

DEPRESSION TUNNISTAMINEN, HOITO JA KUNTOUTUS – HOITOTYÖN  
LEHTIEN KERTOMAA

Lasse Kauppi ja Esa Poikolainen  
Opinnäytetyö, kevät 2011  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Diak Pohjoinen, Oulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Kauppi, Lasse, Poikolainen, Esa. Depression tunnistaminen, hoito ja kuntoutus – Hoitotyön lehtien kertomaa. Oulu, kevät 2011. 42 s. 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Pohjoinen Oulu. Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto; sairaanhoitaja (AMK)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, mitä kotimaisissa ammattilehdissä kerrotaan depression tunnistamisesta ja hoidosta. Analysoitava aineisto kerättiin Sairaanhoitaja- ja Tehy-lehdistä vuosilta 2008 ja 2009 sekä Hoitotiede- ja Tutkiva Hoitotyö -lehdistä vuosilta 2005-2009. Analysoitavaksi aineistoksi muodostui 20 artikkelia. Analyysimenetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta.

Opinnäytetyön tuloksissa korostui depressiopotilaan lääkehoidon, terapioiden, ammattilaisten tarjoaman keskusteluavun, potilaan kokonaisvaltaisen ja moniammatillisen hoidon osuus hoidossa. Depressiopotilaan hoitopolku tunnistamisesta kuntoutukseen tulisi toteutua potilaan lähipiirin antaman sosiaalisen tuen ja moniammatillisen yhteistyön välillä. Erityisen tärkeää depression hoidossa on varhainen sairauden tunnistaminen ja oikea-aikainen hoito. Depression tunnistamisen ja hoidon kehittäminen vaatii mielenterveystyön rakenteiden muutoksia sekä koulutuksen ja tutkimustyön kehittämistä. Sairaanhoitajalla on oltava ajantasaista asiantuntemusta depressiosta ja taito ammatilliseen depressiopotilaan tukemiseen. Sosiaalisen tuen merkitys depression hoidossa ja ennaltaehkäisyssä sekä perheiden tukeminen ja osallistuminen potilaan hoitoon ovat keskeisiä tekijöitä kokonaisvaltaisessa depressiopotilaan hoidossa.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan päätellä, että depression tunnistamisessa tulee keskittyä enemmän varhaisen tunnistamisen menetelmiin. Depression hoidossa tulee keskittyä enemmän perheiden hoitoon mukaan ottoon ja potilaan sosiaaliseen tukemiseen.

Asiasanat: depressio, masennus, depression tunnistaminen, mielenterveystyö,  
kirjallisuuskatsaus, sosiaalinen tuki

## ABSTRACT

Kauppi, Lasse, Poikolainen, Esa. The recognition, treatment and rehabilitation of depression – According to journals of nursing. Oulu, spring 2011. 42 p., 2 appendices. Language: Finnish. Diaconia University of Applied Sciences, Diak Oulu. Degree programme in Nursing. Degree: Registered nurse.

The purpose of this thesis was to describe what Finnish journals of nursing write about recognition and treatment of depression. The material was gleaned from Finnish journals of nursing called *Sairaanhoitaja* and *Tehy* from 2008 to 2009 and *Hoitotiede* and *Tutkiva Hoitotyö* from 2005 to 2009. The data consisted of twenty articles. The data was analyzed by using content analysis.

In the findings came up the meaning of medical treatment, therapies, conversational therapy offered by caring professionals as well as comprehensive and multiprofessional care. From recognition to rehabilitation, the treatment of depression should occur between the social support offered by the circle of acquaintances and multiprofessional teamwork. In the treatment early recognition and well-timed treatment are especially important. The development of recognition and treatment of depression requires changes in the structures of mental health work as well as perfecting the education and research. A nurse must have up-to-date expertise on depression and they must know how to professionally support depressed patients. The meaning of social support and prevention as well as supporting and bringing in families are essential factors in the treatment of depression.

From the outcome it can be concluded that in the recognition of depression practitioners should concentrate more on the methods of early intervention. Attention should be paid to bringing in families and social support in the treatment of depression.

Keywords: depression, recognition of depression, mental health work, literature review, social support



## SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ .....	2
ABSTRACT.....	4
1 JOHDANTO .....	8
2 MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN .....	9
2.1 Mielenterveystyö ja sen kehittäminen.....	9
2.2 Edistävä ja ehkäisevä mielenterveystyö.....	10
3 DEPRESSIO KANSANSAIRAUTENA .....	11
3.1 Masennus ja depressio.....	11
3.2 Depressio eri ikäryhmillä .....	13
3.3 Depression tunnistaminen .....	15
3.4 Varhainen puuttuminen.....	17
3.5 Depression hoidon kolmiomalli .....	17
3.6 Depression vaikutus toiminta- ja työkykyyn sekä kansantalouteen.....	18
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	19
4.1 Opinnäytetyön tavoite, tutkimuskysymykset ja tarkoitus .....	19
4.2 Aineiston keruu .....	20
4.3 Aineiston analyysi.....	20
5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	23
5.1 Depression hoito hoitotyön ammattilehdissä .....	23
5.2 Depression tunnistamisen, hoidon ja kuntoutuksen haasteet hoitotyön ammattilehdissä .....	26
6 POHDINTA .....	29

6.1 Opinnäytetyön luotettavuus .....	29
6.2 Opinnäytetyön eettisyys .....	30
6.3 Opinnäytetyön johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	31
LÄHTEET .....	33
LIITTEET .....	36
LIITE 1. Taulukko analysoitavista artikkeleista .....	36
LIITE 2: Taulukko aiemmista tutkimuksista .....	44

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen koska depressio on yleinen kansantauti, johon kuitenkin vain pieni osa sairastavista hakee ja saa apua. Depressiota sairastavat niin lapset, nuoret, työkäiset kuin vanhuksetkin. Depressiota sairastavat eivät yleensä suoraan ilmaise masentuneisuuttaan, vaan saapuvat vastaanotolle jonkin muun, yleensä somaattisen vaivan vuoksi. Tämän vuoksi olisi tärkeää, että jokainen sairaanhoitaja osaisi tunnistaa depressioon mahdollisesti vaikuttavia riskitekijöitä. Perusterveydenhuoltoon varten on suunniteltu useita depression tunnistamiseen käytettäviä välineitä, mutta niiden käyttö on vähäistä eikä somaattisten oireiden taustalla mahdollisesti piilevää depressiota tunnisteta.

Tässä opinnäytetyössä kuvattiin millaista tietoa hoitotyön ammattilehdet välittävät depressiosta ja sen tunnistamisesta, hoidosta sekä ohjauksesta. Opinnäytetyötä varten haettiin depressiota käsittelevät artikkelit seuraavista vuosina 2008 ja 2009 ilmestyneistä hoitotyön ammattilehdistä: Hoitotiede, Tutkiva hoitotyö, Sairaanhoitaja ja Tehy. Hoitotiede- ja Tutkiva hoitotyö –lehdistä haettiin artikkeleita lisäksi vuosilta 2005-2007. Nämä lehdet valittiin, koska niiden sisältö on suunnattu kaikille sairaanhoitajille. Tässä opinnäytetyössä kuvattiin mitä depression tunnistamisesta, hoidosta ja ohjauksesta edellä mainituissa ammattilehdissä on viime vuosina kirjoitettu ja millaista keskustelua depressiosta käydään. Kyseisten lehtien artikkeleiden sisältöä analysoimalla pyrittiin kuvaamaan millaisia valmiuksia lehtien artikkelit tarjoavat depressiopotilaan tunnistamiseen, hoitamiseen ja ohjaamiseen. Opinnäytetyöstä saadun tiedon avulla voidaan kehittää mielenterveystyötä ja sen yhä parempaa toteuttamista perusterveydenhuollossa.



## 2 MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN

### 2.1 Mielen terveystyö ja sen kehittäminen

Mielen terveystyöllä tarkoitetaan kaikkea työtä joka edistää psyykkistä hyvinvointia, toimintakykyä ja persoonallisuuden kasvua sekä ehkäisee, parantaa ja hoitaa mielen terveysthäiriöitä ja mielisairauksia. Väestön elinolojen kehittäminen mielen terveystyötä ja mielen terveystpalvelujen järjestämistä tukevaksi on myös mielen terveysttyötä. Mielen terveysttyöhön sisältyy myös mielen terveystpalvelut eli mielen terveysthäiriöistä kärsiville tarkoitettut sosiaali- ja terveystpalvelut. Mielen terveystpalvelut tulisi ensisijaisesti järjestää avopalveluina ja siten, että järjestelmä tukisi oma-aloitteista hoitoon hakeutumista. (Mielen terveystlaki 1990.)

Mielen terveystden edistämisen kannalta keskeistä on kiinnittää huomiota mielen terveystteen kansakunnan, kuntien, perheiden ja yksilöiden voimavarana ja arvona. Mielen terveysttyö tulee nostaa tärkeäksi osaksi kansanterveysttyötä ja psykiatrasta hoitoa tulee kehittää kiinteäksi osaksi ammatillisesti pätevää erikoissairaanhoidoa. Mielen terveystden erilaiset häiriöt muodostavat elämänlaatua, terveysttyä ja toimintakykyä rajoittavan terveystshaasteen kaikenikäisille. Keskeisiä näyttöön perustuvia mielen terveysttyä edistäviä menetelmiä ovat muun muassa ravitsemuksen parantaminen, yhteisöllisten verkostojen parantaminen, päihteiden väärinkäytön vähentäminen, väkivallan ehkäisy, kouluviihtyvyyden lisääminen, koulujen mielen terveystsohjelmat, työttömyyden haittojen vähentäminen, työstressin vähentäminen ja vanhusten mielen terveysttyä edistävät ohjelmat. (Heikkinen ym. 2007, 30-32.)

Yksi keskeisin mielen terveysttyön haaste on psyykkisen stressin ja masennuksen ehkäisy. Pitkään jatkunut masennus laskee toiminta- ja työkykyä ja sairaus uusiutuu helposti. Tämän vuoksi masennuksen oireiden ja riskitekijöiden tunnistaminen varhaisessa vaiheessa on erityisen tärkeää. Varhainen masennuksen tunnistaminen edellyttää terveystdenhoitohenkilökunnalta parempia valmiuksia tunnistaa masennus. (Nordling 2010, s.

26.)

