

Potilaiden kokemuksia ja kehittämideoita masennuksen osastohoidolle

– kirjallisuuskatsaus

Miia Jelonen

Opinnäytetyö

Kesäkuu 2012

Hoitotyön koulutusohjelma

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tekijä(t) SUKUNIMI, Etunimi JELONEN Miia	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 3.6.2012
	Sivumäärä 34	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi POTILAIDEN KOKEMUKSIA JA KEHITTÄMISIDEOITA MASENNUKSEN OSASTOHOIDOLLE - kirjallisuuskatsaus		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) KUHANEN Carita, OITTINEN Pirkko		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyössä tutkittiin masentuneiden potilaiden kokemuksia ja kehittämisideoita osastohoidolle. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena ja aineistoksi opinnäytetyöhön valittiin neljä yliopistotasosta tutkimusta jotka käsittelivät masennuspotilaiden kokemuksia osastohoidosta. Aineisto analysoitiin teemoittelemalla.</p> <p>Pääsääntöisesti kokemukset osastohoidosta olivat positiivisia. Tärkeimmäksi osastohoidossa potilaat kokivat yhteistyösuhteen ja hoitoryhmätyöskentelyn. Kokemukset lääkeshoidosta olivat myös suurimmaksi osaksi positiivisia, kuitenkin lääkehoitoon liittyi myös pelkoja, sekä kokemuksia ettei lääkeshoidosta ollut hyötyä. Muita tärkeitä asioita olivat unen saannin turvaaminen, itsetunnon ja toivon ylläpitäminen sekä mielihyvän kokemusten saaminen.</p> <p>Potilaat kokivat itsetunnon ja toivon ylläpitämisen sekä mielihyvän kokemusten saamisen onnistuneen osastohoidossa ainoastaan kohtalaisesti. Hoitajilta toivottiin enemmän kannustusta esimerkiksi päiväohjelman noudattamiseen, ja hoitajan toivottuja piirteitä olivat esimerkiksi määrätietoisuus sekä tiukkuus. Empaattisuus sekä omana persoonana työskentely mainittiin myös erityisen tärkeiksi. Potilaat toivoivat hoitajien läsnäoloa ja saatavilla oloa, koska se lisäsi potilaiden turvallisuuden tunnetta sekä helpotti avun hakemista pahan olon tullessa.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää suuntaviivoina osaston toiminnan kehittämisessä potilaiden toivomaan suuntaan.</p>		
Avainsanat (asiasanat) masennuksen osastohoito		
Muut tiedot		

Author(s) LAST, First JELONEN Miia	Type of publication Bachelor's thesis	Date 3.6.2012
	Pages 34	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
TITLE DEPRESSED PATIENTS EXPERIENCES OF NURSING AT PSYCHIATRIC UNIT – literature review		
Degree Programme Nursing degree		
Tutor(s) KUHANEN Carita, OITTINEN Pirkko		
Assigned by		
<p>Abstract</p> <p>This thesis studied depressed patients experiences and developing ideas for cure at psychiatric unit. The thesis was carried as a literature review and the material that was chosen consists of four university studies which dealt with depressed patients experiences about their hospital periods. The data was analyzed by categorizing it into different themes.</p> <p>Mainly, these experiences were just positive. Patients thought that the most important thing during their hospital period was cooperation with their personal nurse. Experiences about allopathy were mostly positive. Anyhow, patients had also fears about it, and some thought that it did not help them at all. Other important things that patients had mentioned, were to secure enough sleep, to support their self-esteem and hope and to get satisfaction and pleasure.</p> <p>Patients thought that supporting self-esteem and hope and getting satisfaction and pleasure succeeded only moderately during their hospital period. From nurses they hoped for more exhortation to obey for example their daily routines. Patients wanted his personal nurse to be determined and adamant, empathic and they wanted him to work according to his own personality. Patients hoped more for nurses presence, and they hoped them to be available because that increased their feeling of safety and also made it easier to get help when it was needed.</p> <p>The results of this thesis can be used for developing units agency to direction that patients have hoped for.</p>		
Keywords depression cure		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	2
2	MASENNUKSEN HAASTEET HOITOTYÖLLE.....	3
2.1	Masennuksen riskitekijät	3
2.2	Masennuksen oireet ja vaikeusasteet.....	5
2.3	Osastohoidon kriteerit.....	6
3	Masentuneen potilaan osastohoito	7
3.1	Hoidon tavoitteet.....	7
3.2	Hoitokeinot.....	9
3.2.1	Perustarpeiden huomiointi	9
3.2.2	Lääkehoito ja ECT-hoito.....	10
3.2.3	Yhteistyösuhde.....	12
3.2.4	Osastohoidossa olevan potilaan ohjaus	13
4	OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA TAVOITTEET	16
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	16
5.1	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	16
5.2	Aineiston hankinta	17
6	Tutkimustulokset	22
7	Pohdinta.....	27
7.1	Tulosten pohdinta.....	27
7.2	Luotettavuuden pohdinta	29
7.3	Jatkotutkimus- ja kehittämishaasteet osastolle	30
	LÄHTEET	32

1 JOHDANTO

Suomessa viidennes väestöstä kärsii mielenterveys- ja päihdeongelmista. Mielenterveysongelmista yleisimpiä ovat eri-asteiset masennustilat. Vuositasolla masennuksesta kärsii noin 5 % aikuisväestöstä, eli noin 200 000 ihmistä. Joka viides kärsii masennuksesta elämänsä aikana. Usein masennusoireilu alkaa jo lapsuudessa tai nuoruudessa. Masennus muuttuu viidennellä sairastaneista krooniseksi. (Melartin, Kuosmanen & Riihimäki, 2010, 169–173.) Vaikka mielenterveyshäiriöiden yleisyys ei ole muuttunut, on niiden aiheuttama työkyvyttömyys sen sijaan kasvanut runsaasti. Sairauspäivärahapäivistä joka neljäs ja uusista työkyvyttömyyseläkkeistä joka kolmas myönnetään psyykkisin perustein. Kansantaloudellisesti tämä on hyvin merkittävä ongelma. Vuositasolla puhutaan noin 5000:sta työkyvyttömyyseläkkeestä psyykkisin perustein. (Mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009.) Arvioidaan, että masennukseen liittyvä työkyvyttömyys maksaa yhteiskunnalle 6-7 kertaa enemmän kuin terveydenhuollossa. (Herse, Tamminen, Rinta, Bengström & Reissell 2011, 1184–1185). Masennus myös johtaa 600–700 itsemurhaan vuosittain. (Melartin ym. 2010, 169–173).

Suurin osa masennuspotilaista hoidetaan perusterveydenhuollossa. Noin 10 %:lla perusterveydenhuollon asiakkaista arvellaan olevan depressio, mutta vain osan heistä hakevan siihen aktiivisesti apua. Apua haetaan todennäköisemmin silloin, kun masennusoireet ovat pitkittyneet ja ne vaikuttavat runsaasti toimintakykyyn. Myös monihäiriöisyys, kuten samanaikainen ahdistuneisuushäiriö, lisää hoitoon hakeutumista. (Käypä hoito 2010.)

Tällä hetkellä suuntana mielenterveysongelmien hoidossa on avohoidon painottuminen osastopaikkojen määrää supistettaessa. Niin avo-, kuin osastohoitokin tulee kehittää siten, että ne vastaavat suuren potilasryhmän tarpeisiin

asianmukaisesti. Aikaiseen tunnistamiseen ja ennaltaehkäisyyn tulisi panostaa. (Käypähoito 2009.)

Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidetaan potilaat, joiden masennus on vaikeaa tai psykoottista, monihäiriöistä, mikäli tavanomaiseen hoitoon vaste on huono, tai masennus on itsetuhoista. Osastohoitoa tulee kehittää siten, että pystytään tehokkaasti vastaamaan akuuttiin psykiatrisen hoidon tarpeeseen. Osastohoito tulee jatkossakin olemaan vaikean ja psykoottisen masennuksen päätoiminen hoitopaikka, resurssien siirtäminen avohoitoon taas pyrkii näitä ennaltaehkäisemään. (Käypähoito 2009.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää masennuspotilaiden kokemuksia osastohoidosta ja siitä miten hoitoa tulisi kehittää. Tiedot kerättiin kirjallisuuskatsauksen avulla aiemmista masentuneiden potilaiden kokemuksia käsittelevistä tutkimuksista. Oma kiinnostukseni masennuksen hoitoa kohtaan vaikutti aiheen valintaan, ja mielenkiinto aihetta kohtaan on psykiatriselta osastolta saadun työkokemuksen jälkeen vain lisääntynyt.

