



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Interpersoonallisen terapian käyttö Lohjan ja Karviaisen alueen perusterveydenhuollossa

Luhtanen-Lindroth, Niina

2014 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Interpersoonallisen terapian käyttö Lohjan ja Karviaisen alueen perusterveydenhuollossa

Luhtanen-Lindroth Niina
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Kesäkuu, 2014

Luhtanen-Lindroth Niina

Interpersoonallisen terapian käyttö Lohjan ja Karviaisen alueen perusterveydenhuollossa

Vuosi 2014 Sivumäärä 38

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää interpersoonallisen terapian käyttöä Lohjan ja Karviaisen alueen perusterveydenhuollossa. Koho-hanke on järjestänyt alueella kolme eri koulutusta interpersoonallisesta terapiasta perusterveydenhuollon henkilökunnalle. Koulutusten jatkoksi on järjestetty projektikonsultaatiota ja ohjausryhmää tukemaan interpersoonallisen terapian käyttöä perustyössä. Opinnäytetyöllä haettiin vastauksia kolmeen tutkimuskysymykseen: kuinka paljon ja miten interpersoonallisen terapiaa käytetään sekä miten interpersoonallisen terapian käyttöä tulisi kehittää perusterveydenhuollon vastaanottoiminnassa?

Tutkimuskysymyksiin haettiin vastauksia kyselyllä, joka lähetettiin 16 työntekijälle. Kaikki kyselyn saaneet työskentelevät Lohjan kaupungin tai Karviaisen alueen perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdepalvelujen avovastaanotolla. Kyselylomake sisälsi perustietokysymyksiä vastaajasta sekä avoimet kysymykset, jotka liittyivät opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Kyselyllä kerätty laadullinen aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen muodostivat mielenterveys, masennus, interpersoonallinen terapia ja psykiatrinen sairaanhoitaja.

Tulokset kertoivat, että vain muutaman työntekijä käytti tällä hetkellä interpersoonallista terapiaa työssään. Syynä terapian käyttämättömyyteen kerrottiin olevan ajan puute ja koulutuksen vajeisuus. Ne työntekijät, jotka interpersoonallista terapiaa ilmoittivat käyttävänsä, kokivat menetelmän hyväksi, työtä helpottavaksi toimintatavaksi. Kyselystä nousi esiin tarve niin sanotulle työkalupakille, välineille, jotka auttaisivat interpersoonallisen terapian mukaista työskentelyä asiakkaan kanssa. Haasteena interpersoonallisen terapian käyttöön asiakastyössä koettiin myös asiakkaiden moniongelmaisuus.

Kehittämisehdotuksina interpersoonallisen terapian käytölle tuotiin esiin toivetta juurruttamisen ja ohjausryhmän jatkamisesta, lisäkoulutuksen saamisesta sekä työvoimaresurssien lisäämisestä.

Opinnäytetyön tuloksia voisi hyödyntää interpersoonallisen terapian lisäkoulutusta suunniteltaessa henkilökunnalle sekä Koho-hankkeen suunnitelmien toteutumista arvioidessa.

Asiasanat: interpersoonallinen terapia, psykiatrinen sairaanhoitaja, masennus, depressiohoitaja.

Luhtanen-Lindroth Niina

Use of interpersonal therapy in primary health care in the Lohja and Karviainen regions

Year	2014	Pages	38
------	------	-------	----

The aim of this thesis was to examine the use of interpersonal therapy in primary health care in the Lohja and Karviainen regions. The Kohoprojekt has organised three different interpersonal therapy training sessions for primary health care personnel in the area. To follow up these trainings, project consultation has been provided and a control group has been created to support the use of interpersonal therapy in primary work. This thesis sought to address three research questions: how much and in what ways is interpersonal therapy used, and how should this use be developed in the reception practices of primary health care?

Answers were sought by using a questionnaire that was sent to 16 employees. All the recipients of this questionnaire work in primary health care in the areas of the City of Lohja or Karviainen, and their posts are in the outpatients' clinic for mental health and intoxicant abuse services. The questionnaire included basic questions regarding the respondent, as well as open questions related to the research questions of the thesis. Content analysis was used in analysing the qualitative data collected via the questionnaire. The theoretical framework of the thesis was formed by mental health, depression, interpersonal therapy, and psychiatric nurses.

The results show that a few employees were currently using interpersonal therapy in their work. The reasons given for this were lack of time and inadequate training. The employees who did report using interpersonal therapy found the method to be useful and something that made their work easier to carry out. The questionnaire revealed a clear need for a so-called toolbox - means of facilitating the application of interpersonal therapy to working with the clients. Another challenge to using interpersonal therapy with clients was the multiplicity of their problems.

As development ideas in the use of interpersonal therapy, respondents brought up continuing the control group and instilling the practices, having more training, and adding to workforce resources.

The results of this thesis could be utilised in the planning of additional interpersonal therapy training for the staff, as well as in evaluating how well the Kohoprojekt plans have been realised.

Keywords: interpersonal therapy, psychiatric nurse, depression, depression nurse

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön teoreettinen tausta.....	7
2.1	Mielenterveys.....	7
2.1.1	Funktionaalinen mielenterveyden malli.....	7
2.1.2	Mielenterveyden häiriöt.....	8
2.1.3	Masennus.....	9
2.1.4	Masennuksen hoitomuodot.....	11
2.2	Interpersoonallinen terapia.....	12
2.3	Psykiatrinen sairaanhoitaja.....	15
2.4	Yhteenveto tutkimuksista.....	16
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	17
4	Opinnäytetyön menetelmät.....	17
4.1	Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus.....	17
4.1.1	Aineiston hankinta.....	19
4.1.2	Sisällönanalyysi.....	20
5	Tulokset.....	21
5.1	Vastaajien taustatiedot.....	21
5.2	Interpersoonallisen terapian käyttö.....	22
5.3	Vastaajien kokemukset tuen tarpeesta ja kehittämis ehdotukset.....	23
6	Pohdinta.....	25
	Lähteet.....	30
	Kuviot.....	32
	Liitteet.....	33

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, neljän vuoden välein vahvistettava Kaste-ohjelma, on sosiaali- ja terveysministeriön pääohjelma. Sen avulla johdetaan ja uudistetaan suomalaista sosiaali- ja terveyspolitiikkaa. Ohjelman tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut asiakasta kuunnellen. Ohjelmassa määritellään sosiaali- ja terveyspoliittiset tavoitteet sekä kehittämisen ja valvonnan painopisteet ja niiden toteuttamista tukevat uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset. (STM 2014.)

Mieli on kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, jossa esitetään sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdehuollon kehittämiseksi vuoteen 2015. Suunnitelmassa linjataan valtakunnallisella tasolla yhtenä kokonaisuutena ensimmäistä kertaa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä. Suunnitelmalla pyritään vahvistamaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaan asemaan, edistämään mielenterveyttä ja päihteettömyyttä sekä ehkäisemään niiden aiheuttamia haittoja. Lisäksi suunnitelmassa painotetaan avo- ja peruspalvelujen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämistä sekä vahvistamaan ohjausta palveluihin. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisessä korostuu matalakynnyksinen, yhden oven periaate sekä yhdistetyt mielenterveyshäiriöiden ja päihdehoidon avohoitoyksiköt. (THL 2014a.)

Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke Mielen avain, on Kaste-ohjelman hanke vuosille 2010 - 2015. Hankkeen tavoitteena on parantaa eteläsuomalaisten mielenterveyttä ja päihteettömyyttä sekä parantaa niiden ihmisten avunsaantia, joilla on mielenterveys- ja päihdeongelmia. Mielen avain hankkeella on yhdeksän hankekumppania, kahdestakymmenestä kahdesta kunnasta. Kaikki hankekumppanit ovat muun muassa sitoutuneet siihen, että hankkeen toimenpiteet tähtäävät hankealueen väestön terveydessä tapahtuviin mitattaviin myönteisiin muutoksiin. Hankkeesta odotetaan tuloksia, jotka näkyvät kuntalaisen arjessa myönteisinä muutoksina. (Mielen avain 2014.) Tämä opinnäytetyö on osa Pumppu-hanketta, joka on EAKR-rahoittama valtakunnallinen teemahanke. Laurea-ammattikorkeakoulun Polku-Pärjäin-osahankkeen tarkoitus on luoda toimintamalli, jonka avulla voidaan parantaa kuntalaisten tarvitsemia palveluja sekä kehittää uusia palveluja ja uusia käytäntöjä tuleviin palveluihin. (Pumppu-hankekuvaus 2014.)

Mielen avaimen osa hankkeena on mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kokonaisvaltaisen hoidon hanke, Koho. Koho on Lohjan kaupungin sekä Vihdin ja Karkkilan muodostaman Perusturvakuntayhtymä Karviaisen yhteinen hanke. Hankkeessa on huomioituna ja integroituna Kaste- ja Mieli-ohjelmien keskeiset tavoitteet ja konkreettiset ratkaisumallit kunnallisen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen, hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, perusterveyden-

huollon vahvistamiseen, syrjäytymisen ehkäisemiseen sekä mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvien negatiivisten asenteiden vähentämiseen. Koho hankkeen yhtenä tavoitteena on ollut näyttöön perustuvien hoitotapojen käytön edistäminen perusterveydenhuollossa. (Mielen avain 2014; Laitinen & Lehtovaara 2011.)

2 Opinnäytetyön teoreettinen tausta

2.1 Mielenterveys

Mielenterveys on perustana ihmisen hyvinvoinnille, terveydelle ja toimintakyvyille. Mielenterveys ei ole vakio vaan se muovautuu koko ihmisen elämän ajan, persoonallisen kehityksen ja kasvun myötä. Suotuisissa olosuhteissa mielenterveyden voimavarat lisääntyvät ja epäsuotuisissa olosuhteissa ne voivat huvia nopeammin kuin voimavarat uusiutuvat. Mielen hyvinvointiin vaikuttavat useat eri tekijät. Näitä tekijöitä ovat muun muassa erilaiset yksilölliset tekijät kuten identiteetti, sopeutumiskyky ja itseluottamus. Lisäksi näihin kuuluvat sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset tekijät kuten perheen, työn ja koulun muodostamat yhteisöt sekä yhteiskunnan rakenteelliset tekijät, palvelut ja yhteiskuntapolitiikka. Tekijöitä ovat myös erilaiset kulttuurilliset tekijät, eli yhteiskunnan arvot ja mielenterveyden sosiaaliset kriteerit sekä biologiset tekijät. (THL 2014b.)