## 2.2 Edistävä ja ehkäisevä mielenterveystyö

Mielenterveyden edistämässä tavoitteena on vaikuttaa mielenterveyttä määritteleviin tekijöihin. Kaikessa terveyden edistämässä tulee ottaa huomioon myös mielenterveyden edistäminen, sillä depressio ja muut mielenterveyden häiriöt ovat riski- ja taustatekijöitä somaattisille sairauksille. Yksilölle mielenterveyden edistäminen tarkoittaa tämän voimavarojen parantamista, arjessa ja kriisitilanteissa tarvittavien selviytymistaitojen kehittämistä ja psykososiaalisen kehityksen tukemista. Yhteisössä mielenterveyden edistämisen tulee näkyä muun muassa työpaikoilla ja kouluissa, joiden toiminnalla voidaan varmistaa tai ainakin mahdollistaa hyvien sosiaalisten verkostojen syntymistä ja yhteenkuuluvuuden tunnetta. Toisin sanoen, yhteisöjen tarkoitus on tukea yksilöä niin, että ympäristö estää syrjäytymistä ja muita mahdollisia yhteiskunnassa piileviä mielenterveyden häiriöille altistavia tekijöitä. Tällaisia tekijöitä voisi olla esimerkiksi koulujärjestelmän tai työelämän asettamat suorituspainheet yksilöä kohtaan. (Nordling 2010, 24-25.)

Mielenterveyden edistämässä ehkäisevä toiminta voidaan jakaa universaaliin, valikoituun ja kohdennettuun ehkäisyyn. Universaalissa ehkäisyssä toiminta kohdennetaan koko väestöön. Valikoidussa ehkäisyssä toiminta kohdistetaan yksilöihin tai yhteisöihin, joilla on havaittu korkea riski sairastua mielenterveyden häiriöihin. Kohdennettu ehkäisy kohdistuu korkean riskin yksilöihin, joilla on jo havaittu selvä mielenterveyden häiriön merkkejä. Ehkäiseviä ja edistäviä mielenterveystyön toimintamalleja on listattu monia. Tällaisia ovat muun muassa mielenterveyden ensiapukurssit, työttömille järjestetyt tukiryhmät, erityisesti vanhusten parissa tehtävä vapaaehtoistyö, kiusaamisen vähentämiseen keskittyvät ohjelmat ja perheille suunnatut tukiryhmät. (Nordling 2010, 25.)

### 3 DEPRESSIO KANSANSAIRAUTENA

#### 3.1 Masennus ja depressio

Depressio on merkittävä kansanterveydellinen ongelma, josta kärsii joka viides suomalainen jossain vaiheessa elämänsä aikana. Depressio ei ole sama asia kuin ohi menevä suru tai alakuloisuus, jota lähes kaikki elämänsä aikana jossain vaiheessa potevat. (Melartin & Vuorilehto 2009, 29.) Käsitteellä masennus voidaan tarkoittaa useita eri asioita. Masennus voi tarkoittaa hetkellistä masentunutta tunnetilaa, joka liittyy esimerkiksi menetyksen tai pettymyksen kokemuksiin. Tällaiset ovat yleensä ohimeneviä tunnetiloja. Masennuksella voidaan tarkoittaa myös masentunutta mielialaa, joka tarkoittaa pitkään jatkunutta alavireisyyttä. Pidempään jatkunut alavireisyys voi kestää päiviä, viikkoja, kuukausia tai jopa vuosia. (Heikkinen, Henriksson, Lönnqvist, Marttunen & Partonen 2007, 157-159.) Depressioksi ei luokitella tilaa, jossa oireet johtuvat surureaktiosta ellei oireilu jatku epätavallisen kauan tai ole erityisen vaikeaa. Varsinainen sairaudeksi määriteltävä depressio on tila, jota on kuvattu apeuden, alavireisyyden ja toivottomuuden tilaksi. Depressio häiritsee jokapäiväisestä elämästä suoriutumista ja ihmissuhteita. Depressioon sairastumisen on arveltu johtuvan useiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Näitä tekijöitä voivat olla esimerkiksi lapsuuden kaltoinkohtelu, turvattomuus, stressi, läheisten menetys ja pitkäaikainen somaattinen sairaus. (Melartin & Vuorilehto 2009, 29.)

Depressiolla tarkoitetaan masennusoireyhtymää, joka luokitellaan mielialahäiriöiden yhdeksi alaryhmäksi. Depressiosta kärsivällä alavireisyyden lisäksi voidaan todeta seuraavia oireita: mielihyvän menetys, uupumus, itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys, kohtuuton itsekritiikki, perusteeton syyllisyyden tunne, itsetuhoiset ajatukset ja itsetuhoinen käytös, kuolemaan liittyvät ajatukset, päättämättömyyden tunne, keskittymiskyvyttömyys, psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys, unihäiriöt sekä ruokahalun ja painon muutokset. (Heikkinen ym. 2007, 157-159.)

Jotta depressiota voidaan hoitaa, on tärkeää tunnistaa masennustila, arvioida depression vaikeusaste ja erottaa ensimmäinen masennustila toistuvasta depressiosta. ICD-10–tautiluokituksessa depression keskeisimmät muodot jaetaan masennustilaan (F32) ja toistuvaan masennukseen (F33). Depressio voidaan luokitella lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan depressioon. Luokituksessa käytetään ICD-10–tautiluokituksen mukaisia oirekriteereitä. Keskeisimmät hoitomuodot depression akuuttihoitossa ovat masennuslääkkeet ja psykoterapia. Näiden hoitojen on todettu olevan yhtä tehokkaita lievässä ja keskivaikeassa depressiossa ja niitä käytetään joko yhtäaikaisesti tai vaihtoehtoisina. Vaikeammissa masennustiloissa käytetään yleensä sekä lääkehoitoa että psykoterapiaa. Psykoositasoisessa depressiossa käytetään muiden hoitojen lisäksi myös psykoosilääkitystä. Depressiolla on korkea uusimisriski. Tämän vuoksi depression seuranta toipumisvaiheessa on tärkeää. Masennuslääkkeitä voidaan käyttää pitkäaikaisesti masennusjaksoja ehkäisevänä lääkityksenä. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon piiriin tulisi toimittaa potilaat jotka potevat vaikeaa, psykoottista tai monihäiriöistä depressiota. Myös itsetuhoiset depressiopotilaat sekä depressiopotilaat, joiden hoidolla on huono vaste, tulisi hoitaa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. (Käypä hoito –suositus 2010.)

Käypä hoito –suosituksen mukaan perusterveydenhuollon psykiatrissa konsultaatiota tulee kehittää ja perusterveydenhuoltoon tarvitaan depressiohoitajia depressiopotilaiden opastukseen, seurantaan ja psykososiaaliseen tukemiseen. Hyvä depression hoito on monialaista yhteistyötä. Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Mieli 2009) suositellaan depressiohoitajatyömallia kaikkiiin Suomen terveyskeskuksiin. Mallissa on tarkoituksena, että potilaan hoitoon perusterveydenhuollossa osallistuu depressiohoitaja, omalääkäri ja psykiatri. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Depressiohoitajamalli antaa mahdollisuuden käyttää enemmän aikaa potilaan hoitoon ja psykososiaaliseen tukeen, sekä auttaa potilasta sitoutumaan hoitoon yhä paremmin. (Käypä hoito –suositus 2010.)

### 3.2 Depressio eri ikäryhmillä

Depressio on kaiken ikäisten sairaus, sitä esiintyy niin lapsilla ja nuorilla kuin työikäisillä ja vanhuksillakin. Perusterveydenhuollon potilaista noin joka kymmenennen arvioidaan potevan depressiota. Hoitoon hakeutuu kuitenkin vain pieni osa depressiota sairastavista. Hoitoon hakeutuminen on sitä yleisempää mitä vaikeammin oireileva depressio on. Vuoden aikana noin viisi prosenttia suomalaisista sairastaa depression ja se on naisilla 1,5-2 kertaa yleisempää kuin miehillä. (Käypä hoito –suositus 2010.) Euroopassa depressiota ilmenee 8,56 prosentilla väestöstä. Eurooppalaisilla naisilla depression esiintyvyys on 10,05 prosenttia ja miehillä 6,61% (Ayuoso-Mateos & Vázquez-Barguero 2001).

Kaikkien ikäryhmien masennusoireissa on paljon yhteisiä tekijöitä. Eri ikäryhmien depressioissa on kuitenkin omia erityispiirteistään. Depressiota esiintyy 0,5-2,5 %:lla lapsista ja 15-20 %:lla nuorista (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010). On arvioitu, että 12-13 % vanhuksista potee depressiota (Saarela 2010).

Suurin osa lasten mielenterveyshäiriöistä on tunnistettavissa hyvissä ajoin mutta se edellyttää lapsen normaalin kasvun ja kehityksen tuntemista (Heikkinen ym 2007, 556-557). Keskeisiä syitä lapsen depressioon ovat mm. suuret elämän muutokset, ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat, perheen vuorovaikutusongelmat, kaltoinkohtelu, oppimiseen ja koulunkäyntiin liittyvät ongelmat sekä lapsen tai muun perheenjäsenen pitkäaikaissairaus. Lapsuusiän depressiolle on ominaista ahdistusoireet ja erilaiset somaattiset vaivat. Pienillä lapsilla masennus näkyy ärtyneisyytenä ja alhaisena pettymysten sietokykyinä. Kouluikäisen masennus ilmenee yleensä koulunkäyntivaikeuksina, huonona itsetuntona, toivon puutteena ja itsetuhoisuutena. Lapsen depression hoito toteutetaan perheen kanssa yhteistyössä. Hoidossa pyritään auttamaan perhettä poistamaan depressiota laukaisevia tekijöitä. Alle kaksi kuukautta kestäneet lasten lievät masennustilat hoidetaan pääsääntöisesti perusterveydenhuollossa perhetapaamisilla. Pidemmät ja lievää vaikeammat lapsen masennusjaksot hoidetaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tai muussa mielenterveyspalveluita tarjoavassa yksikössä. Vauvojen ja pienten lasten hoidossa keskeistä on lapsen ja vanhempien välisen vuorovaikutuksen tukeminen. Lapsen pitkäkestoisen tai

vaikean depression hoidon osana voidaan käyttää lääkehoitona fluoksetiinia. (Puura 2010.)