2 MASENNUKSEN HAASTEET HOITOTYÖLLE

2.1 Masennuksen riskitekijät

Masennuksen yleisyyttä selitetään osaltaan sillä, että ihminen kuormittuu nyky-yhteiskunnassa enemmän henkisesti kuin fyysisesti, jolloin krooninen stressitila altistaa myös muille häiriöille. 1960-luvulla kehitetyn monoamiini-teorian perusteet ovat kestäneet tähän päivään asti. Sen mukaan keskeinen häiriömekanismi on hermosolujen noradrenaliinin, dopamiinin ja serotoniinin

vajaatoiminta. Monoamiini-teorian rinnalle on noussut myös teoria glukokortikoidien merkityksestä masennuksen patogeneesissä eli sairauden synnyssä ja kehityksessä. Näin ollen ymmärrys depression taustamekanismeista on lisääntynyt. Myös lapsuuden ajan traumaattisten tapahtumien osuutta aikuisiän masennukseen liittyen on tutkittu, ja tälle on löytynyt vahvaa näyttöä. Traumaattisten tapahtumien vaikutusta masennusalttiuteen on aiemmin pidetty ainoastaan psykologisena, mutta asiaa on tutkittu, ja näyttöä olisikin siitä, että geneettinen alttius sekä lapsuudenaikainen huono hoiva vaikuttavat pysyvästi hypotalamus-hypofyyysi - lisämunuaisakselin (HPA-akseli) toimintaan, jolloin henkilölle kehittyy pysyvä taipumus reagoida kielteisiin tapahtumiin voimakkaasti. HPA-akselin säätelyongelmien vuoksi kortisolitasot voivat nousta pysyvästi ja liikaeritys voi johtaa kognitiivisten toimintojen heikentymiseen ja tätä kautta depression. Suurella osalla vakavista masennuspotilaista voidaankin todeta kortisolini liikaeritystä. Voidaan siis todeta että elämän tapahtumat voivat olla yksi altistava tekijä masennukseen sairastumiselle. (Viinamäki, Hintikka, Lehto, Palvimo, Koivumaa-Honkanen & Niskanen 2009, 3655 - 3660.)

Päihteiden käyttö niin ikään altistaa masennukselle. Päihdepotilaiden hoito on kuitenkin ongelmallista; on vaikea arvioida, onko päihteiden käyttö masennuksen syy vai seuraus. Hoitoon sitoutuminen vapaaehtoisesti voi olla ongelmallista vaikka masennus tuottaisi paljonkin kärsimystä ihmiselle itselleen. Usein osastohoidolle onkin edellytys, että päihdeongelma olisi ensin hoidettu, jolloin päästään paremmin hoitamaan itse masennusta. (Käypä hoito 2010.)

Masennukselle keskeinen vaaratekijä on perinnöllinen alttius, mikä todennäköisesti on sitä merkittävämpi tekijä, mitä vaikeampia ja toistuvampia masennusjaksot ovat. Lisäksi altistavat persoonallisuuden piirteet sekä kielteiset elämäntapahtumat ovat myös hyvin merkittäviä vaaratekijöitä. Naisilla masennus on 1,5-2 kertaa yleisempää kuin miehillä. Miehet kuitenkin naisia use-

ammin kärsivät alkoholismista sekä tekevät naisia enemmän itsemurhia. Tarkkaan ei tunneta miesten ja naisten masentuneisuuden välillä olevaa eroavaisuutta, esiintyvyyseroa pidetään kuitenkin todellisena. (Käypä hoito 2010.)

2.2 Masennuksen oireet ja vaikeusasteet

Masennusta diagnosoitaessa on myös hyvin tärkeää sulkea pois somaattiset sairaudet joista oireet voisivat johtua, sekä kartoittaa päihteiden käytön suuruus. Esimerkiksi lähiomaisen menettäminen aiheuttaa ihmisessä surureaktion, jota ei suoraan voida diagnosoida masennukseksi. Raja tässä on kuitenkin häilyvä; psykoottiset ja psykomotoriset oireet, itsetuhoajatukset, vaikea oirekuva ja masennusoireyhtymän jatkuminen yli kahden kuukauden ajan ei tavallisesti liity surureaktioon. (Käypä hoito 2010.)

Mielialan lasku ja vaihtelut kuuluvat jokaisen ihmisen elämään jossain elämän vaiheessa. Masennustilan pitkittyessä, kun se vaikuttaa vireystilaan, aloitekykyyn, nukkumiseen, syömiseen ja mielialaan ja haluihin, voidaan puhua masennuksesta. Oireita ovat myös uupumus, toistuvat itsetuhoajatukset ja itsetuhoainen käytös, keskittymiskyvyn puute, itseluottamuksen ja arvostuksen puute sekä psykomotorinen hidastuneisuus tai kiihtymys. Masennustilan diagnoosi edellyttää ainakin neljän edellä mainitun oireen esiintymistä yhtä aikaa vähintään kahden viikon ajan. Masentunut mieliala, uupumus ja mielenkiinnon ja mielihyvän menettäminen ovat keskeisiä oireita, joista ainakin kaksi tulee diagnoosin tekemiseksi täytyä. Perusterveydenhuollossa potilaat usein valittavat somaattisia ongelmia, erilaisia kivun kokemuksia, jotka saattavat myös olla depression merkkejä. (Terveysportti 2009.)

Lievästi masentunut kokee subjektiivista kärsimystä, mutta toimintakyky on yleensä vielä tallella, hoito toteutetaan usein perusterveydenhuollossa tai muussa avohoidon pisteessä. Keskivaikeassa masennuksessa toimintakyky on jo selkeästi huonontunut, ja vaikeassa masennuksessa ihminen tarvitsee usein apua jo päivittäisissä toiminnoissaan. (Käypä hoito 2010.) Keskivaikean masennuksen hoito tapahtuu yleensä avohoidossa. Rajanveto keskivaikean ja vaikean masennuksen välille on toisinaan haastavaa. Vakavasta masennuksesta kärsivälle tyypillistä on hidas, alakuloinen ja jähmeä vaikutelma, ja kysymyksiin vastaaminen voi tulla viiveellä ja hyvin lyhytsanaisesti. Psykoottisesta masennuksesta kärsivän todellisuus voi olla vääristynyt epärealistisen pessimistiseksi, puhumattomuus ja eristäytyneisyys ovat yleisiä oireita, samoin itsestä huolehtiminen on voinut jäädä toissijaiseksi. (Terveysportti 2009.)

2.3 Osastohoidon kriteerit

Kun masennusta hoidetaan osastolla erikoissairaanhoidossa, on kyseessä yleensä vaikea masennus johon voi liittyä myös psykoottisuutta tai monihäiriöisyyttä. Usein vaikeaan masennukseen liittyy myös itsetuhoajatuksia tai itsetuhoista käyttäytymistä. Ajatusten tai käytöksen ollessa aktiivista osastohoito yleensä katsotaan tarpeelliseksi. Osastohoidossa olevalla potilaalla on usein toimintakyky laskenut ja elämän perustoiminnotkin ovat häiriintyneet. Vuorokausirytmä on usein kadonnut; nukkuminen öisin on huonoa ja toisinaan taas uni vie suurimman osan vuorokauden tunteista. (Huttunen 2011.)

Psykoottinen masennus vaatii yleensä sairaalahoitoa. Siihen liittyy masennuksen lisäksi aistiharhoja tai harhaluuloja. Psykoottista masennusta hoidetaan usein masennuslääkepsykoosilääke-yhdistelmällä, mutta sähköhoito on todet-

tu psykoottisen masennuksen hoidossa tehokkaimmaksi hoitomuodoksi. (Huttunen 2011.)

Monihäiriöisyys on todella yleistä; noin puolella masennuspotilaista voidaan todeta samanaikainen ahdistuneisuus- tai persoonallisuushäiriö. Ahdistuneisuuden tunteella tarkoitetaan sisäistä jännitystä, levottomuuden, kauhun tai paniikin tunnetta, mutta yleensä ilman todellista vaaraa. Ahdistuneisuushäiriöt ovat toistaiseksi vielä melko huonosti tunnistettuja, mutta niitä pidetään jopa yleisimpinä mielenterveyden häiriöinä. (Luhtasaari 2010.)

