

Anne Kortesuoma ja Pinja Pöllänen

Masentuneen työikäisen miehen tukeminen avoterveydenhuollossa - kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

Kevät 2017

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)

SeAMK 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidtaja (AMK)

Tekijät: Anne Kortesuoma ja Pinja Pöllänen

Työn nimi: Masentuneen työikäisen miehen tukeminen avoterveydenhuollossa – kirjallisuuskatsaus

Ohjaajat: Hilikka Majasaari, THM, lehtori ja Anna Saari, THM, lehtori

Vuosi: 2017

Sivumäärä: 39

Liitteiden lukumäärä: 3

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää masentuneen työikäisen miehen tukemiseen hoitotyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata masentuneen työikäisen miehen tukemista hoitotyössä. Tuotetun tiedon avulla voidaan kehittää tukemisen keinoja avoterveydenhuollossa. Kirjallisuuskatsausta ohjasi tutkimuskysymys: Mitä on masentuneen miehen tukeminen hoitotyössä. Tarkentavat alakysymykset olivat: Mitä on masentuneen miehen emotionaalinen tukeminen hoitotyössä? Mitä on masentuneen miehen tiedollinen tukeminen hoitotyössä?

Opinnäytetyössä sovellettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta. Aineistoa haettiin kolmesta eri tietokannasta, joita olivat Medic, PubMed sekä Cinahl. Aineiston haussa käytettiin myös manuaalista hakua. Materiaaliksi valikoitui viisi erilaista aineistoa. Aineiston analyysissa sovellettiin sisällönanalyysia.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella työikäisen miehen emotionaalista tukemista hoitotyössä ovat luottamuksellisen hoitosuhteen rakentaminen, toivon vahvistaminen, keskustelumahdollisuuden tarjoaminen sekä aktiivisuuteen kannustaminen. Työikäisen miehen tiedollista tukemista hoitotyössä ovat sairaudesta annettava tiedollinen tuki, lääkityksestä annettava tiedollinen tuki, arjen asioihin liittyvä konkreettinen tuki sekä pariskunnalle annettava tiedollinen tuki. Masentuneelle miehelle puolison tuki on tärkeä.

Aiheesta löytyi erittäin vähän tutkimusaineistoa joka olisi kaikilta osin vastannut tutkimuskysymyksiin. Nimenomaan miehiin kohdistuvaa tutkittua tietoa masentuneen tukemisesta löytyi niukasti. Masentuneen miehen tukeminen onkin varteenotettava jatkotutkimushaaste.

Asiasanat: mies, masennus, emotionaalinen tuki, tiedollinen tuki, hoitotyö

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Nursing

Author/s: Anne Kortesuoma & Pinja Pöllänen

Title of thesis: The support in Nursing for Depressed Working-Aged Men in Open Health Care - A Literature Review

Supervisors: Hilikka Majasaari, MNSc, Senior Lecturer & Anna Saari, MNSc, Senior Lecturer

Year: 2017

Number of pages: 39

Number of appendices: 3

The objective of this thesis was to provide information that can be used to support depressed working-aged men in nursing. The purpose of this thesis was to describe ways of supporting depressed working-aged men in nursing. The information thus provided could be used to develop ways of support in open health care. The main research question was: What is support in nursing a depressed man? Specific questions were: What is the emotional support in the nursing care of a depressed man? What is informative support in the nursing care of a depressed man?

The thesis was carried out using a systematic literature review. The material was collected using three different databases, which were Medic, PubMed and Cinahl. Manual research was also used in the process of searching research materials. Five studies were chosen to be used in this thesis. The material was analyzed by using analysis of content.

According to the results of the literature review, the emotional ways of support for depressed working-aged men are building a confidential care relationship, strengthening of hope, offering a chance to discuss and encouraging to being active. The informative ways of support were providing information about the illness and medication, providing concrete support for everyday matters and offering informative support for couples about depression.

There were only few research materials that matched exactly the research questions. Precise research material for supporting depressed men was difficult to find. The topic of supporting depressed men is a subject that needs more further research.

Keywords: man, depression, emotional support, informative support, nursing

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO.....	6
2 TYÖIKÄINEN MIES.....	7
2.1 Työikäisyys.....	7
2.2 Mies ja työ.....	7
2.3 Mies ja tasa-arvo.....	8
3 MIELENTERVEYDESTÄ MASENNUKSEEN.....	10
3.1 Mielenterveys.....	10
3.2 Miehen mielenterveys ja mielenterveyden haasteet.....	12
3.3 Masennus.....	13
3.4 Masennuksen hoito.....	16
4 TUKEMINEN HOITOTYÖSSÄ.....	18
4.1 Lähtökohdat tukemiseen hoitotyössä.....	18
4.2 Emotionaalinen tuki.....	20
4.3 Tiedollinen tuki.....	23
5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	24
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	25
6.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	25
6.2 Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku.....	26
6.3 Aineiston analyysi.....	26
7 TULOKSET.....	28
7.1 Masentuneen miehen emotionaalinen tukeminen.....	28
7.2 Masentuneen miehen tiedollinen tukeminen.....	29
8 POHDINTA.....	31
8.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	31
8.2 Tulosten tarkastelu.....	32
8.3 Johtopäätökset.....	34

8.4 Jatkotutkimusehdotukset.....	34
LÄHTEET	35
KIRJALLISUUSKATSAUKSEN LÄHTEET	38
LIITTEET	39

1 JOHDANTO

Masennus on keskeinen kansanterveysongelma (Depressio: Käypähoito-suositus, 2016) ja suurin työkyvyttömyyteen johtava psykiatrinen sairaus Suomessa (Hietaharju & Nuutila 2010, 125). Noin 5% aikuisista suomalaisista kärsii vuoden aikana masennustilasta (Depressio: Käypähoito-suositus, 2016). Miesten ja naisten väliset erot masennuksen sairastamisesta ovat kaventuneet, vaikka edelleenkin naisten masennus on yleisempää. Psykkinen oireilu on yleisempää ei-parisuhteessa olevilla ja masennusta esiintyy enemmän alemmissa tuloluokissa sekä työttömillä. Masennus selittää osaltaan myös ei-luonnollisia kuolemia (Talala 2013, 7), joista etenkin itsemurhan tehneistä kolme neljästä oli miehiä (Suomen virallinen tilasto: Kuolemansyyt 2015). Pitkäaikaissairaiden keskuudessa masennus on yleisempää miehillä kuin naisilla (Mustonen ym. 2013, 4).

Tämän opinnäytetyön aiheena on masentuneen työikäisen miehen tukeminen avoterveydenhuollossa. Noin 10%:lla perusterveydenhuollon potilaista arvioidaan olevan masennus, mutta silti vain osan tiedetään hakevan siihen apua (Depressio: Käypähoito-suositus 2016). Miehillä koetaan tyypillisenä vitkuttelu hoitoon hakeutumisessa. Heidän myös nähdään tunnistavan oma masennuksensa huonommin kuin naiset tunnistavat omansa. (Salmelainen, Appelqvist-Schmidlechner & Tuulio-Henriksson 2015.) Masennuksen tunnistaminen terveydenhuollossa onkin monesti vaativa tehtävä (Depressio: Käypähoito-suositus 2016). Opinnäytetyön aihe tukee olennaisesti Sipilän hallituksen terveyden ja hyvinvoinnin tavoitteita. Yksi näistä tavoitteista tähtää siihen, että onnistutaan tukemaan eri ikäisten ihmisten vastuuta omasta terveydentilasta ja elämäntavoista. Hallitusohjelmassa halutaan myös edistää terveyttä ja vahvistaa varhaista tukemista sekä mahdollistaa ihmisten erilaisissa elämäntilanteissa toimivia valintoja. (Valtion kanslia 2015.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää masentuneen työikäisen miehen tukemiseen hoitotyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata masentuneen, työikäisen miehen tukemista hoitotyössä. Tuotetun tiedon avulla voidaan kehittää tukemisen keinoja avoterveydenhuollossa.

2 TYÖIKÄINEN MIES

2.1 Työikäisyys

Tilastokeskuksen (Suomen virallinen tilasto [Viitattu 23.8.2016]) määritelmän mukaan työikäiseen väestöön kuuluvat kaikki 15-74 -vuotiaat henkilöt. Työikäisyys terminä jo kertoo, että työikäisen väestön ikäkautta ohjaa vahvasti työ tai sen vastakohta työttömyys tai työkyvyttömyys. Työikäisen synonyyminä voi käyttää myös aikuista. Kehityspsykologiassa aikuisuus jaetaan eri vaiheisiin. Ensimmäinen vaihe on varhaisaikuisuus, noin 20-vuotiaasta 40-vuotiaaksi. Keskiaikuisuus käsittää ikäryhmän 40-65-vuotiaat ja myöhäsaikuisuus sitä seuraavat ikävaiheet. (Nurmi ym. 2014, 178.)

Aikuisuuden pitkään ikähaitariin kuuluu monia elämänkaaren tapahtumia. Työikäisiä voidaan pitää väestöryhmänä, jonka työ- ja toimintakyvyn varassa toimii yhteiskunnan talous, tuottavuus ja hyvinvointipalvelut. (Lehto ym. 2001, 67.) Varhaisaikuisuudessa luodaan uudenlaista suhdetta omiin vanhempiin, perustetaan perhettä, etsitään omaa paikkaa työelämässä ja monia muita kuormittaviakin elämänkaareen kuuluvia vaiheita. Keskiaikuisuudella on puolestaan omat rikkautensa ja haasteensa. Silloin voi korostua lasten tukeminen, ruumiillisten, psyykkisten ja sosiaalisten muutosten keskellä eläminen ja ikääntymiseen sopeutuminen. (Nurmiranta, Leppämäki & Horppu 2009, 92-93.)

2.2 Mies ja työ

Työtä tekemällä suomalainen mies on kautta aikain elättänyt perheensä ja kohonnut oman elämänsä haltijaksi. Työ on ollut toimeentulon lisäksi koko elämän perusta, minkä avulla mies on luonut koko maailman ympärilleen. Koko työmarkkinoiden muuttuminen on luonut uudet ehdot miesten keskinäiselle toiminnalle, mieskulttuurille. Sosiaalinen rakenne on muuttunut ja ihmiset ovat etääntyneet toisistaan verrattuna entisaikojen yhteisöllisyyteen. (Heinonen 2006, 56-57.)

Suomalaisen yhteiskunnan muutos on ollut syvä ja nopea. Tämä onkin väistämättä vaikuttanut tämän hetkiseen työkäiseen mieheen. Miehillä asetetut uudet vaatimukset ja perinteinen miehen malli ovat olleet jatkuvasti keskenään ristiriidassa. Lama ja joukkotyöttömyys lyövät syvän leimansa tämän päivän Suomeen. Maassamme on satojatuhansia normaaleilta työmarkkinoilta pudotettuja, joista iso osa on miehiä. Työstä syrjäytyminen ja köyhyys ovat entistä selvemmin nivoutuneet toisiinsa. Perinteinen omillaan pärjäämiseen kiinnittyvä miehen malli ei kaikille niin vain toimi-kaan tällaisessa tilanteessa. (Heinonen 2006, 18-37.)

Tämän päivän yhteiskunnassa palkkatyö on muuttanut muotoaan, pätkätyöt ja syrjäytyminen ovat yleistyneet. Ihmisten jakaminen voittajiin, paikallaanpolkijoihin ja häviäjiin on omalla tavallaan kärjistetty, mutta raadollisenkin paikkansa pitävä totuus. Pitkäaikaistyöttömien joukkoa voidaan pitää yhtenä syrjäytyneiden perusjoukkona ja perinteisesti yksinäiset miehet ovat olleet suurin yksittäinen ryhmä tässä perusjoukossa. Rahattomuudella on iso merkitys nyky-yhteiskunnassa, jossa kaikki maksaa. Se saattaa merkitä myös ihmissuhteiden kaventumista sekä syrjäytymistä kulutuksesta jolla on oma sosiaalinen merkityksensä. Perheen hajotessa tai miehen menettäessä pääosan sosiaalisista verkostoistaan saattaa tälle aiheutua elämännhallinnallisia ongelmia kuten asunnottomuutta tai yksinäisyyttä. Palkkatyöstä putoaminen ja sosiaalinen syrjäytyminen tapahtuvat monesti rinnakkain. Koulutetut miehet ovat pärjänneet kouluttamattomia ja työttömiksi jääneitä miehiä paremmin yhteiskunnan murroksessa. Miesten syrjäytymisongelma on yksi suuri vyyhti yhteiskunnassa. (Heinonen 2006, 38-48.)