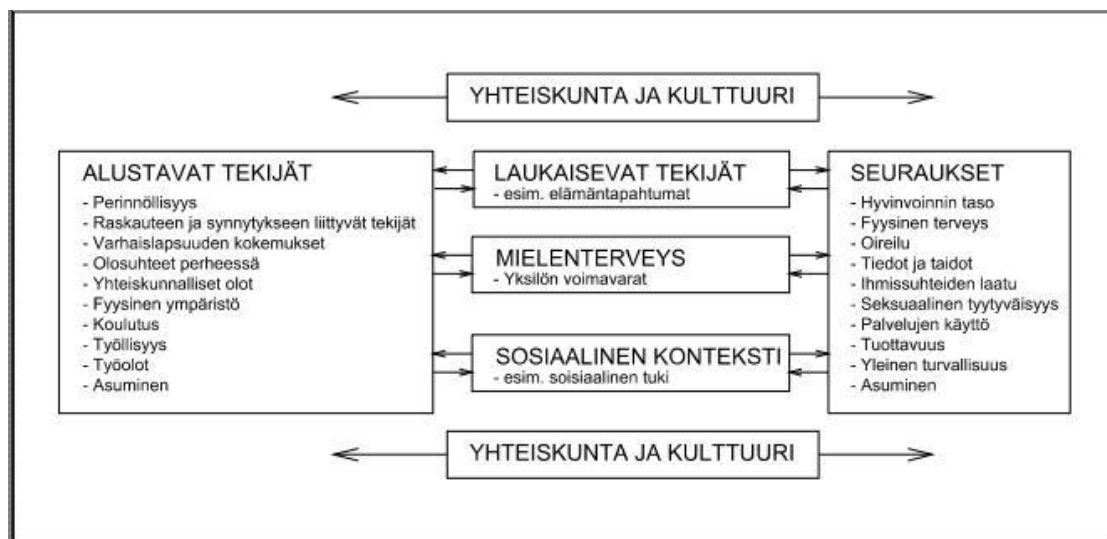
WHO:n määritelmän (1999) mukaan mielenterveys on älyllisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaalitressissä, pystyy työskentelemään tuottavasti ja tuloksellisesti ja pystyy toimimaan yhteisönsä jäsenenä.

Mäenpää (2008) on päätenyt terveyskasvatuksen tutkimuksessaan johtopäätöksiin, että sosiaalisella tuella on selvä yhteys positiiviseen mielenterveyteen. Tutkimuksen mukaan sosiaalinen tuki edistää positiivista mielenterveyttä ja sosiaalisen tuen eri muodoilla on erilainen merkitys positiivisen mielenterveyden eri osa-alueiden kannalta. Tärkeää positiiviselle mielenterveydelle on se, että sosiaalista tukea koetaan saatavan riittävästi.

2.1.1 Funktionaalinen mielenterveyden malli

Yhteiskuntapolitiikka 70-julkaisussa vuonna 2005 ovat Sohlman, Immonen ja Kiikkala kirjoittaneet artikkelin ”ongelmallinen mielenterveys”. Artikkelissa esitetään funktionaalisen mielenterveyden malli (kuvio 1). Funktionaalinen mielenterveyden malli on ”Putting Mental Health on the European Agenda” -loppuraportista vuodelta 1999. Mallissa mielenterveys määritellään altistavien tekijöiden, henkilökohtaisten resurssien, laukaisevien tekijöiden, sosiaalisen kontekstin ja erilaisten mielenterveyden seurausten avulla. Mallin osatekijöiden ajatellaan olevan jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Mallissa käytetään mielenterveydestä käsitettä

”positiivinen mielenterveys”, joka esitetään joukoksi erilaisia psyykkisiä resursseja ja kykyjä, ihmisen voimavaroiksi. Mielenterveyden prosessi näkyy jatkuvasti jokapäiväisissä kokemuksissamme ja vuorovaikutuksessamme muiden ihmisten, ympäristön ja koko yhteiskunnan kanssa sekä kulttuurissa, jossa elämme. (Solhman 2005.)



Kuvio 1: Funktionaalisen mielenterveyden malli (Solhman 2005)

Solhman (2005) on tutkinut funktionaalisen mielenterveyden mallin mukaisesti positiiviseen mielenterveyteen liittyviä tekijöitä. Tutkimuksen tulosten mukaan vahvan positiivisen mielenterveyden omaavat kokivat taloudellisen tilanteensa hyväksi, heillä oli läheisiä ystäviä, heidän tekemiseensä kiinnitettiin huomiota ja avun saaminen oli helppoa. Heidän tulevaisuuden suunnitelmansa olivat selkeitä ja he suhtautuivat tulevaisuuteen optimistisesti. Positiivisen mielenterveyden omaavilla oli muita harvemmin taloudellisia kriisejä, ongelmia läheisten kanssa tai masennusoireita. (Solhman 2005.)

2.1.2 Mielenterveyden häiriöt

Tunne-elämän, käytöksen ja ajatusmaailman häiriöt ovat psykiatrisille häiriöille tyypillisiä oirekuvia. Näiden taustalla on usein erilaisia mielenterveydelle sietämättömiä tunnetiloja, kuten esimerkiksi pelkoa, ahdistusta, surua, vihaa, häpeää, syyllisyyttä tai avuttomuutta. Joka viides suomalainen sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä. Joka kymmenes tai jopa joka viides suomalainen kokee elämänsä aikana ainakin yhden vakavan masennusjakson. Masennuksen diagnoosi edellyttää mielialan muutoksen ohella vähintään viittä samanaikaista oiretta, jotka ilmenevät vähintään kahden viikon aikana. (Huttunen 2008.)

Terveystieteissä mielenterveyden häiriöt luokitellaan oireiden ja vaikeusasteen mukaan. Vakavimmat mielenterveyden häiriöt voivat viedä ihmisen toimintakyvyn lähes kokonaan.

Diagnoosin saaminen vaatii usein useimpien viikkojen tai kuukausien oireilua sekä useita lääkärissä käyntejä. Lääkärin määrittelemää diagnoosia tarvitaan hoitomuodon määrittelemiseen, sairausloman hakemiseen, Kelan tukien ja korvausten saamiseen sekä mahdolliseen kuntoutukseen hakeutumiseen. Jollekin mielenterveyden häiriöstä kärsivälle diagnoosin saaminen voi olla helpotus, toista taas ajatus diagnoosista saattaa ahdistaa entistä enemmän. Diagnoosit perustuvat niin sanottuun ICD-10 järjestelmään. (Käypä hoito -suositus 2013.)

Maailman terveysjärjestö WHO julkaisee kansainvälistä sairauksien ja niihin liittyvien terveysongelmien tilastollista luokitusta (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-luokitus). Tätä luokitusjärjestelmää käytetään yleisesti sairastuvuus- ja kuolleisuustilastoissa. WHO:n jäsenvaltiot ovat käyttäneet luokituksen kymmenettä versiota vuodesta 1994 lähtien. (Euroopan komissio 2014.)

2.1.3 Masennus

Masennus eli depressio on yleinen sairaus. Viisi suomalaista sadasta kärsii vuosittain masennuksesta. Masennustilat alkavat yleistyä murrosiässä ja vaivaavat sen jälkeen tasaisesti kaikenikäisiä. Depressio on naisilla liki kaksi kertaa yleisempää kuin miehillä. Toistuvien ja vaikeiden masennustilojen taustalla on usein sekä perinnöllinen alttius että laukaiseva ulkoinen tekijä, kuten kuormittava elämänmuutos, pitkäaikainen psykososiaalinen stressi tai läheisen ihmissuhteen puute. Masennustilojen esiintymiseen voi liittyä myös persoonallisuuden häiriöt, tunne-elämän epävakaisuus, itsetuntovaikeudet, vähäinen koulutus ja matala tulotaso, säännöllinen tupakointi, humalajuominen, krooniset elimelliset sairaudet ja erilaiset mielenterveyden häiriöt. (Käypä hoito -suositus 2009.)

Masennus on oireyhtymä, joka todetaan huolellisen haastattelun perusteella. Diagnoosin ensimmäinen kriteeri on masennuksen kesto, alle kaksi viikkoa kestäneitä oireita ei vielä lasketa depressioksi. Oireisiin kuuluu, että mieli on maassa suurimman osan aikaa. Kiinnostuksen ja mielihyvän katoaminen asioista, jotka tuottivat ennen iloa sekä vähentyneet voimavarat ja poikkeuksellisen väsynyt olo. Usein myös itsetunto ja omanarvontunne ovat vähentyneitä. Masentunut voi kärsiä perusteettomista ja kohtuuttomista itsesyytöksistä, ja hänellä voi olla toistuvia kuolemaan tai itsemurhaan liittyviä ajatuksia. Keskittymisvaikeus, psykomotorinen kiihtymys tai hidastuneisuus, unihäiriöt ja ruokahalun muutos, joka ilmenee lihomisena tai laihumisena, ovat usein myös depression liittyviä oireita. Diagnoosia tehdessä lääkäri arvioi ovatko oireet ja niiden kesto sellaiset, että kyseessä on hoitoa vaativa masennus. (Käypä hoito -suositus 2009.)

Masennustilat jaetaan eriasteisiin masennustiloihin ja toistuvaan masennukseen. Toistuvassa masennuksessa potilaalla on ollut vähintään kerran aikaisemmin masennusjakso. Masennukset

jakautuvat kriteerioireiden lukumäärän mukaan lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan masennukseen. Kuvioista 2. ilmenee oirekriteerit ja oirekuvaukset joiden perusteella diagnosoidaan eriasteinen masennus. (Käypä hoito -suositus 2013.)