Noin neljänneksellä todetaan alkoholiongelma. Somaattiset pitkäaikaissairaudet ovat yleisiä perusterveydenhuollon masennuspotilailla. (Melartin ym. 2010, 169–173.)

3 MASENTUNEEN POTILAAN OSASTOHOITO

3.1 Hoidon tavoitteet

Mielialahäiriöiden hoidossa ensisijaisena tavoitteena on täysi ja pysyvä remissio. Remissio voidaan todeta silloin, kun masennuksen kaksi ydinoiretta (matala mieliala ja mielihyvän kokemuksen menettäminen) ei ole ollut kolmen perättäisen viikon aikana ja muista oireista enintään kolme seitsemästä (uupumus, itsetuhoajatukset tai itsetuhoainen käytös, keskittymiskyvyn puute, itsetuottamuksen- ja arvostuksen puute, psykomotorinen hidastuneisuus tai kiihtyneisyys) on esiintynyt vain lievänä. Remission yhteys psykososiaaliseen toimintakykyyn, suurempaan todennäköisyyteen toipua lopullisesti, masen-

nuksen alhaiseen uusiutumisriskiin, itsemurhan ja päihteiden väärinkäytön riskin pienentymiseen sekä muihin haittavaikutuksiin on selvä. Nämä parantavat potilaan elämänlaatua ja ennustetta. Toipumisesta voidaan puhua, kun remissio on jatkunut 4 kuukautta alkamisestaan. Remission saavuttaminen on kuitenkin haasteellista; potilaista 50–70% vastaa hoitoon, remissioon pääsee vain noin 25–35%. (Lepola & Koponen 2008, 4103–4109.)

Oireet pyritään siis saamaan lievittymään mahdollisimman nopeasti akuutissa vaiheessa sekä vähentämään jäännösoireita mahdollisimman paljon. Jäännösoireista kärsii suurin osa potilaista vielä akuutin vaiheen jälkeen. Yleisimpiä jäännösoireita ovat unettomuus, uupumus sekä kiinnostuksen ja mielihyvän tunteiden puuttuminen, erilaiset kipuoireet, ahdistuneisuus, väsymys sekä kognitiiviset häiriöt. Jäännösoireet ilmenevät kuitenkin lievempinä kuin vakavan masennuksen aikana. Jäännösoireita esiintyy masennuksen asteesta riippuen; vakavan masennuksen sairastaneilla on yleisesti ottaen enemmän jäännösoireita. Jäännösoireet myös ennakoivat usein relapsia eli masennuksen uusiutumista, joten vaikeasti masentuneilla on siis myös suurempi riski sairastua uudelleen. Samanaikainen ahdistuneisuushäiriö on myös relapsiriskiä suurentava tekijä. Jäännösoireista kärsivällä on kolminkertainen riski sairastua uudelleen masennukseen ja he sairastuvat myös muita nopeammin uudelleen. Pitkäaikainen masennus taas on yhteydessä suurentuneeseen itsemurhariskiin ja huonompaan sosiaaliseen toimintakykyyn. (Lepola & Koponen 2008, 4103–4109.)

Mahdolliset lääkehoidon haittavaikutukset pitkäaikaishoidossa pyritään pitämään poissa. Nämä lisäävät hoitomyönteisyyttä, ja sitä kautta vähentävät usein relapsien (masennustilan palaaminen remission aikana) määrää. Lääkehoidon haittavaikutukset korostuvat jatko- ja ylläpito-hoidossa koska masennuksen lääkehoito on yleensä pitkäkestoista. Haittavaikutukset ovat yleisiä, mutta vähentyvät yleensä käytön jatkuttua. Käyttömotivaatioon voivat kui-

tenkin myöhemmin vaikuttaa esim. seksuaalisen halun vähentyminen ja orgasmivaikeudet joita esiintyy esimerkiksi SSRI-ryhmän lääkkeillä, trisyklisillä masennuslääkkeillä on näitä myös raportoitu. Vähiten seksuaalisia haittavaikutuksia Suomessa käytettävistä lääkkeistä näyttäisi aiheuttavan reboksetiini, bupropioni, mirtatsapiini, agomelatiini sekä moklobemidi. Seksuaaliset haittavaikutukset voivat käytön jatkuessa väistyä, mutta mahdollista on myös, että ne jatkuvat koko lääkityksen käytön ajan. Toisaalta seksuaalinen haluttomuus voi kuulua depression, ja se voi väistyä kun lääkitys alkaa purra. (Viikki & Leinonen 2011, 58–60.) Pidempiaikaisia haittavaikutuksia masennuslääkkeistä voi olla myös painonnousu sekä uneliaisuus. Noin 10–15 % potilasta lopettaa masennuslääkityksen haittavaikutusten vuoksi. (Lepola & Koponen 2008, 4103–4109.)

3.2 Hoitokeinot

3.2.1 Perustarpeiden huomiointi

Usein vakavasti masennuksesta kärsivälle on vaikea pitää huolta päivittäisistä toiminnoistaan. Osastohoito vastaa ihmisen perustarpeisiin takaamalla säännölliset ruokailuajat, mahdollisuuden lepoon sekä myös liikkeeseen. Masennuksen hoito osastolla koostuu akuutissa vaiheessa luonnollisesti turvallisuuden takaamisesta, mikäli siihen liittyy itsetuhoisuutta tai psykoottisuutta. Osastohoidossa hyödynnetään moniammatillista työryhmää; käytössä on yleensä sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, psykologi ja sairaalapastori hoitohenkilökunnan lisäksi. Kangasvuoren sairaalassa potilailla on mahdollisuus työpajoihin joissa pääsee harjoittamaan kädentaitojaan ja tämä on koettu mielekkääksi. Niin kuin ihminen ja terveys koostuvat monista osista, täytyy hoidonkin vastata ihmisen eri osa-alueisiin. Usein mielenterve-

yspotilailla on esimerkiksi taloudellisia ongelmia kuormittamassa, ja näitä on tärkeää päästä sosiaalityöntekijän kanssa selvittämään. Toimintaterapeutti voi auttaa potilasta jonka päivittäiset toiminnot ja kotona oleminen ovat hankaloituneet psyykkisen voinnin huononnutta. Mikäli toimintakyvyn arvio on tarpeen, tekee toimintaterapeutti myös tämän, jolloin esimerkiksi asumismuotoa ja erityispalveluita voidaan ihmiselle tarpeen mukaan järjestää. Joillakin potilailla psyykkinen kunto voi estää erilaisiin aktiviteetteihin tai ryhmiin osallistumisen, myös keskustelun. Tällöin fysioterapiasta voi saada esimerkiksi hierontaa tai yksilörentoutusta.

Psykologin keskustelut ovat erityisen tärkeitä niiden potilaiden kanssa, jotka ovat ensi kertaa psykiatrisessa hoidossa jolloin potilasta usein testataan. Osaston vuorokausirytmä on säännöllinen; päiväohjelma kulkee kutakuinkin samaa kaavaa päivittäin, ja se turvaa potilaille selkeät puitteet korjata kadonnutta päivärytmä. Ruokailut rytmittävät päivää, viikolla osastolla on mm. ryhmätoimintaa joihin potilaat pääsevät päiväsaikaan osallistumaan. Usein masentuneilla syöminen jää kotona huonolle, ruoka ei maistu. Osasto tarjoaa säännöllisen ruokailurytmin ja ruokailuihin osallistuminen sisällytetään osaksi hoitoa. (Latvala 1998.)

3.2.2 Lääkehoito ja ECT-hoito

Yleensä aina osastohoidossa olevalla masennuspotilaalla on joko ennestään tai viimeistäänkin hoitoon tullessa aloitettu masennuslääkitys. Lääkehoidon vaikuttavuudesta on vahva tieteellinen näyttö. Kontrolloiduissa lääkehoitotutkimuksissa 55–70 %:lla vakavasta depressiosta kärsivistä potilaista oirekuva lievittyy selvästi lääkehoidon avulla. Lumelääke tuotti näissä tutkimuksissa vas-

taavan tuloksen kolmanneksella potilaista. Lääkevaste kuitenkin vaihtelee riippuen depression vakavuudesta sekä esimerkiksi muista psykiatrisista tai somaattisista sairauksista. Lääkehoito vaatii pitkäjänteisyyttä niin hoitavalta taholta kuin potilaaltakin; hoitovaikutus tulee asteittain näkyville noin 2-6 viikon aikana, ja usein toimintakyky alkaa palautua mielialaa nopeammin. Usein mikäli 3-4 viikon kuluessa minkäänlaista parannusta voinnissa ei tapahdu, voidaan annosta suurentamalla tai lääkettä vaihtamalla jatkaa masennuksen hoitoa. (Luhtasaari 2010.)