Nuorilla masennuksen tunne on hyvin yleinen ja usein onkin kyse nuoruusikäen ja kasvuun liittyvästä tavasta kokea asioita (Laukkanen 2010). Nuoruusiässä keskeisiä kehitykseen kuuluvia mielenterveydenhäiriöille altistavia riskitekijöitä ovat muun muassa varhainen puberteetti, seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat, koulukiusaaminen, ystävyssuhteissa esiintyvät ongelmat, sosiaalisen tuen puute ja vanhemmuuden ongelmat (Heikkinen ym. 2007, 601). Nuorten masennus voi ilmetä esimerkiksi käytöshäiriöinä tai yltiöpäisenä harrastamisena (Laukkanen 2010). Yleisin masentuneelle nuorelle ominainen oire on ärtyneisyys. Myös nopeita mielialavaihteluja, pitkään kestävää ikävystyneisyyttä ja levottomuutta on pidetty nuorille tunnusomaisina masennusoireina. Monet tutkimukset ovat osoittaneet itsemurha-ajatusten ja -yritysten olevan depressiosta kärsivillä nuorilla yleisempää kuin aikuisilla. (Heikkinen ym. 2007, 601.) Nuorten lievät depressiot hoidetaan perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollossa hoidoksi tarjotaan lähinnä keskusteluaikoja. Tarvittaessa hoidoksi voidaan kokeilla nukahtamislääkkeitä tai erittäin lyhyinä jaksoina ahdistuneisuushäiriöihin käytettäviä lääkkeitä. Mikäli depressio jatkuu pitkään, todetaan vakavan depression merkkejä tai itsetuhoisuutta, tulee nuori ohjata nuorisopsykiatriseen erikoissairaanhoidon. Vakavan depression diagnostiikka ja hoito kuuluvat erikoissairaanhoidon, missä hoitona ensisijaisesti käytetään erilaisia psykoterapeuttisia menetelmiä yhdistettynä lääkehoitoon. Lääkehoitona nuorille käytetään selektiivisiä serotoniinin takaisinoton estäjiä (SSRI), erityisesti vakavien masennustilojen hoidossa. Joissain tapauksissa lääkityksenä tarpeen mukaan voidaan käyttää myös psykoosilääkitystä. Masennuslääkehoidon seuranta nuorilla tulee toteuttaa tiiviissä seurannassa, sillä itsetuhoisen käyttäytyminen saattaa lisääntyä erityisesti lääkehoidon alkuvaiheessa. (Laukkanen 2010.)

Vanhusten depressio on huomattava kansanterveydellinen ja -taloudellinen ongelma. Vanhusten depression tunnistaminen ja hoito on puutteellista. Jopa 17-30 % lääkärin vastaanotolle hankkiutuvista vanhuksista potee masennusta. Masennus on yleistä myös sairaala- tai pitkäaikaishoidossa olevilla, somaattisesti sairailta ja heikentyneestä toimintakyvystä kärsivillä vanhuksilla. Muita vanhuksen depressioon altistavia tekijöitä ovat

aiemmin sairastettu depressiivinen häiriö, perheenjäsenten ja läheisten menetykset sekä vaikeudet sopeutua ikääntymisen tuomiin elämän muutoksiin. (Saarela 2010.) Tyypillisiä vanhuksen depression oireita on somaattisista oireista puhuminen, ruokahalun väheneminen ja painon lasku, psykomotorinen kiihtyneisyys tai estyneisyys sekä itsetuhoisuus (Heikkinen ym. 2007, 637). Vanhusten depression hoito toteutetaan ensisijaisesti perusterveydenhuollossa. Vanhuksen depression hoidossa on oleellista kartoittaa sosiaalinen verkosto ja elämäntilanne. Hoidon vastetta tulee seurata tiiviisti. Kognitiivisen psykoterapian vaikuttavuudesta on näyttöä vanhuksen depression hoidossa. Psykoterapian käyttö edellyttää, että potilas on motivoitunut hoitoon. Vanhusten depression hoidossa käytetään myös lääkettä – SSRI-lääkkeet ja MAO-A-estäjät, eli monoamiinioksidaasiestäjät ovat vanhuksilla käytettyjä lääkkeitä, kun taas trisyklisiä masennuslääkkeitä ei suositella niiden voimakkaiden antikolinergisten vaikutusten vuoksi. (Saarela 2010.) Parhaimmat tulokset iäkkäiden depression hoidossa saadaan kuitenkin sähköhoidolla. Hoitomuoto on turvallinen ja toivottuun hoitotulokseen päästään noin 90 %:ssa tapauksista. Sähköhoito on keskeinen hoitomuoto erityisesti vakavan masennuksen hoidossa ja masennuksessa, johon liittyy mielialan laskun mukaisia harhaluuloja tai itsetuhoista käyttäytymistä. (Heikkinen ym. 2007, 642.)

### 3.3 Depression tunnistaminen

Jopa puolet mielenterveyden häiriöistä jää tunnistamatta perusterveydenhuollossa (Heikkinen ym. 2007, 676-677). Suurin osa depressiota potevista ei saa sairauteensa hoitoa Suomessa ja sama tilanne pätee myös muissa maissa. Syytä tähän ei tunneta toistaiseksi kovin hyvin. (Aguilar-Gaxiola ym. 2004.) Perusterveydenhuollossa työskentelevien sairaanhoitajien mukaan vastaanotolla käy paljon potilaita, jotka potevat mielenterveyden ongelmia. Potilaat kuitenkin ensisijaisesti tuovat esiin fyysisiä oireita, joiden tutkimiseen hoitajat pääasiassa keskittyvät. Yleisin hoitajien mainitsemana potilaan oire oli unihäiriöt. Depression kliinisesti diagnostisoinnissa keskeiset oireet, mielialan laskun tai elämänilon ja mielihyvän tunteen vähenemisen mainitsi vain neljännes vastanneista. Koska psyykkiseen vointiin liittyviä ongelmia ei yleensä tuoda ilmi, kokevat hoitajat niihin puuttumisen

vaikeaksi. (Kokko 1999, 78.)

Depression tunnistamiseen perusterveydenhuollossa suositellaan kohdennettua seulontaa. Kohdennetulla seulonnalla tarkoitetaan seulontaa, joka kohdennetaan niihin ryhmiin joissa depression ilmaantuminen on kaikkein todennäköisintä. Näitä ryhmiä ovat mm. sosiaalisesti moniongelmaiset, epäselvistä somaattisista oireista kärsivät, kroonisista sairauksista tai kiputiloista kärsivät, pitkäaikaistyöttömät, työuupumusta kärsivät ja terveystalvelujen suurkuluttajat, vasta synnyttäneet naiset, päihteiden väärinkäyttäjät sekä muista mielenterveyshäiriöistä kärsivät. Seulonnasta on hyötyä jos käytössä on toimiva depression hoitomalli ja erikoislääkärin konsultaatiomahdollisuus. Myös hoidon tehoa ja potilaan hoitomyöntyvyyttä tulee seurata hoidon eri vaiheissa. Varhaisella depressioon puuttumisella voidaan vähentää sen esiintyvyyttä. (Käypä hoito –suositus 2010.)

Depression tunnistamisen tueksi on kehitetty useita erilaisia seulontamenetelmiä. Yleisimmin käytettyjä seulontamenetelmiä ovat depressioseula DEPS, Beckin depressioasteikko ja Prime MD:n kahden kysymyksen seula (Käypä hoito -suositus). Näiden seulontamenetelmien on todettu parantavan vakavan depression tunnistamista 10-47% (Burchell, Gaynes, Lohr, Mulrow, Orleans, Pignone & Rushton 2002). Seulontamenetelmien käytön on myös todettu lisäävän depressiolääkityksen aloittamista. Pelkällä seulonnalla ei ole kuitenkaan todettu olevan ennustetta parantavaa vaikutusta. (Gilbody, House & Sheldon 2009.)

Sairaanhoitajan osaamiseen kuuluu depression tunnistaminen. Sairaanhoitaja voi työssään käyttää esimerkiksi DEPS- ja BDI-kyselylomakkeita. Myös AUDIT-kyselyn käyttäminen on suositeltua depressiota epäiltäessä, sillä depressioon liittyy usein päihteiden väärinkäyttöä. Sairaanhoitajan tulee ottaa huomioon myös mahdolliset somaattiset syyt, jotka voivat aiheuttaa masentuneisuutta. Sairaanhoitajan tehtäviin depression hoidossa kuuluu omahoitajasuhteessa toimiminen, hoitosuunnitelman tekeminen, lääkehoidon toteutus ja ohjaus sekä potilaan terapeutin tukeminen. (Pulkinen & Vesanen 2010.)



### 3.4 Varhainen puuttuminen

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toiminnassa korostetaan työn suuntaamista varhaiseen puuttumiseen. Toiminnassa korostuu THL:n mukaan avoin yhteistyö palvelun tarjoajan ja palvelunsaajan välillä. Varhainen puuttuminen tarkoittaa toimintaa mahdollisimman varhain, mahdollisimman avoimesti ja mahdollisimman hyvässä yhteistyössä ongelman selvittämiseksi. THL:n tarkoitus on toiminnalla edistää psykososiaalisten palveluiden tarjoajien ja palvelunsaajan avointa yhteistyötä kehittämällä yhteistyömenetelmiä. Voimavarakeskeisiksi THL mainitsee vuoropuheluun perustuvat dialogiset menetelmät ongelmien ratkaisussa. Yhteistyöhön halutaan mukaan asiakkaan lisäksi läheiset ja työntekijät. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.) On todettu, että vähäinen sosiaalinen tuki on yhteydessä masennusoireiluun ja sairauden uusiutumiseen. Tutkimustulokset korostavat perheeltä saatavan tuen merkitystä, ennen kaikkea nuoruusiän masennusoireiden ja ennaltaehkäisyssä. (Ritakallio 2008, 67-83.)

Seurantatutkimuksissa korostuu depression kroonisuus ja toistuvuus, mikä tukee varhaisen puuttumisen tärkeyttä. Puolentoista vuoden aikana vain neljännes potilaista pysyi toipumisen jälkeen oireettomana, kun taas toisella neljänneksellä toipuminen ei käynnistynyt lainkaan. Muut potilaat joko kärsivät depression jäännösoireista tai he sairastuivat uudestaan. (Vuorilehto 2008, 60-77.) Esimerkiksi itsemurhien ehkäisyn kannalta suuren riskin potilaiden itsetuhoiset ajatukset tulisi tunnistaa paremmin depression hoidon yhteydessä (Vuorilehto 2008, 12).

### 3.5 Depression hoidon kolmiomalli

Perusterveydenhuoltoon tarvitaan depressiohoitajia toteuttamaan hoidon seuranta, opastamaan potilasta ja tarjoamaan psykososiaalista tukea. (Käypä Hoito –suositus 2010). Depressiohoitajien on todettu parantavan depression hoidon tuloksellisuutta perusterveydenhuollossa (Isometsä 2009). Depressiohoitaja toimii osana depression hoidon kolmiomallia. Mallin muut osapuolet ovat omalääkäri ja konsultoiva psykiatri.