2.3 Mies ja tasa-arvo

Arkielämän kansalaiset ja tilastojen keskiarvoihmiset ovat miehiä ja naisia. Sukupuolta ei voi noin vaan sivuuttaa, vaikka puhuttaisiin työntekijöistä, työttömistä tai edunsaajista. Sukupuolella kun vaan on merkitystä, sillä siihen liittyvät odotukset ja oletukset vaikuttavat ihmisten valintoihin ja toimintaan, jotka puolestaan vaikuttavat heidän elämäntilanteisiinsa, tarpeisiinsa ja edellytyksiinsä. Perhetilanne ja työelämän alat vaikuttavat eritavoin miesten ja naisten elämään. Sukupuolinäkökulma on

otettava huomioon myös poliittisissa päätöksissä kuten alkoholipolitiikassa. Yksi esimerkki sukupuolittuneesta ongelmasta on tapaturmat ja kuolemat, joita tapahtuu nuorille aikuisille miehille näiden ollessa päihtyneinä. (Jokinen 2012, 55-56.)

Suomen lain mukaan miehen on suoritettava asepalvelus vankeusrangaistuksen uhalla. Velvoite asettaa nuoret miehet naisia huonompaan asemaan. Työelämässään miehet tekevät jopa 27% pidempiä työpäiviä kuin naiset, joilla vastavaroisesti huonompi palkka. Lisäksi miesten roolina on tehdä vaarallisia töitä. Tästä johtuukin, että 67% tapaturmista sattuu miehille. Myös työperäiset uupumus ja rasitussairaudet kasautuvat miehille. Kouluissa pojat viihtyvät tyttöjä huonommin. Miehiin kohdistuu suuria rooliodotuksia, jotka saavat miehet tavoittelemaan vaurautta. Miehet syrjäytyvät helpommin yhteiskunnasta ja samalla velkaantuvat herkemmin ja saattavat päätyä itsemurhaan. Tämän päivän perheessä miehet ovat etevä kotitöissä ja lastenhoidossa. He ovat kuitenkin edelleen heikossa asemassa avioeron sattuessa. Useimmiten nainen saa lasten huoltajuuden, vaikka mies olisi ollutkin puolueettomasti arvioituna parempi vanhempi. (Jokinen 2012, 92-100.)

3 MIELENTERVEYDESTÄ MASENNUKSEEN

3.1 Mielenterveys

Mielenterveys on olennainen osa ihmisen terveyttä. Mielenterveys on vahvasti kytköksissä myös fyysiseen terveyteen. Hyvä mielenterveys ylläpitää psyykkisiä toimintoja ja antaa voimavaroja elämän haasteisiin sekä niiden käsittelyyn ja niistä selviämiseen. Mielenterveyden tasapaino vaikuttaa kaikkeen ihmisen toimintaan, joko kantavana voimana tai negatiivisesti. Hyvän mielenterveyden tunnusmerkkejä ovat esimerkiksi kyky päivittäisiin toimintoihin, työssä käymiseen, ihmissuhteiden solmimiseen, empatiaan, vuorovaikutukseen sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen. Stressin, pettymysten, vastoinkäymisten, väliaikaisen ahdistuksen ja elämän muutosten sietäminen ja niihin mukautuminen ovat myös osa hyvää mielenterveyttä. (Lönngqvist & Henrikson 2011, 22-24.)

Mielenterveys käsitteenä on moninainen, ja sitä on ajan kuluessa pyritty rajaamaan mielenterveyteen liittyvien sairauksien kautta. Vuosikymmeniä sitten ajateltiin automaattisesti ihmisen olevan mieleltään sairas, jos hän käyttäytyi eri tavalla kuin muut ihmiset. Nykypäivänä käsitys on erilainen. (Hietaharju ym. 2010,12.) Mielenterveys voidaankin käsittää voimavaraksi, jota on myös jonkin verran niillä jotka kärsivät mielenterveysongelmista. Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan hyvä mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen pystyy sietämään normaalia stressiä aiheuttavat tilanteet, ymmärtää omat kykynsä, sekä kykenee työskentelemään tuloksellisesti ja olemaan osa yhteisöä. Mielenterveyshäiriöstä kärsivällä ihmisellä kaikki määritellyt osa-alueet eivät välttämättä täyty, mutta hän kykenee toimimaan joillakin osa-alueilla. Henkilö voi esimerkiksi selviytyä työstään hyvin, mutta ei kykene tai jaksaa pitämään ihmissuhteistaan huolta. Tällöin myös hänellä on voimavaroja, mutta ei tarpeeksi, jotta pystyisi selviytymään sekä työstä, että sosiaalisen elämän osa-alueella. Mielenterveys ei siis ole vain mielenterveyden oirehtimisen tai sairauksien puuttumista, vaan kokonaisvaltainen käsite johon vaikuttavat monet osatekijät. Kulttuuristen erojen suhde mielenterveyteen on myös olennaista. Osassa kulttuureista ja kielissä ei edes ole kuvauksia erilaisille mielen-terveydenhäiriöille tai voidaan ajatella, että ihmisen ollessa vakavasti sairas, nekin ovat mielenterveyteen

liittyviä ongelmia. Jos ihminen kokee, että hänet leimataan tai hänen etuudet yhteiskunnassa vähenevät, hoitoon hakeutumisen kynnyks nousee huomattavasti. (Hätönen ym. 2014,13.)

Eri ikävaiheissa on tiettyjä kehitystehtäviä jotka muokkaavat ihmisen mielenterveyttä läpi elämän ja kehitystehtävien onnistumiseen ihminen tarvitsee myös voimavaroja selvitäkseen niistä. Ihmisen ympäristö, omat voimavarat, sosiaaliset suhteet sekä kasvatus vaikuttavat siihen minkälaisella menestyksellä ihminen käy läpi elämän tuomat kehitystehtävät. Vauvaiässä ihminen alkaa kehittää perusturvallisuuden- sekä perusluottamuksen tunnetta joka muokkautuu vauvan ja vanhempien välisen vuorovaikutuksen kautta. Leikki-iässä, lapsi ottaa ensimmäiset askeleet kohti itsenäistymistä ja alkaa hahmottaa omaa minäänsä. Perheen arjen ja rutiinien kautta lapsi oppii rajoja, joka tuo myös turvallisuuden tunnetta. Leikkiessä lapsen sosiaalinen aktiivisuus lisääntyy ja vuorovaikutustaidot harjaantuvat. Murrosikään tultaessa lapsesta kasvaa nuori, ja itsenäistyminen lisääntyy. Nuori kokeilee rajojaan ja ottaa hieman eroa vanhempiinsa sekä muihin aikuisiin ja auktoriteetteihin. Hän alkaa itse luomaan sosiaalisia suhteitaan, ja alkaa muodostaa omaa identiteettiään. Seksuaalinen aktiivisuus alkaa myös kehittyä, tuoden omat haasteensa. Varhaisessa aikuisiässä aikuistuminen ottaa isot askeleet ja aletaan rakentaa omaa elämää perheen ulkopuolelle. Keski-ikään saavuttaessa elämä vakiintuu työn ja oman perheen kautta, ja aletaan kantaa vastuuta itsensä ja perheen lisäksi myös muista läheisistä. Työelämän taidot karttuvat ja eletään normaalin arjen mukana. Eläkeiässä sopeudutaan taas suurempiin elämänmuutoksiin, kun työura on tullut päätökseen ja työn paikka täytetään jollakin muulla. Vanhuusiän saavuttua ihminen pyrkii säilyttämään omatoimisuutensa niin pitkään kuin mahdollista. Sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen läheisiin koetaan tärkeäksi, ja halutaan jakaa omaa elämänkokemustaan nuoremmille. Hiljalleen aloitetaan myös käsittelemään ja hyväksymään oman elämän päättyminen. (Hätönen ym. 2014, 14.)

3.2 Miehen mielenterveys ja mielenterveyden haasteet

Masennuksen taustalla voi olla useita osatekijöitä, mutta keskeisemmät ovat perintötekijät, laukaisevat tekijät sekä keskushermostoon liittyvät viestinsiirron häiriöt. Yksittäinen osatekijä ei välttämättä nosta sairastumisen riskiä huomattavasti, mutta kun tekijöitä on monta, sairastumisen riski nousee. Perintötekijät vaikuttavat siltä osalta, että jos henkilön jollakin lähiomaisella on todettu masennus, on hänen riskinsä sairastumiselle suurempi. Pelkät perintötekijät eivät kuitenkaan kerro, että henkilö välttämättä sairastuisi masennukseen, vaikka hänen perheenjäsenellään olisikin diagnoosi. Ihmisellä on perintötekijöiden takia kuitenkin muita korkeampi riski sairastua masennukseen. Laukaisevalla tekijällä tarkoitetaan jotain tapahtumaa, toimintaa tai tunnetilaa joka voi laukaista masennuksen. Läheisen menetys, stressi, runsas päihteiden käyttö, traumaattinen kokemus tai muut ihmistä psyykkisesti kuormittavat asiat ovat laukaisevia osatekijöitä jotka nostavat masennuksen riskiä. Keskushermoston viestinsiirron häiriöllä tarkoitetaan häiriötä keskushermoston hermosolujen viestinsiirrossa. Tämä tarkoittaa, että masentuneen ihmisen aivoissa toimivat välittäjäaineet, kuten mielialaan vaikuttavat serotoniini ja noradrenaliini, eivät toimi oikein tai niitä on vähemmän. Silloin mieliala laskee, ja se voi laukaista masennuksen. (Hietaharju ym. 2010, 42.)

Miehen mielenterveyteen vaikuttavat monet osatekijät. Hyvän ja tukea antavan parisuhteen merkitys miehen elämässä on suuri tekijä mielenterveyden kannalta. Parisuhteessa elävät miehet kokevat voivansa paremmin ja ovat usein myös terveempiä kuin miehet joilla ei ole pysyvää parisuhdetta. Elinolosuhteet vaikuttavat omalta osaltaan miehen kykyihin luoda vakaalla pohjalla olevaa parisuhdetta. Huonosta taloudellisesta tilanteesta, vähäisestä koulutuksesta sekä päihde- tai mielenterveysongelmista kärsivien miesten on haastava rakentaa tasapainoista parisuhdetta ja sitoutua siihen. (Holmberg 2016, 163-164.)

Sukupuolten välillä on eroja käsiteltäessä mielenterveyttä ja sen haasteita ja ongelmia. Naiset kertovat mielenterveyteen liittyvistä oireista ja ongelmista miehiä helpommin ja nimenomaan masennusoireita on todettu enemmän naisilla kuin miehillä. Myös ahdistuneisuus ja sosiaalisten tilanteiden pelko linkittyvät useammin naisiin kuin miehiin. Naiset kokevat itsetuhoisia ajatuksia miehiä enemmän, ja itsensä viiltely on myös naisilla miehiä yleisempää. Itsemurhatilastoissa miehet ovat kuitenkin

naisia korkeammalla ja 15-24- vuotiaiden miesten joukossa itsemurha onkin toiseksi yleisin kuolinsyy. (Kinnunen 2014, 34-35.) Päihteiden käyttö on miesten yleinen ongelma, ja päihdepalvelujen asiakasmateriaali on enemmän miespainotteista. Päihteiden käytön takia työkyvyttömyyseläkkeelle joutuvien määrästä miesten osuus on naisia suurempi. (Holmberg 2016, 164.)

Koska miesten alkoholinkäyttö on suurempaa kuin naisilla, se myös vaikuttaa omalta osaltaan naisten ja miesten välisen elinajanennusteen eroon. Vuonna 2013 kaikista rattijuopumusepäilyistä 88 prosenttia oli miehiä, ja alkoholin vaikutuksen alaisena autoilijan onnettomuusriski on moninkertainen selvään kuljettajaan verrattuna. Huonosta taloudellisesta tilanteesta kärsivän miehen alkoholikuolleisuuden ja sairastavuuden todennäköisyys on 5-10 kertaa suurempi hyvätuloisiin miehiin verrattuna. Miehet ovat myös naisia alttiimpia rikollisuudelle ja onnettomuuksille, sekä miesten tekemä itsemurhien luku määrä on naisia korkeampi. Väkivallan tai uhkailun uhriksi 15- ikävuodesta eteenpäin, oli joutunut yli puolet miehistä. Välivaltaisen kokemuksen jälkeen 27 prosenttia miehistä kokivat väkivallan aiheuttaneen psyykkisiä seurauksia, kuten pelkotiloja ja masennusta. (Holmberg 2016, 164.)