Yleisimpiä masennuksen hoitoon käytettäviä lääkkeitä ovat serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI-lääkkeet. Ne ovat helppokäyttöisiä, niillä on melko vähän sivuvaikutuksia ja ne tehoavat masennukseen yhtä tehokkaasti kuin trisykliset masennuslääkkeet. Eri SSRI-lääkkeet eivät juurikaan eroa toisistaan keskimääräisen kliinisen tehokkuutensa puolesta. Trisykliset masennuslääkkeet ovat perinteisiä masennuksen hoitoon käytettäviä lääkkeitä joista on paljon tutkimustietoa. Niiden käyttö on kuitenkin uusien lääkkeiden tullessa markkinoille vähentynyt. Masennuksen hoitoon käytettäviä muita lääkkeitä ovat nk. serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät eli SNRI-lääkkeet, moklobemidi sekä joukko väsyttävän vaikutuksen omaavia masennuslääkkeitä kuten tunnetuimpana mirtatsapiini. (Luhtasaari 2010.)

Lääkeresistenttiä masennusta hoidettaessa joudutaan toisinaan turvautumaan ECT- eli ns. sähköhoitoon. Tällä hoitomenetelmällä on monilla erittäinkin hyviä tuloksia masennuksen hoidossa. Tällöinkin tosin lääkehoitoa yleensä käytetään ECT-hoidon tukena. ECT-hoito ei kuitenkaan ole ensisijainen hoitomuoto masennuksen hoidossa ja sen toteuttamiseen edellytetään jossain määrin somaattista terveyttä, esim. sepelvaltimotauti on este ECT-hoidolle. ECT-hoito toteutetaan usein esimerkiksi 10 kerran sarjana muutama hoitokerta viikossa, ja senkin jälkeen tarvittaessa jatketaan ns. ylläpitosähköä harvakseltaan. Tämä edellyttää tietenkin vastetta hoidolta. Vasteesta puhutaan silloin, kun

oireet ovat merkittävästi vähentyneet hoidon aloittamisen jälkeen. (Luhtasaari 2010.)

3.2.3 Yhteistyösuhde

Potilaan tullessa osastolle, pyritään mahdollisimman pian muodostamaan potilaalle osastohoidon ajaksi hoitoryhmä, johon kuuluu pääsääntöisesti kolme hoitajaa. Tarkoituksena on, että hoitoryhmä paneutuu muuta hoitohenkilökuntaa enemmän kyseisen potilaan asioihin, ja osallistuu potilaan hoitoa koskeviin palavereihin ja keskusteluihin. Potilaalle on tärkeää, että hänen asioistaan ollaan kiinnostuneita ja myös tietoisia, ettei hänen tarvitse kertoa asioistaan aina uusille hoitajille. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 167)

Yhteistyösuhde saa siis alkunsa kun tieto potilaan siirtymisestä osastolle saadaan, ja päättyy potilaan kotiuduttua osastolta. Ensi kontakti potilaaseen on merkittävä, ja hoitajalta odotetaan ennakkoluulotonta potilaan kohtaamista. Haasteita yhteistyösuhteelle sairaalassa asettaa potilaan sairaalaan tulovaihe, koska se ei aina tapahdu yhteistyössä. Hoitajan tulee viestiä potilaalle käytävissä olostaan sekä tarjota keskustelua, mutta toisaalta antaa potilaalle myös aikaa tottua tilanteeseen. (Kuhanen ym. 2010, 167–170)

Yhteistyösuhteen aloitusvaihetta seuraa työskentelyvaihe jossa työstetään potilaan asioita. Lopetusvaihe on myös tärkeä, mutta se korostuu enemmän pitkissä yhteistyösuhteissa avohoidon puolella. (Kuhanen ym. 2010, 167–170)

Yhteistyösuhteessa rakentuu molemminpuolinen luottamus ja arvostus hoitajan ja potilaan välillä, jolloin asioista puhuminen onnistuu, ja potilaan voinnin seuranta helpottuu. Yhteistyösuhteessa on olennaista potilaan ja hoitajan keskinäinen tasa-arvo, hoitaja ei ole auktoriteetti. Muita pääperiaatteita ovat it-

semäärääminen, kokonaisvaltaisuus, verkostokeskeisyys, myönteisyys ja yksilöllisyys. (Sorsa 2004.)

Hoitajakeskustelut sekä erilaiset ryhmät tarjoavat potilaalle mahdollisuuden purkaa tuntojaan. Keskustelut lääkehoitoon yhdistettynä on todettu toimivimmaksi tavaksi hoitaa masennusta. (Suomen mielenterveysseura, 2012).

3.2.4 Osastohoidossa olevan potilaan ohjaus

Haasteita osastohoidon aikaiselle potilaan ohjaukselle asettaa nykypäivänä hoitoaikojen lyhentyminen; ohjauksen täytyy olla tehokasta ja yhteistyösuhteen luominen potilaan kanssa tulisi saada luotua nopeammin. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6-7). Ohjauksen merkitys korostuu muutosten tapahtuessa niin avo-, kuin osastohoidossakin. Ohjauksen tulee olla tehokasta ja vastata potilaan ohjauksen ja tiedon tarpeeseen. Tänä päivänä suuntana on yhä enemmän kokemusasiantuntijuuden käyttö hoidon suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa. Vertaistuki koetaan usein hyvin tärkeänä ja ryhmien merkitystä ei voi liioitella. Niin osasto- kuin avohoidossakin toteutuvat ryhmät luovat uskoa selviämiseen, ja tarjoavat myös sosiaalisia kontakteja monille joille sellaisia ei elämässä ole. (Mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009.)

Myös ohjaukseen itseensä tulisi kiinnittää huomiota; ohjaustilanteita tulee potilaan kanssa kontaktissa alituisen, mutta ajoittain on hyvä ohjata potilasta suunnitellusti. Haasteita ohjaukselle asettaa lisäksi potilaan vointi; esimerkiksi masentuneen potilaan ohjaaminen on usein haastavaa koska tiedon omaksuminen on hankalaa keskittymiskyvyn huonontumisen vuoksi. Potilas voi ohjaustilanteessa olla myös pelokas ja jännittynyt jolloin ohjaustilanteeseen keskittyminen vaikeutuu. Ohjauksen ajoitus ja kokonaistilanteen huomiointi on siis tärkeää. (Leino 2007.)

Äkillisesti sairastuneen ihmisen ohjaus voi olla haastavampaa kuin pitkään sairastaneen, koska järkytys sairastumisesta aiheuttaa stressiä ja järkyttää. Tällaisessa tilanteessa myös kirjallinen materiaali on hyvä olla apuvälineenä, koska vasta sairastunut ihminen tarvitsee tukea ja varmistusta, muttei sitä hoitoaikojen lyhetyssä ole välttämättä mahdollista osastolla antaa riittävästi. Kirjallisesta materiaalista voi tarvittaessa kerrata suullisessa ohjauksessa mainittuja asioita. Potilaan tiedon taso tulee ohjauksessa huomioida. (Leino 2007.)

Osastohoidossa potilaalla on omahoitajat, joiden kanssa ohjaustilanteet pääsääntöisesti toteutuvat. Potilaiden itsesyytökset sairauden aiheuttamisesta ovat yleisiä, ja ohjauksessa tähän tulee kiinnittää huomiota. Täytyy myös muistaa korostaa masennukseen sairastuneelle, että masennus on hoidettavissa oleva sairaus, koska usein vaikeaan masennukseen sairastuneella tulevaisuuden näkymät ovat olemattomat. Potilaan kokonaistilanne voi joskus olla hyvinkin haastava. Masennukseen johtaneet tekijät saattavat olla konkreettisesti elämäntapahtumat ja nykyinen elämäntilanne, johon välttämättä hoidolla ei voi millään tavalla vaikuttaa. Potilaan rohkaisu on tärkeää, ja myös sen korostaminen, että mielialan kohentuessa potilas myös jaksaa paremmin kohdata elämänsä haasteita. Asioista puhuminen ja etäisyyden ottaminen elämäntilanteeseen voi joskus olla jo riittävä apu tilanteessa, mutta aina näin ei toki ole, ja potilas saattaa myös kotiutua täysin samojen ongelmien ääreen kuin mistä hän on hoitoon hakeutunut. (Leino 2007.)