Depressiohoitaja toteuttaa potilaan oireiden ja taustan kartoittamisen, antaa potilasopetusta ja tarjoaa psykososiaalista tukea. Depressiohoitaja osallistuu myös hoidon ja kuntoutuksen seurantaan sekä koordinoi hoidon ja yhteistyön kolmikannan osapuolien, potilaan ja omaisten kanssa. Depressiohoitajan osaamisalueeseen kuuluu masennuksen ja päihdeongelmien tunnistaminen, depression lääkehoidon peruslinjausten osaaminen, potilaan ja läheisten ohjaaminen, terapeuttisen vuorovaikutuksen ja potilaan tukeminen ja potilaan ohjaaminen palvelujärjestelmien käytössä. (Kilkku, Peräkoski, Tuulari, Vuokila-Oikkonen & Vuorilehto 2010, 2.)

### 3.6 Depression vaikutus toiminta- ja työkykyyn sekä kansantalouteen

Depressio on yleisin yksittäinen työikäisen väestön eläkkeelle siirtymisen lääketieteellinen syy. Vuonna 2007 depressiosta johtuvia sairausjaksoja oli lähes 30 000. Depressio johti noin 4000:n työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen vuonna 2007. Eläkkeelle siirtyneistä yli 2 200 oli naisia ja noin 1 500 miehiä. Kaksi kolmannesta eläkkeelle jääneistä oli yli 50-vuotiaita. Masennuslääkkeiden käyttö on tasaisesti lisääntynyt viime vuosina, jopa kahdeksankertaistunut vuodesta 1990. Depression esiintyvyys ei kuitenkaan ole lisääntynyt, joten lisääntyneestä masennuslääkkeiden käytöstä päätellen voidaan olettaa, että depression tunnistaminen on parantunut. (Heikkinen ym. 2007, 676.) Depressioon liittyy suurentunut kuolleisuus (Heikkinen ym. 2007, 165). Lähes 20% depressiopotilaista on todistettu yrittäneen itsemurhaa, sekä lähes 40% harkinneen sitä vakavasti (Vuorilehto 2008, 60-77). Depressio liittyy kahteen kolmasosaan itsemurhista ja Suomessa kuolee vuosittain 600-700 ihmistä depressioon liittyviin itsemurhiin (Heikkinen ym. 2007, 165). Depressioon liittyy myös lisääntynyt tautikuolleisuus. Depressiosta johtuvia työeläkemenoja oli 410 miljoonaa ja lääkemenoja 110 miljoonaa euroa vuonna 2007. (Lönqvist 2009.)

## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 4.1 Opinnäytetyön tarkoitus, tutkimuskysymykset ja tavoite

Opinnäytetyömme kiinnostuksen kohteena olivat psykiatriseen hoitotyöhön kuuluvan depression hoidon, tunnistamisen ja kuntoutuksen haasteet. Tässä opinnäytetyössä oli tarkoituksena kuvailla mitä hoitoalan ammattilehdissä kerrotaan depression tunnistamisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten hoitotyön ammattilehdet kuvasivat depression hoitoa?
2. Mitä hoitotyön ammattilehdet kuvasivat keskeisimmiksi depression tunnistamisen, hoidon ja kuntoutuksen haasteiksi?

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda kirjallisuuskatsauksen aineistosta esille niitä haasteita, jotka ilmenevät depression tunnistamisessa, hoidossa ja kuntoutuksessa. Tämän pohjalta voidaan tehdä päätelmiä siitä, miten mielenterveystyötä depressiopotilaan hoitopolun aikana voitaisiin kehittää.

## 4.2 Aineiston keruu

Analysoitavaksi aineistoksi muodostui Tehy- ja Sairaanhoidaja-lehdet vuosilta 2008-2009 sekä Hoitotiede- ja Tutkiva Hoitotyö –lehdet vuosilta 2005-2009. Analysoitavia artikkeleita löytyi yhteensä 20. Analysoidut artikkelit on lueteltu liitteessä 1.

Aineisto on täysin julkinen eikä erityisiä lupia aineiston tutkimiseen ja keruuseen tarvittu. Aikaisemmat tutkimukset opinnäytetyön aiheeseen liittyen haettiin tekemällä asiasanahakuja useihin eri Internetistä löytyviin tietokantoihin (CINAHL - CINAHL® the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Cochrane Reviews, FINohta, Annals of Internal Medicine - Clinical Guidelines ja Oulun kaupungin maakuntakirjaston arkisto. Lisäksi aikaisempia tutkimuksia haettiin Oulun, Tampereen ja Helsingin yliopiston kirjastojen tietokannoista. Edelliset tietokannat ovat julkisia, eikä niiden käyttöön tarvittu lupia. Hakusanoina käytettiin ”depression”, ”depression recognition”, ”depression tunnistaminen”, ”depressio perusterveydenhuollossa” ja näiden eri sanamuotoja sekä yhdistelmiä.

Saadun aineiston keruun jälkeen analysoidaan hoitotyön ammattilehdissä kirjoitetut artikkelit silmälläpitäen rajattuja tutkimuskysymyksiä. Aiempiin tutkimuksiin tehtiin kirjallisuuskatsaus, joiden tutkimustuloksia depression tunnistamisesta, hoidosta ja ohjauksesta verrataan lehtikatsauksen sisällönanalyysin tuloksiin. Tutkimusongelmiin analysoinnin jälkeen vastatessa selviää, vastaako sisällönanalyysin tulos aikaisempien tutkimusten tuloksia.

## 4.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyössä käytetään laadullista tutkimusmenetelmää. Laadullisen tutkimuksen tekemistä ohjaavat mitä-, miksi- ja miten-kysymykset ja niillä halutaan tuottaa uutta tietoa tai teoriaa rajatusta aiheesta (Juvakka & Kylmä 2007, 26-31). Laadullisen tutkimuksen perinteeseen kuuluu joukko erilaisia tulkinnallisia tutkimuskäytäntöjä (Denzin & Lincoln

1994, Metsämuuronen, 9). Yksi laadullisen tutkimuksen muodoista on kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsaus tehdään systemaattisen tiedonhaun avulla (Juvakka & Kylmä 2007, 46-47). Menetelmän pohjalta tässä opinnäytetyössä analysoidaan ja tulkitaan aineistoksi saadut 20 artikkelia Sairaanhoitaja-, Tehy-, Tutkiva Hoitotyö - ja Hoitotiede-lehdistä.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuskysymykset saattavat usein tarkentua työn edetessä (Juvakka & Kylmä 2007, 26-31). Näin tapahtui myös tämän opinnäytetyöprosessin aikana. Tutkimuskysymykset muokkautuivat useaan otteeseen ja saivat lopullisen muotonsa aineiston analyysivaiheessa. Aineiston analysoinnin pohjalta halutaan tulevan esiin asioita miksi mielenterveystyön kehittäminen ja depression tunnistaminen, hoito ja kuntoutus ylipäättään ovat tänä päivänä erittäin tärkeitä terveydenhuollon asiakkaille ja mitkä ovat haasteet työn kehittämisessä

Tässä opinnäytetyössä analysointimenetelmänä käytetään sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on systemaattinen analysointimenetelmä, jonka avulla pyritään kuvaamaan analysoitavaa tekstiä (Juvakka & Kylmä 2007, 112). Sisällönanalyysissä muodostetaan malleja, joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan esittää tiivistetyssä muodossa. Analyysi alkaa aineiston läpi lukemisesta. Lukemisen tarkoituksena on luoda perusta analyysille. Analysoitavaa aineistoa luettaessa aineistosta pyritään etsimään merkityksiä ja syitä. Tutkimustuloksissa raportoidaan keskeiset teemat sekä niihin sisältyvät ylä- ja alaluokat. (Kynäs & Vanhanen 1999, 3-6.)

Aineiston (n=20) tulkinta aloitettiin lukemalla ja etsimällä aihetta kuvaavia ilmaisuja artikkeleista. Ilmaisuihin muodostettiin ala-, ylä- ja pääluokat. Alaluokat koottiin yläluokiksi samankaltaisuuden perusteella. Yläluokat koottiin artikkeleita kuvaaviksi pääluokiksi. Alaluokat kertovat, mikä on keskeinen aiheeseen kuuluva sanoma tietyssä aineistossa ja yläluokat kuvaavat samankaltaisuuksista muodostuneita suurempia kokonaisuuksia. Pääluokat sisältävät saadun aineiston suuria kokonaisuuksia, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. (Juvakka & Kylmä 2007, 113.)

Sisällönanalyysillä aineistosta etsittiin vastausta tutkimuskysymyksiin ”miten hoitotyön

ammattilehdet kuvaavat depression hoitoa” ja ”mitä hoitotyön ammattilehdet kuvaavat keskeisimmiksi depression tunnistamisen, hoidon ja kuntoutuksen haasteiksi.”

## 5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

### 5.1 Depression hoito hoitotyön ammattilehdissä

Hoitotyön lehdissä depression tunnistamisessa, hoidossa ja kuntoutuksessa korostui sosiaalisten suhteiden ja läheisten avun merkitys sekä ammatillisen avun ja hoidon osa-alue. Depression varhaisessa tunnistamisessa tärkeässä roolissa ovat sairastuvan tai sairastuneen läheiset ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö. Depression hoito- ja kuntoutusvaiheessa potilas tarvitsee edelleen molempien osapuolien tukea. Läheisten hoitoon mukaan ottoa pidettiin tärkeänä hoidon onnistumisen maksimoinnin kannalta.

Aineiston mukaan hoidoksi, sisältäen koko hoitopolun tunnistamisesta kuntoutukseen, depressiopotilaalle voidaan tarjota moniammatillista hoitoa joka sisältää lääkehoitoa, terapioita ja muuta keskusteluapua. Nämä hoitomuodot luokiteltiin tässä opinnäytetyössä ammatilliseksi hoidoksi. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden heikko tiedon ja taidon taso depression tunnistamisessa, hoidossa ja kuntoutuksessa kuvattiin olevan erityisen suuri kehittämishaaste koko mielenterveyden edistämisessä, joka vaatii ammatillisen hoidon kehittämistä. Kuitenkin perusterveydenhuollossa toimivat depressiohoitajat osana depression hoidon kolmiomallia kuvattiin depressiopotilaan hyvän hoidon selkärangaksi ja depressiotyön osaajiksi.