Miesten hakeutuminen terveydenhuollon piiriin on vähäisempää kuin naisten, ja tällöin myös mielenterveyden ongelmiin haetaan apua harvemmin. Ylemmissä sosiaaliryhmissä miehetkin hakeutuvat terveydenhuollon piiriin useammin, mutta myös nimenomaan miehille tarkoitettujen palvelujen niukka saatavuus tai palvelujen huono näkyvyys vaikuttavat avun hakemiseen. (Holmberg 2016, 164.)

3.3 Masennus

Masennus on mielenterveyden häiriö, joka luokitellaan mielialahäiriöiden alaryhmäksi. Tyypillisimpiä masennuksen oireita ovat mielihyvän kokemisen hiipuminen tai kokonaan menettäminen, yleinen masentuneisuus, uupumuksen tunne, lisääntynyt itsekritiikki ja itsearvostuksen väheneminen, keskittymiskyvyttömyyden tunne, unettomuus ja unihäiriöt, ruokahaluttomuus sekä pahimmassa tapauksessa jopa itsetuhoiset ajatukset ja itsetuhoisen käyttäytyminen. Masennuksen tyyppi jaetaan

myös oireiden vakavuuden perusteella kolmeen eri vakavuusasteeseen joita ovat lievä, keskivaikea ja vaikea masennus. (Lönqvist ym. 2011, 154-156.)

Masennus diagnoosina jaetaan oireiden vakavuuden perusteella lievään, keskivaikeaan, vaikeaan tai psykoottiseen masennukseen. Lievässä masennuksessa henkilö kykenee yleensä jotenkin selviytymään arjesta ja ihmissuhteista, mutta se tuottaa haasteita ja vaatii paljon. Henkilön toimintakyky ei siis täysin vastaa normaalia toimintakykyä. Keskivaikeassa masennuksessa ihmisen toimintakyky on selvästi laskenut, eikä hän kykene selviytymään esimerkiksi työelämässä. Vaikeaa tai psykoottista masennusta sairastavan toimintakyky on huomattavasti alentunut, eikä hän kykene itse huolehtimaan itsestään, ja tällöin hoito tapahtuu usein psykiatriseen hoitoon erikoistuneessa sairaalaympäristössä. Lievää tai keskivaikeaa masennusta sairastavan hoito tapahtuu pääsääntöisesti perusterveydenhuollossa. (Heiskanen & Huttunen 2011, 21.)

Sanaa masennus tai masentuneisuus käytetään puhekielessä monessa eri merkityksessä. Ihminen voi joskus tuntea olevansa masentunut, mutta se on hetkellistä ja normaali tunne-elämän reaktio, joka aiheutuu yleensä vastoinkäymisten tai menettämisen tunteen takia. Masentuneella ihmisellä masennuksen tunne kestää kauemmin ja silloin puhutaan masennuksesta eli depressiosta, sen sananmukaisessa merkityksessä. Masennustila voi kestää yhtäjaksoisesti päivistä jopa vuosiin, ja silloin puhutaan jo vakavasta masennuksesta. (Lönqvist ym. 2011, 154-156.)

Suomessa noin joka viides sairastuu masennukseen jossain vaiheessa elämänsä, ja yli puolella sairastuneista masennus uusii, vaikka siitä olisi jo aikaisemmin toivuttu. Naiset sairastuvat masennukseen todennäköisemmin kuin miehet, ja masennus altistaa myös fyysisen sairastumisen riskiä huomattavasti. Työolosuhteet vaikuttavat huomattavasti siihen millaiseksi henkilö kokee työnsä, onko se hänelle voimavara vai taakka. Hyvä työympäristö, mielekäs työ sekä työilmapiiri tukevat henkilön hyvää itsetuntoa ja itsearvostusta, ja motivoi etenemään elämässä haluamiinsa tavoitteisiin. Hyvä työyhteisö myös tukee ihmisen yhteenkuuluvuuden tunnetta ja hän kokee olevansa tärkeä ja osa jotakin yhteisöä. Huono työilmapiiri ja epämiellyttävät työolot puolestaan alentavat työmotivaatiota ja saattavat vaikuttaa siihen miten tärkeäksi tai tarkoitukselliseksi ihminen tuntee itsensä. Jos ihminen ei tunne kuuluvansa työyhteisöön tai saa jatkuvasti vain huonoa palautetta, se alentaa

itsearvostusta ja itsetuntoa ja se lisää masennuksen riskiä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015.)

Terveys 2011- tutkimuksessa selvisi, että naisten ja miesten välillä on eroja, ja miehet ovat sairastaneet masennusta naisia vähemmän. Kysyttäessä henkisen hyvinvoinnin tasoa viimeisen vuoden aikana, 17 prosenttia naisista ja 14 prosenttia miehistä koki tunteneensa huomattavaa psyykkistä kuormittuneisuutta. Masennushäiriöistä tai masennushäiriöjaksoista oli viimeisen vuoden aikana naisista kärsinyt 7 prosenttia, ja miehistä 4 prosenttia. Yleisimpiä masennuksen ja ahdistuneisuuden oireet olivat yli 75-vuotiailla, mutta he kuitenkin harvoin saivat varsinaisen masennushäiriödiagnoosin. Verrattuna vuoteen 2000, masennushäiriöiden yleisyys ei kuitenkaan ollut muuttunut. Työuupumuksesta puolestaan esiintyi 24 prosentilla naisista ja miehistä 23 prosentilla. Työuupumus on yksi suuri tekijä joka altistaa työikäisen masennukselle. (Koskinen & Lundqvist 2012, 30.)

Itsemurha on masennuksen vakavin seuraus ja yli puolet itsemurhan tehneistä on kärsinyt eriasteisista masennusoireyhtymistä (Kuhanen ym. 2013, 138). Jokaista aikuisen tekemää itsemurhaa kohti arvioidaan tapahtuvan myös yli 20 itsemurhayritystä. Itsemurhan ehkäisyssä onkin tärkeää varhainen tunnistaminen ja yhteisön tuki. Yhteisön rooli on tarjota heikommalleen sekä tämän läheisille sosiaalista tukea ja olla mukana jälkihoidon järjestämisessä. (WHO:n raportti 2015, 7.)

Itsemurhaluvuissa on vaihtelua sukupuolten välillä. Tämä korostuu etenkin suurituloisissa maissa, joihin Suomi luetaan. Näissä maissa itsemurhan tehneitä miehiä suhteessa naisiin on 3,5 kertainen määrä. Syitä tähän huomattavaan sukupuolten väliseen eroon itsemurhien määrässä on mahdollisesti monia, kuten erot sosiaalisesti hyväksyttävissä menetelmissä suhtautua stressiin ja ristiriitoihin sekä alkoholin käyttötavat. Myös mielenterveyshäiriöiden ilmetessä on eroja hoitoon hakeutumisessa. (WHO:n raportti 2015, 20.)

3.4 Masennuksen hoito

Masennuksen hoidossa hoitomuodot määräytyvät ensisijaisesti diagnoosin vaikeusasteen sekä oireiden perusteella. Näiden lisäksi tulee ottaa huomioon masennuksen laukaisseet tekijät. Hoidossa tulisi hyödyntää mahdollisimman monipuolisia hoitomenetelmiä. Vahvaa näyttöä hoitojen vaikuttavuudesta ovat saaneet etenkin psykoterapia, lääkehoito sekä sähköhoito. Hoitomuotojen lisäksi potilaan tukeminen hoitojen aikana ja hoitoihin sitoutuminen ovat tärkeitä tekijöitä hoidon vaikuttavuuden näkökulmasta. (Heiskanen ym. 2011, 11, 25.)

Lääkehoidon tarve korostuu, mitä vaikeammasta masennuksesta on kyse. Lääkehoidon rinnalla voidaan käyttää tukevana hoitomuotona psykoterapiaa, joka edesauttaa toipumista. Kahdella kolmasosalla lääkkeitä säännöllisesti käyttävät saavat selvän vasteen lääkitykselle, ja noin puolella oireet häviävät lähestulkoon kokonaan noin 6-8 viikon aikana. Lääkettä valittaessa tulee ottaa huomioon potilaan aikaisempi lääkitys sekä sairaudet, ja mahdolliset haittavaikutukset. Käytettävissä olevat masennuslääkkeet jaetaan SSRI- lääkkeisiin (=Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät), trisyklisiin masennuslääkkeisiin sekä joukkoon muita masennuslääkkeitä. Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat päänsärky, pahoinvointi, väsymys, sekä SSRI- lääkkeillä seksuaalitoimintojen häiriöt. Vaikka haittavaikutuksia esiintyy, kuitenkin pieni osa, noin 10-15% lääkityksen aloittaneista joutuu keskeyttämään lääkityksen haittavaikutusten takia. Kun lääkehoito aloitetaan, potilasta tulisi seurata riippuen onko osastohoidossa vai avohoidossa, säännöllisin tapaamisin vähintään 1-3 viikon välein. Hyvä hoitovaste tulisi saavuttaa 4 viikon kuluessa, ja jos näin ei tapahdu, on syytä harkita lääkkeen vaihtamista toiseen. (Käypähoito 2016.)

Psykoterapian avulla pyritään vaikuttamaan mm. potilaan tunne-elämään, ajattelumalleihin sekä minäkäsitykseen, ja sen kautta edistää paranemisprosessia. Psykoterapiaa suunniteltaessa potilaan kanssa on keskusteltava kaikista eri hoitovaihtoehtoista sekä niiden vaikuttavuudesta, ja myös arvioida sopiiko psykoterapia potilaalle hoitomuodoksi. Yleisin psykoterapian toteutustapa on potilaan ja terapeutin väliseen vuorovaikutukseen perustuva yksilötapaaminen. Tarjolla on kuitenkin myös muita vaihtoehtoja, kuten perheterapiaa, pariterapiaa, ryhmäterapiaa sekä luovia terapiaryhmiä (musiikki, taide, kirjallisuus). Lyhytmuotoisempi terapia kestää muu-

tamasta käyntikerrasta 20-30 käyntikertaan, yleensä kerran viikossa. Pidempiaikaisessa terapiassa tapaamisia on yleensä 1-3 viikossa, ja terapia kestää jopa useita vuosia. Psykoterapiassa tärkeää on potilaan ja terapeutin välinen toimiva yhteistyösuhte, ilman sitä hoidon vaste kärsii huomattavasti. (Käypähoito 2016.)

Vaikeissa ja etenkin psykoottisissa masennuksissa sähköhoito (ECT) on usein tehokkaampaa kuin lääkehoito. Myös lääkeresistenttien masennusten hoidossa sähköhoito on hyvä vaihtoehto. Sähköhoidon vaikutus alkaa usein myös lääkehoitoa nopeammin, mikä on erityisen huomioitava asia, etenkin potilaiden kanssa joilla on itsetuhoisia taipumuksia tai jopa itsemurhariski. Sähköhoito annetaan anestesiassa, 2-3 kertaa viikossa, 6-12 kerran sarjoissa. Yleisin sivuvaikutus on toimenpiteen jälkeinen muistamattomuus. Muutoin sähköhoito on turvallinen hoitomuoto, eikä aiheuta pitkäaikaisia haittavaikutuksia. Sähköhoidon perinpohjaista vaikutusmekanismia ei tunneta, mutta tiedetään että sähköshokki stimuloi ja vahvistaa dopamiinia välittäviä hermoja, ja siten kohentaa mielialaa. (Heiskanen ym. 2011, 27.)

Tuloksellisen hoidon saavuttamiseksi nousee kolme tärkeää asiaa masennus-potilaan hoitopolussa. Masennuksen sekä masennusriskin aikainen tunnistaminen on ensisijaisen tärkeää, jotta hoito voidaan aloittaa ajoissa. Jotta hoito rakentuisi mahdollisimman potilaslähtöiseksi, alkukartoituksen on oltava täsmällinen ja hoito-jakson alun oltava aktiivinen. Potilaan hoitovastetta seurataan tarkkaan ja huolehditaan myös psykososiaalisen tuen saatavuudesta. Potilaan ollessa työssäkäyvä, työhön palaamista arvioidaan ja potilasta kannustetaan ja tuetaan jokaisessa hoidon vaiheessa. Työssäkäyväälle ihmiselle töihin paluu on tärkeä osa masennuksen hoitoa, silloin kun potilas on siihen kykeneväinen ja työkuormitus on hänelle sovitettu oikein. (Rossi & Tuisku. 2010, 8.)