Ohjauksen ja tiedon saannin sekä tuen saamisen merkitys on myös potilaan läheisille suuri, ja potilaan näin salliessa, varsinkin ensi kertaa sairastuneelle voi ohjaus olla erityisen merkityksellistä. Omaisten tiedonjano on usein suuri, ja sairaus herättää epävarmuutta tulevaisuudesta. (Kilkku 2008.) Sairastuminen aiheuttaa sekä potilaalle että hänen läheisilleen usein epävarmuuden ja turvattomuuden tunteita, ja tällöin on erittäin tärkeää, että

Tawast, P. 2011. Miten teen kirjallisuuskatsauksen? Turun yliopisto, kulttuuri-tuotannon ja maisematutkimuksen koulutusohjelma, humanistinen tiedekunta.

Viikki, M., Leinonen, E. 2011. Masennuslääkkeiden seksuaaliset haittavaikutukset ovat yleisiä. Suomen lääkäri-lehti 1-2, 66, 58–60.

Viinamäki, H., Hintikka, J., Lehto, S., Palvimo, J., Koivumaa-Honkanen, H., Niskanen, L. 2009. Depressio – patogeneesistä hoitoon. Suomen lääkäri-lehti 43, 64, 3655–3660.

niin potilas kuin hänen läheisensäkin saavat tietoa sairaudesta, odotettavissa olevista tutkimuksista ja hoidoista. Tiedon saaminen rohkaisee potilasta osallistumaan päätöksentekoon ja edistää valmiuksia itsensä hoitamiseen. Lisäksi ohjaus ja tieto lievittävät ahdistusta ja pelkoa. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006.)

Ohjausta toteutetaan eniten suullisesti kahden kesken. Henkilökohtaisia ohjaustilanteita sairaalassa tulee päivittäin, ja nämä osastohoidon aikana usein kaikkein hyödyllisimmiksi koetaankin. Kirjallista materiaalia suositellaan käytettäväksi suullisen ohjauksen tukena, ei välttämättä niinkään ainoana ohjausmuotona, koska tällöin potilaan kysymyksillä ja ajatuksilla ei jää varaa. Kuitenkin kirjallinen materiaali on erittäin tärkeä ja hyödyllinen työkalu potilaalle. (Leino 2007.)

Lisäksi osastolla käytetään vertaistukiryhmiä joissa potilasryhmä saa tietoa, sekä ohjailtua tai vapaata keskustelua esimerkiksi sairauden tiimoilta. Ryhmänohjaus voi olla haastavaa kun kyseessä on masentuneet potilaat, mutta ryhmätilanne voi olla myös hyvin antoisa. Ryhmänohjaukseen valmistautuminen on tärkeää, mutta luovuuden käyttäminen ei ole kiellettyä. Ryhmätilanteiden tulisi ennen kaikkea lähteä potilaiden tarpeesta ja toiveesta käsitellä jotain asioita. Ryhmän, joka kokoontuu useamman kerran, tulee olla suljettu,

jolloin luottamus ryhmän sisällä mahdollistaa syvällistenkin asioiden käsittelyn ja keskustelun. (Leino 2007.)

4 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää masennuspotilaiden kokemuksia osastohoidosta ja siitä miten hoitoa tulisi kehittää.

Tutkimustehtävät:

Miten masennuspotilaat ovat kokeneet osastohoidon?

Miten potilaat toivoisivat osastohoitoa kehitettävän?

Tavoitteena on potilaiden kokemusten pohjalta kehittää osastohoitoa heidän toiveidensa mukaisesti.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksia on erilaisia, mutta oleellinen kriteeri kirjallisuuskatsauksen tekemiseen on, että kyseessä olevasta aiheesta on tehty aiempia tutkimuksia. Kirjallisuuskatsauksen kirjoittaja arvioi, vertailee, luokittelee ja kommentoi **olennaista** aikaisempaa tutkimusta (aikaisemman tutkimuksen keskeiset väittämät) sekä yleensä suhteuttaa sitä omaan tutkimukseensa (Tawast 2011.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli koota tietoa masentuneiden potilaiden kokemuksista osastohoidosta sekä ajatuksia hoidon kehittämisestä. Hoidon kehittämistä voidaan toteuttaa, kun tunnistetaan hoidossa olevia epäkohtia ja puutteita, ja mietitään näille toimintatavoille vaihtoehtoja.

5.2 Aineiston hankinta

Masentuneiden potilaiden kokemuksia hoidosta käsitteleviä tutkimuksia ja artikkeleita haettiin elektronisesti ARTO-, LINDA-, Janet- ja Theseus-tietokannoista. Aineiston valinnassa tärkeänä katsoin olevan, että kyseessä on ajankohtainen hoitotieteellinen tutkimus joka on kokonaan saatavilla. Julkaisuvalintakriteerit olivat sen aiheen liittyminen masentuneiden potilaiden kokemuksiin hoidosta. Poissulkukriteeri oli, ettei tutkimus täyttänyt valintakriteereitä. Hakuterminä käytin ”masentuneen potilaan hoito”- termiä. Pyrin käyttämään tuoretta aineistoa, ja rajasin haut vuosille 2002–2012.

Taulukko1: Aineiston hankinta

Tietokanta	Hakusanat	Hakutulos	Hylätyt	Valitut
Janet	masentuneen	1	0	1

	potilaan hoito			
Linda	masentuneen potilaan hoito	5	4	2
Manuaalinen haku Google	masentuneen potilaan hoito masentuneen potilaan kokemuksia	Tuloksia oli lukematon määrä	Suuri määrä haun tuloksista hylättiin	1

Taulukko2: Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikat ja vuodet, tarkoitus ja aineiston keruu ja keskeiset tulokset

Tutkimuksen tekijät, paikka ja vuosi	Tarkoitus	Aineisto ja aineiston keruu	Keskeiset tulokset
Ryynänen Eeva-Marja, Kuopion	Tarkoituksena on kuvata masentuneen,	Aineisto kerättiin avoimella haastattelulla ja	Toivoa tukeva hoito sisälsi kolme pääsisältöaluetta:

yliopisto, 2005	aikuisen osastohoidossa olevan potilaan kokemusta masennuksesta, toivosta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä sekä toivoa tukevasta hoidosta.	analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysilla.	hoitohenkilökunta, osastohoito ja lääkehoito toivon tukijana. Masentuneen toivoa tuetaan huomioimalla potilas yksilönä. Hoitotyöntekijän vuorovaikutustaidot ovat tärkeitä.
Sainola-Rodriguez Kirsti, Kekkonen Nina & Pöppönen Timo, Pohjois-Karjalan keskussairaala, Psykiatrian hoitotyön palveluyksikkö, Joensuu, 2007	Kartoittaa masentunutta auttavia näyttöön perustuvia psykiatrisen hoitotyön menetelmiä sairaalahoidon aikana	Kysely osaston henkilökunnalle, sekä potilashaastattelu, kirjallisuuskatsaus	Käytännön hoitotyössä käytettävät käsitteet määriteltävä, masentuneen potilaan kohdalla enemmän huomiota toivon ja itsetunnon ylläpitämiseen, mielihyvän kokemiseen ja ajattelunhäiriöiden

			tunnistamiseen.
Inkilä Jaana, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos, 2006	Kuvata ensimmäistä kertaa masennuksen vuoksi psykiatrisessa avo- osastohoidossa olevien potilaiden kokemuksia peloista ja niistä selviytymises- tä.	Teemahaastattalemal la 12 psykiatrista potilasta ennen heidän kotiutumistaan	Potilaiden pelot voimakkaimpia ennen sairaalahoitoa, sairaalahoidon alussa, ja tulevaisuuteen liittyen. Pelkoon liittyi epävarmuus, epätietoisuus sekä tiedon ja tuen puute. Pelosta selviämiseen auttoi läheisten tuki, hoitoryhmän antama tieto ja tuki sekä osastohoito.
Horppu Carita, Tampereen yliopisto, Lääketieteelline n tiedekunta, Hoitotieteen laitos, 2008	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaiden ja perheenjäsen- ten kokemuksia psykiatrisesta osastohoidosta .	Tutkimusaineiston muodostivat neljä potilaan ja neljä perheenjäsenen teemahaastattelua. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysilla.	Tärkeintä potilaille oli hoitajan kanssa vietetty aika. Ryhmät edesauttivat potilaan toipumista, hoitosopimukset koettiin hyvinä

			hoitoon sitouttajina. Hoitajan kohtaamistaidot korostuivat tutkimuksessa. Potilaat olivat kriisihoitajaksoon melko tyytyväisiä, mutta kaipasivat enemmän kannustusta toimintaan, enemmän paneutumista potilaan arjen suunnitteluun, perehdytystä osastoon, hoitoon toivottiin lisää.
--	--	--	---

