

MASENNUKSEN TUNNISTAMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Annika Jelkänen ja Sanna Liikanen

Opinnäytetyö, kevät 2012

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Pohjoinen, Oulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Jelkänen Annika & Liikanen Sanna. Masennuksen tunnistaminen perusterveydenhuollossa. DIAK Pohjoinen, Oulu, syksy 2012, 51 sivua, 2 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Tutkimukset osoittavat, että masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoitoon hakeutuminen parantavat toipumisennustetta. Masennuksen varhainen tunnistaminen on osa mielenterveyttä edistävää työtä. Hoitamattomana masennus vaikeutuu, pitkittyy ja uusiutumisriski kasvaa. Hoitoon hakeudutaan usein muun syyn kuin masennuksen takia.

Masennus ilmenee laajana oirekuvana, joka voi vaihdella eri ikäkausina. Perusoireita ovat pitkään jatkunut yhtäjaksoinen alakulo ja matala mieliala, jotka haittaavat päivittäistä arkea. Oireita ovat myös uniongelmat, syyllisyyden ja pelon tunteet, päihteiden väärinkäyttö ja ärtyneisyys. Masennuksen tunnistamisen apuna käytetään erilaisia mittareita, esimerkiksi BDI- ja DEPS- mittareita.

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvailla, miten masennusta tunnistetaan perusterveydenhuollossa. Sen lisäksi saamme tietoa siitä, käytetäänkö seulontamittareita tunnistamisen apuna ja mitkä tekijät vaikuttavat tunnistamiseen. Tavoitteenamme on kehittää masennuksen tunnistamista perusterveydenhuollossa, joka on osana mielenterveyden edistämistä. Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, joka on tehty yhteistyössä kahden Oulun seudun terveystieteiden keskuksen kanssa. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella vastaanottotyötä tekevilta sairaanhoitajilta.

Tuloksista kävi ilmi, että sairaanhoitajat tunnistavat potilaan masennusta taitavasti. He käyttivät tunnistamisen apuna suositeltuja seulontamittareita ja osasivat ohjata potilaan eteenpäin kartoitettuaan tilannetta. Sairanhoitajat eivät kokeneet masennuksesta puhumista vaikeaksi, mutta myönsivät oireiden moninaisuuden ja lyhyiden vastaanottoaikojen vaikeuttavan tunnistamista. Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että tunnistamista helpottavat myös sairaanhoitajan kokemus ja ammattitaito. Kokonaisuudessaan voidaan sanoa sairaanhoitajien tunnistavan masentuneen ihmisen käyttäen Käypä hoito- suositusta, mutta lisäkoulutuksesta ja pidemmistä vastaanottoajoista olisi hyötyä. Masennuksen aiheuttama häpeä vaikeuttaa edelleen potilaan hoitoon hakeutumista.

Asiasanat: masennus, perusterveydenhuolto, tunnistaminen, seulontamittarit, laadullinen tutkimus

ABSTRACT

Jelkänen Annika & Liikanen Sanna. Identifying depression in primary health care, Oulu, Autumn 2012, 51 pages, 2 attachments. Diaconia University of Applied Sciences, DIAK North Oulu. Degree programme in nursing, Registered Nurse, Bachelor of Health Care.

Studies show that early recognition and directing to care improve the treatment prognosis. Early identification of depression is one way of promoting mental health. If untreated, depression becomes more severe and prolonged, and the risk of relapse increases. The initial reason for seeking care is often something other than the depression.

Depression manifests itself as a wide range of symptoms that can vary over the years. Basic symptoms include long-term continuous melancholy and low mood that affect the daily life. Other symptoms include sleeping difficulties, feelings of guilt and fear, substance abuse and irritability. To help identify depression, various screening tools such as BDI and DEPS are used.

The purpose of this thesis was to describe how depression is identified in primary health care. In addition, information was gained on whether screening tools are used to help identify and determine the factors that affect the identifying. The goal was to advance identification in primary health care as a part of promoting mental health. The thesis is a qualitative research made in cooperation with two health care centres in Oulu region (Finland). The research material was collected with a questionnaire for nurses who had receptionist duties.

The results show that the nurses were very skilled in identifying patients' depression. They used the recommended screening tools and knew how to refer the patient further after surveying the situation. The nurses did not feel difficult talking about depression, but they admitted that the multitude of symptoms and short appointment times made identifying more difficult. The results of this thesis also reveal that identification becomes easier through the nurse's experience and professional skills. All in all, it can be said that nurses identify a depressed person using the Current Care guidelines, but further training and longer appointment times would be useful. The shame caused by depression still hampers the patients' willingness to seek treatment.

Key words: depression, primary health care, identification, screening tools, qualitative research

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA ...	7
2.1 Perusterveydenhuollon osa ihmisen sairastuessa masennukseen	8
2.2 Masennuksen hoidon kolmikantamalli	9
3 MASENNUKSEN TUNNISTAMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA	11
3.1 Masennuksen riskitekijät ja oireet.....	13
3.2 Masennus eri ikäkausina	15
3.3 Masennuksen ehkäisy	16
3.4 Masennuksen tunnistamisen prosessi.....	18
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	25
5.1 Tutkimusympäristö	25
5.2 Tutkimusmenetelmä	25
5.3 Aineiston keruu.....	26
5.4 Aineiston analyysi.....	26
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	28
6.1 Masennuksen oirekuva ja somaattiset oireet.....	28
6.2 Masennuksen riskitekijät	31
6.3 Potilaan masennuksen tunnistamiseen liittyvät vaikeudet.....	33
6.4 Sairaanhoidajien kokemukset masennuksen tunnistamisesta.....	35
7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS.....	37
8 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS.....	39
9 POHDINTA	41
LÄHTEET	45
LIITE 1: SAATEKIRJE	48
LIITE 2: KYSELYLOMAKE	49

1 JOHDANTO

Joka päivä viisi nuorta siirtyy eläkkeelle erinäisten mielenterveydenhäiriöiden vuoksi. Masennuksen oireisiin luetaan alakuloisuus, itkuisuus, toimettomuus ja yleinen kiinnostuksen puute. Masennus tunnistetaan usein ensisijaisesti perusterveydenhuollossa. Näin ollen perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnalla tulisi olla tietoa masennuksesta, ja kykyjä toimia kun potilaalla epäillään masennusta. Rohkeus ottaa masennus puheeksi on tärkeä osa hoitotilannetta, koska sen myötä masennus voidaan tunnistaa mahdollisimman varhain ja potilas voidaan ohjata jatkohoitoon. Näin sairaudesta parantuminen nopeutuu ja uusiutumisriski pienenee. (Kansaneläkelaitos 2011.)

Miksi masennusta sairastava ihminen hakeutuu terveyskeskusvastaanotolle muusta syystä, vaikka todellinen syy olisikin mielenterveydellinen ongelma? Mielestämme masennuksesta ja muista mielenterveyden häiriöistä tulisi puhua avoimemmin, jotta niiden aiheuttama häpeä lievenisi eikä estäisi hoitoon hakeutumista. Osa mielenterveyden edistämistä on tiedon tuottaminen ja halusimme tutkia juuri tätä aihetta, koska mielestämme on erittäin tärkeää, että masennus voidaan tunnistaa varhain, ja sairaanhoitajilla olisi keinoja puuttua masennukseen mahdollisimman aikaisessa vaiheessa (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2010; Rouvinen 2011.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvailla, miten masennusta tunnistetaan perusterveydenhuollossa, ja mitkä tekijät vaikuttavat olennaisesti tunnistamisprosessiin sekä miten erilaisia seulontamittareita käytetään tunnistamisen apuna. Opinnäytetyömme on osa Psykiatrinen sairaanhoitaja mielenterveyden edistäjänä perusterveydenhuollossa koulussa ja nuorten palveluissa -hanketta. Sairaanhoidajien vastaanoton asiakkaita ovat terveyskeskusten palvelujen käyttäjät, joita ovat esimerkiksi työttömät, pienyrittäjät, eläkeläiset, syrjäytymisuhan alla olevat ihmiset tai muut, jotka eivät kuulu koulu- tai opiskelijaterveydenhuollon tai työterveyshuollon piiriin. Tavoitteenamme on kehittää masennuksen tunnistamista perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyömme lähestymistapa on laadullinen ja aineiston keräsimme kyselylomakkeiden avulla. Haastattelimme työssämme terveyskeskusvastaanotolla työskenteleviä sairaanhoitajia.

2 MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Mielenterveys on osa ihmisen terveyttä ja se voidaan nähdä psyykkisiä toimintoja ylläpitävänä voimavarana, jota sekä käytämme että keräämme kaiken aikaa. WHO:n määritelmän mukaan se liittyy oleellisesti ihmisen hyvinvointiin sekä kykyyn sopeutua arkielämän haasteisiin, stressiin, työelämän haasteisiin että oman panoksensa antamiseen yhteiskunnalle (WHO 2004). Hyvän mielenterveyden tunnusmerkkeinä voidaan pitää kykyä työntekoon ja ihmissuhteisiin, mutta olennaista on myös toisista välittäminen ja kyky sosiaaliseen osallistumiseen. (Lönngqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2011, 22, 24.)

Mielenterveyteen vaikuttavat sekä perimä että geenit, ja kokonaisuudessaan se on monen erilaisen kehitystapahtuman tulosta. Häiriintyneen ja normaalin mielenterveyden raja on aina suhteellinen, ja mielenterveys on jatkuvasti muuttuvana riippuvainen monista tekijöistä. Siihen vaikuttavat sisäiset suojaavat ja haavoittavat tekijät sekä ulkoiset suojaavat ja haavoittavat tekijät. (Lönngqvist ym. 2011, 22-23, 28.)

Terveyden edistäminen liittyy myös mielenterveyteen, ja se voidaan nähdä kaikkena sellaisena, joka auttaa yksilöitä ja yhteisöjä lisäämään niitä tekijöitä, jotka tukevat ja ylläpitävät terveyttä. Mielenterveyden edistämistä voidaan pitää koko yhteiskunnan ja sen osa-alueiden yhteisenä vastuuna, koska mielenterveyden häiriöt tuottavat huomattavasti sekä taloudellista että henkistä taakkaa niin potilaille kuin koko yhteiskunnalle. Myönteisen huomion kiinnittämistä mielenterveyteen ja uusimman psykiatrisen tiedon soveltamista voidaan pitää mielenterveyden edistämisen kulmakivenä. Sairaanhoidtaja voi näin ollen vastaanotollaan kysyä potilaan jaksamisesta sekä mielialasta, vaikkei epäilisi välttämättä masennusta. (Lönngqvist ym. 2011, 26-27.)

Mielenterveyslaki määrittelee mielenterveystyön yksilön psyykkisen toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja persoonallisuuden kasvun edistämiseksi sekä mielenterveyden häiriöiden ehkäisemiseksi ja parantamiseksi. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielenterveyspalvelut ja väestön mielenterveyspalvelujen järjestäminen ehkäisemään mielenterveyshäiriöiden syntyä. Alueen mielenterveyspalvelujen järjestäminen on kunnan vastuulla alueen palvelujen tarpeen mukaan. Laki määrittelee, että mielenterveyspalvelut tulee järjestää ensisijaisesti avopalveluina sekä oma-aloitteista hoitoon hakeutumista tukien. (Mielenterveyslaki 1990.) Hoitotyön näkökulmasta oma-aloitteinen hoitoon hakeutuminen on potilaalle voimia vievä ponnistus, joten hoitohenkilökunnan tulisi olla aistit tarkkoina ja yrittää järjestää potilaalle parasta mahdollista hoitoa jouhevasti.

2.1 Perusterveydenhuollon osa ihmisen sairastuessa masennukseen

Kansanterveyslaissa määritellään, että jokaisen kunnan on järjestettävä yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistyötä sekä sairaanhoitoa. Kansanterveystyöstä käytetään myös nimitystä perusterveydenhuolto ja sen suunnittelusta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Pienemmillä alueilla perusterveydenhuollosta vastaa aluehallintovirasto. Perusterveydenhuollolla on useita asiantuntijalaitoksia kuten Säteilyturvakeskus. Kunnat toteuttavat kansanterveislain mukaisia velvoitteita ja niiden kuuluu huolehtia mielenterveyshäiriöiden ehkäisystä, niiden varhaisesta tunnistamisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta. Kuntien perusterveydenhuolto vastaa lievästä ja keskivaikeasta masennuksen hoidosta. Kansanterveislain mukaan terveyskeskuksien on järjestettävä tarkoituksenmukaiset mielenterveyspalvelut, joita ovat mielenterveyteen liittyvien häiriöiden tunnistaminen ja perustason hoito, psykiatrinen avo- ja sairaalahoito sekä psykiatrinen kuntoutus. (Kansanterveyslaki 1972; Sosiaali- ja terveysministeriö i.a.)