Perusterveydenhuollossa masennuspotilaan hoito suositellaan toteutettavan kolmiomallin mukaan, jossa toteutuvat lääkärin, hoitajan sekä psykiatrin yhteistyö, potilaan tarkka seuranta, opastus ja psykososiaalinen tuki, sekä hoidon suunnitelmallisuus. (Käypähoito. 2016) Perusterveydenhuollossa, kuten terveyskeskuksissa toimii depressiohoitaja joka ottaa vastaan potilaista omalla vastaanotollaan. Depressiohoitaja on aina psykiatrisesti suuntautunut sairaanhoitaja, sillä työ vaatii paljon ammatillista tietoutta. (Haarala & Jääskeläinen ym. 2010, 29.)

4 TUKEMINEN HOITOTYÖSSÄ

4.1 Lähtökohdat tukemiseen hoitotyössä

Hoidettaessa potilasta hoitotyötämme ohjaavat hoitotyön periaatteet. Jokainen yksikkö on määritellyt omat hoitotyön periaatteensa, joiden tarkoitus on tukea mahdollisimman potilaslähtöistä hoitotyötä. Yksiköiden periaatteet voivat poiketa toisistaan, sillä jokainen yksikkö toteuttaa sen mukaisia periaatteita jotka tukevat juuri sen osa-alueen potilastyötä mitä heidän yksikössään toteutetaan. Hoitotyön perusperiaatteita ovat muun muassa potilaan yksilöllisyys, turvallisuus, kunnioitus, rehellisyys, tasa-arvoisuus, terveyslähtöisyys sekä perhekeskeisyys. (Hietaharju ym. 2010. 84-85.) Sairaanhoidajan eettiset ohjeet (Suomen sairaanhoitajaliitto 28.9.1996) ohjaavat sairaanhoidajaa kohtelemaan toista ihmistä lähimmäisenä sekä kuuntelemaan potilasta ja eläytymään tämän tilanteeseen. Sairaanhoidajan ja potilaan välinen suhde tulee perustua avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen.

Suhdetta potilaan ja hoitajan välillä kutsutaan yhteistyösuhteeksi. Yhteistyösuhde tukee potilaan voimavarojen löytymistä. Potilas tulee huomioida kokonaisvaltaisesti sisältäen sekä psyykkisen, fyysisen että sosiaalisen hyvinvoinnin. Yhteistyösuhteen tulee olla lisäksi vastavuoroinen eli dialoginen. Tällöin etsitään yhdessä ratkaisua tai yritetään hahmottaa kokonaisuutta. Dialogisuus edellyttää hoitajalta avointa kiinnostusta ja potilaan hyväksymistä. Potilaan ymmärtäminen mahdollistuu, kun hoitaja kykenee asettumaan potilaan asemaan. (Kuhanen ym. 2013, 154-157.) Dialogissa on erityisen tärkeää kuunnella, odottaa sekä puhua suoraan. Jotta mahdollisuus dialogiseen keskusteluyhteyteen syntyisi, on kyettävä viivyttämään vahvaa mielipiteen ilmaisua sekä annettava potilaalle mahdollisuus puhua vapaasti, ilman tunnetta auktoriteetista. (Väisänen ym. 2009, 23.)

Hoitajan on myös oltava rohkea ja uskallettava kohdata potilas. Avoin ja aito kohtaaminen sekä kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen, auttavat potilasta saavuttamaan kokemuksen omasta merkityksellisyydestä ihmisenä. Yhteistyösuhteessa hoitaja on potilaan voimavara, tässä yhteydessä tukija. Hoitaja on ammattiroolistaan käsin potilaan ymmärtäjä, auttaja ja kokemusten jakaja. Tätä kutsutaan myös voimaannuttavaksi toimintamalliksi. Yhteistyösuhteen onnistumiselle on myös tärkeää

luottamuksellisuus sekä hoitajan empatia. Hoitajan tehtävä on luoda uskoa potilaaseen ja vakuuttaa, että tämä saa apua. Luottamuksen saavuttaminen edellyttää, että potilaan kanssa keskustellaan hoidon aikana tämän kokemuksista. Empatia on eläytymistä potilaan tunteisiin ja tilanteeseen. Potilaan tulee kokea, että hänestä ollaan aidosti kiinnostuneita. (Kuhanen ym. 2013, 158-160.)

Suhdetta potilaaseen toteutetaan erilaisten menetelmien avulla. Näitä menetelmiä ovat huolenpito, läsnäolo, keskustelu, kuunteleminen ja havainnointi, ohjaaminen sekä yhdessä tekeminen. Keskustelu on yhteistyösuhteen keskeisin menetelmä. Sen sisältö muodostuu potilaan tavoitteiden ja tarpeiden pohjalta. Keskustelun avulla hoitaja voi huomata potilaan positiiviset puolet ja antaa palautetta niistä. Yhtä tärkeää kuin keskustelu, on kuunteleminen ja havainnointi. Kuunteleminen vaatii hoitajalta kiireettömyyttä ja pysähtymistä hetkeen. Tavoitteena on selventää potilaan tunteita ja ajatuksia. Kun hoitaja viestittää ymmärtämistä ja eläytymistä potilaan kertomaan kokee tämä tulevansa paremmin hyväksytyksi ja rohkeus avautua ongelmasta voi lisääntyä. Ohjaamisen tavoitteena on potilaan terveyden ja toimintakyvyn edistäminen ja mm. elämässä eteenpäin selviytymisen tukeminen. Hoitaja voi esimerkiksi auttaa potilasta valintojen tekemisessä. Joidenkin potilaiden kohdalla yhdessä tekeminen, kuten yhdessä kävely, voi edistää keskusteluyhteyden syntymistä. Ohjaus on sosiaalisen tuen antamista. Sosiaalinen tuki voi olla monitahoista, kuten emotionaalista tai tiedollista tukea. (Kuhanen ym. 2013, 160-166.)

Jotta potilasta voisi tukea, on ensin tunnistettava tuen tarve ja luotava ymmärrys tämän tilanteesta. Jokaisella potilaalla on oma yksilöllinen elämäntilanne, joka on selvitettävä. Tämän selvitystyön hoitaja tekee keskustelun, kysymysten ja potilaskertomuksen tietojen pohjalta. Keskustelun myötä hoitaja arvioi potilaan henkistä hyvinvointia tarkkailemalla potilaan mielialaa ja mahdollista uupumusta sekä ahdistusta. Hoitajan on oltava herkkä sanallisen ja sanattoman viestinnän huomioinnissa sekä luotettava myös omaan intuitioonsa. Omahahoitajana toimiminen ja syvällisen hoitosuhteen muodostaminen edesauttaa keskusteluyhteyden luomista ja sitä kautta tarpeen tunnistamista. Tutkitun tiedon ja varsinkin kriisiteorian vaiheiden tunteminen helpottaa tuen tarpeen tunnistamista. Tuen tarpeen tunnistamista helpottaa myös se, että hoitajan peilaa omia ajatuksiaan kollegoiden kanssa keskustelemalla ja näin varmentamalla omaa intuitiotaan. (Mattila 2011, 64-65.)

4.2 Emotionaalinen tuki

Emotionaalinen tukeminen on vuorovaikutuksellista tukemista. Se on ohjaamista, kuuntelua, kysymistä, eleillä ja ilmeillä viestimistä ja yhdessä toimimista. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sisältää kaiken mikä auttaa potilasta löytämään omia voimavarojaan ja samalla kunnioittaen potilaan omaa tahtia. Samalla kun hoitaja arvioi potilaan tilannetta, omaa perustehtäväänsä ja menetelmiään, hän rakentaa vuorovaikutusta. Riippuu myös työpisteen luonteesta, millaiset mahdollisuudet hoitajalla on vuorovaikutukseen. Pitkä yhteistyösuhde mahdollistaa monipuolisten, vuorovaikutuksellisten menetelmien soveltamisen, kun taas lyhyt kohtaaminen luo haasteensa. Pienenkin hetken aikana voi antaa potilaalle tunteen asioiden etenemisestä. Toisaalta hetki voi myös viedä valtavasti potilaan voimavaroja, jos häntä kohdellaan ylimielisesti tai alentuvasti. Vuorovaikutuksellinen tukeminen kuuluu jokaisen hoitajan perusammattitaitoon, jota voi jatkuvasti kehittää. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 11-18.)

Vuorovaikutus voidaan jakaa kahteen ilmaisullisesti erilaiseen muotoon, sanalliseen ja sanattomaan. Sanaton viestintä on kaikkea kielen ulkoista viestintää, ilmeitä ja eleitä. Esimerkiksi jos potilaalla on vihamielisiä tuntemuksia, on tärkeää olla vastamatta samalla mitalla. On pyrittävä lukemaan niin sanotusti rivien välistä potilaan pelokkuus, uupumus tai muu vihamielisyyteen vaikuttava syy. (Vilén ym. 2008, 18-22.). Peilautumisilmiö on myös sanatonta viestintää. Sillä tarkoitetaan, että kaksi keskenään kommunikoivaa ihmistä alkaa huomaamattaan matkia toisiaan, ilmeillään ja eleillään. Esimerkiksi jalkojen liikuttelu, pään nyökyttely, puheen rytmi tai tauotus muuttuvat samanlaisiksi. Tätä voidaan tietoisesti hyödyntää, koska sen tiedetään edesauttavan keskustelua. Hoitaja voi vastata potilaalle samalla äänenvoimakkuudella kuin tämä itse. Samaa kaavaa noudattaen, masentuneen ihmisen kanssa keskusteltaessa ei saa olla liian vauhdikas tai iloinen. Puheen avulla voidaan myös rauhoittaa kiihtynyttä potilasta käyttämällä saman suuntaista puhetyyliä, mutta tietoisesti rauhallisemmalla ja hitaammalla tempolla. Psykiatrisessa päivystystyössä tämä taito on erittäin tarpeellinen (Väisänen ym. 2009, 28-32.). Ääni ja sen käyttöön liittyvät erilaiset keinot kuten painotus ja korkeus, viestivät monenlaisia asioita esimerkiksi puhujan tunnetilasta ja asenteista. Sanallinen vuorovaikutus liittyy puhut-

tuun kieleen ja sen ymmärtämiseen. Sanojen yksilölliset merkitykset voivat olla ihmisille hyvin erilaisia heidän henkilökohtaisten kokemustensa mukaan. Sanaton viestintä voi olla ristiriidassa sanallisen viestinnän kanssa. Sairastunut ja uupunut ihminen saattaa herkästikin aistia tämän ristiriidan sanallisen ja sanattoman välillä. (Vilén ym. 2008, 18-22.)

Henkisten voimavarojen edistäminen ja luottamus siihen, että elämä kantaa, ovat tärkeitä tukemista johdattavia tavoitteita. Toivon ylläpitäminen, ihmisarvon vahvistuminen ja rauhallisen olotilan saavuttaminen ovat keskeistä. (Mattila 2011, 66-67.) Emotionaalisella tuella hoitaja osoittaa välittämistä ja arvostamista potilasta kohtaan. (Kuhanen ym. 2013, 165.) Potilaan tunteissa ollaan mukana, autetaan potilasta henkisesti käsittelemään tilannetta ja luodaan luottamuksen ja välittämisen ilmapiiri (Mattila 2011, 4). Tunteiden jakaminen on hoitajan osallistumista ja samais- tumista potilaan tuntemuksiin jolloin molemmat vuorovaikutusosapuolet kokevat tunteet yhdessä ja samalla myös yhteisiksi (Mikkola 2006, 188). Hoitajan on ammatillisuuden ohella kyettävä eläytymään potilaan ja läheisten tilanteeseen ja pitämään toivoa yllä, vaikka potilaan tila ei olisikaan paras mahdollinen. Kun hoitaja kykenee näyttämään omat tunteensa, se on jo itsessään potilasta tukevaa. (Mattila 2011, 68.)