OIREKRITERIT	OIREKUVA
A. Masennusjakso on kestänyt vähintään kahden viikon ajan	
B. Todetaan vähintään kaksi seuraavista oireista	1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa 2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää 3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys
C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteenlaskettuna) vähintään neljä	4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen 5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsetsyytökset 6. Toistuvat kuoleman tai itsemurhan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen 7. Subjektiiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jähkailuna 8. Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen havaittu 9. Unihäiriöt 10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos
Lievässä masennustilassa oireita on 4-5, keskivaikeassa 6-7 ja vaikeassa 8-10 ja kaikki kohdasta B. Psykoottisessa masennuksessa esiintyy myös harhaluuloja ja -elämyksiä.	

Kuvio 2: Taulukko eriasteinen masennuksen diagnosointiin (Käypä hoito -suositus 2009)

Masennustilan oireiden vaikeus vaikuttaa ihmisen toimintakykyyn. Yleensä lievässä masennustilassa ihminen kykenee työssäkäyntiin. Keskivaikeasta masennuksesta kärsivä ei kykene työssäkäyntiin eikä suoriutumaan muista päivittäisistä tavallisista tehtävistään. Vaikeasta tai psykoottisesta masennuksesta kärsivä henkilö tarvitsee jatkuvaa seurantaa tai huolenpitoa, usein sairaalahoitoa. (Huttunen 2002.)

Masennusta diagnosoitaessa on tärkeää erottaa masennustila kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön akuuttihoito eroaa hyvin suuresti masennuksen hoidosta, joten on selvittävä, onko potilaalla ollut maanisia, hypomaanisia tai sekamuotoisia jaksoja ennen masennusta. Tärkeää on myös selvittää, ettei masennus johdu potilaan somaattisesta sairaudesta tai hänen käyttämästään lääkähoidosta. Lisäksi on pois suljettava diagnoosi tehtäessä päihderiippuvuus tai päihteiden väärinkäytöstä johtuva masennus. Masennusdiagnoosia ei tehdä jos kyseessä on normaali surureaktio lähiomaisen kuolemasta. (Käypä hoito -suositus 2013.)

Masennuksen tunnistamiseen on kehitetty useita eri seulontamenetelmiä. Käyttökelpoisia seulontamenetelmiä ovat muun muassa DEPS, Beckin depressioasteikko ja Prime-MD:n kahden kysymyksen seula. Masennuksen seulonnasta on hyötyä jos siihen liittyy paikallinen, toimiva hoitomalli ja mahdollisuus konsultoida erikoislääkärinä. Lisäksi oleellista on potilaan hoitomyönteisyys ja että hoidon tehoa seurataan systemaattisesti. Seulonta on oleellista kohdentaa niihin potilasryhmiin, joissa depression todennäköisyys on suurin. Näitä potilasryhmiä ovat muun muassa sosiaalisesti moniongelmaiset, pitkäaikaistyöttömät, lähiaikana synnyttäneet, työuupumuksesta kärsivät, terveyspalveluja paljon käyttävät, epäselvistä somaattisista oireista, kiputiloista ja kroonisista sairauksista kärsivät sekä muista mielenterveyshäiriöistä kuten ahdistushäiriöistä, syömishäiriöstä tai päihdehäiriöistä kärsivät. (Käypä hoito -suositus 2013.)

Masennuksen taustalla on usein ihmissuhdeongelmia ja masennus vaikuttaa ihmissuhteisiin. Usein masentunut ihminen eristäytyy läheisistään vaikka tarvitsisi heitä kuntoutumisessaan. Lisäksi masentunut henkilö saattaa kokea sosiaaliset roolinsa vaativina ja masennus vaikeuttaa ihmissuhteista selviytymistä. Myös taloudelliset vaikeudet ja työhön liittyvät paineet tuottavat ja syventävät masennusta. Elämäntilanteen tekijät, asumiseen liittyvät pulmat, yksinäisyys ja elämäntilanteen siirtymävaiheet ovat myös tekijöitä, jotka kasaantuessaan tuottavat ahdistusta ja masennusta. (Romakkaniemi 2006.)

2.1.4 Masennuksen hoitomuodot

Hoidon lähtökohtana on masennuksen diagnosointi. Hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen, akuuttivaiheen hoitoon, jatkohoitoon ja ylläpitohoitoon. Akuuttivaiheen hoidossa tavoitteena on oireettomuus, tällöin hoidossa voidaan käyttää lääkehoitoa sekä psykoterapiaa joko yhdessä tai erikseen. Joissakin tapauksissa lisänä voidaan käyttää sähköhoitoa, kirkasvalohoitoa tai transkraniaalista magneettistimulaatiohoitoa. Jatkohoitovaiheen tarkoituksena on estää potilaan oireiden palaaminen. Ylläpito vaiheessa tavoitteena on estää uuden sairausjakson puhkeaminen. Lisänä hoitoon kuuluu aina masennusta ja sen hoitoa koskeva potilasopetus eli psykoedukaatio. Masennuspotilasta täytyy hoitomuodosta riippumatta seurata säännöllisesti akuuttivaiheen aikana ja vähintään puolen vuoden ajan sen jälkeen. (Käypä hoito -suositus 2013.)

Depressiokoulu on ryhmämuotoinen masennuksen ja työuupumuksen ehkäisy- ja hoitomalli, jossa masennuksen itsehoitoa opiskellaan työkirjan avulla. Hoitomalli perustuu kognitiivisen psykoterapian metodeihin. Depressiokoulussa potilas saa kaikkea sairauteen liittyvää neuvontaa ja koulutusta, joka tukee potilasta parempien selviytymiskeinojen kehittämisessä. Potilas saa apua myös sairaudelle altistavien tekijöiden ja sairauden varomerkkien tunnistamisessa ja hallinnassa. Työskentelyn painopiste on nykyhetkessä ja tavoitteena on, että ryhmän aikana

potilaan arkielämän sujumista edistävä muutosprosessi käynnistyy ja potilaan elämänhallintataidot kehittyvät. (Jääskeläinen 2010, 78 -89.)

Psykoteraapia on mielenterveysongelmien ja elämän kriisien hoitamista keskustelun avulla psykoterapeuttisessa yhteistyösuhteessa. Terapiaan hakeutumisen tavallisimmat syyt ovat masennus, ahdistus, pelot sekä ongelmat ihmissuhteissa, työssä tai opiskelussa. Psykoteraapiaa voivat antaa erillisen psykoterapiakoulutuksen käyneet henkilöt, jotka voivat peruskoulutukseltaan olla psykologeja, psykiatreja, erikoissairaanhoidtajia, sosiaalityöntekijöitä tai teologeja. (MTKL 2014.) Psykoterapian tavoitteena on auttaa masentunutta potilasta toipumaan masennuksesta ja parantamaan hänen toimintakykyään. Kognitiivinen, interpersoonallinen ja psykodynaaminen lyhytpsykoterapiat ovat keskeisiä lyhytpsykoterapiamuotoja. Lyhytterapiat vaihtelevat kestoiltaan muutamasta käyntikerrasta 20- 30 käyntikertaan. Käynnit ovat noin kerran viikossa ja pituudeltaan 45 minuuttia. Lyhyt kestoisessa terapiassa terapeutin rooli on aktiivisempi ja käsiteltävä ongelma on tarkoin rajattu. Pitkäkestoiset psykoterapiat kestävät vuosia ja niissä potilasta tavataan 2-3 kertaa viikossa. (Käypä hoito -suositus 2009.)

Masennuksen lääkehoidossa on käytettävissä useita masennuslääkkeitä, jotka ovat rakenteeltaan, haittavaikutuksiltaan ja tehoiltaan erilaisia. Tavallisimpia masennuslääkkeitä ovat selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät. Näiden lääkkeiden suosio perustuu yksinkertaiseen annostukseen, hyvään siedettävyyteen ja vähäiseen vaarallisuuteen yliannostuksen yhteydessä. Näiden rinnalle on viime vuosina tullut uusia masennuslääkkeitä kuten niin sanotut SNRI-lääkkeet. Vanhimpia masennuslääkkeitä ovat trisykliset masennuslääkkeet, jotka ovat olleet käytössä jo 50- 60- luvulla. Näiden lääkkeiden käyttöön liittyy monia haittavaikutuksia, kuten esimerkiksi painonnousu. (Huttunen 2008.)

2.2 Interpersoonallinen terapia

Interpersoonallinen psykoterapia on alun perin depression hoitoon kehitetty lyhytkestoinen psykoterapia. Se on käytännönläheinen, teoreettisesti suhteellisen yksinkertainen, kohtalaisen helposti opittava ja diagnoosilähtöinen hoitomuoto. Se on tieteellisesti perusteellisesti tutkittu psykoterapiamenetelmä ja siitä on kehitetty sovelluksia muidenkin psykiatristen häiriöiden hoitoon.

Yhdysvaltalaiset Gerald L. Klerman ja Myrna M. Weissman kollegoineen kehittivät interpersoonallisen psykoterapian 1970- luvulla vaihtoehdoksi ja lisäksi masennustilan lääkehoidolle. Interpersoonallinen terapia perustuu 1940- 50-luvuilla syntyneeseen interpersoonalliseen teoriaan ja Adolf Meyerin psykobiologiseen teoriaan. Näissä teorioissa mielenterveyden häiriöt nähdään interpersoonallisina eli ihmisten välisiin suhteisiin liittyvinä ilmiöinä. (Karlsson & Markowitz 2002.)

Interpersoonallisen terapian peruseriaatteen voidaan yksinkertaisesti ilmaista seuraavasti. Masennustila on sairaus jota voidaan hoitaa, eikä masennukseen sairastuminen ole potilaan vika. Masennustilan ja potilaan sosiaaliseen rooliin vaikuttavien elämäntapahtumien välillä on yhteys. Ja potilas voi käyttää kyseisen yhteyden ymmärtämistä vaikeuksiensa ratkaisemisessa. (Karlsson 2009.) Interpersoonallinen terapia on lyhytkestoista terapiaa, joka kestää tavallisesti 3- 4 kuukautta, sisältäen 12- 16 viikoittaista tapaamista. Terapian tarkoituksena on saada potilaat paremmin hallitsemaan omaa elämäänsä ja oppia ratkaisemaan tunneperäisesti la- tautuneita ihmisten välisiin suhteisiin liittyviä ongelmia. (Karlsson 2009; Kontunen, Karlsson & Larmo 2007.)