2.2 Masennuksen hoidon kolmikantamalli

Vantaalla on kehitetty kolmikantamalli lievästä ja keskivaikeasta masennuksesta kärsivien aikuisten hoitoon. Kolmikantamallin muodostavat terveyskeskuslääkäri, depressiohoitaja ja konsultoiva psykiatri. Hoitoprosessi alkaa, kun masentunut potilas hakeutuu terveyskeskuksen sairaanhoitajan vastaanotolle, josta hänet tunnistamisen jälkeen ohjataan terveyskeskuslääkärin vastaanotolle. Jos masentunut potilas ei ole kiireellisen psykiatrisen erikoissairaanhoidon tarpeessa, hänelle määrätään yleensä masennuslääkitys ja ohjataan depressiohoitajalle. (Kuosmanen, Melartin & Vuorilehto 2008, 190.)

Kolmikantamallissa masennuksen akuuttihoitajakso sisältää 1-6 tapaamista depressiohoitajan vastaanotolla, mutta käyntien määrät pitää sopia potilaskohteisesti. Käynneillä seurataan lääkitystä ja toipumista Beckin depressiomittarin avulla. Konsultoivan psykiatrin työnkuvaan kuuluu sairaanhoitajan neuvonta esimerkiksi koskien potilaan lääkitystä, ja tieto välittyy myös terveyskeskuslääkärille. Potilasta ohjataan masennuksen itsehoitoon, kerrotaan uusiutumisen tunnusmerkeistä ja tuetaan erilaisten ongelmien ratkaisemisessa. (Kuosmanen ym. 2008, 190.)

Vantaan kolmikantamallista tehdyn tutkimuksen tulosten mukaan masennuksen hoitamisessa tulisi tarjota riittävän tehokasta hoitoa, tietoa sairaudesta sekä henkistä tukea sietää sairautta ja sen tuomia elämäntapamuutoksia. Tätä kolmikantamalli tarjoaa. Kolmikantamallin mukaisesti työskentelevä depressiohoitaja soveltuu tutkimuksen mukaan hyvin perusterveydenhuollon masennuspotilaiden hoitoon. Keskivaikeista masennusoireista kärsivät toipuvat usein hyvin mallin mukaisesti hoidettuna. Tutkimus esitti jatkotutkimushaasteena depressiohoitojärjestelmän kehittämisen ja lisätutkimukset yhteistyömallin vaikuttavuuden arvioimiseksi. (Kuosmanen ym. 2008, 190-192.)

Psykologien Aromaan ja Tuularin tekemässä tutkimuksessa depressiohoitajamallin vaikuttavuudesta ilmeni, että siitä oli hyötyä masennuspotilaiden hoidossa. Aineistona tutkimuksessa oli 182 potilasta. Potilaiden BDI-pistemäärät pienenevät ja toimintakyky parani depressiohoitajalla käyntien seurauksena. Potilaat kokivat, että he olivat saaneet apua ja heidän toiveikkuutensa lisääntyi. Tutkimuksen mukaan depressiohoitajamallin toteutus toimii terveyskeskuksessa hyvin. Aromaa ja Tuulari kuitenkin esittävät, että tutkimus on osaltaan vajavainen, koska tutkimus on otokseltaan pieni eikä tutkimukselle ole vertailuryhmää. Heidän mielestään aihe kaipaa jatkotutkimusta. (Aromaa, Tuulari 2008, 194-195.)

3 MASENNUKSEN TUNNISTAMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Jopa 90 prosenttia masentuneista ihmisistä kohdataan ensimmäisen tai ainoan kerran perusterveydenhuollossa. Masennuksen hoitoa perusterveydenhuollossa voidaan pitää onnistuneena, vaikka vastaanottotilanteen kulttuuriset, sosiaaliset, hallinnolliset ja taloudelliset tekijät tuovat haastetta masennusdiagnoosiin ja masennuksen havaitsemiseen. Jopa kolmasosassa terveyskeskuskäynneistä syynä on jonkin asteinen mielenterveyden ongelma, mutta vain viisi prosenttia ilmoittaa sen käynnin syyksi. Hyvään hoitosuhteeseen ja potilaan turvalliseen oloon vastaanottokäynnillä vaikuttavat hoitohenkilökunnan verbaalinen ja non-verbaalinen ilmaisu sekä kiinnostuneisuus, luottamuksen herättäminen ja persoonallisuus. (Kokko 1999.)

Arkikielessä masennuksesta puhuttaessa tarkoitetaan usein tunnetiloja, surua tai muita mielialaan vaikuttavia tekijöitä. Lääketiede määrittelee masennuksen olevan monimuotoinen ja pitkällä ajalla syntyvä psyykkinen häiriö, jonka ihmiset kokevat yksilöllisesti. Vakavana se voi aiheuttaa somaattisiin sairauksiin verrattavia oireita, kuten toiminnallisuuden heikentymistä ja elämänlaadun heikentymistä. Masentunut ei yleensä löydä ilon aiheita mistään, tunnetila häiritsee jokapäiväistä elämää, ja näin ollen masennus ruokkii itseään. Ydinoireena masennuksessa on masentunut mieliala, ja muita keskeisiä oireita ovat muun muassa unihäiriöt, keskittymiskyvyttömyys ja uupumus. Masennus tuottaa surua sairastajalleen, ja sosiaaliset suhteet voivat jumiutua. Masentunut tyypillisesti kieltää sairautensa ja sen oireet. (Huttunen 2011, 8; Huttunen & Luhtasaari 2009, 9-10.)

Masennusta voi olla monimuotoista ja -asteista, ja kuka tahansa voi sairastua masennukseen. Usein masennus saa alkunsa kriisistä tai vaikeasta uupumuksesta. Masennustilasta kärsii noin viisi prosenttia suomalaisista vuodessa ja sen uusiutumisen riski on suuri. Masennustila voi kestää muutamasta kuukaudesta jo-

pa vuosiin. Psykiatriseen erikoissairaanhoidon masentunut potilas tulee lähettää, jos hoito ei tehoa perusterveydenhuollossa, potilas on psykoottinen, masennus on vaikea, potilas on itsetuhoisin, sairaus vaatii lääkärin diagnoosin tekemistä, potilasta uhkaa työkyvyn menetys tai potilas tarvitsee arvion psykoterapian tarpeelle. Parhaiten masennuksesta toipumista ja sairauden uusimista ehkäistään aikaisin aloitetulla hoidolla, joka saa usein alkunsa sairaanhoitajan vastaanotolta. (Haarala, Jääskeläinen & Kilpinen 2010, 19-20; Huttunen 2011, 8; Pulkkinen & Vesanen 2010.)

Erotusdiagnostiikan merkitys on tärkeää ja lisäksi täytyy tunnistaa, mikä on masennustilan aste ja toistuvuus. Erotusdiagnostiikalla tarkoitetaan masennustilojen erottamista kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, lääkehoidon vaikutuksista ja päihderiippuvuudesta, vaikka ne aiheuttaisivat masennuksen kaltaisia oireita. Masennuksen taustalla voi vaikuttaa jokin toinen sairaus, kuten kilpirauhasen vajaatoiminta, lisämunuaisen kuoren liikatoiminta, diabetes, päihteiden käyttö tai krooniset infektiot ja neurologiset sairaudet, esimerkiksi Parkinsonin tauti (Huttunen 2011; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatroyhdistys ry:n asettama työryhmä 2010.)

Dystymiaksi kutsutaan lievempää muotoa masennuksesta, jolle on ominaista tietyn tunnetilan jatkuminen yli kaksi vuotta. Keskeisiä oireita ovat monihäiriöisyys, johon voi liittyä esimerkiksi syömishäiriö. Henkilöllä voi olla päihdeongelma tai persoonallisuushäiriö ja oireet alkavat usein ennen 25 ikävuotta. Oireita ovat myös itseluottamuksen puute, keskittymisvaikeudet, toivottomuuden ja epätoivon tunteet, pelko, ettei selviä arjen paineista sekä kiinnostuksen menettäminen sukupuolielämää kohtaan. Dystymiasta kärsivästä ihmisestä voi tulla vaativa, pessimistinen ja ominaista on tilan samanlaisuus. Mielialahäiriöön ei siis kuulu erilliset sairauslomajaksot, mutta masennuksen tavoin se alentaa toimintakykyä. Tutkimusten mukaa dystymian hoitoon parhaita keinoja ovat pitkäaikainen masennuslääkehoito sekä psykoterapia. (Huttunen & Luhtasaari 2009, 40-43.)

3.1 Masennuksen riskitekijät ja oireet

Masennukseen liittyy sosiaalisia, biologisia ja psykologisia riskitekijöitä. Ihmisellä on usein alttius sairastua masennukseen ja laukaisevien tekijöiden myötä sairaus voi puhjeta. On myös esitetty, että olisi olemassa kaksi erilaista masennustyyppiä, jossa toisessa elimistö on kokemusten myötä muuttunut masennukselle herkemmäksi ja toisessa masennuksen puhkeaminen liittyy kohtuuttoman stressiin määrään. Kielteiset kokemukset jo lapsuudesta asti ovat masennukselle altistavia tekijöitä ja erityisesti masennuksen riskiä kasvattaa lapsuudenaikainen kaltoinkohtelu, koska sillä on vaikutuksia aivojen eri mekanismeihin (Karlsson 2012, 622-626). Masennus on 1,5-2 kertaa yleisempää naisilla kuin miehillä. Masennusta hoidetaan nykyään paljon, mutta siitä huolimatta se on alihoidettu sairaus. Toimintakyvyn heikentyessä tai useamman eri tekijän ilmaantuessa, apua haetaan helpommin. Kun ihminen sairastuu masennuksen lisäksi myös esimerkiksi ahdistuneisuushäiriöön, hän hakeutuu helpommin hoitoon. (Huttunen 2011, 40-43.)

Masennus lisää syrjäytymisen riskiä. Työttömyys, epäsojivat asuinolosuhteet tai pienellä toimeentulolla eläminen lisäävät eriarvoisuutta. Tällöin on vaarana menettää sosiaaliset suhteet, sillä useimmat muut ihmiset kuitenkin käyvät töissä ja harrastavat. Esimerkiksi *KASTE* -hanke on huomionut yksinäisten tai työttömien riskin tulla päihderiippuvaisiksi, sillä omia tunnetiloja vahvistetaan tai eletään päihteiden kautta. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuohjelma *KASTE* (2008-2011) on pitänyt yhtenä tavoitteenaan ehkäistä kansalaisten syrjäytymistä ja lisätä osallisuutta. Yhtenä kohderyhmänä ovat juuri pitkäaikaistyöttömät ja -asunnottomat. Hankkeen alla ovat toimineet *Virta - Pidämme huolta työ- ja toimintakyvystämme sekä tulevaisuudestamme* -hanke sekä *S.O.S – Syrjäytyneestä osalliseksi sosiaalityön keinoin* -hanke. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos i.a.)

Masennus aiheuttaa ihmiselle pahaa oloa, ahdistusta, saamattomuutta ja elämänilon vähentymistä. Masentunut ihminen voi olla ärtyisä, ajatukset voivat olla itsetuhoisia ja pessimistisiä. Sairastuneella on somaattisia kipuja, joille ei löydy syytä sekä häpeän tai syyllisyyden tuntemuksia. Masennuksen oireita ovat myös muutokset ruokahalussa, univaikeudet ja psykomotorinen kiihtyneisyys tai hidastuminen toiminnoissa. Masentuneelle ihmiselle voi kehittyä päihdeongelma tai päihdeongelma voi edesauttaa masennuksen syntyä. Sairaanhoidajan vastaanotolla kaikkia oireita tulisi hoitaa ja käsitellä yhtä tärkeinä, jotta hoito olisi kokonaisvaltaista. (Pulkinen & Vesanen 2010.)

Psykoottisen masennuksen oireena ovat lisäksi aistiharhat tai -luulot sekä epärealistiset ajatukset oman kehon toiminnoissa (Pulkinen, Vesanen 2010). Masennuksen ydinoireina voidaan näin ollen pitää masentunutta mielialaa, väsymysoireita ja mielihyvän menetystä. Keskeisintä hoidon suunnittelun kannalta on ajankohtaisten oireiden vaikeus ja mahdolliset aiemmat jaksot, koska yli puolessa tapauksista masennusjakso uusii myöhemmin. (Lönnqvist ym. 2011, 154.)