Emotionaalista tukea osoitetaan myös huolenpidolla. Hoitaja huolehtii potilaan puolesta asioista, joihin tämä ei juuri sillä hetkellä kykene (Kuhanen ym. 2013, 160-166). Hoitaja on turvana toimien potilaan puolesta ja tukien päätöksentekoa tilanteessa, jossa tämä on voimaton tai lamaanut. Näin hoitaja vapauttaa potilaan omia voimavaroja tilanteensa läpikäymiseen. Voimavarojen vähän palauduttua hoitaja tukee potilaan itsenäisyyttä ja omatoimisuutta jättäytyen taustatueksi. Potilas saattaa tarvita tukea henkisen tilanteensa käsittelyssä. Häntä on tuettava omien tunteidensa käsittelyssä ja sairauskriisin läpikäynnissä. Hoitajan on pyrittävä vapauttamaan potilas mahdollisesta läheistensä kannattelusta, jos tämä haluaa suojella läheisiään tilanteen vakavuudelta. Läheisen arastellessa potilaan kohtaamista on hoitajan rohkaisu sekä potilaalle, että tämän läheiselle keskinäistä läheisyyttä tukevaa. (Mattila 2011, 69.)

Tuki perustuu molemminpuoliseen luottamukseen. Hoitajan on tärkeää saada luotua potilaalle luottamus siihen, että hoitaja on häntä varten ja tekee kaikkensa hänen

auttamisekseen. Myös hoitajan itsensä on luotettava potilaaseen kyseenalaistamatta tämän kokemuksia. Potilaasta välittäminen on tukemista. Välittävä hoitaja kuuntelee ja hyväksyy potilaan yksilöllisenä persoonana. (Mattila 2011, 70-71.) Läsna olemalla hoitaja näyttää potilaalle, että on siinä hetkessä vain tätä varten (Kuhanen ym. 2013, 160-166). Läsnaolo voi olla myös hiljaista läsnäoloa, potilaan vierellä olemista ja olemista saatavilla tarvittaessa. Myös kosketus on välittämistä edistäen vuorovaikutusta potilaan kanssa. Hoitaja osoittaa kosketuksen ja katsekontaktin avulla läheisyyttä ja kiintymystä. (Mattila 2011, 71.) Koskettamisella voi olla todella terapeutin vaikutus (Kuhanen ym. 2013, 160-166).

Sairastumisen tuoma kriisi voi saada potilaan pohtimaan koko ihmisen olemassaoloa ja elämän mielekkyyttä. Hengelliset tarpeet voivat nousta esille missä vaiheessa hoitoa tahansa. On tärkeää ymmärtää, että ihmisen uskonnollisuus voi näyttää kaaottiselta ja epäjohdonmukaiselta kun mieli on muutenkin kaaoksessa. Erilaisista kokemuksista ja elämänhistoriasta saattaa myös löytyä selittäviä tekijöitä potilaan masennukselle. Uskonnollisuus voi olla täysin tervettä, sisäistettyä vakaumusta jolloin se on tärkeä voimavara potilaan tervehtymisprosessissa. Potilasta on kuunneltava ja pyrittävä ymmärtämään eikä hänen uskonnollisia kokemuksiaan ja näkemyksiään tule tuomita. Potilasta voi auttaa ja tukea kertomaan oma tarinansa, löytämään sanat elämänsä kokemuksille ja tapahtumille. Hänen tulee antaa puhua omasta puolestaan ja on ensiarvoista, ettei hoitaja tee omia tulkintojaan. Hoitajasta voi joskus tuntua, että uskonnollisuus vaikeuttaa huomattavasti potilaan elämää tai on tuhoisaa sekä hänelle itselle, että lähiympäristölle. Potilas voi kuitenkin kokea sen antavan elämälle turvaa, pysyvyyttä ja sosiaalisia kontakteja. Masentunutta mieltä eivät sanat tavoita, mutta usein klassinen tai hengellinen musiikki tai laulut tavoittavat. Masentunut voi kokea, että jumala on hänet hylännyt ja tuolloin hän testaa hoitajan uskollisuutta. Silloin on tärkeää sitkeä rinnalla olo, sovitut tapaukset ja uskollisuus vuorovaikutussuhteessa. (Aalto & Gothóni 2009, 98-100, 113-114.)

4.3 Tiedollinen tuki

Tiedollinen tuki on tiedon välittämistä hoitajalta potilaalle. Hoitaja antaa tiedollisen tuen avulla potilaalle tälle tarpeellista tietoa esimerkiksi sairaudesta ja tarvittavista selviytymiskeinoista. (Kuhanen ym. 2013,165.) Hoitajan on saatava potilaaseen ensin keskusteluyhteys, jotta tiedollinen tukeminen onnistuu. Hoitaja lähestyy potilasta aktiivisesti rohkaisten vuorovaikutukseen. Keskusteluyhteyttä on myös ylläpidettävä aktiivisesti. Ylläpitämisellä varmistetaan tuen jatkuvuus potilaan arkielämässä. Tietoa antaessaan hoitajan on varmistettava, että potilas ymmärtää saamansa tiedon. Tällöin on kiinnitettävä huomio kielenkäyttöön, asioiden kertaamiseen sekä kysymyksiin vastaamiseen. Hoitaja esittää myös itse kysymyksiä, joilla pystyy paremmin kartoittamaan potilaan tilannetta ja tiedollisia tarpeita. Tiedollisen tuen antaminen ei ole pelkästään yksittäisiä tietoiskuja vaan tuen antaminen tapahtuu pitkänä prosessina. Jokainen potilas käsittelee tietoa yksilöllisesti. (Mattila 2011, 71-72.)

Potilaalle on tärkeää saada tietoa omasta tilanteestaan ja hoidostaan. Tiedollisen tuen on tarjottava potilaalle tulkintakehys omasta tilanteestaan. Tiedon tarve on nimittäin tiedon ymmärtämistä, ei niinkään itse informaation saamista. Esimerkiksi lääke- ja hoitotieteellinen tieto olisi kerrottava potilaalle niin, että tämä osaa suhteuttaa tiedon omaan tilanteeseensa. Merkityksellistä tietoa antava tuki on hoitajan ja potilaan keskinäistä vuorovaikutusta, jossa rakennetaan ja jäsenetään potilasta koskevaa tietoa. Myös epävarmojen asioiden lausuminen ääneen, ilman varmaa tietoa, tukee tiedollisia tarpeita. Asioista on puhuttava niiden oikeilla nimillä, potilas arvostaa rehellistä ja mahdollisimman tarkkaa tietoa. Tietoa ei saa kaunistella. Kun asioista puhutaan niiden oikeilla nimillä, pystyy potilas mukautumaan sairauteensa ja ymmärtämään itse tilannetta ja vaihtoehtoja. Potilaan saama tiedollinen tuki rakentuu riittävässä vuorovaikutuksessa hoitajan ja potilaan välillä. Se on ennen kaikkea verbaalista viestintää. Hyvän vuorovaikutuksellisen tiedollisen tuen kautta potilaan hallinnan tunne kasvaa ja hän kykenee luomaan henkilökohtaisen merkityksen sairastamiselleen ja hoidolleen. (Mikkola 2006, 184-187.)

Kun potilaalla on suuri huoli sairaudestaan voi hän kokea tunteista puhumisen liian rankkana. Tällaisessa tilanteessa tarpeellisempaa ja merkityksellisempää on tiedon jäsentäminen. Hoitajan antama tiedollinen tuki ja keskustelu tukevat silloin potilaan omaa selviytymisen strategiaa. (Mikkola 2006, 191.)

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää masentuneen työkäisen miehen tukemiseen hoitotyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata masentuneen, työkäisen miehen tukemista hoitotyössä. Tuotetun tiedon avulla voidaan kehittää tukemisen keinoja avoterveydenhuollossa.

Kirjallisuuskatsausta ohjaavat tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

Mitä on masentuneen miehen tukeminen hoitotyössä?

Mitä on masentuneen miehen emotionaalinen tukeminen hoitotyössä?

Mitä on masentuneen miehen tiedollinen tukeminen hoitotyössä?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Opinnäytetyössä sovellettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta etsien vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Aiheen tutkimusmenetelmäksi oli jo valintavaiheessa määritelty kirjallisuuskatsaus. Aihetta lähestyttiin hoitotyön näkökulmasta, koska työn tavoitteena oli tuottaa tietoa nimenomaan avoterveydenhuollon ammattilaisille. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla pyrittiin muodostamaan aihealueesta kokonaiskuva jo aikaisemmin tehtyjen tutkimusten pohjalta.

Kirjallisuuskatsaus on tutkimus tutkimuksista. Sen perimmäinen tarkoitus on kokonais kuvan muodostaminen aikaisempien tutkimuksien pohjalta. Kirjallisuuskatsauksessa pyritään systemaattisuuteen ja yksiselitteiseen vaiheiden kuvaukseen, jotta lukija kykenee arvioimaan toteutustavan ja luotettavuuden vaiheittain. Kirjallisuuskatsaus toteutetaan samanlaisin vaihein katsaustyyppistä riippumatta. Ensimmäisenä määritetään katsauksen tarkoitus ja tutkimusongelma, toisena vaiheena kirjallisuushaku ja aineiston valinta. Tämän jälkeen arvioidaan aineisto, josta sitten tehdään analyysi ja synteesi. Viimeiseksi raportoidaan tulokset. (Stolt, Axelin ja Suhonen 2016, 23-25.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa pyritään tunnistamaan ja löytämään kaikki materiaali, joka vastaa tutkimuskysymykseen. Aineistoa ovat ensisijaisesti alkuperäistutkimukset, mutta läpikäydään myös oleellisimpia tietokantoja, internetsivustoja ja myös mahdollisia julkaisemattomia lähteitä. Systemaattisen haun lisäksi voidaan käyttää myös manuaalista hakua esimerkiksi aiemmin tehtyjen tutkimusten lähdeluetteloista. Tutkimuksen tavoitteen ja kysymyksen lisäksi voidaan määrittää katsaukselle kelpoisuus kiteerejä, joka tarkoittaa katsaukseen valittavien tutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerejä perusteluineen. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 27, 35, 56.)

6.2 Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku

Tähän kirjallisuuskatsaukseen haettiin aineistoa kolmesta eri tietokannasta, joita olivat Medic, PubMed sekä Cinahl. Aineistoa haettiin myös manuaalisesti, sillä tarkkaa tutkimuskysymyksiin vastaavaa tietoa oli hankala löytää. Hakusanat johdettiin tutkimuskysymyksistä. Hakusanoja olivat mies, työkäinen, tukeminen, hoitotyö, emotionaalinen tukeminen, tiedollinen tukeminen ja näiden erilaiset muodot katkaisumerkeineen. Englanninkielisistä tietokannoista haettiin hakusanoilla depression, men, support, healthcare ja emotional support. Sisäänottokriteereinä olivat aikaväli 2007-2017 ja kielinä suomi ja englanti. Tuloksista suljettiin pois ne, jotka koskivat vanhuk- sia tai alle 18-vuotiaita. Poisottokriteerinä oli myös tutkimuksen sijoittuminen sairaalassa tapahtuvaan hoitotyössä tukemiseen sillä opinnäytetyön oli tarkoitus tuottaa tietoa avoterveydenhuollossa työskenteleville.

Lopullinen aineisto valikoitui suomenkielisen Medic-tietokannan avulla. Aineistoon kuului yksi tutkimusartikkeli, yksi tutkimus sekä kolme progradua. (LIITE 3) Masentuneen miehen tukemisesta hoitotyössä ei löytynyt suoraan tietoa. Hakusanoja läh- dettiin hakemaan lisää synonyymien kautta kuten ohjaus ja hoitotyön menetelmät. Poisotto- ja sisäänottokriteerit rajoittivat omalta osaltaan aineiston hankintaa raja- tessaan ikäryhmää sekä avoterveydenhuollon yhteydessä tehtyihin tutkimuksiin. Loppujen lopuksi suoranaisesti mieheen liittyvää tutkimusta ei löytynyt masentu- neen tukemisessa. Masentuneen tukemisesta kylläkin ja masentuneen miehen puo- lison tukemisesta, mutta ei nimenomaan miehen tukemisesta. Taulukoitu tieto ha- kusanoineen ja määrällisine hakutuloksineen löytyy tämän opinnäytetyön liitteistä. (LIITE 1)

6.3 Aineiston analyysi

Kun systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineisto oli arvioitu ja valittu, siirryttiin kä- sittelemään sitä. Käsittelyn tarkoituksena oli tuottaa tutkittavasta ilmiöstä mahdolli- simman luotettava ja kattava kokonaiskuva. Aineiston käsittely sisältää kolme pää- vaihetta; menetelmän valinnan, valitun aineiston esittelyn sekä sen tulosten esitte- lyn. Aineiston käsittelymenetelmän valintaan vaikutti valittu aineisto, sekä alkupe-

räistutkimusten heterogeenisyys, että lukumäärä. Valintaan vaikutti myös se, millaista tietoa katsauksella haluttiin tuottaa. Laadullinen aineistonkäsittelymenetelmä sopii sellaiseen systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, jonka tarkoitus on kuvata valittua tutkimusilmiötä. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 80-82,85-86.) Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata masentuneen, työikäisen miehen tukemista avo-terveydenhuollossa.

