. Kuinka kauan olet työskennellyt sairaanhoitajana / terveydenhoitajana?
 - a) alle 5 vuotta tai 5 vuotta
 - b) 6–10 vuotta
 - c) 11–15 vuotta
 - d) 16–20 vuotta
 - e) yli 20 vuotta

3. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisessä työyksikössäsi?
 - a) alle 5 vuotta tai 5 vuotta
 - b) 6–10 vuotta
 - c) 11–15 vuotta
 - d) 16–20 vuotta
 - e) yli 20 vuotta

AVOIMET KYSYMYKSET

1. Mistä olet tunnistanut asiakkaan masennuksen?
2. Mitkä tekijät ovat helpottaneet ja mitkä hankaloittaneet asiakkaan masennuksen tunnistamista?
3. Millaisia masentuneen asiakkaan auttamismahdollisuuksia käytössäsi on?
4. Millaisia masentuneen asiakkaan auttamismahdollisuuksia kokemuksesi mukaan tulisi olla käytössä?
5. Millaisen lisäkoulutuksen koet tarpeelliseksi liittyen asiakkaan masennuksen tunnistamiseen ja masentuneen asiakkaan auttamismahdollisuuksiin?

PELKISTETYT ILMAUKSET

Masennuksen tunnistaminen hoitajan työssä – masennuksen merkit

Ilmeistä, olemuksesta, hymyilemättömyydestä, totisuudesta, eleistä, hiljaisuudesta, ulkoisista merkeistä ja hoitamattomasta ulkoasusta

Puheista, puhetyylistä, erilaisten vaivojen valittamisesta, viittauksista väsymykseen, viittauksista jaksamattomuuteen, viittauksista itsetuhoisuuteen ja asiakkaan epäily masennuksesta

Väsymyksestä, ruokahaluttomuudesta, unettomuudesta, huonosti nukkumisesta, unihäiriöistä, stressioireista, itkuisuudesta, työuupumuksesta, työssä jaksaminen, somaattisesta oireilusta ja asiakkaan epämääräisistä oireista

Ärtymyksestä, alakuloisuudesta, haluttomuudesta, ahdistuksesta, hermostuneisuudesta, pikkuasioiden päähän ottamisesta, välinpitämättömyydestä, aloittekyvyttömyydestä, keskittymiskyvyn laskemisesta, ilon kokemisen laskemisesta ja nautinnon kokemisen laskemisesta

Muuttuneesta käytöksestä, lisääntyneistä käynneistä terveyskeskuksessa, sairasloman hakemisesta ja käyntitiheydestä sairaanhoitajan vastaanotolla

Ihmissuhdeongelmista, työyhteisöongelmista, perheongelmista ja päihdeongelmista

Tutuista asiakkaista, haastatteluista, masennuskyselyistä ja muistitestejä tehdessä epäily masennuksen liittymisestä muistin huononemiseen

Masennuksen tunnistaminen hoitajan työssä – masennuksen tunnistamista hankaloittavat ja helpottavat tekijät

Ylipirteän teeskenteleminen ja puheliaan teeskenteleminen

Kieltäminen, asiakas ei myönnä masennusta, asiakas kieltää asian, asiakkaan kielteinen asenne masennusoireista puhuttaessa, asioiden sisällä pito, salailu, ei vastaanottavainen hoidolle ja asiakas ei tunnista masennusta

Ongelmien haasteellisuus, muut sairaudet, alkoholin liikakäyttö, asiakkaan fyysinen oireilu, erilaiset oireet, puheen ja olemuksen ristiriita ja ei ulkoisia merkkejä

Monien eri asioiden käsittely, työelämän ongelmien sekoittuminen asiaan, työyhteisöongelmista keskustelu ja muista ihmisistä keskustelu

Luottamuspuola ja kertomisen pelko

Kiire, lyhyt vastaanottoaika, vastaanottoajan pituus ja päivystys vastaanotolla kiireinen tilanne

Avoin puhuminen hankaluuksista, asiakkaan avoimuus, oireiden esiintulo keskustelussa, asiakas myöntää masennuksen, asiakas tunnistaa oireet ja asiakkaan mahdolliset kokemukset masennuksesta