Usein mielenterveys jää yhteiskunnallisessa päätöksenteossa vähemmälle huomiolle kuin somaattinen terveys, vaikka mielenterveyden häiriöt kuormittavat väestöä aiheuttamalla elämänlaadun ja toimintakyvyn menetystä. Masennusta sairastaa elämän aikana yli kaksikymmentä prosenttia naisista. Yli kymmenen prosenttia miehistä käy läpi masennuksen. Hoidollisesta näkökulmasta ajatellen masennuksen ennaltaehkäisyyn tulisi kiinnittää huomiota esimerkiksi terveystarkastuksissa hoitajien vastaanotoilla tai puheeksi ottamisella rutiinikäynneillä. (Lönnqvist ym. 2011, 25-27, 154.)

Masennusta voidaan pitää kansanterveyden kannalta keskeisimpänä mielenterveyden häiriönä, ja se on yksi suurimmista kansanterveydellisistä ongelmista, johtuen masennustilojen yleisyydestä, masennuksen aiheuttamasta toiminta- ja työkyvyn laskusta sekä suuresta hoidon tarpeesta. Ominaista masennukselle on sosiaalisten kontaktien heikkeneminen muihin sekä elämän mielekkyyden

kadottaminen. Usein masentunut ihminen tarvitsee apua masennuksesta parantukseen, koska biologiset ja psyykkiset voimavarat ovat vaikeassa masennuksessa hupenneet. Masennuksen laskiessa toimintakykyä, tulisi ottaa huomioon masentuneen potilaan vaikeus toimittaa normaaleja arkipäivän asioita kuten omasta hygieniasta huolehtiminen. (Lönngqvist ym. 2011, 25, 154.)

3.2 Masennus eri ikäkausina

Masennus voi ilmetä eri tavoin riippuen iästä. Lapsuuden masennuksen oirekuvaan kuuluvat oireet, joista vanhempi tai lapsi voi kertoa. Oireina voi olla jollain tavalla poikkeava käytös. Lapsi voi olla vetäytyvä, kantaa suhteettoman paljon huolta esimerkiksi vanhemmistaan tai olla miellyttämishaluinen tai haluton. Oireita voivat olla myös itkuisuus, raivo tai ärtyisyys ja syyllisyyden tunne. Lapsi ei välttämättä kehity iän edellyttämällä tavalla. Vanhempien ja koulun tai päiväkodin antama tieto on tärkeää, sillä he osaavat havaita lapsen käyttäytymisestä eri asioita, koska he seuraavat lasta enemmän kuin esimerkiksi sairaanhoitaja tai lääkäri. Lapsella masennusta ja mielenterveyden häiriöitä kartoitetaan laajalla dimensionaalisella kartoitustavalla, jossa käyttäytymistä ja toimintoja tarkkailaan eri kaavakkeita apuna käyttäen. Lasten mielenterveyden ja kehityksen häiriöitä on todettu olevan jonkin verran enemmän pojilla kuin tytöillä. (Lönngqvist ym. 2010, 558-560, 561–562, 583.)

Nuorilla masennuksen erotusdiagnostiikka voi olla vaikeaa, sillä nuoruuteen kuuluvat mielialavaihtelut ovat normaaleja. Normaaliin ikäkaudelle tyypilliseen kehitykseen voidaan lukea lyhytkestoiset ja ulkoisesta ärsykkeestä provosoituvat mielialavaihtelut. Masennuksen oireita nuorilla ovat tyypillisten oireiden lisäksi ärtyneisyys ja matala mieliala sekä uupumus.

Vakavien masennustilojen osuus nuorten masennuksista on 85 prosenttia. Nuorilla voi olla itkuisuutta ja itsetuhoisuutta tavallista enemmän. Päihdeongelmat ja

syömishäiriöt voivat olla mielenterveydenhäiriöistä kärsivän nuoren oireita. Paniikkihäiriö voi puhjeta nuoruudessa tai varhaisaikuisuudessa, jolloin oireita ovat äkillisesti ilmaantuvat, alkuun odottamattomat ahdistuneisuus-, pelko- ja paniikkikohtaukset (Laukkanen, Marttunen & Miettinen 2006, 70-74, 70–81; Lönnqvist ym. 2010, 604.)

Käsitlemme opinnäytetyössämme pääasiassa aikuisten masennusta, mutta myös vanhuksilla esiintyy masennusta ja sen erityispiirteitä. Vanhusten masennuksen erityispiirteitä ovat erilaiset pelko-oireet sekä sosiaalisten tilanteiden pelko, joka on yhteneväinen nuorten oireiden kanssa. Vanhusten pelko voi liittyä esimerkiksi asuinpaikan levottomuuteen, jolloin muun muassa unihäiriöt saattavat lisääntyä. Vanhuudessa toimintakyky hidastuu, jolloin oma kömpelyys ja verkkaisuuden pelko voivat vaikuttaa vanhuksen aktiivisuuteen. Masennustila on vanhusten yleisin mielialahäiriö. Tavallisten oireiden lisäksi vanhukset potevat usein ruokahaluttomuutta, painon laskua ja rangaistuksen pelkoa sekä itsetuhoa. Masennus vie vanhukselta toimintakyvyn vielä helpommin kuin nuoremmilta ihmisiltä. Somaattiset kivut voivat myös vanhuksilla kieliä mahdollisesta masennuksesta. (Lönnqvist ym. 2010, 632-633, 637–638.)

3.3 Masennuksen ehkäisy

Käypä hoito -suosituksen mukaan masennuksen ehkäisyssä tulisi ottaa huomioon henkilöt, joilla on masennukseen liittyviä vaaratekijöitä: esimerkiksi työttömäksi jääneet, työuupumuksesta kärsivät ja synnyttäneet äidit sekä henkilöt, joilla ilmenee masennustilan kehittymisestä kertovia masennusoireita. Jokainen voi vaikuttaa masennuksen ehkäisyyn elintavoillaan. Säännöllisen liikunnan, työstressin vähentämisen ja alkoholin liikakäytön välttämisen on tutkittu ehkäisevän masennuksen syntymistä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2010.)

Mielenterveydestä tulee huolehtia kuten muustakin terveydestä ja samalla se ehkäisee myös masennuksen syntymistä. Tehokkaita ja näyttöön perustuvia mielenterveyttä edistäviä yhteiskunnallisia toimenpiteitä ovat muun muassa päihteiden väärinkäytön vähentäminen, väkivallan ehkäisy, työttömyyden haittojen vähentäminen ja kouluväkivallan vähentäminen (Lönngqvist ym. 2011, 26).

On osoitettu, että erilaiset yksilölliset altistavat tekijät vaikuttavat masennuksen reagointiin. Yksilötasolla on tärkeää, että masennukseen taipuvainen ihminen saa tukea omien masennukselle altistavien tekijöiden tunnistamiseen. Henkilökohtaisten riskin kartoittaminen on masennuksen ehkäisyn lähtökohta. Esimerkiksi kirkasvalohoidosta on hyötyä ihmisille, joilla masentuneisuusoireet lisääntyvät pimeinä vuodenaikoina. Liikunta on myös hyvä ehkäisykeino, koska sillä on masennusta ehkäisevä vaikutus ainakin lievemmissä masennusoireiluissa. Myös terveellinen ruokavalio on merkittävässä roolissa masennuksen ehkäisyssä. (Lönngqvist 2009, 26-27.)

Masennuksen ja syrjäytymisen ehkäisytyöhön käytetään nykyään yhä enemmän resursseja ja yhteiskunnan varoja. Ennaltaehkäisevä työ on kannattavaa ja edullisempaa kuin hoitaa jo syntynyttä sairautta. Masennusta voidaan ehkäistä jo silloin, kun merkkejä masennuksesta ei ole. Kohonneeseen riskiryhmään kuuluville suositellaan masennuksen ehkäisytyötä jatkuvasti. Itsehoito ja ennaltaehkäisyryhmät ovat masennuksesta kärsiville tarpeellisia hoitokeinoja. (Masto-hanke i.a.)

Sateenvarjo-projektissa tavoitteena olivat uudenlaiset toimintamallit, joissa keskeistä oli tehostaa yhteistyötä peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon välillä. Erityisesti kolmikantamallia, jossa yhteistyössä ovat tervekeskuslääkäri, depressiohoitaja ja psykiatri, on pyritty yleistämään myös muualle. (Melartin 2007.) Hankkeessa kehitettiin masennuksen hoitoa sekä valtakunnallisesti mutta myös pienemmissä paikoissa kuten kunnissa. Tavoitteena oli laajentaa depressiohoi-

tajan ammattitaitoa ja toimenkuvaa neuvoloihin, kouluterveydenhuoltoon sekä kotihoitoon. (Haarala ym. 2010, 94-96.)

3.4 Masennuksen tunnistamisen prosessi

Masennuksella tarkoitetaan muutostilanteisiin ja menetyksiin liittyvää normaalia tunnereaktiota, oireita tai oireyhtymää mutta se voi olla myös eriasteista ja monioireista. Masennustilat jaetaan lievään, keskivaikeaan, vaikeaan ja psykoottiseen. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy masennusjaksoja. Kestoltaan masennus voi olla pitkäaikaista tai lyhyitä masennusjaksoja. Masennuksen monimuotoisuus vaikeuttaa niin tunnistamista, kuin hoidon tarpeen arviointia. Masennuksen liittyy myös uusiutumisenriski ja itsemurhavaara. (Pulkkinen & Vesanen 2011.)

Masentuneena itsemurhariski kasvaa, erityisesti jos ihminen on vakavasti masentunut, masennuksen toipumisvaiheessa tai masennuslääkkeen aktivoivassa vaiheessa. Itsemurhan riskiä kasvattaa myös vaikea elämäntilanne, suppea tukiverkoston tai sen puuttuminen sekä päihdeongelma. Itsemurhan riski liittyy ihmiseen itseensä ja hänen elämäntilanteeseensa, eikä yksiselitteistä hälytysmerkkiä ole. Itsemurhariskin tunnistaminen voi olla vaikeaa jos potilas ei ilmaise itsetuhoisuuttaan. Sairaanhoidtajalla tulee olla tilanteen selvittelyssä aktiivinen rooli sekä itsetuhoisuuden arvioinnissa että avun tarjoamisessa. Itsetuhoisista ajatuksista ja suunnitelmista tulee kysyä suoraan ja välittömästi. (Pulkkinen & Vesanen 2011.)

Masennuksen tunnistamisessa tärkeintä on tunnistaa potilaan masentunut mieliala. Masentunut mieliala näkyy elämänilon, mielihyvän ja kiinnostuksen tunteiden vähenemisenä tai katoamisena. Potilaalla on keskittymiskyvyttömyyttä ja muistivaikeuksia. Itseään tulevaisuuttaan kohtaan potilas suhtautuu pessimisti-

sesti ja hän on toivoton. Potilaalla voi olla univaikeuksia, joka voi ilmentyä joko liian vähänä nukkumisena tai liiallisena nukkumisena. Myös ruokahalussa voi olla muutoksia. Myös ahdistuneisuus ja ärtyneisyys ovat masennuksen oireita. Sen lisäksi masennukseen voi liittyä myös somaattisia oireita, jotka ovat esimerkiksi epäselviä kipuja. Masennustila on sitä vaikeampi, mitä useampia oireita esiintyy ja mitä huonompi potilaan toimintakyky on. (Pulkkinen & Vesanen 2011.)

Masennuksen oireiden moninaisuuden lisäksi samanaikainen muu mielenterveyshäiriö vaikeuttaa masennuksen tunnistamista ja hoitoa. Usein masennuksen rinnalla esiintyy epävakaata persoonallisuutta, ahdistuneisuushäiriö tai päihdeongelma (Pulkkinen & Vesanen 2011). Päihteiden väärinkäyttö lisää vakavan psykiatrisen sairauden riskiä ja päinvastoin. Psykiatrisista potilaista 40-80% on päihteiden ongelmakäyttäjää ja päihteiden sekakäyttö on yleistä. Yleisimpiä päihteitä ovat alkoholi, kannabis ja lääkkeet. Samanaikaisena päihdehäiriö ja mielenterveyden häiriö lisäävät aggressiivisen ja väkivaltaisen käyttäytymisen riskejä. Keskeistä hoidossa on yksi hoitoyksikkö, joka vastaa sekä päihdehuollon että psykiatrian palveluista. (Holmberg 2010.)