Aineiston mukaan lääkehoitoa pidetään tärkeänä, mutta se ei saa olla ainoa hoitomuoto depression hoidossa, vaan sen yhteyteen tulisi aina liittää terapia ja psykososiaalinen tuki. Lehdissä kuvattiin joidenkin potilaiden väärin asenteiden ja kielteisen suhtautumisen mielialalääkitystä kohtaan olevan lääkehoidon yksi keskeisimpiä ongelmia. Depressiopotilaan lääkehoidon seurannan kuvattiin olevan erityisen tärkeää potilaan mahdollisen lääkehoidon alkuvaiheessa esiintyvän itsetuhoisen käyttäytymisen ja ajattelun lisääntymisen vuoksi.

Ammatillista apua ovat myös erilaiset terapiamuodot ja keskustelutuokiot. Keskeisimmiksi

terapiamuodoiksi kuvattiin yksilö-, perhe-, pari- ja ryhmäterapiat. Aineiston mukaan on tärkeää, että näihin hoitomenetelmiin otettaisiin mukaan myös potilaan läheiset. Läheisten antamalla tuella kuvattiin olevan keskeinen merkitys depressiopotilaan selviytymisessä.

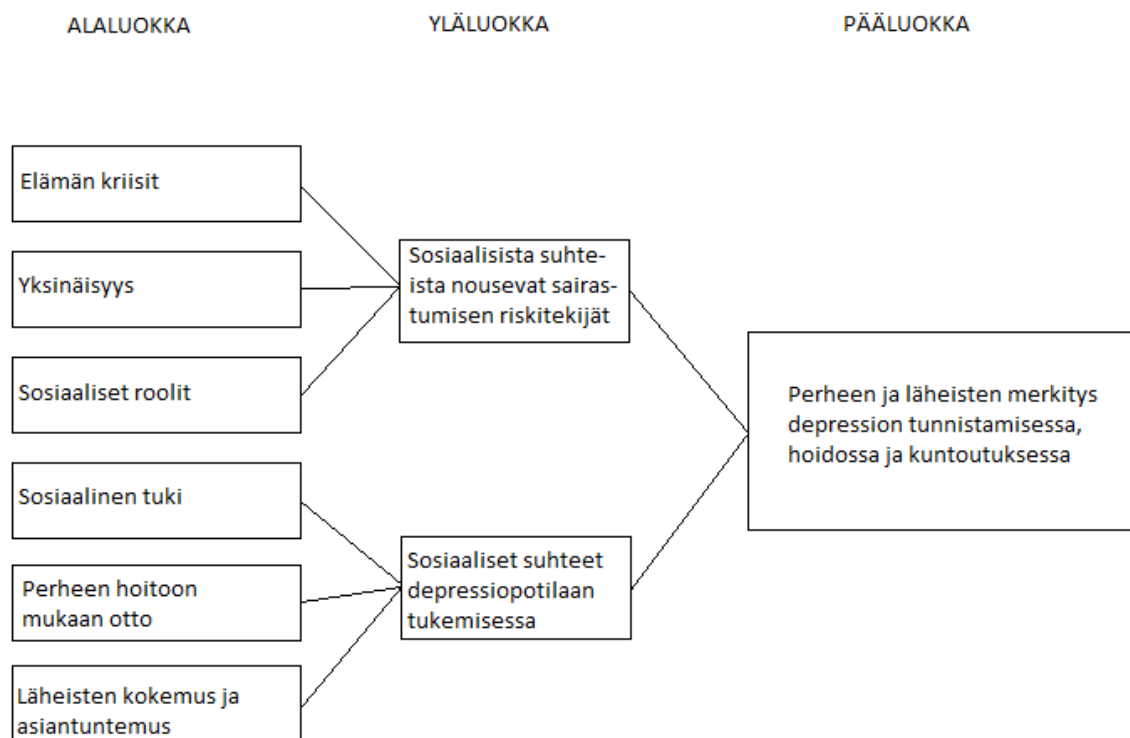
Ammatilliseen hoitoon kuuluu myös ammatillinen asiantuntijuus. Asiantuntijuus kuvattiin sisältävän taitoa depression tunnistamisessa ja sitä kautta myös kykyä puuttua sairauteen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Ammatillista asiantuntijuutta kuvattiin olevan myös depression tunnistamisen, hoidon ja kuntoutuksen haasteiden tiedostaminen. Näitä haasteita kuvattiin olevan seuraavat asiat: depressio kroonistuu helposti, toipuminen keskeytyy usein, oikeaa ruokavalion noudattaminen, hoitajien tietotaidon puute, komorbiditeetti ja riittävän seurannan toteutumisen haasteet. Aineistosta nousi esiin useaan kertaan maininta siitä, kuinka vaikeaa depression tunnistaminen on. Ammatillisen hoidon apuna depression tunnistamisessa ja hoidossa käytössä kuvattiin olevan hyviä näyttöön perustuvia tunnistamisen ja hoidon hoitomenetelmiä, mutta niiden sanottiin olevan vähäisessä käytössä. Depression tunnistamista kuvattiin vaikeaksi erityisesti siksi, että potilaat puhuvat useimmiten vastaanotolla fyysisistä oireista masentuneisuuden sijaan. Depression tunnistamista sanottiin vaikeuttavan usein myös potilaiden sulkeutuneisuus ja masentuneisuuden piilottelu.

Aineistona olleet hoitotyön ammattilehdet kirjoittavat monipuolisesti depression oireista ja antavat informaatiota riskitekijöihin ja tunnistamiseen liittyen. Oireiden kuvattiin olevan muun muassa aloitekyvyttömyys, ahdistuneisuus, vetäytyminen ihmissuhteista, nautinnon menettäminen, käytöshäiriöt ja mielialan lasku. Riskitekijöiksi taas mainittiin muun muassa suuret elämän muutokset, yksinäisyys ja sosiaalisen tuen puute, stressi, korkea ja nuori ikä, alkoholiongelma ja yhteissairastavuus, eli komorbiditeetti.

Depression tunnistamisessa, hoidossa ja kuntoutuksessa ammatillisen avun ja hoidon lisäksi tulisi olla mukana myös perheen ja muiden läheisten antama apu ja hoito. Läheisten apu terapioissa ja läheiset keskusteluavun antajana sekä tukijana kuvataan olevan ammatillisen avun rinnalla todella tärkeässä roolissa depression tunnistamisessa ja depressiopotilaan hoidossa. Aineiston mukaan mielenterveyttä edistäviä tekijöitä sosiaalisissa suhteissa olivat



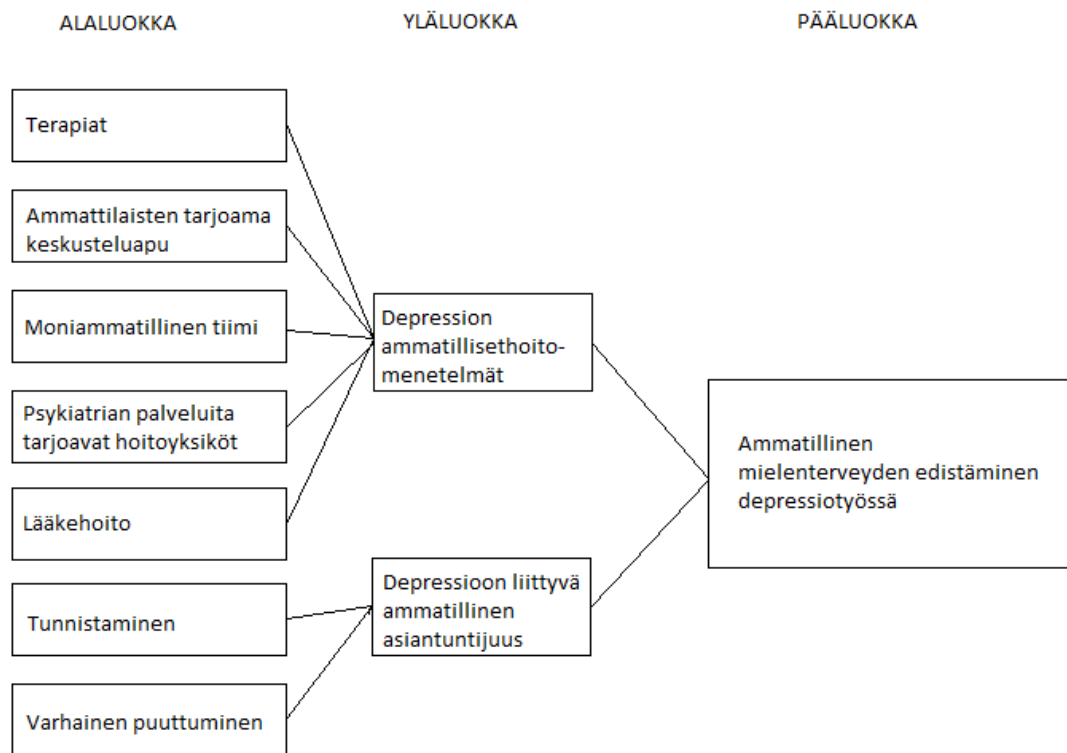
muun muassa sosiaalinen tuki, kuuntelu, hyvät perhesiteet ja tukiverkostot, kaverisuhteet sekä yhteisöllisyys. Aineistossa korostui perheen ja läheisten kokemusten ja asiantuntemuksen tärkeys depression hoidossa. Perheen ja läheisten lisäksi ammatillisen hoidon rinnalla kuvataan toimivan myös muita toimijoita, joiden roolia erityisesti depression tunnistamisessa tulisi korostaa. Muun muassa aineistosta nousi esille se, että kouluterveydenhoitajien roolia nuorten depression tunnistamisessa ja sairauden varhaisessa puuttumisessa tulisi korostaa. Myös aiemmissa tutkimuksissa on saatu kattavia tuloksia sosiaalisen tuen ja kattavien tukiverkoston merkityksestä depression ehkäisyssä sekä perheiden tukemisen tärkeydestä hoidon yhteydessä.



KUVIO 1. Esimerkki aineiston analyysistä. Lähipiirin merkitys depression hoidon eri vaiheissa.