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa voidaan käyttää apuna aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Aineistolähtöisessä analyysissa analysoitava informaatio ensin pelkistetään eli redusoidaan joko tiivistäen tai pilkkoen tieto osiin. Sen jälkeen aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään etsien aineistosta samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Klusterointi on pohja tutkimuksen perusrakenteelle. Sen jälkeen aineiston ja valikoidun tiedon pohjalta muodostetaan teoreettiset käsitteet. Käsitteitä yhdistelemällä aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa saadaan vastaus tutkimuskysymykseen. Sisällönanalyysi on tulkintaa ja päättelyä edeten empiirisestä aineistosta käsitteellisempään näkemykseen tutkittavasta ilmiöstä. Tuloksissa kuvataan muodostetut käsitteet ja niiden sisällöt. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-113, 123.) Aikaansaatu luokittelu esitetään esimerkiksi taulukkona, jossa kootaan ja tiivistetään tuotettu tulos (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 85-86).

Opinnäytetyön aineiston analyysissä sovellettiin sisällönanalyysia. Se on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Sisällönanalyysilla tutkittavasta ilmiöstä pyritään saamaan kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa etsien tekstistä merkityksiä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91,103-104). Tarkoitus oli järjestää aineisto tiiviisti ja selkeästi, mutta kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Aineiston laadullinen käsittely pohjautui loogiseen päättelyyn ja tulkintaan. Aineisto hajotettiin ensin osiin, jonka jälkeen se käsitteellistettiin ja sitten koottiin loogiseksi kokonaisuudeksi uudella tavalla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107-108.) Tämän opinnäytetyön sisällönanalyysistä on esimerkki työn lopussa. (LIITE 2)

7 TULOKSET

7.1 Masentuneen miehen emotionaalinen tukeminen

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella työikäisen miehen emotionaalista tukemista hoitotyössä ovat luottamuksellisen hoitosuhteen rakentaminen, toivon vahvistaminen, keskustelumahdollisuuden tarjoaminen sekä aktiivisuuden kannustaminen.

Luottamuksellisen hoitosuhteen rakentaminen on perusta (McCann 2002. Kohosen, Kylmän, Juvakan & Pietilän 2007, 67-68 mukaan) jolloin hoitamisessa on oleellista ymmärtää potilasta. Myös välittämisen tunteen luominen tuntuu hyvältä (Stengård ym. 2008,75). Potilasta on pidettävä tasavertaisena kumppanina kuuntelemalla mitä tämä itse pitää tärkeänä elämässään (Landeén ym. 2000. Kohosen, Kylmän, Juvakan & Pietilän 2007, 68 mukaan). Työtavan on oltava asiakaslähtöinen jolloin edetään ihmisen toiveita ja valmiuksia huomioiden (Stengård ym. 2008,66). Myös Alasen (2013,25) tutkimuksessa tuli ilmi, että kunkin ihmisen yksilöllinen tilanne on tärkeää huomioida esimerkiksi keskustelumenetelmää valittaessa.

Toivon vahvistaminen on tärkeää potilasta tuettaessa. Vahvistamalla uskoa tulevaisuuteen voidaan potilaan ajatuksia suunnata tulevaan. (McCann 2002. Kohosen, Kylmän, Juvakan & Pietilän 2007, 67-68, 70 mukaan.) Depressiohoitajatkin toivat keskusteluissa esille toivon ylläpitämistä sekä ihmisen mahdollisuutta toipua. Ihmisen kannattelu on tärkeää sillä sairastuessaan yksikin päivä tuntuu ihmiselle rasakalta. Potilasta kannustetaan ilon löytämiseen jostakin, ja korostetaan että elämässä on myös hyvää, vaikka joskus se ei siltä näytä. Toivoa koettiin tulevan sen kautta kun löytyi jokin oljenkorsi mille elämän pystyi rakentamaan. Depressiohoitajat toivat keskusteluissa esille sitä, että mielialaa kohottavia asioita voi tehdä myös itse. (Alanen 2013, 25.)

Potilaalle **tarjotaan mahdollisuus keskustella**. Time out! Aikalisä! Elämä raiteilleen- tutkimus- ja kehittämishankkeen psykososiaaliseen tukiohjelman osallistuneille nuorille miehille tarjottiin keskusteluavun lisäksi kuunteluapua muun muassa ihmissuhteisiin ja ajankohtaisiin kriiseihin. Miehet myös kokivat merkittävimmäksi

hyödyksi mahdollisuuden keskustella ja puhua henkilökohtaisista asioista. (Stengård ym. 2008, 65, 74.) Osalle masentuneista terapeutin keskustelu tuo hyötyä. Depressiohoitajat kuvasivatkin keskusteluja terapeuttisiksi keskusteluiksi joissa käytiin läpi ihmisen elämäntilannetta. (Alanen 2013, 25.) Keskustelun on hyvä olla realistista, avointa, sekä taitavaa (Kirkpatrick ym. 2001. Kohosen, Kylmän, Juvakan & Pietilän 69 mukaan).

Alasen (2013, 25) tutkimuksessa depressiohoitajat kokivat itsensä tsemppaajina. He **kannustivat aktiivisuuteen**, esimerkiksi silloin kun piti motivoida asiakasta haakeutumaan kuntoutuskurssille, tai ulkopuolisiin liikunta- ja virkistystoimintoihin. Osalle masentuneista miehistä oli tärkeää saada ulkopuolinen kannustaja toiminnalleen. Tällöin he jättäytyivät itse hoitajan ohjattavaksi (Kettunen 2010, 29). Oleellista on myös ihmisen rohkaisu (Kirkpatrick ym. 2001. Kohosen, Kylmän, Juvakan & Pietilän 68 mukaan.). Stengårdin ym. (2008, 66.) tutkimuksessa kuvattiin ohjaajan tehtäviä muun muassa tukemiseksi, kannustukseksi ja motivoimiseksi, jotta tuettava aktivoituisi ja toimisi tavoitteiden mukaisesti. Nuoret miehet myös itse kokivat aktivoituneensa elämänsä selvittelyssä ja elämän järjestykseen saamisessa annetun tuen vaikutuksesta (Stengård ym. 2008, 75).

7.2 Masentuneen miehen tiedollinen tukeminen

Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella työikäisen miehen tiedollista tukemista hoitotyössä ovat sairaudesta annettava tiedollinen tuki, lääkityksestä annettava tiedollinen tuki, arjen asioihin liittyvä konkreettinen tuki sekä pariskunnalle annettava tiedollinen tuki.

Keskustelussa **tiedon antaminen masennuksesta** koettiin tarpeelliseksi (Alanen 2013,25). Miehillä on tarve saada konkreettista ja mitattavaa tietoa, minkä muun muassa kiinnostuneisuus mittaustuloksista osoittaa. Miehillä on myös tarve saada jotain konkreettista syytä terveyskäyttäytymisensä muuttamiseen. Hoitajan tapaminen oli miehille tärkeä osa terveydentilan seurantaan vaikka he eivät muuten olisi kyenneet suurempiin muutoksiin elintavoissaan. Osalle miehistä neuvontakeskustelut toimivatkin kontrolleina ja sen vuoksi halusivat jatkuvuutta hoitajatapaamisiin

(Kettunen 2010, 26-28). Nuorten miesten psykososiaalisessa tukiohjelmassa ohjaajat käsitelivät kolmanneksen kanssa ohjelmaan osallistuneista heidän terveyttään. Käsitellyt asiat sekä toimenpiteet koskivat niin psyykkistä kuin fyysistäkin terveyttä. Nuorta miestä tuettiin esimerkiksi krooniseen sairauteen liittyvien asioiden hoidossa. Tapaamisissa pohdittiin myös sairauden vaikutusta miehen elämään. (Stengård ym. 2008, 64-65.)

Lääkityksestä annettava tiedollinen tuki kävi myös tuloksissa ilmi. Depressiohoitajat kokivat mielialalääkityksestä annettavan tiedon potilailleen tarpeelliseksi. Lääkityksestä annettavan tiedon lisäksi he motivoivat potilastaan lääkehoitoon sekä seurasivat lääkehoidon toteutumista. (Alanen 2013, 22,25.)

Tuloksissa nousi esille myös **arjen asioihin liittyvä konkreettinen tuki**. Psykososiaalisessa tukiohjelmassa nousi esille työhön ja työelämään liittyvän tuen tarve. Yli puolet nuorista miehistä tarvitsi tukea työhön ja työelämään liittyvissä asioissa. Ohjaaja myös avusti konkreettisesti asioiden selvittelyssä. Yksi keskeinen hyöty miesten arvioimana oli asioiden hoitamiseen saadut vinkit ja neuvot. (Stengård 2008, 64,66,75.) Depressiohoitajat kokivat myös tärkeäksi, että ihmisen yksilölliset tarpeet huomioiden keskustelussa painotettiin konkreettista neuvontaa siitä enemmän hyötyvän ihmisen kanssa. Jos ihmisen arvioitiin hyötyvän enemmän kolmannen sektorin palveluista, ohjattiin tämä kyseiseen palveluun. (Alanen 2013, 25.) Myös psykososiaalisen ohjelman ohjaajat ohjasivat miehen muidenkin palvelujen pariin tarvittaessa (Stengård 2008, 66).

Pariskunnalle annettava tiedollinen tuki nousi esiin tuloksista. Depressiohoitajat pitivät tärkeänä paritapaamisia hoidon aikana. Paritapaamisessa hoitaja sai läheisen näkökulman potilaan voinnista. Myös tiedon antaminen sairaudesta paritapaamisessa miellettiin tärkeäksi. (Alanen 2013,27.) Piikkilän (2012,34) tutkimuksessa nostettiin esille, että hoitaja pystyi pariskuntaa tapaamalla kyselemään ja kuuntelemaan sekä ottamaan miehen hoidossa huomioon vaimon tietoa miehen voinnista. Puoliso on myös tärkeä vaikuttaja miehen toimintaan (Kettunen 2010,26). Osa hoitajista pyysi läheisen mukaan jo ensikäynnille (Alanen 2013, 27-28).

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää hyvän tieteellisen käytännön noudattamista tutkimuksen teossa (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2007,23). Tutkimuksen eettisyys ja uskottavuus kulkevat siis käsikädessä. Yhteys tutkimuksen ja etiikan välillä on kahdentalainen; tutkimustulokset voivat vaikuttaa eettisiin ratkaisuihin ja toisaalta taas eettiset kannat voivat vaikuttaa tutkijan ratkaisuihin tutkimustyössä. (Tuomi 2007,144.) Tässä opinnäytetyössä pyrittiin mahdollisimman hyvin kartoittamaan olemassa olevat tutkimukset, löytämään kaikki oleellinen tutkimusmateriaali ja näin ollen saamaan kirjallisuuskatsaukselle uskottava materiaaalipohja.

Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Aiheenvalinnalla pyrittiin mahdollisimman hyödynnettävään ja uskottavaan opinnäytetyön tutkimukseen. Eettisyyttä noudatettiin myös siten, että huomioitiin tieteellisen tutkimuksen kriteerit ja eettisesti kestävät tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät ja noudatettiin tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2007,24.) julkaisemalla opinnäytetyö kaikkien luettavaksi. Aineiston hankinnassa pyrittiin eri lähteiden laadukkaaseen valintaan ja näin ollen pohtimaan näissäkin vaiheissa eettisiä kysymyksiä. Opinnäytetyön suunnitelman pohjalta haettu tutkimuslupa oli myös osa eettisyyttä.