Vaikka tietoa masennuksen hoidosta on paljon, masennusta ei tunnisteta kaikissa tapauksissa. Masentuneista henkilöistä noin 70 % on käyttänyt terveydenhuollon palveluja, mutta kuitenkin aina masennusta ei ole tunnistettu ja potilas ei ole ottanut asiaa itse esille. Masennuksen tunnistamista vaikeuttaa potilaskontaktien lyhytkestoisuus ja se, jos potilas ei itse hahmota sairastavansa masennusta tai pelkää leimautuvansa. Potilas voi myös valittaa psyykkisten oireiden sijaan somaattisia oireita. Depressiohoitajien verkosto ei ole joka puolella tarpeeksi kattava tarpeeseen nähden. Myös terveydenhuoltojärjestelmän pirstaleisuus ja masennuksesta kärsivän potilaan seurannan puute ovat haasteena masennuksen tunnistamisessa ja hoidossa (Heiskanen, Huttunen 2011, 13; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2010.)

Käypä hoito -suosituksen mukaan etenkin riskiryhmien masennuksen tunnistaminen helpottuu seulontoja käyttämällä. Masennuksen seulonnasta on hyötyä perusterveydenhuollossa, jos tukena on jäsentynyt hoitomalli, konsultaatiomahdollisuudet ja systemaattinen seuranta, eli se on osa toimivaa tunnistamisen ja aktiivisen hoidon kokonaisuutta. (Isometsä 2009.) Käyttöön suositeltavia seulontamenetelmiä ovat esimerkiksi Beckin depressioasteikko (BDI), suomalainen DEPS ja Prime-MD:n kahden kysymyksen seula. Prime-MD:ssä on kaksi kysymystä, joissa selvitetään masentunutta mielialaa ja mielihyvän menetystä. Vanhuksien masennuksen tunnistamiseen on kehitetty geriatrinen depressioasteikko eli GDS. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2010.)

BDI:tä käytetään kuvaamaan masennuksen oireita ja niiden vaikeusastetta aikuisilla ja yli 12-vuotiailla nuorilla. Se sopii suuntaa antavaksi seulontamenetelmäksi, mutta pelkästään sen tuloksen perusteella ei tulisi tehdä kliinistä masennusdiagnoosia. Erityisesti BDI soveltuu avohoidossa olevien potilaiden masennusoireilun arviointiin ja sitä voidaan käyttää myös itsemurhariskin arvioinnissa (Beck, Brown, Steer 2004, 4, 11; Jääskeläinen, Miettunen 2011.)

BDI koostuu 21 osiosta, jossa potilas valitsee neljästä masennusoireisiin liittyvästä väittämästä eniten omaa kokemustaan kuvaavan vaihtoehdon. Jokaisesta osiosta kertyy masennusoireen vahvuudesta riippuen 0-3 pistettä, ja pisteitä voi enintään saada 63. Pisteiden tulkitsijan tulee olla ammattilainen, ja tulokset käydään läpi potilaan kanssa. Kysymykset, joihin tulee kiinnittää erityistä huomiota, liittyvät nukkumiseen ja ruokahalun muutoksiin liittyvät kysymykset. Masennustilan vakavuutta arvioidaan pistemäärien luokituksen perusteella. Tuloksena 0-13 kokonaispistettä vastaavat vähäistä masennusoireilua ja 14-19 pistettä lievää masennusoireilua. Kohtalaisessa masennusoireilussa pisteitä tulee olla 20-28 ja vakavassa 29-63 pistettä. Tuloksia tulkittaessa on hyvä muistaa, että kyseessä on itsearviointimittari, joten tuloksiin saattavat vaikuttaa samat virhelähteet kuin yleisesti itsearviointimenetelmissä, eli esimerkiksi ongelmien kieltäminen (Beck, Brown, Steer 2004, 14-15; Roivanen 2008.)

DEPS-depressioseula on lyhyt masennusoirekysely, joka on kehitetty Suomessa. Se on tarkoitettu potilaan täytettäväksi ja se on suppeampi kuin BDI. ICD-10-tautiluokituksessa käytetään tunnistuskeinona ja vaikeusasteen määrittelyssä oireiden lukumäärää. Oireita tulisi olla yhtäjaksoisesti kaksi viikkoa ja niitä on oltava vähintään kymmenen, ydinoireita vähintään kaksi. Vaikeusastetta määritellään myös oiremittareilla, kuten BDI-21-mittarilla ja Hamiltonin mittarilla (HAM-D) sekä Montgomery-Åsbergin (MADRS) depressioasteikolla. Vaikeusasteen määrittelyssä kartoitetaan myös toimintakyvyn heikkenemistä. Depressiohoitajien pitämät niin sanotut masennuskoulut ja -ryhmät ovat hyvä keino ennaltaehkäistä masennusta. (Haarala ym. 2010, 10-11, 20.)

3.5 Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa

Masennuksen parhaita hoitokeinoja ovat ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen. Pitkällekin edennyttä masennusta voidaan hoitaa, mutta hoitamattomana masennus lyhentää eliniän ennustetta (Pulkkinen, Vesanen 2010). Perusterveydenhuollossa hoidetaan lieviä ja keskivaikeita masennustiloja, ja hoidon perustana on moniammatillinen yhteistyö. Perusterveydenhuollon linjaus lievien ja keskivaikeiden masennustilojen hoidosta on haasteellinen, koska masennuksen tunnistamiskäytännöissä on puutteita, psykoterapeuttista osaamista ei ole tarpeeksi ja lyhyiden vastaanottoaikojen takia sitoutuminen hoitoon heikkenee (Aromaa, Tuulari 2008). On osoitettu, että depressiohoitajista on hyötyä etenkin, jos saatavilla on myös psykiatrista konsultaatiotukea, jonka on todettu lisäävän perusterveydenhuollon lääkärin kykyä tunnistaa masennusta. Depressiohoitajat ovat mukana seurannassa, opastuksessa ja psykososiaalisessa tukemisessa (Lönngqvist ym. 2011, 154; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2010.)

Masennuslääkkeiden käyttö on biologinen hoitomuoto (Haarala ym. 2010, 13). Masennuslääkkeiden käytön merkitys kasvaa sitä enemmän mitä vakavampaa masennustilaa hoidetaan. Masennuslääkkeiden ohella tärkeää ovat myös psykososiaalinen tuki, potilaan elämäntilanteen kartoittaminen ja hyvä vuorovaikutussuhde potilaaseen. Pätevän terapeutin toteuttama psykoterapia riittää usein lievien ja keskivaikeiden masennustilojen hoidoksi. Lääkehoitoa ja psykoterapi-aa yhdistämällä parannetaan hoidon tehoa ja voidaan ehkäistä masennuksen uusiutumista. Usein psykoterapeuttisen hoidon tarjoamista rajoittaa koulutuksen ja ajan puute (Lönnqvist ym. 2011, 154; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2010.)

Hoidon viivästyessä masennus voi jopa uhata potilaan henkeä. Vakavaa masennusta sairastavan itsemurhariski kasvaa 30-kertaiseksi muuhun väestöön verrattuna. Noin puoleen suomalaisten miesten itsemurhista liittyy samanaikainen masennustila sekä alkoholin liikakäyttö. Naisten itsemurhariski on pienempi kuin miesten. Masennus kaventaa sairastajansa ihmissuhteita ja huonontaa elämänlaatua pitkittyessään. Potilas voi tällöin ajautua suurempaan ahdinkoon ja tuntea yksinäisyyttä. Krooniset kiputilat voivat aiheuttaa toimintakyvyttömyyttä sekä sairauspoissaoloja. (Larivaara, Isohanni 1996, 20-23.)

Hoidon aloitus tapahtuu potilaan kanssa ja kuunnellen potilaan toiveita hoidon suhteen. Jos potilas on psykoottinen, vastentahtoista hoitoa voidaan harkita. (Larivaara, Isohanni 1996, 20 - 23.) Riittävän pitkä seuranta masennuksen kuntoutusvaiheessa on tärkeää, sillä osittain parantuneen masennuksen ennuste on huonompi kuin kokonaan masennuksesta toipuneiden potilaiden. Riittävän pitkänä seuranta-aikana on pidetty yli kahta vuotta. (Haarala ym. 2010, 21.)

Masennuksesta voi parantua. Tällöin henkilö alkaa iloita asioista, toivottomuuden tunne vähentyy ja oireet hälvenevät. Parantumistilaa kutsutaan remissio-vaiheeksi ja sen on täydellinen, kun kaikki oireet ovat poistuneet. Masentuneenkin on tärkeä erottaa niin sanottu normaali ajea mieliala, jota kaikki ko-

kevat. Sairastetusta masennuksesta jääneet oireet kuitenkin heikentävät toipumista ja toimintakykyä sekä paluuta yhteiskuntaan, kuten työelämään. (Huttunen 2009, 25-26.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvailla masentuneen ihmisen tunnistamista perusterveydenhuollossa sairaanhoitajien kokemusten perusteella. Tulosten avulla saadaan tietää, miten erilaisia seulontamittareita käytetään tunnistamisen apuna, ja toteutetaanko perusterveydenhuollossa erilaisten hankkeiden, esimerkiksi Käypä hoidon suosituksia depressiohoitajamallista eli kolmikantamallista. Tavoitteena on edistää mielenterveyttä sekä tuottaa tietoa masennuksen havaitsemisesta terveyskeskusvastaanotolla. Opinnäytetyömme tavoitteena on myös kehittää mielenterveystyötä perusterveydenhuollossa. Teemme opinnäytetyömme yhteistyössä Tuiran ja Kaakkurin terveyskeskusten kanssa.

Tutkimuskysymyksiä opinnäytetyössämme ovat:

- 1.) Miten masennuksen tunnistaminen tehdään perusterveydenhuollossa?
- 2.) Mitä kokemuksia sairaanhoitajilla on masennuksen tunnistamisesta?
- 3.) Mitä seulontamittareita masennuksen tunnistamisessa käytetään?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusympäristö

Tutkimusympäristönä opinnäytetyössämme oli kaksi Oulun seudun terveyskeskusta. Opinnäytetyömme kohderyhmänä olivat vastaanottotyötä tekevät sairaanhoitajat, joiden asiakkaina ovat perusterveydenhuollon palvelujen käyttäjät. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöiltä, joilta tietoa kerätään, on mahdollisimman paljon kokemusta tutkittavasta asiasta (Sarajärvi, Tuomi 2009, 85-86). Mielestämme juuri vastaanottotehtävissä työskentelevät sairaanhoitajat ovat tutkimusongelmaamme parhaiten sopivia tiedonantajia, koska heillä on käytännön kokemusta masentuneiden asiakkaiden kohtaamisesta. He ovat usein myös ensikontakti hoitosuhteessa, kun potilas tulee terveyskeskuvastaanotolle.

5.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössämme käytetään laadullista tutkimusmenetelmää. Laadullinen tutkimus sisältää aineiston kuvaamista, joka ei ole numeraalista kuten määrällisessä tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston laatu on tärkeämpää kuin määrä eli on merkittävää, millaista materiaalia tutkittava aineisto on. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa olennaista on keskittyä pieneen tapausmäärään ja analysoida sitä perusteellisesti. Harkinnanvaraisessa otannassa tai näytteesä tutkija osaa muodostaa tutkimukseensa vahvat teoreettiset perustukset, jotka ohjaavat aineiston hankintaa. (Eskola, Suoranta 2005, 13, 15-20.) Tutkimustulokset analysoimme induktiivisella sisällönanalyysilla.

5.3 Aineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen aineistoa voidaan kerätä haastattelemalla ja havainnoimalla. Opinnäytetyössämme keräsimme aineiston kyselylomakkeella. Kysymykset olivat kaikille haastateltaville samassa järjestyksessä ja muodossa. Haastateltavat vastasivat omin sanoin kysymyksiin, eikä heille ollut laadittu valmiita vastausvaihtoehtoja. (Eskola, Suoranta 2005, 15, 86.) Kyselylomakkeen muoto riippuu tutkittavan kohderyhmästä ja tarkoituksesta. On tärkeää, että kysymykset on muotoiltu huolellisesti ja käytettyyn kieleen on kiinnitetty huomiota, jotta tiedonantajat ymmärtäisivät, mitä kysymyksillä on tarkoitettu. Myös selkeät ohjeet vastaamiseen ovat edellytyksenä luotettavan aineiston saamiselle. (Valli 2010, 103-104, 106, 109.)