Myös aiemmissa tutkimuksissa on todettu depression hoidon seurannan ja psykososiaalisten interventioiden käytön lääkehoidon rinnalla olevan tärkeitä kulmakiviä onnistuneessa ja toimivassa depressiopotilaan hoidossa. Käypä hoito –suositukset ja aiemmat tutkimukset

kirjoittavat depression hoidon kolmikantamallin antaneen erinomaisia hoitotuloksia, samaa kuvattiin useassa artikkelissa myös hoitoalan ammattilehdissä. Depression tunnistamisen vaikeudesta ja ongelmista on olemassa tutkimustietoa, jotka kuvaavat niin ikään samoja haasteita depressiopotilaan tunnistamisessa, kuin hoitotyön ammattilehdet. Tuloksista voidaan ennen kaikkea päätellä, että depressiohoitajuuden ja depression hoidon kolmiomalli ovat yksi keskeinen voimavara hyvässä depression hoidossa, jonka vaikutuksia tulee tutkia edelleen mielenterveystyön kehittämiseksi.



KUVIO 2. Esimerkki aineiston analyysistä. Ammatillisen osaamisen vaikutus depression hoitoon.

## 5.2 Depression tunnistamisen, hoidon ja kuntoutuksen haasteet hoitotyön ammattilehdissä

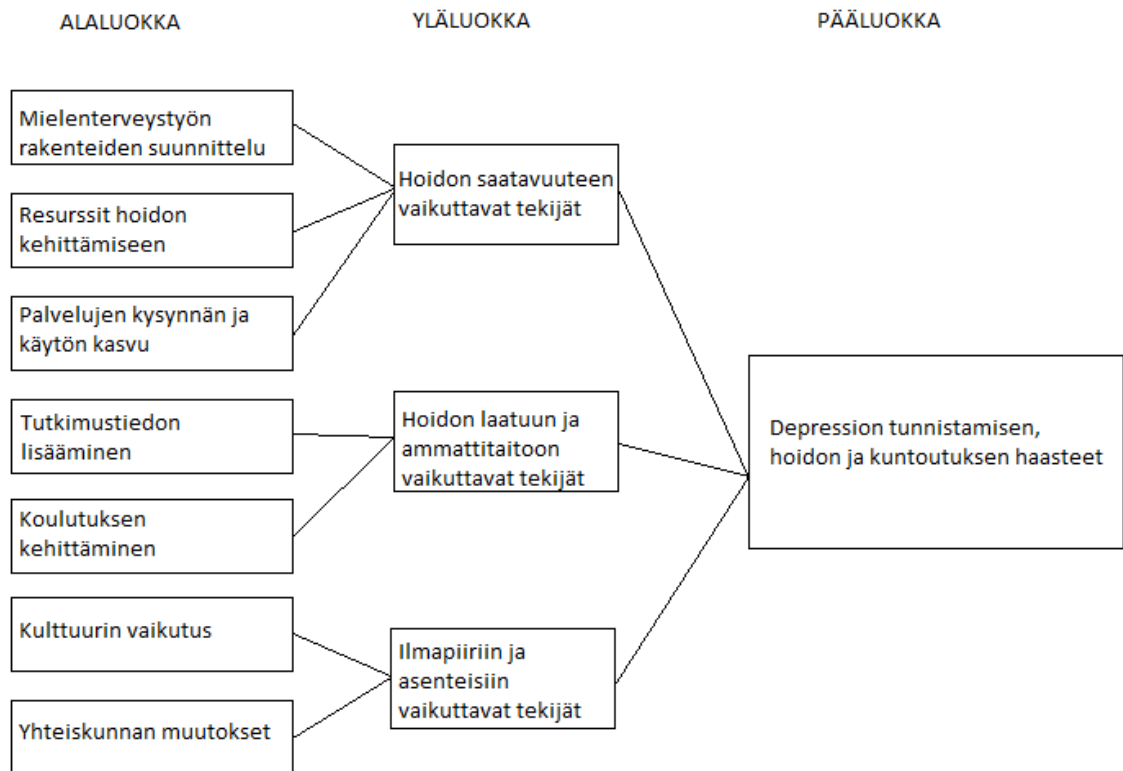
Aineistossa esiin nousseet depression tunnistamisen, hoidon ja kuntoutuksen muodostivat kolme yläluokkaa. Näiksi yläluokiksi muodostuivat hoidon saatavuuteen vaikuttavat tekijät,

hoidon laatuun ja ammattitaitoon vaikuttavat tekijät sekä ilmapiiriin ja asenteisiin vaikuttavat tekijät. Hoidon saatavuuteen vaikuttavia tekijöitä olivat mielenterveystyön rakenteiden suunnittelu, resurssit hoidon kehittämiseen sekä palvelujen kysynnän ja käytön kasvu.

Mielenterveystyön rakenteiden suunnitteluun liittyen, aineistossa nousivat esille keskeisinä tekijöinä muutokset psykiatrisessa palvelujärjestelmässä ja avohoitopainotteisuus. Depressio nähtiin aineistossa kansansairautena, joka sen suuresta esiintyvyydestä johtuen tulee hoitaa perusterveydenhuollon avohoitoyksiköissä. Palvelujen kysynnän ja käytön kasvu sekä hoitoon käytettävissä olevat resurssit olivat aineiston mukaan kaksi toisiinsa kytkeytynyttä ongelmaa. Aineistossa kuvattiin psykiatrisen avohoidon resursseja riittämättömiksi.

Aineiston mukaan hoidon laatuun hoitohenkilökunnan ammattitaitoon vaikuttavia tekijöitä olivat tutkimustiedon lisääminen ja koulutuksen kehittäminen. Aineistossa kuvattiin nykyisin valmistuvien sairaanhoitajien ammatillisen tiedon tasoa psykiatrisen hoitotyön osalta puutteelliseksi. Aineistossa kuvattiin nykyistä sairaanhoitajan koulutusta riittämättömäksi vaativiin psykiatrisen hoitotyön tehtäviin. Koulutuksen kehittämisen haasteeksi aineistossa nousi esiin myös mielenterveystyön vetovoimaisuuden kehittäminen. Alan kehittämisen haasteeksi kuvattiin motivoituneiden ja työhön sitoutuvien työntekijöiden houkutteleva mielenterveystyön pariin.

Kulttuurista nousevat tekijät ja yhteiskunnan muutokset kuvattiin aineistossa keskeisimmiksi ilmapiiriin ja asenteisiin vaikuttaviksi tekijöiksi. Aineistossa depressiota kuvattiin sairaudeksi, johon liittyy häpeää ja piilottelua. Aineiston mukaan ihmisten keskuudessa mielenterveyden ongelmat koetaan häpeällisemmiksi kuin somaattiset terveysongelmat. Aineistossa kuvattiin sekä hoitajilla että potilailla olevan vaikeuksia ottaa esille mielenterveyden ongelmia vastaanottokäyntien yhteydessä.



KUVIO 3. Esimerkki aineiston analyysistä. Haasteet depression hoidossa.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Tätä opinnäytetyötä arvioitiin seuraavilla laadullisen tutkimuksen kriteereillä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuus tarkoittaa sitä, että tulokset vastaavat aineiston ilmaisemia käsityksiä tarkasteltavasta aiheesta. (Juvakka & Kylmä 2007, 127-128.) Tämän opinnäytetyön tuloksissa nousi esiin samoja asioita depression tunnistamisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta kuin aiemmissakin tutkimuksissa. Tulokset noudattelivat samoja linjoja myös valtakunnallisten depression hoidon suositusten kanssa. Tulosten vahvistettavuuden kannalta on tärkeää, että kirjallisesta raportista käy ilmi kaikki työskentelyn vaiheet niin selvästi, että sisällönanalyysi on tarvittaessa toistettavissa (Juvakka & Kylmä 2007, 129). Tässä opinnäytetyössä kuvattiin tutkimusmenetelmä kappaleessa neljä ja tutkimusaineisto on julkista, joten sisällönanalyysin toistaminen, samaa aineistoa käyttäen, on täysin toteutettavissa. Refleksiivisyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tekijän omien lähtökohtien tiedostamista ja omaa arviointia siitä miten omat näkökulmat voivat vaikuttaa aineiston tulkintaan ja prosessiin (Juvakka & Kylmä 2007, 129). Tässä opinnäytetyössä aineistoon otettiin mukaan kaikki oleellinen materiaali. Analyysissä pyrittiin siihen, että aineistosta nousisi esiin tutkimuskysymysten kannalta keskeiset asiat. Sisällönanalyysiä tehtäessä oli tarkoitus, että tieto aiemmista tutkimuksista ja valtakunnallisista depression hoidon suosituksista ei vaikuttaisi analyysin tuloksiin. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä toisiin tilanteisiin (Juvakka & Kylmä 2007, 129). Tässä opinnäytetyössä käytettävän aineiston julkisuuden vuoksi kaikki oleellinen tieto aineistosta on kaikkien saatavilla. Opinnäytetyössä analysoidtavat artikkelit ovat listattu liitteessä yksi (Liite 1).

## 6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen toteutumisen ehtona on hyvä eettinen perusta. Kaikissa tutkimuksen vaiheissa on tärkeä miettiä eettisiä kysymyksiä. Epäeettinen tai huonosti valittu lähestymistapa voi viedä pohjan koko tutkimukselta. (Juvakka & Kylmä 2007, 137.) Tässä opinnäytetyössä yksi eettinen kysymys nousi tutkittavan aineiston valinnasta. Oleellista oli valita yleisimmät, laajimmin asioita käsittelevät ja kaikille sairaanhoitajille suunnatut ammattilehdet. Erikoisalojen omat ammattilehdet jätettiin aineiston ulkopuolelle niiden rajatun lukijakunnan vuoksi. Sairaanhoitaja- ja Tehy-lehtien analysoitava aineisto rajattiin vuosiin 2008-2009, sillä opinnäytetyötä varten haluttiin tuorein mahdollinen aineisto. Aineiston rajaus kyseisiin vuosiin oli järkevää myös siksi, että aineiston määrä jo kahdesta vuosikerrasta osoittautui tälle opinnäytetyölle riittäväksi. Hoitotiede- ja Tutkiva Hoitotyö -lehtien analysoitava aineisto vuosilta 2008-2009 osoittautui suppeaksi, joten aikarajausta laajennettiin vuoteen 2005 asti. Aineisto on julkista, joten sen keräämiseen ei liittynyt eettisiä kysymyksiä.

Opinnäytetyön sisällönanalyysivaiheessa merkittävä eettinen kysymys oli se, miten tuoda kaikki lehdissä kirjoitettu tutkimusaihetta koskeva tieto esille. Tutkimuskysymysten kannalta oli tärkeää löytää aineistosta kaikki oleellinen tieto ja jättää pois kaikki asiaan liittymätön tieto. Opinnäytetyössä pyrittiin mahdollisimman hyvään luotettavuuteen ja eettisyyteen siten, ettei tuloksia ohjattaisi mihinkään ennalta haluttuun suuntaan, vaan kaikki aiheeseen liittyvä tieto pyrittiin ottamaan mukaan ja huomioimaan aineiston analyysissä ja tulosten käsittelyssä.