5.3 Aineiston analysointi

Analysoin saamaani aineistoa tutkimustehtävien mukaisesti teemoittelemalla. Teemoittelulla tarkoitetaan aineiston pilkkomista ja ryhmittelyä erilaisten aihepiirien mukaan eli toisin sanoen aineistosta pyritään löytämään ja erottelemaan tutkimuskysymysten kannalta olennaiset aiheet. Kyse on tavallaan pelkistämisestä. Teemoittelussa korostuu teeman sisältö. (Silius 2008.) Tässä opinnäytetyössä aineistosta on kerätty tietoa potilaiden kokemuksista sekä kehittämisideoista, ja ryhmitelty saatu aineisto tutkimuskysymysten alle.

Ryhmittely teemojen sisällä tapahtui erottelemalla aineistosta kokemuksia hoitotyön menetelmistä, hoitohenkilökunnan toiminnasta ja olemuksesta sekä osaston käytänteistä. Potilaiden kokemuksia ja kehittämisajatuksia on koottu samojen teemojen mukaisesti.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Miten masennuspotilaat ovat kokeneet hoidon?

Pääsääntöisesti kokemukset osastohoidosta ovat positiivisia, ja potilaat kokevat että he pääsevät hoitoon joutumisen sijaan. Osastohoidon vahvuutena nähtiin hoidon aktiivisuus ja mahdollisuus tiiviiseen asioiden työstämiseen. Osastohoidossa tärkeänä koettiin mahdollisuus rauhoittua ja ottaa etäisyyttä ulkomaailmaan. Rauhoittuminen osastolla koettiin helpommaksi kuin kotona. (Horppu 2008.)

Sairaalahoidolta odotettiin yleisesti psyykkisen voinnin kohenemista ja hyvää hoitoa, mutta hoitoon tulemiseen ja hoidossa olemiseen usein liittyy myös pelkoja. Pelkoja voitiin ehkäistä riittävällä tiedonsaannilla. Pelon kohteina olivat esimerkiksi lääkitys, toiset potilaat, arvostelu, toisten kohtaaminen, hoitokokoukset ja keskustelut. Psyykkiseen sairastamiseen liittyvää häpeää ja leimaavuutta sekä tulevaisuudenpelkoa esiintyi myös. (Inkilä 2006.)

Lähes kaikissa tutkimuksissa **omahoitajuus** ja **hoitoryhmätyöskentely** nousivat tärkeimmäksi hoidossa. Keskustelut hoitajan kanssa edistivät potilaan ymmärrystä omaa psyykkistä vointiaan kohtaan. Sairauden jakaminen, menneiden asioiden käsittelyn sekä laukaisevien tekijöiden pohtiminen koettiin

keskusteluissa tärkeäksi. Huolien jakaminen hoitajan kanssa lievitti ahdistusta. Erilaisten tehtävien, esimerkiksi verkostokartan tekeminen koettiin oman voinnin ymmärtämistä helpottavana. Neuvojen saaminen tulevaisuuden suhteen, sekä ongelmanratkaisukeinojen löytäminen oli hyödyllistä. Hoitosopimukset korostuivat etenkin hoidon alussa, ja hoitosopimuksissa pysyminen tuotti potilaalle onnistumisen tunteita. Etenkin viikko-ohjelman suunnittelu ja sen noudattaminen koettiin tärkeänä. (Horppu 2008.)

Potilaat toivoivat hoitavalta henkilöltä muun muassa määrätietoisuutta, jämmäkyyttä, voimakkuutta ja ”tiukkuutta”. Hoitavan henkilön toivottiin toimivan keskusteluissa suunnannäyttäjänä. Muita ominaisuuksia joita pidettiin hoitajalla tärkeinä, olivat turvallisuus, luotettavuus ja empaattisuus.

Hoitajan toivottiin olevan inhimillinen itsensä ja tekevän työtä omalla persoonallaan, kunnioittavan potilaan yksilöllisyyttä ja olemaan helposti lähestyttävä. Tasa-arvoisuus hoitajan ja potilaan välillä sekä potilaiden kesken koettiin myös tärkeänä asiana. (Ryynänen 2005.) Ammattitaito hoitajalla koettiin tärkeäksi, ja se näkyi potilaan sekä hänen läheistensä kohtaamisessa, tiedon antamisessa sekä potilaan voinnin tulokinnassa ja kommunikaatiossa puheen, eleiden ja ilmeiden kautta. Kohtaamisessa potilaat arvostivat kiireettömyyttä ja levollisuutta. Potilaat kokivat aistivansa hoitajan kiireen ja hätäisyyden heidän sanattomista viesteistään. (Horppu 2008.)

Hoitotyön menetelmistä potilaat ovat kokeneet **läsnäolon, itsetunnon lisäämisen** sekä **unen turvaamisen** tärkeimmiksi. Esimerkiksi hengellisyyden huomiointia potilaat eivät sen sijaan pitäneet yhtä tärkeänä kuin hoitohenkilökunta. Huonoiten potilaat kokivat saaneensa apua ajatuksenhäiriöiden tunnistamiseen, toivon ja itsetunnon ylläpitämiseen sekä mielihyvän kokemiseen, jotka kuitenkin potilaiden kokemina olivat tärkeitä tai erittäin tärkeitä. Itsetunnon ylläpitäminen oli arvioitu kohtalaisesti onnistuvaksi kun taas unen

tarpeen turvaaminen toteutui potilaiden mukaan hyvin. (Sainola-Rodriguez, Kekkonen & Pöppönen 2007.)

Lääkehoito koettiin toivoa tukevana, sillä ne muun muassa lisäsivät toimintakykyä, paransivat oloa, kohensivat mielialaa, rauhoittivat sekä auttoivat unensaantiin ja keskittymiseen. Toisaalta sivuvaikutuksia pelätään. (Ryynänen 2005.) Kuitenkin osa potilaista koki, ettei lääkeshoidosta ollut hyötyä. (Horppu 2008).

Masentuneelle usein mielihyvän kokeminen voi olla hyvinkin haastavaa, ja tämä oli potilaiden arvioimana yksi tärkeimmistä hoitotyön menetelmistä. Tässä henkilökunta oli onnistunut kohtalaisesti. Ajatusten häiriöiden tunnistaminen jakoi mielipiteitä potilaiden keskuudessa sen merkityksestä, mutta sen oli arvioitu onnistuneen kohtalaisesti. Lääkehoidon toteutumista ja yhteistyösuhdetta potilaat pitivät yleisesti jopa erittäin tärkeinä, ja nämä asiat oli koettu onnistuneen erittäin hyvin. (Sainola-Rodriguez ym. 2007.)

Toivoa tukeviksi tekijöiksi hoitajan toiminnassa mainittiin kannustus ja rohkaisu tämän päivän elämiseen, toisaalta tulevaan katsomiseen. Kuuntelutaito ja aito välittäminen potilaan asioista luovat toivoa potilaalle. Masentuneella käytännön asioiden hoito on joskus jäänyt taka-alalle, ja näissä auttaminen, sekä konkreettisesti riittävän ajan antaminen potilaalle koettiin myös toivoa tukeviksi tekijöiksi. (Ryynänen 2005.)

Hoitohenkilökunnan jatkuva läsnäolo koettiin hyvänä ja turvallisena. Ihmisten ympäröimänä potilaat eivät tunteneet yksinäisyyttä.