Tulokset kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella kahdelta Oulun seudun terveysasemalta. Kyselylomake palveli teoreettista viitekehystämme ja oli tehty sen pohjalta. Terveyskeskuksissa informoimme sairaanhoitajia opinnäytetyössämme ja sen tarkoituksesta. Tulostimme opinnäytetyön suunnitelman, saatekirjeet ja kyselylomakkeet hoitajille valmiiksi. Vastaanottotyötä tekevät sairaanhoitajat täyttivät kyselylomakkeen, ja vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Vastausaikaa pidennettiin kolmeen viikkoon huonon vastausprosentin vuoksi. Kyselylomakkeet esitettiin pohjoisen mielenterveystoimiston palveluesimiehellä. Toivoimme saavamme aineistoksi 10-15 vastattua kyselylomaketta ja saimme takaisin 11 täytettyä kyselylomaketta. Jos kaikki sairaanhoitajat olisivat vastanneet, olisimme saaneet 18 vastausta. Olimme tyytyväisiä vastattujen kyselylomakkeiden määrään.

5.4 Aineiston analyysi

Opinnäytetyömme aineiston analysointimenetelmänä on sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, ja sitä voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Se perustuu tulkintaan ja siinä luodaan kokemus-

peräisestä aineistosta käsitteellinen näkemys tutkittavasta aiheesta. Sisällönanalyysin tavoitteena on kuvata ilmiötä laajasti mutta tiiviisti esimerkiksi käsitte-luokitusten tai mallien avulla. (Sarajärvi, Tuomi 2009, 91,108, 112.)

Analysoimme aineiston induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Se on kolmivaiheinen prosessi, joka etenee aineiston redusoinnista eli pelkistämisestä aineiston klusterointiin eli ryhmittelyyn ja abstrahointiin eli teoreettisten käsitteiden luomiseen. Ennen analysoinnin aloittamista valitsimme analysointiyksiköksi masennuksen tunnistamisen, joka pohjautuu tutkimustehtävään ja aineiston laatuun. Aloitimme analysointiprosessin pelkistämällä aineiston, eli karsimme siitä tutkimukselle epäolennaisen tiedon. Kirjoitimme kyselylomakkeiden vastaukset puhtaaksi. Tiivistimme aineistoa koodaamalla tutkimustehtävälle olennaisimmat ilmaukset eri väreillä. (Sarajärvi, Tuomi 2009, 109.)

Seuraavaksi ryhmittelimme aineiston. Tässä vaiheessa kävimme aiemmin koodatut alkuperäisilmaukset huolellisesti läpi ja etsimme ilmauksista samankaltaisuuksia. Ryhmittelimme samankaltaiset vastaukset ja muodostimme niistä luokkia. Aineiston ryhmittelyn kautta aineistomme tiivistyi ja saimme aikaan suurempia kokonaisuuksia. Havainnollistavien taulukkojen lisäksi kuvasimme tuloksia tekstin avulla, jotta ymmärtäisimme, mitä asiat tutkittaville merkitsivät. (Sarajärvi, Tuomi 2009, 110, 113.)

Ryhmittelyn jälkeen abstrahoiimme eli loimme teoreettiset käsitteet. Teoreettiset käsitteet muodostuvat valikoidun ja tutkimuksen kannalta tärkeän tiedon perusteella. Jatkoimme teoreettisten käsitteiden luomista niin kauan kuin se oli aineiston sisällön kannalta toimivaa ja mahdollista. Opinnäytetyössämme teoreettisiksi käsitteiksi muodostuivat oirekuva ja somaattiset oireet, masennuksen riskitekijät, potilaan masennuksen tunnistamisen vaikeus ja sairaanhoitajien kokemukset masennuksen tunnistamisesta. Teoreettisia käsitteitä muodostaessamme vertasimme koko ajan teoretietoa ja johtopäätöksiä alkuperäisaineistoon. (Sarajärvi, Tuomi 2009, 111-112.)

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Sisällönanalyysin jälkeen opinnäytetyön tuloksista nousi esille neljä teoreettista käsitettä: masennuksen oirekuva ja somaattiset oireet, masennuksen riskitekijät, potilaan masennuksen tunnistamiseen liittyvät vaikeudet ja sairaanhoitajien kokemuksen masennuksen tunnistamisesta. Vaikka sairaanhoitajien masennusten kokemuksia masennusten tunnistamisesta voidaan pitää tulosten pääluokkana, otimme sen mukaan yhdeksi teoreettiseksi käsitteeksi, koska se tuo muiden teoreettisten käsitteiden lisäksi tietoa asiasta. Koko analysoinnin ajan seurasimme tutkimuskysymyksiä ja ne ohjasivat toimintaamme.

6.1 Masennuksen oirekuva ja somaattiset oireet

Kyselylomakkeen ensimmäisessä kohdassa pyydettiin kertomaan tilanteesta, jossa sairaanhoitajalla on ollut epäily potilaan masennuksesta. Lähes kaikissa vastauksissa käy ilmi, että vastaanotolle hakeudutaan muun syyn vuoksi. Tapauksissa toistuvat erilaiset somaattiset oireet ja sairausloman pidentynyt tarve. Masennuksen oireita on tapauksissa tuotu esille, ja sen vuoksi sairaanhoitajat ovat aloittaneet potilaan masennusoireilun kartoittamisen. Kyselylomakkeista kävi hyvin ilmi, kuinka eri tavoin masennusta koetaan. Yleisimpiä julkaisuissa esitettyjä oireita toistui kyselylomakkeissa. Näitä ovat esimerkiksi mielihyvän menetys, itsearvostuksen ja – luottamuksen puute, kuolemaan liittyvät ajatukset ja uupumus.

Vastauksissa toistuvia masennuksen oireita, joihin sairaanhoitajat ovat kiinnittäneet erityistä huomiota, ovat ärtyneisyys, itkuisuus, itsetuhoisuus, alakuloisuus ja muistihäiriöt. Myös kiinnostuksen puute esimerkiksi omaa hoitoa kohtaan ja lisääntynyt päihteiden käyttö antoivat epäilyksen potilaan masentuneisuudesta.

Ulkoisessa olemuksessa eniten kiinnitettiin huomiota ilmeisiin ja eleisiin sekä siisteyteen. Sairaanhoitajat tuovat ilmi myös potilaan kertomia muita oireita, joita olivat unettomuus, erilaiset somaattiset oireet sekä poissaolot työstä tai koulusta. Sairaanhoitajat kuvailivat potilaiden oireita:

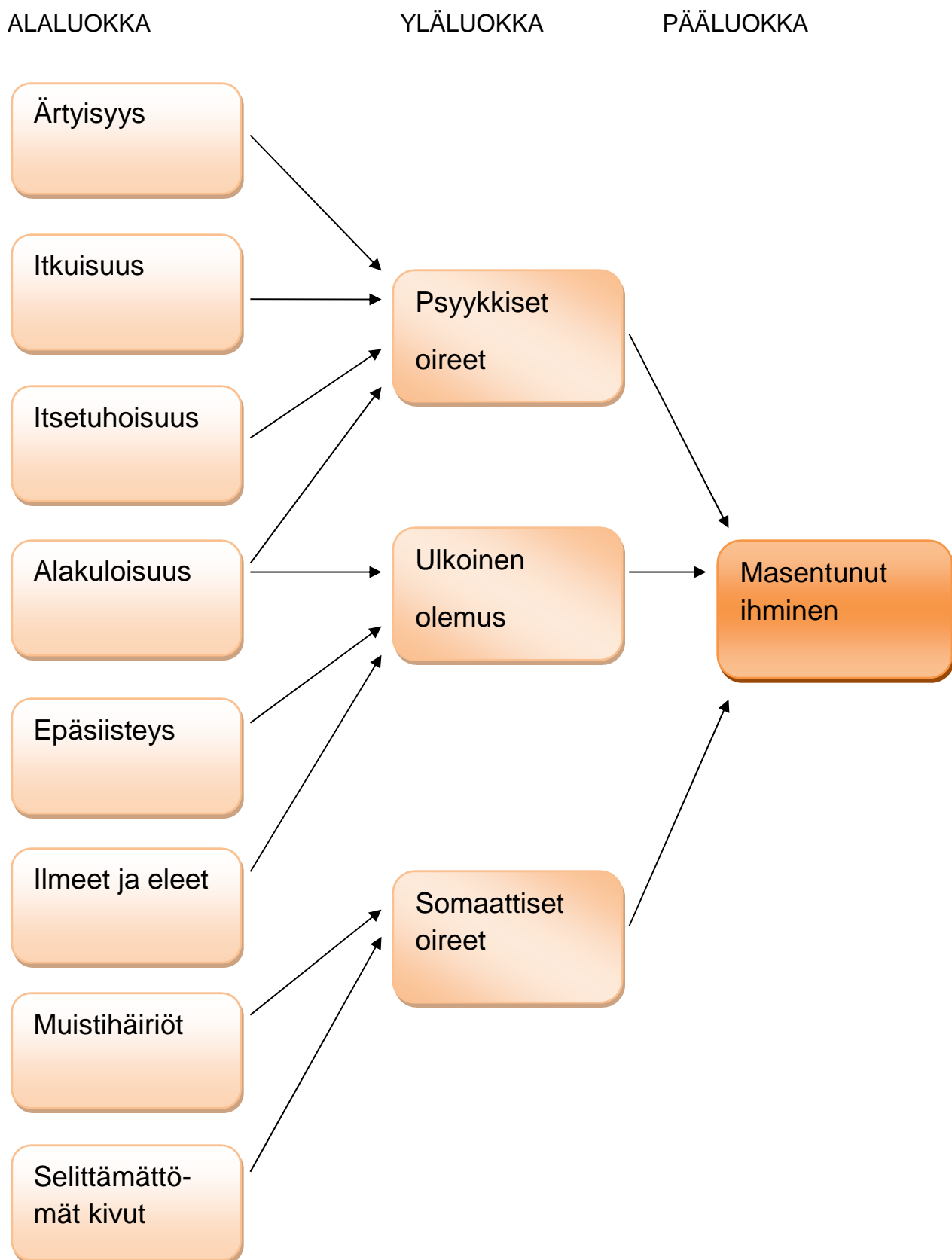
”Potilas tuli päivystysvastaanotolle epämääräisten flunssaoireiden vuoksi.”

”Potilas tullut vatsatautisairauslomapyynnön vuoksi.”

”Asiakkaan olemus, kertomuksen negatiivissävytteinen tunnelma, väsymys, saamattomuus, itkuisuus, itsetuhoiset ajatukset, elämään tyytymättömyys, läheisten ihmissuhteiden puute ja sosiaalisten kontaktien puute jne.”

Masennuksen oireista muodostui kolme yläluokkaa: psyykkiset oireet, ulkoinen olemus ja somaattiset oireet. Vaikka masennuksessa huomiota kiinnitetään suurimmaksi osaksi psyykkisiin oireisiin, tulee sairaanhoitajan huomioida myös potilaan yleistila ja ulkoinen olemus sekä toimintakyky. Osa oireista sekoittuu sekä psyykkisiin että somaattisiin oireisiin ja silloin tunnistamisprosessi vaatii erityistä tarkkaavaisuutta. Esimerkiksi muistioireet voivat johtua somaattisesta sairaudesta mutta ne voivat olla myös masennuksen oire.

KUVIO 1. Masennuksen oirekuva ja somaattiset oireet



6.2 Masennuksen riskitekijät

Sairaanhoitajat olivat ansiokkaasti nostaneet esille suuren määrän asioita, jotka voivat altistaa masennukselle ja useimmat riskitekijät toistuivat kyselylomakkeissa. Merkittävimpiä tekijöitä olivat työttömyys, päihteiden käyttö ja sairaus, jotka kaikki toistuivat seitsemässä lomakkeessa yhdestätoista. Esimerkiksi elämäntilanteen muutos voi näin ollen aiheuttaa masennusta. Työn menettäminen tai sairastuminen voi itsessään aiheuttaa päihteiden väärinkäyttöä. Liiallinen alkoholin käyttö voi myös sairastuttaa ja alkoholisoituessaan ihminen voi menettää työnsä tai sairastua.