Interpersoonallisessa terapiassa on kolme eri vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa, joka sisältää 1-3 käyntiä, kartoitetaan potilaan oireet ja tehdään masennusdiagnoosi sekä määritellään interpersoonallinen tilanne, jossa masennusoireet alkoivat ja liitetään nämä interpersoonal- liseen formulaatioon, joka liittää masennusjakson tavallisesti johonkin neljästä interpersoonal- lisesta ongelma-alueesta. Neljä ongelma-alueita on suru, komplikoitunut suru tai kesken jää- nyt surutyö, rooliristiriita, roolin muutos ja interpersoonalliset puutokset tai elämän tapah- tumien puute. Kun potilaan kanssa on neuvoteltu tapausformulaatiosta ja hän on sen hyväksy- nyt voi hoito alkaa. (Kontunen ym. 2007.)

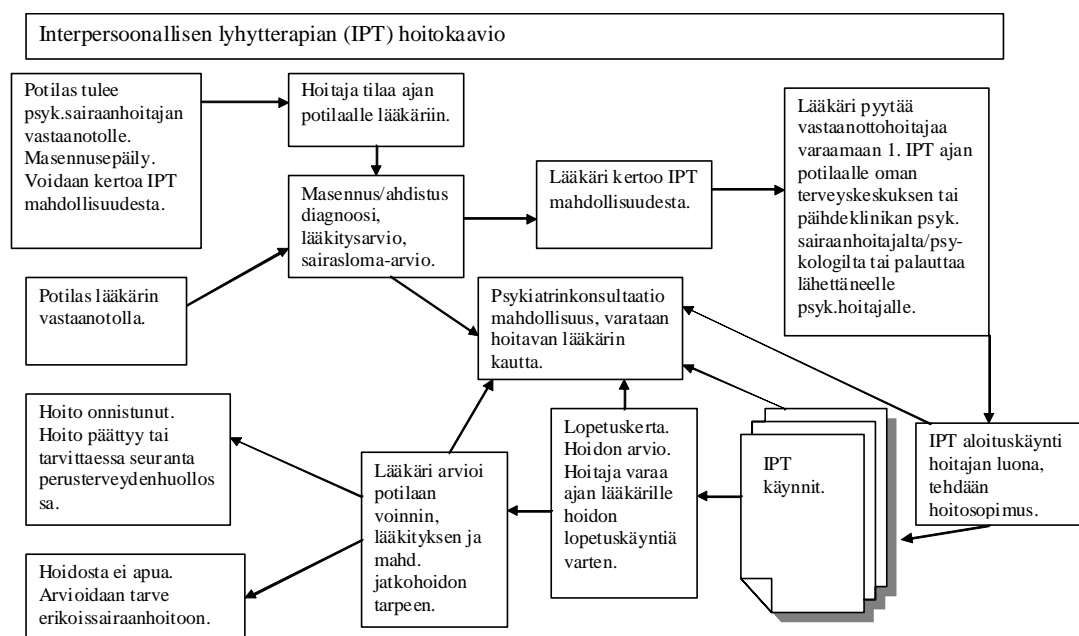
Ensimmäisessä vaiheessa terapeutti selittää potilaalle interpersoonallisen terapia periaat- teen, kertoo, että hoidon painopistealueena ovat potilaan elämän viimeaikaiset tapahtumat ja mieliala eikä koko potilaan lapsuus tai hänen elämänsähistoriansa. Masennus alentaa potilaan toimintakykyä eikä hän masennuksen vuoksi selviä niistä tehtävistä, joista suoriutuu terveenä ollessaan. Tällöin terapeutin tehtävänä on tarjota potilaalle sairaan roolia, antaa lupa olla sairas ja sairastaa masennusta. Kuitenkin oleellista on, että hoito on aktiivista ja potilaan kanssa työskennellään hänen interpersoonallisen ongelmansa ratkaisemiseksi. Hoidon keski- vaiheilla käydään läpi interpersoonallista ongelmaa, joka on valikoitunut potilaan ongelma- alueeksi. Jokainen tapaaminen alkaa aina kysymyksellä "Miten asiat ovat olleet viime tapaa- misemme jälkeen?" Tällöin potilaalla on mahdollisuus kertoa omasta tunnetilastaan tai viime- aikaisista tapahtumistaan ja terapeutti auttaa potilasta yhdistämään tunnetilojaan ulkoisiin tapahtumiin. Istunto lopetetaan terapeutin tekemällä tiivistelyllä tunnista. Hoidon lopetusvai- heessa, muutamien viimeisten istuntojen aikana korostetaan potilaan riippumattomuutta ja kompetenssia sekä potilaan edistymistä ja onnistumisiaan lyhyen hoidon aikana. Lisäksi tällöin terapeutti muistuttaa uudelleen masennuksen luonteesta ja uusiutumiskäsitteistä. Ja, mikäli po- tilas ei ole parantunut, terapeutti, ei potilas, toteaa terapian epäonnistuneen ja tarjoaa vaih- toehtoisia hoitoja. (Karlsson & Markowitz 2002.)

Tässä opinnäytetyössä keskitytään Koho-hankkeeseen ja interpersoonallisen terapian osuuteen hankkeessa. Koho-hankkeen osa tavoitteena on ollut näyttöön perustuvien hoitotapojen käytön edistäminen perusterveydenhuollossa. Koho II sopeutetusta hankesuunnitelmasta tulee ilmi, että syksyllä 2010 suunniteltiin Lostin ja Karviaisen alueella järjestettävää terveysasemien psykiatrisille sairaanhoitajille, psykologeille ja päihdeklonikoiden sairaanhoitajille koulutuskokonaisuutta, joka antaisi valmiudet yhden lyhytterapeuttisen menetelmän hallintaan. Menetelmäksi valittiin tällöin interpersoonallinen terapia. Koulutuksen tavoitteena oli vahvistaa terveysasemien ja päihdeklonikoiden psykiatrisen hoitohenkilökunnan osaamista mielen-terveys- ja päihdeongelmien havaitsemisessa, hoidon tarpeen arvioimisessa, hoitoon ohjauksessa ja hoidossa. Koulutuksen toisen osan suunniteltiin muodostavan säännölliset konsultaatiot interpersoonallisessa hoidossa olevien potilaiden hoidon tueksi.

Keväällä 2011 järjestettiin ensimmäinen koulutus interpersoonallisesta terapiasta hoitohenkilökunnalle. Koulutus toteutettiin yhdeksänä iltapäiväseminaarina ajalla 9.2 - 15.6.2011. Koulutuksen pituus oli 36 tuntia. Koulutukseen sisältyi interpersoonallisen terapian teorian lisäksi tietoa psykiatrisesta haastattelusta, diagnostiikasta, erotusdiagnoosiikasta, masennuksesta ja ahdistuksesta sairautena sekä työ- ja toimintakyvystä. Lisäksi koulutuksessa opeteltiin ja harjoiteltiin strukturoituja haastatteluja. Koulutuksen lisänä järjestettiin kuukausittaiset projektikonsultaatiot 13.4.2011 - 19.9.2012 välisellä ajalla. Lisäksi terveyskeskuksen lääkäreille järjestettiin info-tilaisuus interpersoonallisen terapian käyttöönotosta ja lääkäreiden osuudesta hoitomuotoon. Toinen vastaava koulutus, lyhyempänä, kahden iltapäivän seminaarina järjestettiin 29.1 - 5.3.2012. Lisäksi järjestettiin strukturoitujen haastattelujen harjoittelutilaisuus 26.3.2012. Keväällä 2013 järjestettiin kolmas koulutus interpersoonallisesta terapiasta. Tämä oli yhden päivän koulutus, jossa käytiin läpi pääpiirteittäin interpersoonallinen terapia.

Koho-hankkeen 22.8.2011 päivätystä yhteenvedosta interpersoonallisen terapian suhteen tulee esiin siihen asti tehdyt toimet näyttöön perustuvan toimintamuodon tuomiseksi perusterveydenhuoltoon. Alkuun on kartoitettu hoitajien sen hetkistä työskentelytapaa. Sen jälkeen on aloitettu yhteistyömallin luominen, jolloin on informoitu hoitajia interpersoonallisen terapian valikoitumisesta työmenetelmäksi ja Koho-hankkeen tiimoilta oltu tiheästi yhteydessä työntekijöihin ja työpisteisiin sekä opastettu hoitajia menetelmän käyttöönotossa. Hoitajille järjestettiin koulutuskokonaisuus "Terveystenhuollon psykiatria ja interventiot". Lisäksi tällöin aloitettiin projektikonsultaatiot. Asiakkailta ja hoitajilta kerättiin palautetta interpersoonallisesta terapiasta hoito- ja työmenetelmänä. Luodun toimintamallin tarkoituksena on helpottaa hoitajan ja lääkärin yhteistyötä ja tarkoituksena on ollut ottaa käyttöön niin sanottu kolmio-malli, hoitaja- terveyskeskuslääkäri- konsultoiva psykiatri. Koho-hanke on tällöin tehnyt työtä lisäksi interpersoonallisesta terapiasta tiedottamisen, yhteistyön lisäämisen sekä muutosvas-tarinnan heikentämiseksi.

Koho-hankkeessa tehtiin alkuvaiheessa hoitokaavio, jossa kuvattiin suunniteltu interpersoonallisen terapian prosessi Lohjan ja Karviaisen alueen perusterveydenhuollon avovastaanotolla. Kuvioista 3 tulee esiin potilaan polku sairaanhoitajan tai lääkärin vastaanotolta aina hoidon päättymiseen asti.



Kuvio 3: Interpersoonallisen lyhytterapian hoitokaavio (Koho-hanke 2011)

Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymyksillä on tarkoitus selvittää, kuinka koulutuksen jälkeen Lohjan ja Karviaisen alueella on otettu käyttöön interpersoonallinen terapia perusterveydenhuollossa ja millaisia kokemuksia henkilökunnalla on interpersoonallisesta terapiasta.