Tässä opinnäytetyössä pyrittiin noudattamaan mahdollisimman hyvin tieteellisiä käytäntöjä. Tiedonhaussa merkittiin hakusanat niin hyvin, että samoja hakuja noudattamalla saavutetaan myöhemminkin sama tulos aineistoista. Lähteet merkittiin luotettavasti ja tekstit plagioimatta. Sisällön analyysistä on myös esimerkki opinnäytetyön liitteenä merkiksi luotettavasta sisällön analyysin tekemisestä.

8.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää masentuneen työikäisen miehen tukemiseen hoitotyössä. Tarkoituksena oli kuvata masentuneen työikäisen miehen tukemista hoitotyössä. Opinnäytetyössä haettiin tietoa kahteen eri tutkimuskysymykseen. Ensinnäkin tietoa haettiin siihen, mitä on masentuneen miehen emotionaalinen tukeminen hoitotyössä. Toisessa kysymyksessä haettiin tietoa siihen, mitä on masentuneen miehen tiedollinen tukeminen hoitotyössä. Hoitotyöstä haettiin nimenomaan avoterveydenhuoltoa käsittelevää tutkimustietoa.

Masentuneen miehen emotionaaliseen tukemiseen nousi neljä päätulosta, jotka olivat luottamuksellisen hoitosuhteen rakentaminen, toivon vahvistaminen, keskustelumahdollisuuden tarjoaminen sekä aktiivisuuteen kannustaminen. Masentunutta miestä on tuettava emotionaalisesti rakentamalla ensinnäkin luottamuksellinen hoitosuhde. Myös Mattila (2011,70-71) korostaa tuen perustuvan molemminpuoliseen luottamukseen, jolloin hoitajan on saatava luotua potilaalle luottamus siitä, että hoitaja on häntä varten ja tekee kaikkensa hänen auttamisekseen. Ilman tasavertaista (Landeén ym. 2000. Kohosen, Kylmän, Juvakan & Pietilän 2007, 67-68) , ymmärtävää (Kirkpatrick ym. 2001. Kohosen, Kylmän, Juvakan & Pietilän 2007, 68) ja yksilöllisyys huomioon ottavaa kohtelua (Alanen 2013, 25) ei mieheen saada riittävää kontaktia, mikä on tukemisen edellytys. Tasa-arvoisuus on yksi hoitotyön peruseriaatteista (Hietaharju ym. 2010, 84-85). Myös Kuhanen ym. (2013, 154-157.) painottaa yhteistyösuhdetta potilaan voimavarojen löytymistä tukevaksi.

Toivon vahvistaminen nousi toiseksi keskeiseksi tulokseksi masentuneen tukemisessa. Ihmisen ajatuksia on suunnattava tulevaisuuteen ja kannustettava mielialaa kohottavien asioiden tekemiseen. Toivon ylläpitämistä voi tuoda esille keskusteluissa, kertoa ihmiselle että tällä on mahdollisuus toipua (Alanen 2013,25). Toivon ylläpitäminen nousi yhdeksi keskeiseksi tekijäksi myös Mattilan (2011, 66,67) mukaan jolloin henkisten voimavarojen edistäminen ja luottamus elämän kantamiseen johdattavat tukemista. Kolmas emotionaalisen tuen muoto oli tulosten perusteella keskustelumahdollisuuden tarjoaminen. On tarjottava sekä kuuntelu- että keskusteluapua ja myöskin mahdollistettava terapeutin keskustelu. Keskustelu tukee kun se on avointa, realistista ja taitavaa (Kirkpatrick ym. 2001. Kohosen, Kylmän, Juva-

kan & Pietilän 2007, 68). Keskustelu on vuorovaikutuksellista tukea. Vuorovaikutuksellinen tuki ilmenee ohjaamisena, kuunteluna, kysymisenä ja myöskin eleillä ja ilmeillä viestimisenä (Vilén ym. 2008, 11-18). Mahdollisuus keskustella ja puhua henkilökohtaisista asioista on ihmiselle tärkeää (Stengård ym. 2008, 72). Masentuneen miehen kannustaminen aktiivisuuteen nousi neljänneksi emotionaalisen tuen muodoksi. Miehellä on tärkeää ulkopuolinen kannustaminen, rohkaiseminen, motivoiminen toimimaan tavoitteiden mukaan ja motivoiminen erilaisiin aktiviteetteihin. Kannustaminen elämän järjestykseen saamiseen nousi tässä myös esille.

Kirjallisuuskatsauksen tiedollisen tukemisen päätulokset olivat puolestaan sairaudesta annettava tiedollinen tuki, lääkityksestä annettava tiedollinen tuki, arjen asioihin liittyvä konkreettinen tuki sekä pariskunnalle annettava tiedollinen tuki. Mikkolan (2006, 184-187) tutkimuksessa korostettiin, että tiedollisen tuen on tarjottava potilaalle tulkintakehys omasta tilanteestaan. Potilas arvostaa rehellistä ja tarkkaa tietoa. Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa kävikin ilmi, että miehet kokevat tarpeelliseksi saada nimenomaan konkreettista ja mitattavaa tietoa esimerkiksi mittaustuloksistaan (Kettunen 2010, 28). Depressiohoitajille tehdyn tutkimuksen (Alanen 2013, 25) mukaan keskusteluissa on tarpeellista antaa tietoa masennuksesta ja lääkityksestä. Lääkehoitoon motivoiminen ja neuvonta nousivat myös esille. Tukemisessa on tärkeää myös koko fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen liittyvien asioiden ja toimenpiteiden käsittely (Stengård ym. 2008, 64-65). Miesten tukemisessa on tärkeää lisäksi arjen asioihin liittyvä konkreettinen tuki. Tuloksissa nousi esille tukeminen työelämään liittyvissä asioissa (Stengård ym. 2008, 64). Konkreettisten neuvojen antaminen ja avustaminen asioiden selvittelyssä koettiin hyväksi. Myös ohjaaminen eteenpäin muihin tarpeellisiin palveluihin nousi esille. Masentuneelle miehelle puolison tärkeys ulkopuolisena vaikuttajana kävi ilmi tuloksista (Kettunen 2010, 26). Pariskunnalle annettava tiedollinen tuki auttaa miestä selviytymään eteenpäin. Tukea antavan parisuhteen suuri merkitys miehen mielenterveydelle kävi ilmi teoriaosuudessa (Holmberg 2016, 163-164). Kun puoliso on mukana hoitokäynneillä, voidaan tällekin antaa tiedollista tukea miehen masennuksesta ja sen ilmenemisestä.

8.3 Johtopäätökset

Tuloksien perusteella masentunut mies tarvitsee ensinnäkin luottamuksellisen hoitosuhteen, jossa tämä voi tuntea itsensä tasavertaiseksi. Hoitajan on otettava miehen yksilölliset tarpeet huomioon. On annettava mahdollisuus puhua ja keskustella henkilökohtaisista asioista. Masentunutta miestä on autettava löytämään toivoa tuovia oljenkorsia, jotka kantavat eteenpäin elämässä. Miehillä on myös tärkeää antaa konkreettista tietoa ja neuvontaa apua. Miehet ovat kiinnostuneita oman terveydentilansa seurannasta, mitattava tieto motivoi miestä hoitokäynneille. Puolison tukeminen tukee myös masentunutta miestä elämässään eteenpäin. Pariskunnalle yhdessä on annettava tietoa miehen sairaudesta ja sen kanssa elämisestä. Tällöin puoliso voi paremmin tukea miestä. Hyvä parisuhde tukee miehen mielenterveyttä.

Tämän opinnäytetyön tulokset tukivat teoriaosuudessa kerrottua. Mies tarvitsee kokonaisvaltaista tukea, jossa huomioidaan sekä emotionaalisuus että tiedollisuus. Tiedollisessa tuessa nousi sairaudesta annettavan tiedon lisäksi esille myös arjen asioihin liittyvä tuki.

8.4 Jatkotutkimusehdotukset

Masentuneen miehen tukemisesta löytyi niukasti tietoa joten tämän opinnäytetyön tulokset koottiin aineistosta, jonka yhteenveto antaa suuntaa antavaa tietoa, siitä miten masentunutta miestä tuetaan hoitotyössä. Nimenomaan miehiin kohdistuvaa tutkittua tietoa masentuneen tukemisesta ei löytynyt. Masentuneen tukemisesta kylläkin ja masentuneen miehen puolison tukemisesta, mutta ei nimenomaan miehen tukemisesta. Masentuneen miehen tukeminen onkin varteenotettava jatkotutkimushaaste.

LÄHTEET

- Aalto, K. & Gothóni, R. 2009. Ihmisen lähellä: hengellisyys hoitotyössä. Lahti: Te-kijät ja Kirkkopalvelut-Kotimaa-yhtiöt Oy/ Kirjapaja.
- Haarala, M., Jääskeläinen, A., Kilpinen, N., Panhelainen, M., Peräkoski, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M & Tauriainen, P. 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Vammala: Tammi.
- Heiskanen, T. & Huttunen, M. 2011. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duode-cim.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.
- Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Keuruu: Edita.
- Heinonen, J. 2006. Työläismies ahdingossa? Helsinki: Yliopistopaino Kustan-nus/Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. p. Helsinki: Kus-tannusosakeyhtiö Tammi.
- Jokinen, A. 2012. Mieskysymys: Miesliike, -työ, -tutkimus ja tasa-arvopolitiikka. Tampere: Juvenes Print.
- Järvensivu, A., Nikkanen, R. & Syrjä, S. 2014. Työelämän sukupolvet. Tampere: Juvenes.
- Kinnunen, P. 2011. Nuoruudesta kohti aikuisuutta: Varhaisaikuisen mielenterveys ja siihen yhteydessä olevat ennakoitavat tekijät. Tampere: Tampereen yliopis-topaino
- Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvin-vointi Suomessa 2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti, Ter-veyden ja hyvinvoinnin laitos 68/2012.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenter-veyshoitotyö. 3.uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- Lehto, J., Kananoja, A., Kokko, S. & Taipale, V. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuolto. Juva: STAKES ja WSOY.
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2011. Psykiatria. 9. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P., & Åstedt-Kurki, P. 2010. Syöpäpotilaan ja perheenjäsenen tukeminen sairaalassa: tuen tarpeen tunnistaminen ja tukemisen tavoitteet. Tutkiva hoitotyö. 8 (2). 31-37.
- Mikkola, M. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopisto.
- Mustonen, U., Huurre, T., Kiviruusu O., Berg, N., Aro, H. & Marttunen, M. 2013. Elämänkulku, mielenterveys ja hyvinvointi: Seurantatutkimus 16-vuotiaista tamperelaisnuorista 22-, 32- ja 42-vuotiaina (TAM-projekti). Tampere: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavana: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114509/URN_ISBN_978-952-245-962-6.pdf?sequence=1
- Nurmi, J-E., Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. 2014. Ihmisen psykologinen kehitys. 5. uud. p. Juva: PS-kustannus.
- Nurmiranta, H., Leppämäki, P. & Horppu, S. 2009. Kehityopsykologiaa lapsuudesta vanhuuteen. 1. painos. Hämeenlinna: Tekijät ja Kirkkopalvelut-Kotimaa-Yhtiöt Oy/Kirjapaja.
- Salmelainen, U., Appelqvist-Schmidlechner, K. & Tuulio Henriksson, A. 2015. Depressiosta kärsivien kuntoutustarpeen tunnistaminen ja kuntoutukseen ohjaaminen – kokemuksia AMI-hankkeesta. Työterveyslääkäri. 33 (2), 61-65. Saatavana: http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=tll01326
- Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. Painos. Turku: Juvenes.
- Suomen sairaanhoitajaliitto. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 28.9.1996. [verkkojulkaisu]. Saatavana: <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkojulkaisu]. 2015. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 31.3.2017]. Saatavana: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2015/ksyyt_2015_2016-12-30_tie_001_fi.html
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Työssäkäynti [verkkojulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 23.8.2016]. Saatavana: <http://www.stat.fi/til/tyokay/kas.html>