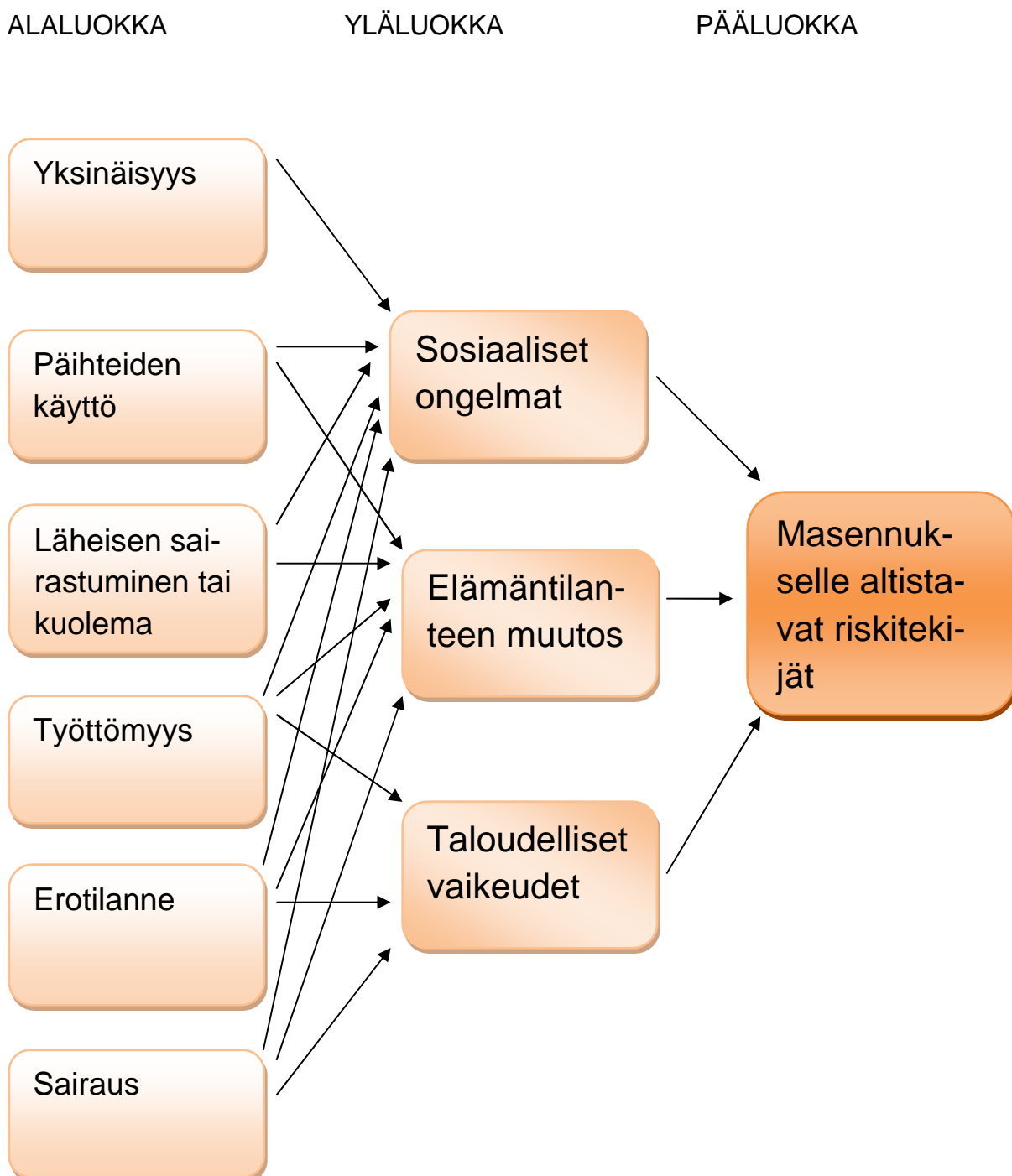
Sairaanhoitajat kuvasivat lähiverkoston puuttumisen olevan riskitekijä sairastua masennukseen. Tähän voivat johtaa muun muassa avioero tai kuolema, jotka lueteltiin myös omana riskitekijänä masennukselle. Yksinhuoltajuus sekä yleinen yksinäisyys sairaanhoitajien mukaan altistavat masennukselle.

”Sairaus, yksinäisyys ja muuttuneet elämäntilanteet. Läheisen sairastuminen/kuolema, ero, työn menettäminen, ei niinkään perintötekijät mutta kotoa opitut mallit. Masentunut mieli.”

”Lähiverkoston puuttuminen, huono fyysinen vointi, somaattiset sairaudet, päihteiden väärinkäyttö.”

Yläluokkina masennuksen riskitekijöissä muodostui sosiaaliset ongelmat, elämäntilanteen muutos ja taloudelliset vaikeudet. Useimmat riskitekijät voivat olla sekä sosiaalisia että taloudellisia ongelmia, jotka aiheuttavat myös itsessään elämäntilanteen muutoksen. Ongelmien kasautuminen tulosten mukaan lisäsi potilaan masentuneisuutta.

KUVIO 2. Masennuksen riskitekijät



6.3 Potilaan masennuksen tunnistamiseen liittyvät vaikeudet

Tuloksista ilmeni, että kaikkien sairaanhoitajien mielestä masennusta ei ole vaikea ottaa puheeksi. Puheeksi ottamista vaikeuttivat lyhyet vastaanottoajat ja lyhyet potilassuhteet. Usein lyhyissä potilassuhteissa keskityttiin pääsääntöisesti hoitamaan somaattisia sairauksia. Kiire koettiin myös vaikeuttavana tekijänä tunnistamisprosessissa.

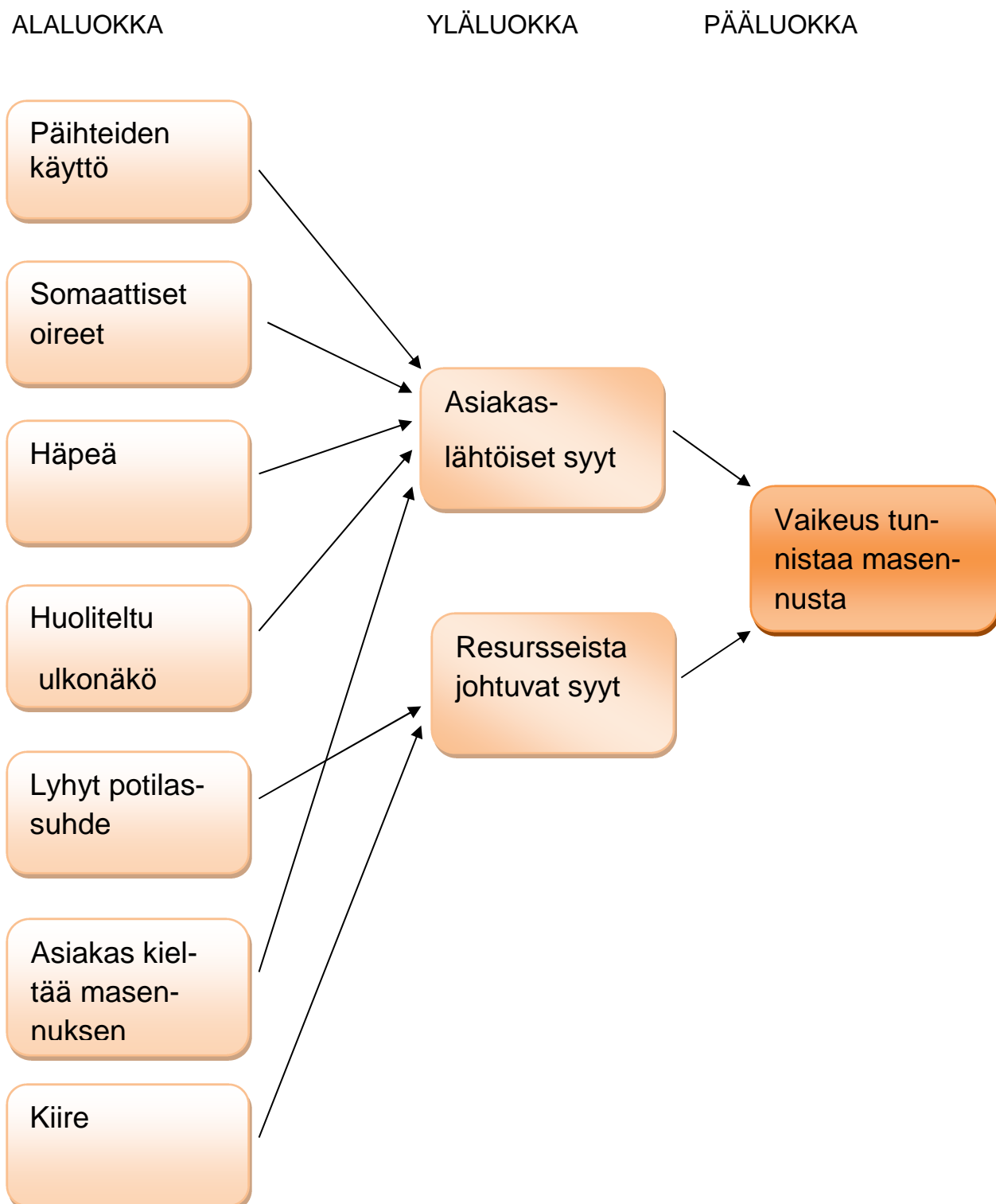
Potilaan päihteiden käyttö koettiin masennuksen tunnistamista vaikeuttavana tekijänä. Sairaanhoitajat kokivat, että oli vaikea tietää, oliko päihteiden lisääntynyt käyttö seurausta masennuksesta vai oliko masennus aiheutunut päihteiden käytön myötä. Myös se vaikeuttaa masennuksen tunnistamista, että potilaat kieltävät masennuksen oireet. Usein masennuksen kieltämiseen liittyi potilaiden kohdalla myös masennuksen häpeäminen ja sen oireiden peittäminen somaattisten sairauksien taakse. Lisäksi sairaanhoitajat kokivat, että potilaan huoliteltu ulkonäkö vaikeutti tunnistamista.

”Ei ole vaikeaa ottaa puheeksi, heti otan jos epäilen masennusta.”

”Tunnistaminen hankalaa oireiden moninaisuuden takia.”

Potilaan masennuksen tunnistamiseen liittyvissä vaikeuksissa yläluokiksi muodostuivat asiakaslähtöiset syyt ja resursseista johtuvat syyt. Kuviossamme lyhyt potilassuhde ja kiire liittyvät resursseista johtuviksi ja loput liittyvät asiakaslähtöisiin. Asiakaslähtöiset syyt liittyvät keskeisesti masennuksen leimaan, joka aiheuttaa häpeää ja vaikeuttaa hoitoon hakeutumista.

KUVIO 3. Potilaan masennuksen tunnistamiseen liittyvät vaikeudet



6.4 Sairaanhoidtajien kokemukset masennuksen tunnistamisesta

Kyselylomakkeissa kaikki vastaanottotyötä tekevät sairaanhoitajat kokivat masennuksen puheeksi ottamisen helpoksi. Puheeksi ottamista saattoi hankaloittaa tunne siitä, että kysymisen jälkeen tulisi olla aikaa paneutua asiakkaan ongelmaan syvemmin ja miettiä hoidon tarvetta. Puheeksi ottamista vaikeuttavat mahdollinen kiire ja tietynmittainen vastaanottoaika. Sairaanhoidajilta kysyttiin masennuksen tunnistamista helpottavia tekijöitä:

”Se, että vastaanotolle on varattu riittävästi aikaa. Jos pitää kiireessä hoitaa somaattista oiretta, ei psyykeen arviointiin voi keskittyä.”

”Asiakkaan avoimuus, seulontalomakkeet, puheeksi ottaminen, koulutukset, asiakkaiden omahoitoon tukeminen, oireiden tunnistaminen, tiedotus ym.”

Kyselylomakkeista kävi ilmi, että puheeksi ottamista vaikeuttaa, jos asiakas kieltää omat oireensa tai sairautensa. Monimuotoiset oireet vaikeuttavat sairaanhoitajien mukaan masennuksen tunnistamista. Onkin vaikeaa tulkita, onko esimerkiksi alkoholin käyttö aiheuttanut sosiaalisia ongelmia ja sitä kautta masennusta, vai onko mahdollisesti masennus johtanut päihteiden käyttöön. Asiakas voi joutua kierteeseen, jossa huono asia seuraa toistaan, ja masennus on tällöin vain yksi monista oireista. Kysyttäessä masennuksen tunnistamista vaikeuttavia tekijöitä ja sitä, onko puheeksi ottaminen vaikeaa, vastaukset olivat muun muassa seuraavanlaisia.