### 6.3 Opinnäytetyön johtopäätökset

Johtopäätökset:

1. Hoitotieteellisissä lehdissä kirjoitetaan vähän depressiosta, joka on kuitenkin merkittävä kansansairaus.
2. Varhainen puuttuminen, oikea-aikainen hoito ja sosiaalinen tuki ovat avainasemassa depressiopotilaan hyvän hoidon tutkimisessa ja kehittämisessä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan päätellä, että Sairaanhoidaja- ja Tehy-lehdet ovat ajan tasalla tutkitusta tiedosta sekä valtakunnallisista depression hoidon suosituksista ja tämä myös näkyy lehtien artikkeleissa. Hoitotiede- ja Tutkiva Hoitotyö –lehdissä sen sijaan aiheesta kirjoitetaan varsin vähäisesti. Vähäinen kirjoittelun määrä herättää kysymyksen, onko aihe tutkijoiden ja lehtien kirjoittajien mielestä kiinnostava. Depression ollessa merkittävä kansansairaus, aiheeseen tulisi ehkä kiinnittää myös näissä hoitoalan lehdissä enemmän huomiota. Toisaalta, näissä lehdissä on myös huomattavasti vähemmän artikkeleita ja lehdet ilmestyvät harvemmin, mikä osaltaan selittää pienempää osuutta analysoitavassa aineistossa.

Varhainen puuttuminen, oikea-aikainen hoito ja sosiaalinen tuki ovat avainasemassa depressiopotilaan hyvän hoidon toteuttamisessa ja kehittämisessä. Mielenterveystyön kehittäminen on yhteiskunnallinen, kaikkien yhteinen haaste. Depression tunnistamisen, hoidon ja kuntoutuksen kehittämisessä tulee ottaa huomioon yhteiskunnan muutokset, kulttuurista lähtevät tekijät, tämän hetkisen mielenterveystyöhön valmentavan koulutuksen kehittäminen ja tutkimustiedon lisääminen aiheeseen liittyen.

#### 6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön tuloksissa korostui läheisten hoitoon mukaan ottamisen merkitys. Tulevaisuudessa olisi tarpeellista tutkia sekä potilaiden, että läheisten kokemuksia läheisten depression hoitoon mukaan oton merkityksestä ja tarpeellisuudesta. Depressiohoitajista on saatu hyviä kokemuksia. Depressiohoitajat ovat varsin uusi voimavara perusterveydenhuollossa, joten olisi tärkeää tutkia potilaiden ja läheisten kokemuksia depression hoidon kolmiomallin toiminnasta. Hoitotyön ammattilehtien kirjoittelua aiheesta olisi tarpeellista tutkia, jotta saataisiin selville muuttuuko käsitykset depression hoidosta ja lisääntykö kiinnostus depressiota kohtaan vuosien varrella. Niinkin suuri ongelma ja yleinen sairaus kuin depressio tällä hetkellä on, aiheeseen liittyvän tutkimustiedon lisääminen ja päivittäminen olisi tarpeen.



## LÄHTEET

- Ayuso-Mateos, Jose Luis, Casey, Patricia, Dalgard, Odd Steffen, Dowrick, Christopher, Dunn, Graham, Lasa, Lourdes, Lehtinen, Ville, Page, Helen, Vazquez-Barquero, Jose Luis, Wilkinson, Clare, Wilkinson, Greg 2001. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001;179:308-16. Viitattu 22.2.2011  
<http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/179/4/308>
- Burchell, Catherine, Gaynes, Bradley, Lohr, Kathleen, Mulrow, Cynthia, Orleans, Tracy, Pignone, Michael, Rushton, Jerry 2002. Screening for Depression in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force.  
<http://www.annals.org/content/136/10/765.abstract>
- Aguilar-Gaxiola, Sergio, Alonso, Jordi, Angermeyer, Matthias C., Anthony, James C., Bernert, Sebastian, Borges, Guilherme, Bromet, Evelyn J., Bruffaerts, Brugha, Chatterji, Somnath, de Girolamo, Giovanni, de Graaf, Ron, Demyttenaere, Koen, Fayyad, John A., Gasquet, Isabelle, Gluzman, Semyon, Gureje, Oye, Haro, Josep Maria, Heeringa, Steven, Huang, Yueqin, Karam, Aimee N., Karam, Elie G., Kawakami, Norito, Kessler, Ronald C., Kikkawa, Takehiko, Kovess, Viviane, Lara, Carmen, Lee, Sing, Lepine, Jean Pierre, Medina-Mora, Maria Elena, Merikangas, Kathleen R., Mneimneh, Zeina N., Morosini, Pierluigi, Ono, Yutaka, Ormel, Johan, Pennell, Beth-Ellen., Polidori, Gabriella, Posada-Villa, Jose, Shen, Yucun, Takeshima, Tadashi, Traolach S., Ronny, Uda, Hidenori, Ustun, T. Bedirhan, Vilagut, Gemma, Von Korff, Michael R., Wang, Philip S., Webb, Charles, Zaslavsky, Alan M., Zhang, Mingyuan 2004. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291: 2581-90. Viitattu 22.2.2011  
<http://jama.ama-assn.org/content/291/21/2581.full>
- Gilbody, Simon, House, Allan, Sheldon, Trevor 2009. Screening and case finding instruments for depression. *The Cochrane Library*. Viitattu 18.1.2010

<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD002792/frame.html>

Heikkinen, Martti, Henriksson, Markus, Lönnqvist, Jouko, Marttunen, Mauri, Partonen, Timo 2007. Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Isometsä, Erkki 2009. Depressiohoitajat perusterveydenhuollossa. Näytönastekatsaus. Viitattu 28.2.2011.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nak06966>

Juvakka, Taru, Kylmä, Jari 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Kilkku, Nina, Peräkoski, Hannele, Tuulari, Jyrki, Vuokila-Oikkonen, Päivi, Vuorilehto, Maria 2010. Depressiohoitajakoulutuksen opetussuunnitelma: suositus ammattikorkeakouluille. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 28.2.2011

[http://www.tartumasennukseen.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=2122293&name=DLFE-12615.pdf](http://www.tartumasennukseen.fi/c/document_library/get_file?folderId=2122293&name=DLFE-12615.pdf)

Kokko, Marjo 1999. Nähdä, kuulla ja ymmärtää: perusterveydenhuollossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta. Oulu: Oulun yliopisto.

Kyngäs, Helvi, Vanhanen Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede-lehti 1999; Vol:1.3-12 Käypä hoito –suositus. Depressio. Viitattu 24.5.2010

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

Laukkanen, Eila 2010. Nuorten depressio. Viitattu 15.11.2010. Saatavissa [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi) , Lääkärin tietokannat.

Lönnqvist, Jouko 2009. Stressi ja depressio kokoelmassa Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 19.5.2010

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00020](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00020)

Melartin, Tarja, Vuorilehto, Maria 2009. Masennus. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Helsinki: Yliopistopaino, 29.

Metsämuuronen, Jari 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet, Metodologia –sarja 4. Viro: Methelp.

Mielenterveyslaki 1990/1116 14.12.1990. Viitattu 26.5.2010

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Nordling, Esa 2010. Edistävää ja ehkäisevää mielenterveystyötä. Teoksessa Bergman, Viveca, Moring, Juha, Nordling, Esa, Partanen, Airi (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Helsinki: Yliopistopaino, 24-27.

Pulkkinen, Satu, Vesanen, Päivi 2010. Masentuneen potilaan hoito. Viitattu 26.5.2010. Saatavissa [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), Sairaanhoidajan tietokannat.

Puura, Kaija 2009. Lapsen masennus. Viitattu 11.11.2010. Saatavissa [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), Lääkärin tietokannat.

Ritakallio, Minna 2008. Masennusoireet ja epäsosiaalinen käyttäytyminen keskinuoruudessa. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Saarela Tuula 2010. Vanhuksen depressio. Viitattu 10.11.2010. Saatavissa [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), Lääkärin tietokannat.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa. Viitattu 24.5.2010 <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/julkaisu/view/1481106>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Nuorten depressio – tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Viitattu 10.11.2010. Saatavissa [http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/mao/mielenterveystietoa/nuorten\\_depressio](http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/mao/mielenterveystietoa/nuorten_depressio)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Varhainen puuttuminen (Varpu) – vastuunottoa omasta toiminnasta toisten tukemiseksi. Viitattu 4.11.2010. Saatavissa <http://groups.stakes.fi/VERK/FI/Varpu/index.htm>

Vuorilehto, Maria 2008. Depressive disorders in primary health care. Helsinki: Helsingin yliopistopaino.

## LIITTEET

LIITE 1. Taulukko analysoitavista artikkeleista

Tekijä	Vuosi	Artikkeli	n=?	Hyöty/sisältö
Perttula, Merja Tehy	2008/7	Hormonihoidosta apua miehen masennukseen – Vetämätön, uneton ja haluton.	Miehen vaihdevuodet, fyysisten oireiden taustalla usein masennusta.	Artikkeli laittaa miettimään voisiko fyysisten oireiden takaa löytyä masennus. Testosteronista apua miehen masennukseen?
Suomalainen, Tiina Tehy	2008/11	Runotyttö sairastui masennukseen.	Nuoret masennusoireista kärsivät.	Artikkelissa pohditaan nuoren masennuksen tunnistamista ja sairastumisen syitä, vertaillaan tyttöjen ja poikien oireita.
Hankonen, Riitta Tehy	2009/2	Mielen vaalija.	Haastattelussa psykiatrinen sairaanhoitaja. Haastateltavan kokemuksia mielenterveystyöstä.	Psykiatrinen sairaanhoitaja Kaisa Haatainen vastaa kysymyksiin mielenterveystyöstä, depressiota sivutaan ohuesti.
Suomalainen, Tiina Tehy	2009/2	Psykodraama aukoo lukkoja.	Uupumuksesta ja masennuksesta kärsivät ihmiset,	Artikkelissa työuupumuksesta, sen esioireista,

			apua psykodraamasta.	uupumuksen johtaminen depressioon, depression toteaminen perusterveyden- huollossa.
Perttula, Merja Tehy	2009/3	Stressin monet kasvot.	Perusterveyden- huoltoon hoitoon hakeutuneet stressistä tai masennuksesta kärsivät potilaat.	Artikkelissa stressin tunnistamisesta. Tunnista eriaisteiset stressit depressiosta perusterveyden- huollossa.
Mäkinen, Terhi Tehy	2009/4	Nuoren mielen tuntija.	Haastattelussa ylilääkäri Markus Henriksson. Mielenterveys- ongelmaiset nuoret.	Artikkelissa puhutaan nuorten mielenterveys- ongelmista. Myös depressiohoitajista, joista hyviä kokemuksia.
Perttula, Merja Tehy	2009/6	Tunne yksinäisyytesi.	Yksinäisyydestä kärsivät ja depressioon sairastuvat potilaat.	Artikkelissa yksinäisyydestä ja sen aiheuttamasta masennuksesta. Yksinäisyyteen ja sitä kautta masennukseen johtavia syitä sekä ehkäisymenetelmiä.
Sajama, Sinikka	2009/9	Riskiraja ei ole turvaraja.	Masennuksesta/ alakuloisuudesta	Artikkelissa mainitaan alkoholin