Asiakas vastaanottavainen hoidolle, asiakas vastaanottavainen terapialle ja asiakas vastaanottavainen lääkkeille

Koulutuksista saatu tieto, pitkä työkokemus, oma elämäkokemus ja rauhallinen kuuntelu

Asiakkaan tunteminen pitkältä ajalta, luottamuksellinen ilmapiiri, tuttu asiakas, tuttu ympäristö, pieni paikkakunta ja kuulopuheet helpottamaan keskustelun aloittamista

Riittävästi aikaa jutella, tarpeeksi pitkä vastaanotto aika ja pitkä hoitosuhde

Mielialakyselyt ja masennuskyselyt

Käytettävissä olevat auttamismahdollisuudet – hoitajan työvälineet masentuneen auttamiseksi

Kiireetön keskusteluapu, oma keskustelutaito, keskustelu, vaikeiden asioiden läpikäyminen, keskustelutuki ja keskustelukäynnit

Yhteys akuuttiin kriisiryhmään, lääkäriin ohjaus, lääkärin kautta jatkohoito, asiakkaan lähettäminen terveyskeskuspsykologille, asiakkaan lähettäminen akuuttiryhmään, ohjaaminen terveyskeskuslääkärille, ohjaaminen psykologin vastaanotolle, lääkärin vastaanotolle, lääkärin kautta lääkehoito, kriisiryhmä, ohjaaminen eteenpäin, ajan varaaminen päivystysvastaanotolle, yhteys psykiatrianpoliklinikalle, yhteys A-klinikalle, lääkärille ohjaus diagnoosin selvittämiseksi, työterveyshuoltoon ohjaaminen, muut auttavat tahot, terapia psykologin vastaanotolla, psykiatrian erikoisalalan hoitoon ohjaaminen, työterveyshuollon psykologille ohjaaminen, akuuttihoitoon psykiatrianpoliklinikalle ohjaaminen ja yhteistyö sairaalan kanssa

Psykkisen terveyden tunteminen, seuranta omalla vastaanotolla, testit, uusi aika keskusteluun ja koulutus masentuneen henkilön hoidosta

Ihanteelliset auttamismahdollisuudet

Nopea pääsy auttamispaikkoihin, nopea pääsy psykologille, vastaanottojen järjestyminen terapiaan riittävän nopeasti, vastaanottojen järjestyminen lääkahoitoon riittävän nopeasti, lyhyet jonot vastaanotoille ja lyhyet odotusajat vastaanotoille

Ajan varaaminen lääkärin vastaanotolle, ajan varaaminen päivystysvastaanotolle, ajan varaaminen terveyskeskuspsykologille, asiakkaan joustava ohjaaminen eteenpäin, terapia psykologin vastaanotolla ja psykiatrian erikoisalan hoitoon ohjaaminen

Vastaanottojen järjestyminen päivystyksellisesti viikonloppuisin, psykiatrasta avohoitoa viikonloppuisin, akuuttiryhmän toimintaa viikonloppuisin ja vastaanottoaikoja viikonloppuisin

Vertaisryhmät, vertaistuki, kotiapua lapsiperheille, päivähoitopaikkoja lapsille, tukiverkostojen löytäminen ja keskustelutuki

Terveyskeskuspsykologin konsultointi, yhteys psykiatrian poliklinikalle ja yhteys A-klinikalle

Kiireetön aika, tarpeeksi aikaa keskustelulle, sairaanhoitajan vastaanotolla nykyistä enemmän aikaa, riittävästi vastaanottoaikoja, riittävästi aikaa hoitoon ja riittävästi resursseja hoitoon

Ennaltaehkäisy, aikainen tunnistaminen ja seulonta rutiinisti

Valmiudet antaa tarvittavaa ohjausta, valmiudet auttaa asiakasta löytämään keinoja, koulutus masentuneen henkilön hoidosta, tietoa mihin ohjata ja tietoa millaista apua voi antaa terveyskeskuksessa

Liikunta ja ruokailu