”Muut mielenterveyden häiriöt tai se, että vastaanottokäynnillä on paljon somaattisia vaivoja käsiteltävänä.”

”Päivystysajalla usein tapaa potilaan ensimmäistä kertaa, esim. sairauslomatarve ei ensimmäisellä kerralla tuo mieleen masennuksen mahdollisuutta. Ei ole vaikeaa ottaa puheeksi, heti otan jos epäilen masennusta.”

”Kiire. Jos on aikaa, ei ole vaikeaa ottaa puheeksi. Mutta jos ottaa puheeksi, pitää olla aikaa käydä läpi asiaa.”

”Puheeksi ottaminen ei ole vaikeaa, mutta asiakkaat usein kieltävät masennuksen oireet. Peittyvät fyysisten oireiden alle, oireiden moninaisuus ja jo diagnosoidut sairaudet.”

Sairaanhoitajat kokivat, että työn avuksi tehdyt mittarit ja seurat helpottavat tunnistamista. Useimmin käytetty menetelmä tunnistamisen apuna oli BDI-mittari, jota vastaajista käytti 90 prosenttia. Erityisesti vanhuksille tarkoitettua GDS-mittaria eli geriatrista depressioseulaa käytti kaksi sairaanhoitajaa. Oman työkokemuksen ja – historian koettiin helpottavan työskentelyä. Alkoholin käyttöä mittavaa audit-testiä käytti yksi sairaanhoitaja.

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS

Ennen opinnäytetyön aloittamista anoin tutkimusluvan opinnäytetyötyön tekemiseen. Tutkimusluvan saamista varten teimme tutkimussuunnitelman, jonka lähetimme tutkimuslupahakemuksen yhteydessä luvan myöntäjälle. Oulun kaupungin palvelujohtaja myönsi tutkimusluvan opinnäytetyöllemme 6.2.2012.

Opinnäytetyön tekemisessä noudatimme hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta opinnäytetyö olisi eettisesti laadukas. Tiedon hankkimiseen ja julkistamiseen liittyy yleisesti hyväksytyjä tutkimuseettisiä periaatteita. Työssä kiinnitimme huomiota osallistujien anonymiteettiin, ja kaikki osallistujat vastasivat nimettöminä kyselyyn. Eettisyyden kannalta tuli pohtia muun muassa aihevalintaa ja henkilöiden halukkuutta osallistua tutkimukseen. Ennen kyselylomakkeiden jakamista informoimme vastaajia opinnäytetyöstämme ja sen tarkoituksesta. Lisäksi kyselylomakkeiden ohessa oli myös saatekirje (Liite 1). Tällä halusimme erityisesti varmistaa sen, että vastaajat ovat perehtyneitä opinnäytetyömme aiheeseen ja suostuvat vastaamaan kyselylomakkeeseen vapaaehtoisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23-26.)

Kaikissa tutkimustyön vaiheissa vältimme epärehellisyttä. Erityisesti otimme huomioon, ettemme lainanneet luvattomasti toisten tekstiä, sepittäneet tuloksia tai tehneet puutteellista raportointia. Opinnäytetyössämme testasimme kyselylomakkeen ensin yhdellä henkilöllä, jotta se olisi mahdollisimman toimiva. Esitestauksen jälkeen muutimme kyselylomakkeen kysymysten järjestystä ja lisäsimme yhden kysymyksen liittyen perheeseen ja verkostoon. (Hirsjärvi ym., 2009, 23-26.) Huolehdimme aineistonkeruun aikana että opinnäytetyön tekemisen yhteydessä saatuja tietoja ei luovuteta ulkopuolisille, eikä tietoja käytetä mihinkään muuhun tarkoitukseen. (Sarajärvi, Tuomi 2009, 131.)

Aineisto antoi vastauksensa ilman palkkiota, joka oli jo alkuun selvää. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää yleisesti mielenterveyttä ja sen eteen tehtävää työtä, joten sairaanhoitajat vastasivat kyselylomakkeeseen vapaasta tahdostaan. Tulokset kerrottiin rehellisesti ja suoria lainauksia laitettiin tekstin joukkoon elävöittämään ja selkeyttämään tekstiä sekä tulosten ymmärtämistä. Koko opinnäytetyömme teon ajan käytimme mahdollisimman uusia saatavilla olevia lähteitä monipuolisesti ja merkitsimme ne ohjeiden mukaisesti, jotta niihin voi kuka tahansa halutessaan tutustua. (Hirsjärvi ym., 2009, 23-27.)

8 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyömme masennuksen tunnistamisesta on tarpeellinen, koska masennus on yleinen sairaus ja sen tunnistamisesta tarvitaan lisää tietoa. Tarvitaan myös lisää informaatiota siitä, toimiiko masentuneen ihmisen jatkohoitoon ohjaaminen, kun masennus on tunnistettu. Opinnäytetyömme antaa tietoa vastaanottotyössä työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksista tunnistaa masentunut ihminen ja tekijöistä, jotka helpottavat ja vaikeuttavat tätä prosessia.

Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus, jossa tutkimuksen tärkein tutkimusväline on tutkija itse. Tutkijoina olemme tärkeitä vaikuttajia laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen, koska tutkimusraporttimme sisältää meidän omia pohdintojamme. Reliabiliteetin ja validiteetin käyttäminen luotettavuuden perusteena onkin laadullisen tutkimuksen kohdalla epäselvää. Luotettavuutta lisää vahvistuvuus, joka tarkoittaa, että tulkintoja ja johtopäätöksiä tukevat toisten tutkimusten vastaavat ilmiöt. (Eskola, Suoranta 2005, 210 - 212.) Opinnäytetyön uskottavuus voi olla luotettavuuden kriteeri, jos meidän käsitteellistyksemme ja tulkintamme vastaavat tutkittavan aiheen käsityksiä.

Tulosta voidaan pitää reabeelina eli luotettavana, jos kaksi arvioijaa päätyy samantapaiseen tulokseen. Opinnäytetyömme tuloksista näkyy vastausten samankaltaisuus, joten koemme että opinnäytetyömme tulokset ovat luotettavia. Luotettavuutta voidaan testata myös tutkimalla asiaa eri tutkimuskerroilla. Uskoisin, että uusimalla kyselyllä, voisimme saada hyvin samantapaisia tuloksia. (Hirsjärvi ym., 2009, 231.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen kuuluu myös sisäinen ja ulkoinen validiteetti. Sisäisellä validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan sitä, että opinnäytetyössämme teoreettinen ja käsitteellinen määrittely ovat yhtenäisiä. Niiden tulee olla loogisessa sopusoinnussa, ja sisäisellä validiteetilla osoitamme tutkijoina

tieteellistä otetta opinnäytetyötämme kohtaan. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan tehtyjen tulkintojen ja aineiston välisen suhteen pätevyyttä, kuten työsämme teoreettinen viitekehys, tutkimuskysymykset ja -tulokset ovat yhtenäisiä. Voidaan esimerkiksi sanoa jonkun asian olevan ulkoisesti validi, kun tutkimushavainto kuvailee tutkimuskohdetta juuri sellaisena kuin se on. Reliabiliteetti eli luotettavuus on osa realistista luotettavuusnäkemystä ja tarkoittaa, että aineisto ei sisällä ristiriitaisuuksia. (Eskola, Suoranta 2005, 212 - 213.)

Opinnäytetyömme luotettavuuteen vaikuttaa myös aineiston riittävyys, vaikkakin sopivaa määrää on vaikea arvioida. Saimme aineistoksi 11 vastausta ja mielestämme se on riittävä aineisto juuri tähän työhön. Terveyskeskuksia oli kaksi ja oletamme, että toimintaohjeet ja -periaatteet työntekijöille ovat samankaltaisia. Saamme kuitenkin kahden eri työryhmän näkökantoja. Teimme tulosten analysoinnin mahdollisimman kattavasti, mikä tarkoittaa, että tulkinnat eivät ole sattunaisia poimintoja aineistosta. Pyrimme muotoilemaan kyselylomakkeen kysymykset niin, että jokainen vastaaja tulkitsisi ne samalla tavalla. (Eskola, Suoranta 2005, 215 - 216.)

9 POHDINTA

Masennuksen tunnistamiseen liittyy olennaisesti tieto masennuksen keskeisistä oireista ja sitä aiheuttavista riskitekijöistä. Mielestämme sairaanhoitajilla oli tietoa ja kokemusta siitä, milloin masennusta on aihetta epäillä. Masennuksen keskeisimmistä oireista kysyttäessä sairaanhoitajat vastasivat laajasti ja luetellen useita oireita. Joukossa oli myös keskeisimpiä masennuksen kriteerit täyttäviä oireita mutta myös oireita, jotka eivät vielä ole itse masennusta. Tämä oli kuitenkin hyvä, koska on tärkeää, että lievään masennukseen annetaan apua, ennen kuin masennustila ehtii syventyä.

Yhtenä tutkimuskysymyksenämme oli erilaisten mittareiden käyttö masennuksen tunnistamisessa. Positiivista oli huomata, että sairaanhoitajat käyttävät ja osaavat käyttää tunnistamisen apuna suositeltavia seulontamittareita ja suosituksia. He kokivat myös ammattitaidosta ja työkokemuksesta olevan hyötyä masennuksen tunnistamisessa. Mittareista on tunnistamisen lisäksi hyötyä myös masennuksen parantumisen mittaamisessa. Yksi lisäkysymys kyselylomakkeessa olisi voinut liittyä masennuksen mittareihin ja masennuksen seurantaan, jos masennus on ollut lievä ja se on hoidettu terveyskeskuksessa.

Masennuksen ja sen oireiden tunnistamista vaikeuttaa potilaan huoliteltu ulkonäkö, jonka ei pitäisi hoitajana antaa hämätä. Oireiden moninaisuus ja potilaiden erilaisuus tekee masennuksen tunnistamisesta vaikeaa, sillä jokaisen kohdalla pitää osata soveltaa taitojaan eri tavoin. Oli hienoa huomata, että masennuksen puheeksi ottaminen ei kenenkään mielestä ollut vaikeaa. Resurssista johtuva kiire ja lyhyet vastaanottoajat vaikuttavat siihen, että sairaanhoitajan tulisi lyhyellä vastaanottoajalla tutustua potilaaseen ja hänen pitäisi kyetä arvioimaan kyseisen potilaan masentuneisuutta, mikä on haastavaa, jos potilasta ei tunne entuudestaan. Siksi pitemmillä tai useammilla vastaanottoajoilla olisi tärkeä merkitys potilaan tuntemisessa ja se auttaisi tunnistamaan juuri kyseisen potilaan masennusoireita.

Kiire ja lyhyet vastaanottoajat vaikeuttivat myös masennuksen tunnistamista, koska tunnistamisprosessille ei jäänyt aikaa somaattisten sairauksien hoitamisen jälkeen. Yhdessä vastauksessa tuotiin esille, että aina ei ole aikaa paneutua asiakkaan masennusoireisiin ja silloin on pakko jättää asia kokonaan kysymättä. Mielestämme tämä on huolestuttavaa, koska mitä aikaisemmin lievään masennustilaan puututaan, sen paremmat paranemismahdollisuudet potilaalla on.

Potilaan päihteiden käyttö oli masennuksen tunnistamista selkeästi vaikeuttava tekijä. Sairaanhoidajien voi olla vaikeaa arvioida, milloin masennus on liiallisen päihteiden käytön seurausta ja milloin masennus itsessään on aiheuttanut potilaan lisääntyneen päihteiden käytön. Kyselylomakkeista kävi kuitenkin selvästi ilmi, että päihteiden käyttö vaikeuttaa masennusta ja toisinpäin. Voisiko päihdehoitotyötä tekevät tehdä yhteistyötä vastaanottotyötä tekevien sairaanhoidajien kanssa, jotta päihdeongelmainen osattaisiin ohjata päihdehoitoon? Näin sairaanhoidajat saisivat myös lisää tietoa päihdeongelmista ja siihen liittyvästä hoitoonohjauksesta.