2.3 Psykiatrinen sairaanhoitaja

Mielenterveystyöhön kuuluu mielenterveyden laaja-alainen edistäminen sekä mielenterveyden häiriöiden ehkäisy, hoito ja kuntoutus. Mielenterveystyön perustana on vuonna 1990 säädetty mielenterveyslaki (1990/1116). Lain mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psykkinen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lieventämistä. Vuonna 1991 voimaan tullut erikoissairaanhoidolaki (1989/1062) integroi psykiatrisen erikoissairaanhoidon somaattiseen erikoissairaanhoidon. Mielenterveystyölaki (1990/1116) on säädetty lisäksi selvä yhteistyövelvoite kunnan kansanterveystyön ja sosiaalihuollon välille. Lisäksi lait velvoittavat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyöhön. (Lehtinen & Taipale 2005.)

Depressiohoitajat ovat koulutukseltaan psykiatria suuntautuneita sairaanhoitajia, jotka ovat mielenterveystyön asiantuntijan roolissa työssään terveyskeskuksessa. Vastaanoton sijaitessa terveyskeskuksessa madaltuu potilaan kynnys tulla vastaanotolle. Lievää ja keskivaikeaa masennuksesta sairastavien potilaiden hoitoon on Vantaalla kehitetty kolmiomalli. Kolmiomallin keskellä on potilas, kolmion kärjissä terveyskeskuslääkäri, depressiohoitaja ja konsultoiva psykiatri. Vantaan mallin mukainen depressiohoitajan työ on tiivistä yhteistyötä potilaan, terveyskeskuslääkärin ja konsultoivan psykiatrin kanssa. Terveyskeskuslääkäri vastaa potilaan kokonaishoidosta. Vastaanotolla lääkäri diagnosoi potilaan, aloittaa tarvittaessa lääkityksen ja arvioi sairasloman tarpeen. Samalla lääkäri arvioi hyötyisikö depressiosta kärsivä potilas depressiohoitajan vastaanotosta. (Tauriainen 2010.)

Kolmiomallissa potilas on aktiivinen toimija ja hoidossa korostuu potilaan oma vastuu itsensä hoidossa. Hoidon akuuttivaiheessa potilas tapaa depressiohoitajaa tavallisemmin yksi - kuusi kertaa. Käynneillä kartoitetaan psykiatriset esitiedot, ajankohtaiset oireet ja toimintakyky. Tapaamiset ovat potilaan kuuntelua, neuvontaa, ohjausta ja selviytymiskeinojen vahvistamista. Potilas saa tietoa depressiosta, sen itsehoidosta ja uusiutumisen varomerkeistä. Tiedon välittäminen potilaalle motivoi ja auttaa potilasta sitoutumaan itsensä hoitoon. Käynneillä arvioidaan myös lääkehoidon tehoa, toteutumista ja mahdollisia esteitä lääkehoidon aloittamiselle. Puheeksi otetaan vastaanottokäynneillä itsemurha-ajatukset, päihteiden käyttö, perhesuhteet ja sosiaalinen verkosto. Perheellisten potilaiden kohdalla jokaisella käynnillä kiinnitetään huomiota lasten hyvinvointiin. Akuuttihoitajakson päätyttyä depressiohoitaja lähettää lääkärille potilaspostia. Jos potilas ei hoitoyrityksestä huolimatta ole toipunut masennuksesta, tekee lääkäri tällöin lähetteen erikoishoitoon Käypä hoito-suosituksen mukaisesti. (Tauriainen 2010.)

2.4 Yhteenveto tutkimuksista

Peruspalveluiden työntekijöiden asenteet masennusta ja sen hoitoa kohtaan ovat alkuperäis- tutkimuksen mukaan pääosin myönteisiä. Työntekijät kokevat tarvitsevansa vielä tukea kliinisen masennuksen tunnistamiseen. Jonkin verran esiintyi halua siirtää hoito mielenterveystyön ammattilaisille. Tutkimuksen johtopäätöksiä todettiin perusterveydenhuollossa olevan valmiudet masentuneiden hyvälle hoidolle, kun saadaan käyttöön lisää perusterveydenhuololle soveltuvia psykologisia hoito-ohjelmia. (Kuosmanen, Hätönen, Liukka & Melartin 2011.) Alasen tutkimuksen mukaan depressiohoitajien työ vaihtelee laaja-alaisen yleispsykiatrisen hoitotyön ja kolmiomallin mukaisen strukturoidun depression hoidon välillä, depressiohoitajan antamat keskusteluhoidot kuvattiin tukea antaviksi keskusteluiksi. Tärkeiksi asioiksi koettiin depressiohoitajan antama tieto masennuksesta ja lääkityksestä. Depressiohoitajat käyttivät interpersoonallisia terapiamenetelmiä soveltuvin osin potilastyössä. Työ koettiin itsenäiseksi, joskin hoitajalla oli yksinäinen rooli perusterveydenhuollon mielenterveystyössä ja he kaipasi-

vat moniammatillisen työryhmän tukea, jota heillä ei ollut perusterveydenhuollon organisaatiossa. (Alanen 2013.)

Interpersoonallinen terapian on kehitetty alun perin masennuksen hoitoon mutta sitä on käytetty myös muiden psykiatristen häiriöiden hoitoon. Kohtausittaisen ahmimishäiriön hoidossa käytetään varsinaisesti kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja interpersoonallista psykoterapiaa. Interpersoonallisessa terapiassa keskitytään vaikuttamaan ihmissuhteisiin ja niiden kautta potilaan negatiiviseen minäkuvaan ja huonoon itsetuntoon. Näiden asioiden ajatellaan olevan vahingollisten syömistapojen taustalla ja positiiviseen suuntaan muuttamalla niitä voidaan vaikuttaa samalla syömisoireisiin. Interpersoonallisella psykoterapialla hoidettujen ryhmässä tapahtui positiivista muutosta suhtautumisessa ruokaan, painoon ja kehon muotoon. (Pykäri, Luutonen & Saarijärvi 2011.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka interpersoonallinen terapia on vakiintunut käyttöön perusterveydenhuollossa Lohjan kaupungin ja Karviaisen alueella. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa interpersoonallisen terapian käytöstä Lohjan ja Karviaisen alueen psykiatristen sairaanhoitajien avovastaanotolla perusterveydenhuollossa ja kuinka psykiatriset sairaanhoitajat ovat käyttöönottoprosessin kokeneet.

Tutkimuskysymykset tässä opinnäytetyössä ovat seuraavat:

1. Kuinka paljon interpersoonallista terapiaa käytetään perusterveydenhuollon vastaanottoinnassa?
2. Miten interpersoonallisen terapiaa käytetään perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnassa?
3. Miten interpersoonallisen terapian käyttöä tulisi kehittää perusterveydenhuollon vastaanoton tarpeita ajatellen?

4 Opinnäytetyön menetelmät

4.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus sekä kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus ovat lähestymistapoja tutkittavaa asiaa kohtaan. Tutkimussuunnat nähdään toisiaan täydentäviksi, ei kilpailleviksi suuntauksiksi, suuntaukset voivat täydentää toisiaan useallakin eri tavalla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 131- 133.) Tutkimuksella on aina tarkoitus tai tehtävä, tutkimuksen tarkoitus ohjaa tutkimusstrategian valintaan. Tutkimus voi olla kartoittava, selit-

tävä, kuvaileva tai ennustava, tutkimuksen tarkoitus antaa suuntaviivaa valittavasta tutkimusstrategiasta. (Hirsjärvi ym. 2008,133- 135.)

Tämän opinnäytetyön tutkimus määräytyi kartoittavaksi. Opinnäytetyön avulla haluttiin selvittää, kuinka uuden valitun näyttöön perustuvan hoitotavan käyttö on alkanut Lohjan kaupungin ja Karviaisen alueen perusterveydenhuollossa. Tutkimuksen lähestymistapa on laadullinen tutkimusmenetelmä. Laadullisen tutkimuksen tyypillisiä piirteitä ovat, että tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon tiedonhankintaa ja, että tieto kootaan todellisissa, luonnollisissa tilanteissa. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen kohderyhmä valitaan tarkoituksenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2008, 156- 162.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusjoukoksi valikoitiin kaikki Lohjan ja Karviaisen alueen perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyössä työskentelevät henkilöt. Työntekijöistä suurin osa on sairaanhoitajia, mutta joukossa on myös muutama sosionomi tai lähihoitaja. Otoksen koko on 16 henkilöä, ja kaikille lähetetään kyselylomake täytettäväksi. (Liite 1.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen kohdetta, ilmiötä tai ongelmaa lähestytään kokonaisvaltaisesti. Tutkimuksen avulla pyritään ymmärtämään kohteen merkitystä, laatua ja ominaisuuksia. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on pikemminkin löytää ja paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia asioita. Tärkeä tekijä laadullisessa tutkimuksessa on havaintojen teoriapitoisuus. Tällä tarkoitetaan, että se millainen käsitys yksilöllä on ilmiöstä, millaisia merkityksiä tutkittavalle ilmiölle annetaan tai millaisia välineitä tutkimuksessa käytetään vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. Laadullinen tutkimus ei voi omaksua teoriaa yksin itselleen, mutta ei voi sitä myöskään hylätä. (Tuomi & Sarajarvi 2009,20; Hirsjärvi ym. 2008, 157.)

Tapaustutkimus eli niin sanottu case study hakee yksityiskohtaista, intensiivistä tietoa yksittäisestä tapauksesta tai pienestä joukosta toisiinsa liittyvistä tapahtumista. Tapaustutkimuksen tyypillisinä piirteinä on tutkimuksen kohteeksi valikoituna yksittäinen tapahtuma, tilanne tai joukko tapauksia, jonka kohteena on yksilö, ryhmä tai yhteisö. Tapaus tutkimuksen kohteina ovat usein prosessit. Tutkimuksella pyritään pääsääntöisesti tutkimaan, kuvaamaan ja selittämään tapauksia miten - ja miksi - kysymysten avulla. (Hirsjärvi ym. 2008, 130- 131.)

Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeella on kahdenlaisia kysymyksiä, kahdeksan kappaletta perustietokysymyksiä ja lisäksi avoimia kysymystä liittyen opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Perustietokysymyksillä kartoitetaan vastaajan ikää, koulutusta ja työkokemusta. Kysymykset ovat valintakysymyksiä, näin helpotetaan ja nopeutetaan vastaajan vastaamista kysymyksiin.

4.1.1 Aineiston hankinta

Laadullisessa tutkimuksessa yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi tai erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Menetelmiä voidaan käyttää yksittäin, rinnan tai eritavoin yhdisteltynä tutkimuskohteen ja resurssien mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2008, 71.) Aineistonkeruumenetelmän valintaan vaikuttaa se, millaista tietoa haetaan tutkimuksella. Millaisen aineiston ajatellaan parhaiten tuovan näkökulmia ja ratkaisuvaihtoehtoja tutkimuskysymykseen. Laadullisten tutkimusten aineistot ovat usein laajoja ja alkuperäisessä tutkimuksessa on usein hyödynnetty vain osa kerätystä aineistosta. (Hirsjärvi ym. 2008, 178- 179.)

Tutkittavan tiedon hankinta kyselyllä tai haastattelulla on ideana hyvin yksinkertainen. Tällöin saamme kysymykseemme suoraan vastauksen sitä kysyttäessä. Kysely määritellään menettelytavaksi, jossa kyselyn kohde itse täyttää kyselylomakkeen joko valvotussa tilanteessa tai kotonaan. Haastattelulla tarkoitetaan henkilökohtaista haastattelua, jossa haastattelija esittää suullisesti kysymykset ja merkitsee vastaajan antamat vastaukset muistiin. Haastattelun ja kyselyn eroa on tiedonkeruu vaiheessa. Haastattelu etuna on joustavuus, mahdollisuus selventää ja tarkistaa kysymyksiä sekä mahdollisuus keskusteluun haastattelijan ja haastateltavan välillä. Kysely on ajallisesti nopeampi vaihtoehto tiedon saamiseen kuin haastattelu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72- 74; Hirsjärvi ym. 2008, 190.)

Kysely voidaan toteuttaa posti- tai verkkokyselynä. Tällöin lomake lähetetään tiedonantajille, he täyttävät sen itse ja palauttavat lomakkeen postitse tai verkossa tutkijalle. Lomakkeen mukana tulee olla saatekirje, josta ilmenee lomakkeen palautusohjeet sekä palautuskuori, jonka postimaksu on jo maksettu. Tämän kyselytavan etuna on nopeus, vastaavasti huonona puolena esiin tulee vastauskato. Kyselylomake lähetettäessä pienelle valikoidulle joukolla, jota asia kiinnostaa, vastausprosentti voi olla hyvä. Kysely voidaan myös toteuttaa niin sanottuna kontrolloituna kyselynä. Tämä tarkoittaa, että tutkija jakaa lomakkeet henkilökohtaisesti. Samalla tutkija kertoo tutkimuksen tarkoituksesta, selostaa kysymyksiä ja vastaa kysymyksiin. Vastaajat palauttavat sovitusti kyselyn vastattuaan siihen. (Hirsjärvi ym. 2008, 191- 192.)

Lomakekyselyä pidetään yleensä määrällisen tutkimuksen tiedonkeruumetodina. Menetelmää voidaan käyttää myös laadullisessa tutkimuksessa, tällöin saadaan vastaajista tarkoin määritettyä tietoa ja voidaan luokitella vastaajista laadullisia luokkia. Lomakekysely voi sisältää myös avoimia tai puoliavoimia kysymyksiä. Lomakekyselyssä täytyy kysyä tutkimuksen tarkoituksen kannalta merkityksellisiä kysymyksiä. Jokaiselle kysymykselle pitää siis löytyä perustelu tutkimuksen viitekehystä eli tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetystä tiedosta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74- 75.)

Tämän opinnäytetyön kysely toteutetaan kyselylomakkeella. Lomake lähetetään kaikille alueen perusterveydenhuollon avovastaanoitoilla toimiville psykiatrisille sairaanhoitajille ja muulle potilastyössä olevalle henkilökunnalle jotka toimivat alueen mielenterveys - ja päihdepalvelujen avovastaanoitoilla. Kyselylomake on kaksisivuinen. Tausta kysymyksiä oli kahdeksan ja kuusi kysymystä liittyi tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. (Liite 1.)

4.1.2 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Sisällön analyysillä etsitään tekstistä merkityksiä. Aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistäen. Sisällönanalyysi on tekstianalyysiä, jossa tarkastellaan valmiita tekstimuotoisia tai tekstimuotoisiksi muutettu aiheistoja. Analyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta asiasta tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin aikaisempiin tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105; Janhonen & Nikkonen 2003, 23.)

Sisällönanalyysiprosessissa voidaan erottaa seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Eri vaiheet voivat esiintyä samanaikaisesti ja usein analyysi on monivaiheisempi. (Janhonen & Nikkonen 2003, 24.) Ensimmäisellä vaiheella, pelkistämällä tarkoitetaan, että aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Tällöin aineistosta löytyvät vastaukset eli pelkistetyt ilmaukset kirjataan aineistoon termein. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään, tällöin etsitään pelkistetyistä ilmauksista erilaisuuksia ja samankaltaisuuksia. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi ja annetaan sisältöä kuvaava nimi luokalle. Tässä aineiston analysointivaiheessa voidaan käyttää tulkintaa. (Janhonen & Nikkonen 2003, 28.)

Sisällön analysointia voidaan jatkaa luokittelun jälkeen kvantifioimalla aineistoa. Tällöin aineistosta lasketaan kuinka monta kertaa sama asia esiintyy vastaajien vastauksissa. Tuomen ja Sarajärven (2009, 121.) mukaan Patton (1990), Burns ja Grove (1997), Polit ja Hungler (1997) eivät näe ristiriitaa laadullisin menetelmin kerätyn ja ensin laadullisin menetelmin analysoidun aineiston käsittelyn jatkamista kvantifioimalla aineisto. Päinvastoin kvantifioinnin voidaan nähdä tuovan laadullisen aineiston tulkintaan erilaista näkökulmaa. Laadulliset aineistot ovat kuitenkin usein niin pieniä, ettei niiden kvalifioiminen tuo uutta lisätietoa tai erilaista näkökulma tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 121.)

Laadullisissa tutkimuksissa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin. Tutkimuksissa pyritään kuvaamaan ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti

mielekäs tulkinta ilmiölle. Tällöin on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta. Tällöin tiedonantajien valinta pitää olla harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85-86.) Otoksen kokoon vaikuttaa, mikä on tutkimuksen tavoite, miten tarkkoja perusjoukkoja vastaavia tunnuslukuja halutaan saada, miten useita tekijöitä on tarkoitus tarkastella samanaikaisesti sekä miten homogeeninen perusjoukko on tutkittavan asian suhteen (Hirsjärvi ym. 2008, 175).

5 Tulokset

Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin tarkemmin, kuinka interpersoonallinen terapia on siirtynyt arjen työvälineeksi perusterveyden huollon psykiatrisille sairaanhoitajille ja päihdekliniikan sairaanhoitajille. Interpersoonallisen terapian käytön selvittämiseksi laadittiin kaksisivuinen kyselylomake, jolla oli taustakysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. Taustakysymyksillä selvitettiin vastaajan ikää, koulutusta, työkokemusta ja terapiakoulutuksia. Avoimet kysymykset oli laadittu interpersoonallisen terapian käytön selvittämiseen. Kysymyksillä kysyttiin käyttäkö vastaaja interpersoonallista terapiaa työvälineenä työssään, miten hän on kokenut interpersoonallisen terapian työssään ja millaisia kehittämisohdotuksia hänellä on interpersoonallisen terapian käytön suhteen. Lisäksi kysymyksissä kysyttiin syytä, mikäli vastaaja ei käyttänyt interpersoonallista terapiaa työssään.

Tämän opinnäytetyön kyselyosuus toteutettiin e-lomakekyselynä, jonka linkki lähetettiin sähköpostitse saatekirjeen kera henkilöille, jotka valikoitiin vastaajiksi opinnäytetyön tutkimuskysymykseen. Kysely lähetettiin 16 sairaanhoitajalle tai muun koulutuksen omaavalle henkilölle, jotka työskentelevät Lohjan kaupungin tai Karviaisen alueen perusterveydenhuollossa mielen-terveys- tai päihdeasiakkaiden parissa. Kyselyyn määriteltiin alkuun 10 päivän vastausaika, muutamaa päivää ennen vastausajan umpeen menoa lähetettiin kaikille kyselyn saaneille muistutus sähköpostitse kyselystä ja vastausajasta. Määräajan umpeen mentyä lähetettiin vielä kerran muistutus kyselystä ja annettiin seuraavaan päivään asti mahdollisuus vastata kyselyyn. Määräajassa kyselyyn tuli kahdeksan kappaletta vastauksia eli kyselyn vastausprosentiksi tuli 50 %.

5.1 Vastaajien taustatiedot

Ensimmäisenä kysymyksenä kyselyn taustatieto kysymyksissä kysyttiin vastaajan ikää. Vastaa- jista viisi (62,5 %) oli 40-49-vuotiaita, kaksi (25 %) 30-39-vuotiaita ja yksi (12,5 %) vastaaja 20-29-vuotiaita. Koulutuksena viidellä (62,5 %) oli sairaanhoitaja, koulutuksen suuntautumis- ja erikoistumisopinnoina oli vastaajilla mielenterveyden, psykiatrian ja päihde- ja mielenterveys. Kahden (25 %) vastaajan koulutuksena oli sosionomi AMK. Toisella sosionomilla suuntautu-

misvaihtoehtona oli lapset ja nuoret - mielenterveys ja päihteet ja toisella lastensuojelu ja monikulttuurinen sosiaalityö sekä NLP. Vastaajista yhdellä (12,5 %) koulutuksena oli lähihoitaja, suuntautumisena mielenterveys ja päihteet.