Ryhmätoiminnoissa liikunta ja muu ajanviete osastolla koettiin hyvänä, vaikka liikkeellelähtö joskus vaikeaa olikin. Viikonloppujen hiljaisuus toiminnan suhteen koettiin harmillisena. Hoitajien jatkuva saatavilla olo helpotti spontaanien keskustelujen syntymistä, jolloin keskustelut liikkuvat enemmän yleisellä tasolla kuin kahden kesken. (Horppu 2008.) Toisten potilaiden läsnäolo

toi tunnetta siitä, ettei ole sairauden kanssa yksin. Keskustelu toisten potilaiden kanssa tuki toivoa. Huonetoverin sopivuus itselle koettiin tärkeäksi; mikäli joutuu viettämään paljon aikaa sairauden vaikeammassa vaiheessa olevan potilaan kanssa, voi oma vointi ottaa takapakkia. (Inkilä 2006).

6.2 Miten potilaat toivoisivat osastohoitoa kehitettävän

Potilaat, joilla hoitajaksot ovat toistuvia, ovat **toivoneet** että he voisivat halutessaan valita saman ”omahoitajan” kuin aiemmilla hoitajaksoilla. Potilaat kokevat usein raskaana samojen asioiden kertomisen useille eri ihmisille. Tämä on toisinaan kuitenkin mahdotonta, mutta mikäli potilas näin toivoo ja mahdollisuus tällaiseen menettelyyn on, olisi se potilaan edun mukaista. Toiminnalliset ryhmät koettiin mielekkäinä, mutta ohjattua toimintaa toivottiin osastolle entistä enemmän. (Ryynänen 2005.) Ryhmätoiminnan toivottiin olevan strukturoitua ja hoitajan ohjaamaa. (Horppu 2008). Rauhoittumispaikkaan tulisi olla mahdollisuus, mikäli oma huone ei ole rauhoitettavissa. (Ryynänen 2005).

Hoitohenkilökunnan hoitotyön menetelmien osalta **kehitettävää** on tutkimusten mukaan toivon ja itsetunnon ylläpitämisessä, mielihyvän kokemisessa sekä ajatushäiriöiden tunnistamisessa. (Sainola-Rodriquez ym. 2007). Kehittämisen osa-alueiksi valitsin nyt hoidon osa-alueet, jotka potilaiden kokemina oli arvioitu hoidossa merkittävän tärkeiksi, mutta joissa potilaiden kokemusten mukaan hoitohenkilöstö onnistui ainoastaan kohtalaisesti.

Pelkojen ehkäisyyn tulee panostaa riittävällä tiedonannolla, ja ottaa tiedonannossa huomioon potilaan yksilöllisyys, sekä potilaalla jo oleva pohjatieto asioista. (Inkilä 2006). Itsetunnon ylläpitämistä täsmennettiin käsitteillä itsetun-

temuksen lisääntyminen, itsearvostus, rohkaisu luottamaan omiin kykyihin, palautteen vastaanottaminen, kehityksen vastaanottaminen, onnistumiskokemusten vastaanottaminen, itsenäisyyteen kannustaminen sekä fyysiseen ja psyykkiseen minäkuvaan liittyvät asiat. Toivon ylläpitämistä sen sijaan täsmennettiin käsitteillä mahdollisuuksien löytäminen ja näkeminen, epävarmuuden sietäminen, tiedon saanti oireista, hoidosta ja ennusteesta. (Sainola-Rodriquez ym. 2007.)

Mielihyvän kokemiseen liittyy mielihyvää tuottavien asioiden löytäminen, kuten värit, luonto ja esineet, sekä mielihyvää tuottavien asioiden tekeminen, kuten musiikki, taide, pelit, kirjat ja ruokailu. Ajattelunhäiriöiden tunnistamista puolestaan täsmennettiin käsitteillä vääristyneiden ajatusten tunnistaminen ja vääristyneiden ajatusten kanssa työskentely. (Sainola-Rodriquez ym. 2007.)

Hoitajilta toivottiin lisää kannustusta ja jopa patistamista toimintaan osallistumiseen, koska masentuneena liikkeelle lähteminen on vaikeaa. Liikkeellelähdön koettiin olevan liikaa potilaan itsensä varassa hoidon aikana. Potilaat toivoivat hoitajan olevan kiinnostuneempia hänen asioistaan, ja omaavan tilanneherkkyyttä esimerkiksi tarjoamalla keskusteluapua lääkkeen antamisen sijaan. Pienet hetken potilaan luona useamman kerran päivässä olisivat lisänneet tyytyväisyyttä. Omahoitajakeskusteluja toivottiin enemmän ja tehtävien yhdessä tekemiseen ja käsittelyyn toivottiin lisää aikaa. Hoitajien läsnäoloa osaston tiloissa toivottiin myös lisää, ja potilaat toivoivat että hoitajat huomioisivat heitä tervehtimällä aina töihin saapuessaan. Riittävä perehdytys osaston toimintaan etenkin ensikertalaisilla koettiin tärkeäksi. (Horppu 2008)

7 POHDINTA

7.1 Tulosten pohdinta

Masentuneiden potilaiden osastohoitokokemukset ovat pääsääntöisesti positiivisia. Usein osastolle jouduttaessa keinot arjesta selviytymiseen ja asioiden hoitamiseen ovat hukassa, ja kotona pärjääminen on usein vaikeutunut. Osastohoito vastaa potilaiden masennuksen lääkehoidon ja keskustelujen lisäksi potilaan perustarpeisiin, ja osastolle jouduttaessa potilas pääsee ottamaan etäisyyttä kuormittavaan elämäntilanteeseensa. Usein unirytmä on kadoksissa, ja osastolla riittävän unen saanti pyritään potilaalle järjestämään. Myös ihan konkreettinen apu esimerkiksi laskujen maksamisessa voi olla potilaalle tarpeen, koska nämä ovat huonossa psyykkisessä voinnissa jääneet tekemättä. Keskustelut hyödyttävät suurinta osaa potilaista, ja yhdessä tutkimuksessa esille tuli, että potilaat toivoisivat omahoitajakeskusteluja lisää. Osastojen käytännöt ovat erilaisia, ja tutkimuksessa ei tullut esille, kuinka paljon kyseisellä osastolla omahoitajakeskusteluja tarjotaan. Kuitenkin osastolla jonne opinnäytetyöni teen, tarjotaan keskustelua pääsääntöisesti kaksi kertaa päivässä, ja määrän lisääminen tästä on melko mahdotonta. Myöskin se, mikä määrä keskusteluja hyödyttää potilasta, on yksilöllinen. Kuitenkin kaksi pidempää keskustelua päivässä kuormittaa potilasta jo melko paljon, ja tämän enempää tuskin on tarpeen tarjota. Toki on olemassa potilaita, joille tämäkään ei riittäisi, mutta keskustelujen hyöty alkaa olla jo kiistanalaista tällöin.

Potilaan kokemuksissa osastohoidosta korostuu omahoitajuuden ja hoitoryhmätyöskentelyn merkitys. (Ryynänen 2005). Nämä on pääsääntöisesti koettu onnistuneen hyvin, mutta toistuvasti hoitoon tulevan potilaan toiveita omahoitajasta ja hoitoryhmästä ei aina pystytä ottamaan huomioon. Mikäli sama hoitaja työskentelee useita kertoja saman potilaan kanssa, tulisi hoitajalla ja

hoitoryhmällä olla mahdollisuus työnohjaukseen tarpeen vaatiessa. Useaan kertaan saman potilaan hoitaminen ja kohtaaminen samojen asioiden äärellä voi tuntua hoitajastakin raskaalle ja vaikealle, koska tällöin voi omat riittämättömyyden tunteet pyrkiä esiin. Hoitoryhmän vaihtaminen tällaisissa tilanteissa voi usein palvella sekä potilasta että hoitajia.

Toivon ja itsetunnon ylläpitäminen, mielihyvän kokeminen sekä ajatushäiriöiden tunnistaminen oli koettu hoidossa kohtalaisesti onnistuneeksi. Masentuneen potilaan mieliala on matala ja toivoton ja mielihyvän kokeminen on usein mahdotonta. Mielihyvän kokemiseen pyritään erilaisten ryhmien ja aktiviteettien, ravinnon ja riittävän levon, sekä keskustelujen kautta. (Sainola-Rodriquez ym. 2007.) Mielihyvän kokemiseen voi hoitajana kiinnittää enemmänkin huomiota, mutta usein potilaan mielihyvän kokemisen palautuminen liittyy yhteen lääkehoidon vaikutukseen sekä siihen, että vuorokausirytmii jossa unentarve täyttyy, saavutetaan.