Laitoimme tuloksia analysoidessamme merkille, ettei kyselylomakkeista käynyt ilmi huumeiden – tai lääkkeiden väärinkäyttöä masentuneilla potilailla. Se on hyvä asia, sillä voisi olettaa masentuneita narkomaaneja olevan sairaanhoidajan vastaanotoilla vähemmän. Pohdimme myös, että he saattavat jo olla tuen piirissä, eivätkä näin ollen tule masennuksen takia sairaanhoidajan vastaanotolle. Täytyy kuitenkin pohtia myös masentuneiden narkomaanien tai päihteiden ongelmakäyttäjien hoitoon hakeutumista ja sitä, miten juuri erityisryhmien kohdalla masennuksen hoitoon voitaisiin saada parannusta.

Masennuksen tunnistamisen jälkeen suurin osa sairaanhoidajista varasi ajan lääkärille ja osa myös psykiatriselle sairaanhoidajalle. Vastauksista ei ilmennyt, että masennuksen tunnistamisen jälkeen potilas olisi jätetty ohjaamatta jatkohoitoon. Osa sairaanhoidajista antoi myös itse niin sanottua psykiatrista apua,

kun he esimerkiksi kartoittivat potilaan läheisverkostoa ja keskustelivat masennuksen aiheuttavista tekijöistä.

Kyselylomakkeita analysoidessamme huomasimme kysymyksiä olevan melko paljon, sillä asiat toistuivat useissa kysymyksissä. Toisaalta tiettyjen asioiden toistuminen toi myös luotettavuutta tutkimukselle, sillä tällöin asian voidaan todeta yleisesti olevan niin kuin se toistuu eri vastaajien vastauksissa kysymyksiin. Osassa kysymyksistä vastaaja oli saattanut kirjoittaa vastausviivoille jotain muuta kuin mitä kysyttiin. Joissain lomakkeissa tiettyihin kysymyksiin oli vastattu vain sanalla tai parilla, jolloin vastaus ei ollut niin kattava. Pääsääntöisesti vastaukset olivat kuitenkin kattavia ja tarkkoja.

Yhteenvetona voi sanoa, että masennuksen tunnistamiseen on tarjolla apukeinoja, mutta tunnistamiseen tarvitaan avuksi myös ammatillista kokemusta ja sen tuomaa varmuutta. Masennuksessa oireet voivat olla moninaisia ja vaikeuttaa tunnistamista. Masennus koetaan häpeällisenä, ja silloin apua haetaan somaattisten oireiden varjolla. Potilaita, joilla on riskitekijöitä sairastua masennukseen, tulisi seuloa aktiivisesti.

Koimme opinnäytetyön aiheen tärkeäksi, koska masennus on suuri kansanterveydellinen ongelma. Mielestämme masennuksesta ja sen yleisyydestä tulisi puhua enemmän koska, silloin myös siihen liittyviä kriittisiäkin asenteita saataisiin lievennettyä. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että masennusta tunnustetaan kohtalaisen hyvin nykyisiin resursseihin nähden, mutta vastaanottoaikoja lisäämällä sairaanhoitajilla olisi enemmän aikaa paneutua potilaan hoitoon kokonaisvaltaisesti. Myös sairaanhoitajien työhyvinvointiin ja työnohjaukseen tulisi kiinnittää huomiota, jotta kiinnostus ja jaksaminen työtä kohtaan säilyisivät. Tärkein asia on kuitenkin masennukseen liittyvien asenteiden muuttuminen, koska asenteet ovat kaiken päätöksenteon taustalla.

Esittelemme opinnäytetyömme tuloksia aineistollemme eli Tuiran ja Kaakkurin terveyskeskuksien vastaanottotyötä tekeville sairaanhoitajille. Näin ollen he saavat kokonaiskäsityksen toimintatavoistaan, jotka ovat melko yhtenäiset ja suositusten mukaiset. Toivomme sairaanhoitajien jakavan opinnäytetyömme tuloksia muillekin työkavereilleen, jotta niitä hyväksikäytettäisi mahdollisimman paljon. Julkaisemme työmme Theseus-tietokannassa, josta ihmiset toivottavasti lukisivat sitä.

Jatkotutkimushaasteena esitämme masentuneen ihmisen hoitopolkuun liittyvien tekijöiden tutkimista. Miten hyvin masentunut ihminen ohjautuu sairaanhoitajan vastaanotolta mielenterveystoimistoon tai erikoissairaanhoidon? Tulisi myös pohtia, miten masennuksen hoitoon hakeutumisen kynnystä voitaisiin madalluttaa ja voisiko sitä nykyaikaistaa? Voisiko jatkossa Oulun seudulla hyödyntää masennuksen hoitoon liittyviä virtuaalisia hankkeita, jossa ihminen voi tehdä oirekartoitusta verkossa ja saa siellä tarvittaessa apua hoitoon hakeutumiseen.

LÄHTEET

- Aromaa, Esa; Tuulari, Jyrki 2008. Depressiohoitajamallilla saadaan tulosta Pohjanmaalla. Suomen lääkärilehti. 63 (3), 194-195.
- Beck, Aaron T.; Brown, Gregory K.; Steer, Robert A. 2004. Beckin depressioasteikko, käsikirja. Psykologien kustannus oy.
- Eskola, Jari; Suoranta, Juha 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.
- Haarala, Maria; Jääskeläinen, Anne; Kilpinen, Nina 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Vammala: Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko; Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holmberg, Jan 2010. Päihde- ja mielenterveysongelmien samanaikainen esiintyminen. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 17.9.2012. www.terveysportti.fi
- Huttunen, Matti 2011. Masentuneisuus. Lääkäriin käsikirja. Viitattu 11.1.2012. www.terveysportti.fi
- Huttunen, Matti; Luhtasaari, Sinikka (toim.) 2009. Depis. Duodecim.
- Isometsä, Erkki 2009. Seulonta depression tunnistamisessa. Näytönastekatsaukset. Lääkäriin käsikirja. Viitattu 30.1.2012. www.terveysportti.fi
- Jääskeläinen, Erika; Miettunen, Jouko 2011. Psykiatriset arviointiasteikot kliinissä työssä. Lääkäriin käsikirja. Viitattu 7.8.2012. www.terveysportti.fi
- Kansaneläkelaitos 2011. Viisi nuorta eläkkeelle joka päivä. Viitattu 11.9.2012. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/net/280311120606ML?OpenDocument>
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Viitattu 12.1.2012 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>
- Karlsson, Hasse 2012. Masennus systeemisairautena. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 128 (6), 622-626.
- Kokko, Marjo 1999. Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Perusterveydenhoidossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta. Väitöskirja. Viitattu 12.1.2012. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514251725/>

- Kuosmanen, Lauri; Melartin, Tarja; Vuorilehto, Maria 2008. Depressiohoitajan työ on kohdallaan Vantaan kolmikantamallissa. Suomen lääkäri-lehti. 63 (3), 190-192.
- Larivaara, Pekka; Isohanni, Matti 1996. Masentunut potilas päivystysvastaanotolla. Perusterveydenhuollon psykiatria. Duodecim.
- Laukkanen, Eila; Marttunen, Mauri; Miettinen, Seija; Pietikäinen, Matti (toim.) 2006. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Duodecim. Helsinki: Karisto.
- Lönnqvist, Jouko; Henriksson, Markus; Marttunen, Mauri; Partonen, Timo (toim.) 2009, 2010, 2011. Psykiatria. Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Lönnqvist, Jouko 2009. Stressi ja depressio. Lääkäriin käsikirja. Viitattu 1.8.2012. www.terveyskirjasto.fi.
- Masto-hanke i.a. Masennusta ehkäisevä toiminta. Viitattu 12.1.2012. <http://www.tartumasennukseen.fi/toimintaohjelma/masennuksenehkaisy>
- Melartin, Tarja 2007. Sateenvarjo 2005-2009. Vantaan depression hoidon kolmikantamalli. Stakes, Helsinki. 6.11.2007. Stakes. Ehkäisevän mielenterveyden seminaari 6.11.2007 esitykset. pdf-tiedosto. Viitattu 11.1.2012. <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/A4BCE5C2-A4FB-4BCF-BE3E-6D794B26264E/10317/Melartin6112007julkversio.pdf>
- Mielenterveyslaki 1990/1116 14.12.1990. Viitattu 11.1.2012 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Pulkkinen, Satu; Vesanen, Päivi 2011. Masentuneen potilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 17.9.2012. www.terveysportti.fi
- Pulkkinen, Satu; Vesanen Päivi 2010. Masentuneen potilaan hoito. Lääkäriin käsikirja. Viitattu 11.1.2012. www.terveysportti.fi
- Roivanen, Eka 2008. Beckin depressioasteikon tulkinta. Lääkäriin käsikirja. Viitattu 11.1.2012. www.terveysportti.fi
- Rouvinen, Kirsi 2011. Masentunut potilas sairaanhoidajan vastaanotolla. Lääkäriin käsikirja. Viitattu 16.1.2012. www.terveysportti.fi
- Sarajärvi, Anneli; Tuomi, Jouni 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

- Sosiaali- ja terveysministeriö i.a. Masto-hankkeen (2008-2011) loppuraportti. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. Viitattu 11.1.2012. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-15344.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö i.a. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 29.3.2012. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/perusterveidenhuolto/mielenterveyspalvelut
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2010. Depressio. Käypä hoito. Viitattu 11.1.2012. www.terveysportti.fi
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos i.a. Kaste-ohjelma. Viitattu 12.1.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kaste
- Valli, Raine 2010. Kyselylomaketutkimus. Teoksesta Aaltola, Juhani; Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: Gummerus.
- WHO 2004. Promoting Mental Health. Geneva. Viitattu 11.1.12. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

LIITE 1: SAATEKIRJE

Tutkimuksen nimi: Masennuksen tunnistaminen perusterveydenhuollossa.

Tutkimuksen tarkoitus

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvailla, miten masennusta tunnistetaan perusterveydenhuollossa sairaanhoitajien kokemusten perusteella. Selvitämme, miten erilaisia seulontamittareita käytetään tunnistamisen apuna, ja toteutetaanko perusterveydenhuollossa erilaisten hankkeiden suosituksia, esimerkiksi Käypä hoidon suosituksia depressiohoitajamallista eli kolmikantamallista. Opinnäytetyömme tavoitteena on edistää mielenterveyttä sekä tuottaa tietoa masennuksen havaitsemisesta terveyskeskusvastaanotolla.

Tutkimuksen kulku

Keräämme aineistoa kyselylomakkeilla vastaanottotyötä tekevilta sairaanhoitajilta. Tuomme kyselylomakkeet työpaikallenne huhtikuun alussa ja toivoisimme että vastaisitte kuukauden kuluessa. Tulosten analysoinnin jälkeen tulemme esittämään opinnäytetyömme tuloksia tiimipalaveriinne.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Kaikki keräämämme tieto on luottamuksellisesti kerättyä tietoa ja käsittelemme sitä henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Tutkimuksesta ei voi tunnistaa henkilöitä ja tutkimuksen loputtua, hävitämme aineiston.

Vapaaehtoisuus

Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista mutta erittäin toivottavaa, jotta saisimme arvokasta tietoa masennuksen tunnistamisesta perusterveydenhuollossa.

Ystävällisesti,

Sanna Liikanen, sanna.liikanen@student.diak.fi

Annika Jelkänen, annika.jelkanen@student.diak.fi

LIITE 2: KYSELYLOMAKE

Hyvä sairaanhoitaja. Vastaathan kysymyksiimme rehellisesti ja avoimesti. Vastaamisen avulla pyrimme kehittämään työtänne ja masennuksen tunnistamista perusterveydenhuollossa. Kysymykset tulee palauttaa toukokuun loppuun mennessä.

Sydämellinen kiitos ajankäytöstäsi ja vaivannäöstäsi!

1. Palauta mieleesi työhön liittyvä tilanne, jossa olet epäillyt ihmisen olevan masentunut. Kerro esimerkki tilanteesta ja sen etenemisestä.

- 2.a) Millaisiin oireisiin tai tekijöihin kiinnität huomiota, jos epäilet että henkilöllä on masennus?

2.b) Mitkä ovat mielestänne olennaisimmat masennukselle altistavat riskitekijät?

3. Miten tunnistatte masentuneen ihmisen terveyskeskuksen vastaanotolla?

4. a) Mitkä tekijät helpottavat masennuksen tunnistamista?

4. b) Mitkä tekijät vaikeuttavat masennuksen tunnistamista, onko masennus mielestäsi vaikea ottaa puheeksi?

5. Mitä seulontamittareita käytätte tunnistamisen apuna?

6. Miten otatte huomioon masentuneen ihmisen perheen ja häneen liittyvän verkoston?