Työkokemusta kartoittavien taustatieto kysymysten mukaan työkokemusta perusterveydenhuollosta oli viidellä (62,5 %) alle viisi vuotta, yhdellä (12,5 %) 11-15- vuotta ja kahdella (25 %) yli 15-vuotta. Mielenterveys- ja päihdetyön työkokemusta vastaajilla oli neljällä (50 %) oli kymmenen vuotta, kahdella (25 %) 6-9- vuotta, yhdellä (12,5 %) 2-5- vuotta ja yhdellä (12,5 %) alle 2- vuotta.

Kyselyssä kysyttiin osallistumista Koho-hankkeen järjestämään interpersoonallisen terapian koulutukseen. Vastaajista kuusi (75 %) oli käynyt Koho-hankkeen järjestämän koulutuksen interpersoonallisen terapian koulutuksen. Lisäksi kysyttiin muista terapiakoulutuksista. Kahdella vastaajalla oli lisänä muita terapiakoulutuksia, seksuaaliterapia ja ratkaisukeskeinen psykoterapia. Kumpikaan muun terapiakoulutuksen käynneistä ei ollut koulutukseltaan sairaanhoitaja.

5.2 Interpersoonallisen terapian käyttö

Interpersoonallisen terapian käytöstä kysyttiin, käyttääkö vastaaja tällä hetkellä työssään interpersoonallista terapiaa. Vastaajista kolme (37,5 %) käytti tällä hetkellä työssään interpersoonallista terapiaa. Syynä terapian käyttämättömyyteen oli työtehtävien muuttuminen, ajan riittämättömyys interpersoonallisen terapia asiakkaiden hoitamiseen, järjestelmän toimimattomuus, lääkärin ohjaamien asiakkaiden puute sekä koulutuksen puute.

Meille ei konkreettisesti tule lääkärin ohjaamia asiakkaita. Järjestelmä ei vielä toimi.

Koska IPT ei päässyt alusta asti tekemään aktiivisesti, se unohtui kaiken muun alle.

Minulla ei ole koulutusta.

Kolmesta vastaajasta, jotka käyttivät interpersoonallista terapiaa työssään, vain yksi käytti tällä hetkellä interpersoonallista terapiaa useiden asiakkaiden kanssa. Yksi vastaajista kertoi käyttävänsä tällä hetkellä interpersoonallista terapiaa kahden asiakkaan kanssa. Kolmas vastaaja, joka ilmoitti käyttävänsä interpersoonallista terapiaa työssään, kertoi, ettei hän tällä hetkellä käytä yhdenkään asiakkaan kanssa interpersoonallista terapiaa puhtaasti. Hän kertoi tällä hetkellä tekevänsä asiakkaiden kanssa ratkaisukeskeistä terapiaa, hyödyntäen tarpeen mukaan myös interpersoonallisen terapian oppeja sekä muita menetelmäoppeja asiakas työssään.

Kyselyn perusteella asiakkaat ovat ohjautuvat interpersoonallisen terapiaan lääkärin tai hoitajan suosituksesta. Lisäksi on ollut suoraan asiasta kiinnostuneiden asiakkaiden yhteydenottoja interpersoonalliseen terapiaan pääsystä.

Kyselyn avoimilla kysymyksillä kartoitettiin kokemuksia interpersoonallisen terapian käytöstä, tuen tarvetta interpersoonallisen terapian käyttöön sekä kehittämissuhteita interpersoonallisen terapian käyttöön. Interpersoonallisen terapian käytön osa vastaajista oli kokenut haasteelliseksi. Haasteellisuuteen vaikutti muun muassa varattujen aikojen käyttämättä jättäminen, asiakkaan moniongelmaisuus - masennuksen lisäksi esimerkiksi päihdeongelma.

Haasteellista, koska masennuksen lisäksi olevan päihdeongelman takia varatut ajat jäävät käyttämättä.

Menetelmä itsessään oli koettu hyväksi, hoidon selkeän alun ja lopun koettiin hyödyntävän niin asiakasta kuin hoitajaakin.

Helpottaa työskentelyn suuntausta.

Hoidolla on selkeä alku ja loppu, hyöty asiakkaalle sekä työntekijälle. Tiiviisti työskennellään 10- 12 viikon ajan. Fokus selkeyttää hoitoa. Hoito etenee... Hoitaja saa olla aktiivinen. Hyvä, käyttökelpoinen työväline!

Puhdasoppisesti koettiin menetelmän olevan vaikea käyttää ja osa kertoi käyttävänsä menetelmään soveltavasti asiakastyössä. Lisäksi tuli ilmi, etteivät kaikki asiakkaat, joita interpersoonalliseen terapiaan on lähetetty ole olleet soveltuvia terapiaa asiakkaita.

Puhdasoppisesti vaikea käyttää. Voi kuitenkin soveltaa ns. "parhaita paloja" kaikkeen mielenterveystyöhön. Kaikki asiakkaat jotka IPT:hen lähetetään eivät välttämättä sovellu terapiaan.

5.3 Vastaajien kokemukset tuen tarpeesta ja kehittämissuhteet

Kysyttäessä tuen tarvetta interpersoonallisen terapian käyttöön tuli esiin tarve terapian peruskoulutukseen. Yksi vastaaja koki interpersoonallisen terapian infotilaisuuden käytyään, ettei ole valmis itsenäisesti ottamaan käyttöön menetelmää, johon hänellä ei ole peruskoulutusta. Lisäksi toivottiin menetelmän sisällön koulutusta sekä välineitä terapian käyttöön. Toivottiin esimerkiksi jonkinlaista työkalupakkia, joka sisältäisi muun muassa tehtäviä, joita asiakkaiden kanssa voisi terapian yhteydessä tehdä.

Toivoisin jonkinlaista peruskoulutusta ENNEN menetelmän käyttöön ottamista.

Sisällön menetelmä/työkalukoulutusta.

Työkalupakkia: tehtäviä ym. joita voi käydä asiakkaiden kanssa.

Tärkeänä koettiin ryhmätyönohjauksen jatkuminen interpersoonallista terapiaa käyttävien työntekijöiden kesken. Työnohjauksen toivottiin jatkuvan ja toivottiin lisää työnohjausryhmissä niin sanottujen case-tapausten läpikäyntiä. Esiin tuli myös tarve psykiatrin konsultaatio mahdollisuuden tarpeesta tarvittaessa.

Psykiatrin konsultaatio mahdollisuus olisi tarvittaessa, tärkeää! Ryhmätyönohjaus jatkuisi IPT työntekijöiden kesken. Reflektointi itsekseen mahdotonta.

Enemmän case-tapausten läpikäymistä ryhmässä.

Kehittämisehdotuksina tuli esiin juurruttamisen jatkaminen sekä lisäkoulutukset. Koulutuksista ajateltiin hyötyvän kaikkien mielenterveystyötä tekevien, vaikka eivät varsinaisesti interpersoonallisia terapiaa asiakkaita vastaan ottaisivatkaan. Tärkeänä pidettiin työnohjausten jatkuminen säännöllisesti interpersoonallista terapiaa tekevien kesken.

Juuruttamisen jatkamista Lohjalle, lisää koulutusta, tietoa. Ketkä tekevät IPT:tä säännölliset tapaamiset (työnohjaukset) jatkuisivat.

Lisäksi toivottiin työntekijöitä lisää, jotta löytyisi riittävästi aikaa interpersoonallisen terapian toteuttamiselle ilman, että työntekijä kokee interpersoonallisen terapian tekemisen lisätaakkana työssään. Kehittämisehdotuksena tuli esiin tarve tehdä työyksikössä työnkuvaan /työjärjestelyyn jonkinlaisia muutoksia, mikäli halutaan työyksikön toteuttavan interpersoonallista terapiaa säännöllisesti asiakkaiden kanssa.

Lisää työntekijöitä, jotta voisi oikeasti löytää ajan ipt:n toteuttamiselle ilman, että sen kokee lisätaakkana työssä ja oikeasti sekä asiakasta että työntekijää hyödyntävänä hoitomuotona.

Koska akuuttiin hoidontarpeeseen vastaaminen on ollut haasteellista, ei aikaa ole sitten riittänyt IPT asiakkaiden hoitamiseen. Jotta työyksikössäni pystyisi toteuttamaan IPT säännöllisesti, pitäisi mielestäni työnkuvaan /työ järjestelyihin tehdä jonkinlaisia muutoksia.

Palautetta KOHO hankkeen järjestämästä koulutuksesta tuli jonkin verran ilmi vastauksista. Koulutus oli koettu pintapuoliseksi, joka ei antanut tarpeeksi valmiuksia interpersoonallisen terapian käyttämiseen asiakastyössä. Lisäksi koulutuksen oli koettu tarjoavan lähinnä eväät terapian aloitusvaiheeseen ja asiakkaan diagnoosin tarkentamiseen. Vastauksista tuli esiin toiveita, että koulutuksessa olisi harjoiteltu käytännön keinoja terapiantueksi.

6 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön kyselyt lähetettiin valikoidulle joukolle. Kaikki kyselyn saaneet olivat tällä hetkellä töissä joko Lohjan kaupungin tai Karviaisen perusterveydenhuollossa. Kyselyt lähetin oman työsähköpostini kautta. Sähköposti sisälsi saatekirjeen (liite 2) ja linkin e-kyselylomakkeeseen. Linkin täyttämään kyselylomaketta sai kaiken kaikkiaan 16 henkilöä. Odotin hyvää vastausmäärää, sillä vastaaja joukko oli hyvin valikoitu, otos oli pieni ja kaikki työskentelivät mielenterveys- tai päihdeasiakkaiden kanssa.