Itsetunnon tukeminen ja vääristyneiden ajatusten tunnistaminen on koettu potilaiden osalta myös tärkeiksi. Masentuneella potilaalla käsitys itsestä ja omasta olemuksesta, kyvyistä ja osaamisesta on usein negatiivisen vääristynyt. Näiden asioiden kanssa työskentely on koettu onnistuvan kohtalaisesti. (Sainola-Rodriquez ym. 2007.) Näiden asioiden tunnistaminen on tärkeää, ja työskentely ajatustenhäiriöiden kanssa tulisi ottaa hoidossa paremmin huomioon. Usein nämä kuitenkin liittyvät mielialan mataluuteen, ja alkavat nekin korjaantua, kun lääkehoito alkaa puremaan sairauteen. Hoidolla on sairauden vaikeassa vaiheessa vastata potilaan kaikkiin hoidon tarpeisiin koska mielihyvän ja toivon kokeminen voi olla lähes mahdotonta. Hoitajan tehtävänä on kuitenkin ulkopuolelta antaa uusia näkökulmia asioihin, ja näin ollen auttaa potilasta käsittelemään asioita eri tavalla.

Pelkojen olemassaoloa ei tule välttämättä riittävästi huomioitua. Ensimmäistä kertaa osastohoitoon tulevalla ihmisellä todennäköisesti on pelkoja hoidon suhteen, ja näihin pitäisi kiinnittää mielestäni enemmän huomiota. Pelko aiheuttaa subjektiivista kärsimystä, jota voidaan lievittää riittävällä tiedonsaannilla sekä antamalla potilaalle aikaa ja läsnäoloa. Potilaan kanssa keskustelu peloista osastohoitoon liittyen voi helpottaa tämän oloa huomattavasti. Tietämättömyys aiheuttaa epävarmuutta ja pelkoa, ja hoitajan on tärkeää tunnistaa potilaan tiedon tarve ja kehottaa potilasta kysymään asioista, vaikka ne hänes-tä typeriltä kysymyksiltä tuntuisivatkin. (Inkilä 2006.)

7.2 Luotettavuuden pohdinta

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus perustuu luotettaviin ja laadukkaisiin tutkimuksiin joita käytetään kirjallisuuskatsauksen pohjana. Tutkimukset joita käytettiin, on tehty viimeisen 10 vuoden sisällä ja ne ovat yliopistotasoisia tutkimuksia hoitotyön kentältä.

Luotettavuus perustuu myös kirjallisuuskatsauksen tekijään, eli siihen kuinka tarkasti tekstiä analysoidaan, ja missä valossa tutkimustulokset esitetään. Perehtyminen useaan tutkimukseen, sekä tutkimustulosten tarkkaan esittämiseen parantavat tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimustulosten esittäminen oikeassa muodossa tuloksia vääristelemättä on tärkeää. Ulkomaisia lähteitä ei ole kirjallisuuskatsaukseen otettu mukaan, koska koettiin, että suomalaisia tutkimuksia aiheesta on riittävästi vastaamaan tarpeeseen.

Luotettavuudessa kiinnitetään huomiota alkuperäistutkimuksiin, niiden tekijöihin, aineiston analyysiin sekä tulosten esittämiseen. Opinnäytetyössä käyte-

tyt tutkimukset eivät kuitenkaan täysin asettuneet päällekkäin koska niissä jokaisessa oli tutkittu hieman eri asioita, ja tutkimuskysymykset oli muotoiltu eri tavalla. Tämän vuoksi luotettavuus opinnäytetyössä kärsii. Mikäli tutkimukset olisi tehty täysin samoilla tutkimuskysymyksillä, olisi se ollut huomattavasti luotettavampi ja kattavampi.

7.3 Jatkotutkimus- ja kehittämishaasteet osastolle

Osastohoidossa olevien masentuneiden potilaiden kokemuksia on jonkin verran tutkittu. Tutkimustulokset on pääsääntöisesti kerätty haastattelemalla tietyssä hoidon vaiheessa olevia potilaita. Osastojen toiminta voi kuitenkin jonkin verran poiketa toisistaan, joten myös tutkimusosastolla voisi toteuttaa potilaiden kokemuksia käsittelevän haastattelun.

Nykyään avohoitoon painotettaessa myös avohoidosta saatuja kokemuksia ja kehittämideoita olisi hyvä koota yhteen. Miten masentuneet ovat kokeneet avohoidon vastaavan heidän tarpeisiinsa, ja mitä he toivoisivat avohoidolta enemmän. Avohoidon merkityksen korostuessa tulevaisuudessa, olisi sitä hyvä kehittää myös potilaiden toivomaan suuntaan.

Uskoisin, että vertaistuki voi korostua näissä tutkimuksissa. Osastohoidossa potilastovereiden läsnäolo ja henkinen tuki on koettu tärkeäksi, mutta usein avohoidossa vertaistuki voi olla vähäisempää. Kuitenkin masentuneista ihmisistä suuri osa on vailla sosiaalista verkostoa, ja sosiaaliset kontaktit esimerkiksi vertaistukiryhmässä ovat tällaiselle ihmiselle rikkaus.

Kehittämishaasteena osastolle on laadukkaan ja potilaan tarpeisiin vastaavan hoidon ylläpitäminen hoitoaikojen lyhetessä. Potilaiden tärkeiksi kokemien hoitomenetelmien tehokkaaseen hyödyntämiseen ja kehittämiseen tulee pyr-

kiä. Tutkimuksissa esille tulleet ”puutteet” hoidossa on hyvä huomioida, ja miettiä miten näitä asioita voisi työssään paremmin toteuttaa. Näitä voi jokainen hoitohenkilöstöön kuuluva miettiä niin itse, kuin ryhmässäkin.

LÄHTEET

- Hannila, P. & Kyngäs, P. 2008. Teemahaastattelu laadullisessa tutkimuksessa. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu.
- Herse, F., Tamminen, N., Rinta, S., Bengström, M., Reissell, E. 2011. Masennus tulee yhteiskunnalle kalliiksi. Suomen lääkärilehti 14, 66, 1184–1185.
- Hurme, H., 2006. Teemahaastattelu: Haastattelusta analyysiin. Åbo akademi.
- Inkilä, J. 2006. Ensimmäistä kertaa psykiatrisessa avo-osastohoidossa olevien potilaiden kokemuksia peloista ja niistä selviytymisestä. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Oulun yliopisto ja psykiatrinen klinikka, Oulun yliopistosairaala.
- Lepola, U. & Koponen, H. 2008. Laadukas remissio on masennuksen lääkehoidon haaste. Suomen lääkärilehti 47, 63, 4103–4109.
- Luhtasaari, S. 2010. Masennustilojen lääkehoito. Kustannus Oy Duodecim, Viitattu 1.2.2012.
- Luhtasaari, S. 2011. Masennustilojen lääkehoito. Kustannus Oy Duodecim, Viitattu 1.2.2012.
- Partanen, A., Moring, J., Nordling, E., Bergman, V. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2010.
- Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY.

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T., Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Sanoma Pro Oy.

Käypähoito. 2010. Depressio. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 12.9.2011.

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

Kääriäinen, M & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus –tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidaja 79,10, 6-9.

Leino, K. 2007. Potilaan ohjauksen ihannemalli. HUS, Meilahti, Sydän-ja thoraxkirurgian klinikka, Sydänkirurginen teho-osasto 21.

Lipponen, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala, Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Masennuksen hoito. 2012. Suomen mielenterveysseura. Viitattu 1.2.2012.

<http://www.e-mielenterveys.fi/mielenterveyden-hairiot/masennus/masennuksen-hoito/>

Melartin, T., Kuosmanen, L., & Riihimäki, K. 2010. Tosi mies ei masennu. Suomen lääkäri-lehti 3, 169–173.

Ryynänen, E. 2005. Masentuneen potilaan toivo ja sitä tukeva hoito. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Sainola-Rodriquez, K., Kekkonen, N., Pöppönen, T. 2007. Masentuneen potilaan näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät. Pohjois-Karjalan keskussairaala, psykiatrian hoitotyön yksikkö. Joensuu.

Silius, K., 2008. Teemoittelu ja tyypittely. Tampereen teknillinen yliopisto.

Sorsa, M. 2004. Asiakaslähtöisyys hoitotyön perustana. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