- Talala, K., 2013. Psychological distress in Finland 1979–2003: Overall trends, socio-economic differences, and contribution to cause-specific mortality inequalities. Tampere: Author and National Institute for Health and Welfare. Saatavana: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104446/URN_ISBN_978-952-245-860-5.pdf?sequence=1
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2015. Mielenterveyden edistäminen: Työikäisen mielenterveys. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/tyoikaisten-mielenterveys>
- Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuomi J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5.Uudistettu Painos. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuisku, K. & Rossi, H. 2010. Masennuksen ehkäisy ja hoito: työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon. Sastamala: Työterveyslaitos.
- Valtioneuvoston kanslia. 2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Edita Prima. Saatavana: http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDIS-TETTY_netiti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82
- Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3.Uudistettu Painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä: Vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Tekijät ja Kotimaayhtiöt Oy/Kirjapaja.
- WHO:n raportti. 2015. Itsemurhien ehkäisy: Globaali velvollisuus. Suomen mielen-terveysseura. WHO:n alkuperäinen julkaisu: Preventing Suicide – A Global Imperative, 2014. https://www.surunauha.net/wp-content/uploads/who_itsemurhien_ehkaisy_globaali_velvollisuus.pdf

KIRJALLISUUSKATSAUKSEN LÄHTEET

- Alanen, E. 2013. Neitseellistä masennusta etsimässä: Depressiohoitajana terveyskeskuksessa. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu- tutkielma. Julkaisematon.
- Kettunen, T. 2010. Maskuliinisuus miesten terveystieteissä. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu- tutkielma. Julkaisematon.
- Kohonen, M., Kylmä, J., Juvakka, T., & Pietilä, A-M. 2007. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät- metasynteesi. *Hoitotiede* 19 (2), 63-75.
- Kirkpatrick, H., Landeen, J., Woodside, H. & Byrne, C. 2001. How people with schizophrenia build their hope. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 39 (1), 46-55.
- Landeen, J., Pawlick, J., Woodside, H., Kirkpatrick, H., Byrne, C. 2000. Hope, quality of life, and symptom severity in individuals with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 23 (4), 364-369.
- McCann TV. 2002. Uncovering hope with clients who have psychotic illness. *Journal of Holistic Nursing* 20 (1), 81-99.
- Piikkilä, E. 2012. Masennus parisuhteessa puolison kokemana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu- tutkielma. Julkaisematon.
- Stengård, E., Appelqvist-Schmidlechner, K., Upanne, M., Haarakangas, T., Parkkola, K., & Henriksson, M. 2008. Time out! Elämä raiteilleen: Nuorten miesten psykososiaalisen tukiohjelman vaikuttavuus ja hyöty. Jyväskylä: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

LIITTEET

Liite 1. Tiedonhakutaulukko

Liite 2. Esimerkki sisällönanalyysistä

Liite 3. Tutkimustalukko

LIITE 1 Tiedonhaku taulukko

Tietokanta	Hakulauseke	Tulok- sia yh- teensä	Ot- sikko, valitut	Tiivis- telmä, valitut	Lopullinen valinta
Medic Rajaukset: vuodet 2007-2017	masen* AND mie* AND tuk*	45	7	3	0
Medic Rajaukset: vuodet 2007-2017	mies AND masen* AND emotionaal* tuk*	1	0	0	0
Medic Rajaukset: vuodet 2007-2017	sukupuol* AND masen* AND tuk*	8	4	2	0
Medic Rajaukset: vuodet 2007-2017	masen* työik* AND mie* mies* AND tuk* tukem* ohja*	78	23	5	1
Medic Rajaukset: vuodet 2007-2017	masen* masent* sukupuo* mies* AND hoitoty* ohjau* tuki* tuke*	306	10	6	2
Medic Rajaukset: vuodet 2007-2017	tukeminen* tuki* tuk* AND mies* AND mielenterv*	8	1	0	0
Medic Rajaukset: vuodet 2007-2017	mies* työik* aikui* AND masennu* masent* AND hoito* ohja* tuk* tuki*	50	4	2	0

Medic Rajaukset: vuodet 2007-2017	mies* mieh* AND ma- sennu*	37	6	2	0
Medic Rajaukset: vuodet 2007-2017	masennu* AND ohja* tuk* tuki* tuke* AND hoitotyö	15	4	2	0
Medic Rajaukset: vuodet 2007-2017	masen* tuk* tuke* ohjau*	118	2	0	0
Medic Rajaukset: vuodet 2007-2017	interpersoonallinen ohjaus AND masennus	14	0	0	0
Medic Rajaukset: vuodet 2007-2017	aleksitymia	4	0	0	0
Medic Rajaukset: vuodet 2007-2017	masennu* AND hoitotyön menetelmä*	97	5	1	1
Medic Rajaukset: vuodet 2007-2017	toivo* AND hoitotyö*	17	1	1	1
Medic Rajaukset: vuodet 2007-2017	depressio AND hoitotyö	15	3	1	1
CINAHL Rajaukset: vuodet 2007-2017	depression in males AND support	69	9	2	0

CINAHL Rajaukset: vuodet 2007-2017	men AND depression AND emotional support	33	6	3	0
CINAHL Rajaukset: vuodet 2007-2017	depression in men AND support AND healthcare	4	2	1	0
CINAHL Rajaukset: vuodet 2007-2017	depression in men AND treatment for depression	80	3	1	0
CINAHL Rajaukset: vuodet 2007-2017, full text	depression in men AND support	27	5	0	0
CINAHL Rajaukset: vuodet 2007-2017	support* AND depression* AND men	545	12	3	0
CINAHL Rajaukset: vuodet 2007-2017	support* AND depressed*	713	10	2	0
CINAHL Rajaukset: vuodet 2007-2017	depressed* AND patient* AND emotional support	15	1	0	0
CINAHL	depressed* AND patient* AND support* emotional*	16	2	0	0

Rajaukset: vuodet 2007-2017					
CINAHL Rajaukset: vuodet 2007-2017	emotional AND support AND depressed AND patient	44	3	1	0
PubMed Rajaukset: 5 viimeistä vuotta, ihmisiin kohdistuvat tutkimukset	depressed* man* AND support*	348	15	3	0
PubMed Rajaukset: 5 viimeistä vuotta, ihmisiin kohdistuvat tutkimukset	emotional* support* depressed* patient*	57	3	1	0
PubMed Rajaukset: 5 viimeistä vuotta, ihmisiin kohdistuvat tutkimukset	supporting* depressed* man*	8	0	0	0
Yhteensä:		2772	231	42	6

LIITE 2 Esimerkki sisällönanalyysistä

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Tukiohjelman hyödyistä kysyttäessä päällimmäiseksi asiakkaiden kommentteissa nousi mahdollisuus keskustella ja puhua henkilökohtaisista asioista. (Stengård ym. 2008,74.)	Henkilökohtaisista asioista keskustelemisen mahdollistaminen	Keskusteluavun tarjoamista	Keskustelumahdollisuuden tarjoamista	Emotionaalinen tukeminen
Asiakkaalle tarjottiin tämän lisäksi keskustelu- ja kuunteluapua ajankohtaisessa kriisissä, häntä rohkaistiin harjoittelemaan sosiaalisia taitoja sekä tuettiin sopeutumista uudelle paikkakunnalle. (Stengård ym. 2008, 65.)	Keskusteluavun tarjoamista ajankohtaisessa kriisissä			
Depressiohoitajat kuvasivat keskusteluja terapeuttisiksi keskusteluiksi ihmisen elämäntilanteesta. Keskusteluissa tuotiin esille toivon ylläpitämistä, että ihmisellä on mahdollisuus toipua. Oli tärkeää kannatella ihmistä, koska kun ihminen sairastuu, niin on raskasta viettää yksikin päivä. (Alanen 2013, 25.)	Terapeuttista keskustelua ihmisen elämäntilanteesta	Terapeuttisen keskustelun mahdollistamista		

LIITE 3 Tutkimustaulukko

Tutkimus, tekijät, maa ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineiston keruu	Tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
Time out! Aikalisä! Elämä raiteilleen- Nuorten miesten psykososiaalisen tukiohjelman vaikuttavuus ja hyöty Stengård, E., Appelqvist-Schmidlechner, K., Upanne, M., Haarakangas, T., Parkkola, K., & Henriks-son, M. Suomi, 2008	Kehittää psyko- sosiaalisen tuen järjestelmää, ase- velvollisuus-ikäis- ten miesten syr- jäytymisen ehkäi- semiseksi, sekä selvittää nuorten miesten elämänti- lannetta ja psyko- sosiaalista hyvin- vointia.	Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla, haastatteluilla sekä rekisteritie- tojen avulla. Ai- neiston keruu to- teutettiin Helsin- gin sotilasläänin kutsunnoissa, Vantaalla ja Hel- singissä. Osallistu- jia 356.	Sisällön ana- lyysi.	Tukiohjelman vaikutus nuorten miesten psyko- sosiaaliseen hyvinvointiin huomattava. Interven- tiöryhmässä olleiden miesten kuormittunei- suus väheni verrattuna vertailuryhmän miehiin. Interviöryhmän mies- ten tyytyväisyys parisuh- teeseen säilyi, kun vertai- luryhmässä se heikkeni. 67% arvioi tukiohjelmasta olleen jonkinlaista hyö- tyä, ja 56% arvioi elämäti- lanteensa parantuneen tukiohjelman ansiosta.
”Neitseellistä ma- sennusta etsi- mässä”- Depres- siohoitajana ter- veyskeskuksessa Alanen, E. Suomi, 2013	Depressiohoitajan työn kuvaaminen sekä masentu- neen potilaiden hoitotyön kehittä- minen.	Depressiohoita- jien kirjoittamat esseet ja teema- haastattelut. Es- seitä oli 15.	Induktiivinen si- sällönanalyysi	Depressiohoitajan moni- ulotteinen rooli masen- tuneen potilaan hoito- työssä korostui sekä lisä- resurssien tarve hoitajien jaksamisen turvaamiseksi tuli vahvasti esille.
Masennus parisuh- teessa puolison ko- kema Piikkilä, E. Suomi, 2012	Kuvata, miten puoliso kokee pa- risuhteessa elämi- sen silloin, kun toinen puoliso on masentunut.	Teemahaastatte- lut, jotka kerättiin masentuneiden miesten puoli- soilta. Tutkimuk- sessa seitsemän osallistujaa.	Laadullinen si- sällönanalyysi	Vaimojen rooli miehen masennuksesta johtuvien muutosten havainnoitsi- jana korostui. Masennuk- sen koettiin uhkaavan pa- risuhdetta, omaa ter- veyttä sekä perheen hy- vinvointia.
Maskuliinisuus miesten terveyspu- heessa Kettunen, T. Suomi, 2010	Kuvata maskuliini- suuden ilmene- mistä miesten ter- veyspuheessa, terveyteen liitty- vissä neuvontati- lanteis-sa.	Videoidut ter- veyshuone- käynnit. Tutki- mukseen valittiin viiden miehen vi- deoidut käynnit.	Deduktiivinen ja induktiivinen si- sällönanalyysi	Miehen tarve pärjätä yk- sin ja päättää itse ter- veyteensä liittyvät ratkai- sut. Toisaalta miehet myös asettuivat ulkoa oh- jaittaviksi ja tarvitsivat pe- rusteltuja syitä terveys- käyttäytymisensä muut- tamiseen.
Toivoa vahvistavat hoitotyön menetel- mät- metasynteesi	Muodostaa meta- synteesi asiakkaan toivoa vahvista- vista hoitotyön menetelmistä.	Aineiston haku CINAHL- sekä PubMed- tieto-	Induktiivinen si- sällönanalyysi.	Toivoa vahvistaviksi hoi- totyön auttamismenetel- miksi muodostui luotta- muksellisen hoitosuheen rakentaminen, keskustelu

<p>Korhonen, M., Kylmä, J., Juvakka, T., Pietilä, A-M.</p> <p>Suomi, 2007</p>		<p>kannoista. Vali- tuksi tuli 47 jul- kaisua.</p>		<p>potilaan kanssa, asiakas- keskeinen työskentely, potilaan sekä läheisten toivon aktiivinen tukemi- nen, tiedonsaannin tur- vaaminen, potilaan hen- gellinen tukeminen, poti- laan omien voimavarojen tukeminen, potilaan pel- kojen vähentäminen, aut- taminen tulevaisuuteen ja tavoitteisiin suuntaami- sessa, sairauden hoitami- nen, potilaan ja läheisten tukeminen ja tukeminen sairauden tuomiin elä- mänmuutoksiin sopeutu- misessa sekä vertaistuen järjestäminen.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------