Tehy			kärsivät alkoholin suurkuluttajat.	aiheuttamista vaaroista, myös masentuneisuudesta. Perusterveydenhuollossa mahdollisesti masennuksen, tai masennusoireiden tunnistamiseen esim. AUDIT-kysely.
Kirves, Virpi Tehy	2009/10	Miehet oireilevat lihastyytymättömyydellä	Lihastyytymättömyyttä potevat nuoret miehet, joilla usein mm. henkistä pahoinvointia, masennus- ja ahdistusoireilua.	Artikkelissa kerrotaan itseensä tyytymättömyyteen liittyvästä henkisestä pahoinvoinnista ja masennuksesta.
Perttula, Merja Tehy	2009/11	Erilainen masennus	Masennuspotilaat	Tutkimus epätyypillisen masennuksen oireista, myös solutasolla, depression tunnistamisesta.
Heiskanen-Haarala, Irma Tehy	2009/12	Ikäihmisen itsemurha – tabujen tabu	Itsemurhaa hautovat ja masentuneet vanhuksat	Artikkelissa masennuksen tunnistamisesta. THL:n mukaan masennuksen tunnistaminen tärkeä

				itsemurhien ehkäisykeino
Suomalainen, Tiina Tehy	2009/14	Pika-apua nuorille	Mielenterveys- ja päihdeongelmai- set nuoret	Artikkelissa puhutaan nuorten psykiatrisesta vastaanotosta. Yhteistyöstä kouluterveydenhuoll on kanssa koskien nuorten masennusta ja sen tunnistamista
Perttula, Merja Tehy	2009/14	Mieli pitää kalaöljyistä	Masennuspotilaat , joille mahdollisesti apua monipuolisesta ravitsemuksesta	Artikkelissa puhutaan ravinnon merkityksestä masennuksen ehkäisyssä sekä mahdollisesti myös toipumisessa. ”Viime kesänä päivitetyn käypä hoito -suosituksen mukaan masennusta diagnosoitaessa kannattaa selvittää, etteivät oireet aiheudu folaatin puutoksesta

Tekijä	Vuosi	Artikkeli	n=?	Hyöty
Ritmala-Cas tren, Marita Sairaanhoi- taja	2008/ 5	Aikuisten lääkkeitä lapsille? – Lasten ja nuorten lääkehoidon pulumia	Lapset ja nuoret, lääkehoito	Artikkelissa on osio, jossa käsitellään masennuksesta kärsivän nuoren hoitoa ja lääkehoidon osuutta hoidossa.
Minna Ritakallio Sairaanhoi- taja	2008/ 6-7	Masennusoireet ja epäsosiaalinen käyttäytyminen keskinuoruu- dessa	Keskinuoruusikäiset masennusoireilevat	Käsitellään nuoruusikäisten tyttöjen ja poikien oireita/riskejä sairastua masennukseen. Väitöskirjan tutkimukset osoittavat ennaltaehkäisyn ja varhaisen tunnistamisen tärkeyttä, myös perusterveyden- huollon puolella.
Vuorilehto, Maria Sairaanhoi- taja	2008/ 8	Masennuspoti- laiden toipuminen jää usein kesken	Perusterveyden- huollon asiakkaina olevat depressiopotilaat	Helsingin yliopistossa julkaistu väitöskirja 16.5.2008, jossa puhutaan perusterveyden- huollossa masennuksen



				huomioimisesta. Tutkimuksen tavoite oli luoda kattavampi käsitys terveyskeskuspotilaiden depressiosta. Väitöskirjan tuloksina mainitaan myös että hoidon kehittämisessä tulisi ottaa entistä paremmin huomioon masennuksen runsas uusiminen.
Ellilä, Heikki; Friis, Leila; Kilkku, Nina; Komppa- Valkama, Marita; Kuosmanen, Lauri; Vuokila- Oikkonen, Päivi Sairaanhoi- taja	2009/ 6-7	Puntarissa mielenterveys- työn käytäntö, koulutus ja tutkimus Suomessa	Mielenterveyshoito- työtä toteuttavia sairaanhoitajia, sairaanhoitajaopis- kelijoita	Artikkelissa kerrotaan ja pohditaan mielenterveystyön toteuttamista perusterveyden- huollossa. Käypä hoito -suositukset esim. depression suositus edellyttää mielenterveystyön osuuden vahvistamista perusterveyden- huollossa. Perusterveyden-

				huollossa tulisi olla erityisosaamista masennusriskissä olevan potilaan tunnistamisessa
Karvinen, Marjatta Sairaanhoitaja	2009/ 10	Sairaanhoitajat selättävät depression	Uudenmaan alueella terveyskeskuksessa työskentelevien depressiohoitajien kokemuksia työstään	Artikkelissa seitsemän terveyskeskuksessa työskentelevää sairaanhoitajaa (depressiohoitajaa) kertoo kokemuksistaan työstä ja sen toteuttamisesta. Varhaisesta puuttumisesta ja oikea-aikaisuudesta puhutaan.
Mäenpää, Tiina; Paavilainen, Eija; Åstedt-Kurki, Päivi 2008. Tutkiva hoitotyö.	Vol.6 (1), 2008	Kouluterveyden huolto ja alakoulun oppilas – terveydenhoitajien näkemyksiä yhteistyöstä.	Terveydenhoitajat ja alakouluikäiset oppilaat.	Tutkimus kouluterveydenhoitajien näkemyksistä alakouluikäisten oppilaiden hoidon toteutumisesta.

Halme, Nina, Koivula, Meeri, Tarkka, Matti 2006. Hoitotiede.	Vol. 19 4/-07	Ohitusleikkaus- potilaiden depressio-oireet ja hoitajilta saatu sosiaalinen tuki.	Ohitusleikkauspoti- laita työssään kohtaava hoitohenkilökunta	Laadullinen tutkimus ohitusleikkauspoti- laiden kärsimistä depressio-oireista ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen.
--	---------------------	--	--	--

## LIITE 2: Taulukko aiemmista tutkimuksista

Tekijä	Tutkimusaihe	Tutkimusmuoto	Tulokset
Burchell, C; Gaynes, B; Lohr, K; Mulrow, C; Orleans, T; Pignonen, M; Rushton, J 2002. Screening for Depression in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force.	Tarkoituksena oli selvittää depression seulonnan vaikutus diagnoosiin, annettuun hoitoon ja hoidon tuloksellisuuteen.	Määrällinen tutkimus. Meta-analyysi, jossa on käytetty 14 eri tutkimusta.	Seulonta paransi vakavan masennuksen tunnistamista 10-47%.
Gilbody, S; House, A; Sheldon, T 2009. Screening and case finding instruments for depression.	Tutkimuksessa haluttiin selvittää depression seulonnan hyödyllisyyttä, masennuspotilaiden tunnistamisen, hoidon tarjoamisen sekä ennusteen kannalta perusterveydenhuollossa ja yleissairaaloissa.	Määrällinen tutkimus. Meta-analyysi, jossa on käytetty 12 eri interventiotutkimusta.	Erilaiset seulontamenetelmät parantavat depression tunnistamista. Lisäksi huomattiin masennuslääkityksen aloittamisen lisääntyneen. Näyttöä masennuksen ennusteen paranemisesta pelkän seulonnan avulla ei löytynyt.
Kokko, Marjo 1999. Nähdä, kuulla ja ymmärtää: perusterveydenhuollossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta.	Tutkimuksessa selvitettiin mitä ovat depression oireet ja taustatekijät sekä millaiset edellytykset terveyskeskuksissa on selvittää depressiivisen	Kaksiosainen tutkimusmenetelmä, jossa on käytetty aluksi kvantitatiivista tutkimusmenetelmää (kyselytutkimus).	Tutkimuksessa selvisi, että perusterveydenhuollossa päivystyspotilaiden joukossa on paljon depressiopotilaita, jotka usein kertovat vain

	asiakkaan hoidon eri vaiheista, ja mitä ongelmia siihen liittyy.	Tämän jälkeen on käytetty kvalitatiivista menetelmää (13 kyselytutkimusta).	somaattisesta oireilusta. Hoitajat eivät mielellään ota depressiota puheenaiheeksi, sillä ensin halutaan selvittää potilaan somaattinen tila. Yleisin hoitajan mainitsema depressiopotilaan oire oli unihäiriöt.
Ritakallio, Minna 2008. Masennusoireet ja epäsosiaalinen käyttäytyminen keskinuoruudessa.	Tutkimuksessa tutkittu depressio-oireiden, antisosiaalisen käyttäytymisen ja sosiaalisen tuen keskinäistä riippuvuutta.	Tutkimuksen aineisto on kerätty koulukyselyillä 14-17-vuotiaille.	Tutkimuksessa todettiin, että vähäinen sosiaalinen tuki oli yhteydessä masennusoireiluun ja sairauden uusiutumiseen. Tulosten perusteella todettiin, että huomiota tulisi erityisesti kiinnittää niihin potilaisiin, joilla epäsosiaalinen käyttäytyminen on toistuvaa.
Vuorilehto, Maria 2008. Masennuspotilaiden toipuminen jää usein kesken.	Tutkimus käsittelee perusterveydenhuollon asiakkaina olevien masennuspotilaiden ilmaisemia oireita.	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Tutkimuksessa on käytetty kyselylomaketta ja henkilökohtaisia potilaiden haastatteluja.	20% depressiopotilaista kertoi yrittäneensä itsemurhaa ja 40% kertoi harkinneensa sitä vakavasti. Tuloksissa korostui myös depression yleinen toistuvuus ja ohjauksen

			tärkeys sairauden toipumisvaiheessa.
--	--	--	---