Eettisiä kysymyksiä voi liittyä tutkimuskohteen ja menetelmän valintaan, aineiston hankintaan, tieteellisen tiedon luotettavuuteen, tutkittavien kohteluun, tutkimustulosten vaikutuksiin tai tiedeyhteisön sisäisiin toimintaperiaatteisiin. Tutkimusprosessin eettiset näkökulmat voidaan jakaa kolmeen luokkaan. Ensimmäisenä voidaan miettiä tutkimusaiheen eettistä oikeutusta eli miksi juuri kyseistä asiaa tutkitaan. Toisena eettisenä asiana on tutkimusmenetelmä, saadaanko suunnitellulla aineistonkeruumenetelmällä tarvittavat tiedot. Kolmas eettinen näkökulma liittyy tutkimusaineiston analysointiin ja raportointiin. Tutkijan eettinen velvollisuus on raportoida tutkimustulokset mahdollisimman tarkasti ja rehellisesti kuitenkin niin, että samanaikaisesti suojelee tutkittavia. (Kuula 2006,11.)

Tässä opinnäytetyössä tutkittiin interpersoonallisen terapian käyttöä asiakastyössä Koho-hankkeen järjestämän koulutuksen jälkeen. Asian tutkimiselle oli selvä tilaus, sillä haluttiin tietoa onko interpersoonallinen terapia otettu käyttöön perusterveydenhuollossa näyttöön perustuvana hoitotapana, kuten Koho-hankkeen suunnitelmassa on suunniteltu. Tutkimukselle oli tarve ja tutkimuksesta tulevaisuudessa tulisi olemaan hyötyä mietittäessä kuinka interpersoonallisen terapian käyttöä voidaan lisätä perusterveydenhuollon avovastaanotto toiminnassa ja minkälaista tukea interpersoonallisen terapian käyttöön henkilökunta tarvitsee.

Tässä opinnäytetyössä kyselyihin vastattiin nimettömästi. Kysely tapahtui e-lomakekyselynä. Linkki kyselyyn lähetettiin kaikille tutkimusjoukoksi valikoiduille työsähköpostiin. Kyselylomake ei sisältänyt kysymyksiä, josta tulisi ilmi työpiste. Näin taattiin vastaajan henkilöllisyyden suojan ja, ettei vastausta voida yhdistää vastaajaan suoraan.

Kysely osoitettiin 16 henkilölle. Määräaikaan mennessä sain 6 vastausta. Tämän jälkeen lähetin muistutuksena uuden sähköpostin ja annoin kaksi vuorokautta lisää vastausaikaa. Nyt sain kaksi vastausta lisää. Eli kaiken kaikkiaan sain kahdeksan kappaletta vastauksia kyselyyni, vastausprosentiksi tällöin jäi 50 %. Tätä vastausmäärää pidän pienenä. Vastausmäärän pienuuden vuoksi pidän mahdollisena, että tutkimustulos antaa vääränlaista palautetta interpersoonallisen terapian käytöstä joiltakin osin. Kuitenkin koen tutkimusvastausten olevan suuntaa antavia ja antavan luotettavaa tietoa interpersoonallisen terapian käytöstä.

Laadullisen tutkimuksen pätevyyttä ja luotettavuutta ei voida arvioida samalla tavalla kuin määrällisen tutkimuksen. Luotettavuuden arviointiin ei laadullisessa tutkimuksessa ole olemassa yksiselitteistä ohjetta. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan kokonaisuutena, sisäistä johdonmukaisuutta painottaen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan tutkimuksen totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraaliutta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Aineiston laatu korostuu tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa kuten myös tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky. (Janhonen & Nikkonen 2003,36.)

Lohjan kaupungin ja Karviaisen yhteisessä Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kokonaisvaltaisen hoidon hanke - Koho 2010-2012 hankesuunnitelmassa on tavoitteeksi kirjattu potilaan pääsy hoitoon mahdollisimman varhain. Näyttöön perustuvan toimintamallin käyttöön otolla voidaan nopeuttaa hoitoprosesseja, varmistaa hoidon laatu sekä järkevöittää hoidon porrastusta käytössä olevien voimavarojen mukaan. Potilasvirtojen ohjauksella ja resurssien oikein kohdentamisella saadaan aikaan inhimillisiä ja taloudellisia säästöjä.

Koho- hankkeessa yhtenä tavoitteena ja toimenpiteenä oli näyttöön perustuvien hoitotapojen käytön edistäminen. Toimintatavaksi valittiin interpersoonallinen terapia, joka on kansainvälisesti tutkittu lyhytterapiahoitomuoto. Hankkeen tarkoituksena oli edistää lyhytterapeuttisten hoitojen käyttöönottoa Lohjan ja Karviaisen alueen perusterveydenhuollossa. Tavoitteena oli luoda toimintamalli lievästä ja keskivaikeasta masennuksesta ja ahdistushäiriöstä kärsivien asiakkaiden hoitoon terveysasemille. Suunnitelmaan kuului hoitajien koulutus ja osaamisen vahvistaminen lyhytterapeuttisen menetelmien käytössä. (Laitinen & Lehtovaara 2011.)

Interpersoonallisesta terapiasta mainitaan monessa lähteessä sen olevan tieteellisesti, perusteellisesti tutkittu psykoterapiamenetelmä. Itse törmäsin ongelmaan, että interpersoonallisesta terapiasta ei löytynyt suomeksi kirjoitettuja tai käännettyjä tutkimuksia lähes ollenkaan. Itselleni jäi kuva, että suomessa on tehty vähän, jos lainkaan, tutkimuksia interpersoonallisesta terapiasta. Maailmalla ja varsinkin englanninkielellä tutkimuksia ja lähteitä olisi ollut saatavilla, mutta kohdallani englanninkielitaitoni vajaavaisuus vaikeutti näihin lähteisiin perehtymistä. Myös harvassa suomenkielisessä tutkimuksessa edes sivuttiin interpersoonallista terapiaa. Kirjoja interpersoonallisesta terapiasta ei ole muita kuin niin sanottu interpersoonallisen terapian käsikirja, Interpersoonallinen psykoterapia - depression fokusoitunut hoitomenetelmä. Kirja on vuodelta 2007 ja siitä löytyy maininnat muutamaan suomessa silloin tehtävään tutkimukseen. Näistä tutkimuksista en kuitenkaan onnistunut löytämään minkäänlaista lisätietoa mistään. Eli tässä opinnäytetyössä on niukasti tutkimuksia ja esillä niukasti tutkittua tietoa interpersoonallisesta terapiasta.

Koulutukset järjestettiin suunnitelman mukaisesti. Koulutuksen osanottajalistoja ei ole löytynyt, joten koulutukseen osallistuneiden lukumäärä ei ole tarkasti tiedossa. Arvio ensimmäiseen koulutukseen osallistujia määrästä on 20-30 henkilön väliltä. Koho-hankkeesta on käytännön käyttöönoton seurannan ja arvioinnin tiedot interpersoonallisesta terapiasta. Selvityksestä löytyy koulutuksen toteutuminen mutta osallistujia määrät puuttuvat. Ensimmäiseen koulutukseen osallistuneet ovat kertoneet osallistujista vain murto-osan olevan vielä töissä Lohjan kaupungin tai Karviaisen alueen perusterveydenhuollossa. Toinen ja kolmas koulutus ovat olleet lyhyemmät ja niihin on osallistunut paljon henkilökuntaa eri toimipisteistä saamaan interpersoonallisesta terapiasta perustietoinfoa. Nämä ovat olleet yhden - kahden iltapäivän koulutuksia. Kyselyn perusteella nämä koulutukset on koettu ehkä infotilaisuuksiksi interpersoonallisesta terapiasta. Käsittääkseni ajatuksena on ollut, että näiden koulutusten ja käsikirjan itsenäisen luvun jälkeen työntekijä pystyy käyttämään interpersoonallista terapiaa työssään.

Ensimmäinen askel interpersoonallisen terapian oppimiseen on lukea menetelmää koskeva kirja. Interpersoonallista terapiaa opetetaan myös psykiatrian erikoislääkärikoulutuksessa yhä enemmän. Muodollinen interpersoonallisen terapian koulutus sisältää käsikirjan opettelun, kurssille tai työpajaan osallistumisen ja kolme onnistunutta hoitotapausta. Hoitoistunnoista laaditaan video- tai äänitallenne ja analysoidaan ne tunti tunnilta koulutetun interpersoonallisen työnhajaajan kanssa. Lisäksi on käytetty vertaisryhmien työnhajausta oppimisen tukena. (Karlsson 2009.)

Tutkin internetistä erilaisia interpersoonallisia koulutuksia, joita maassamme tällä hetkellä järjestetään. Ajatukseni oli vertailla koulutuksia Koho-hankkeen järjestämään koulutukseen. Esimerkiksi Seinäjoen keskussairaalassa oli järjestetty nelipäiväinen koulutus, joka käsitteli interpersoonallista terapiaa joka päivä. Päivien aiheet sisälsivät interpersoonallisen terapian aloittamisen, alkuvaiheen ja terapeuttisen lähestymistavan, ongelma-alueet ja tapauskuvauksia sekä interpersoonallisen terapian soveltamisen käytäntöön. Lisäksi koulutukseen kuului kuusi konsultointipäivää pienryhmässä, yhteensä 24 tuntia. Koulutuksen kohderyhmänä olivat depressiohoitajat ja työterveyshuollon työntekijät.

Opinnäytetyöni kyselyyn vastaajista oli kuusi (75 %) osallistunut johonkin Koho-hankkeen järjestämistä koulutuksista. Kyselyssä ei kysytty mihin koulutukseen kukin oli osallistunut, eli ei pystynyt vertaamaan onko useamman päivän koulutuksella saanut paremman pohjan interpersoonallisen terapian käyttöön kuin yhden päivän lyhyt koulutuksella. Itseäni jäi mietityttämään vastaus, jossa todettiin, ettei vastaajalla ole koulutusta interpersoonalliseen terapiaan. Vastaaja kertoi käyneensä interpersoonallisen terapian infotilaisuudessa, josta hänelle jäi tunne, ettei pysty itsenäisesti ottamaan käyttöön interpersoonallista terapiaa, koska hänellä ei ole varsinaista peruskoulutusta menetelmän käyttämiseen. Tämä vastaus kertoo selvästi,

kuinka koulutus on koettu pintapuoliseksi eikä koulutus ole antanut valmiuksia interpersoonallisen terapian käyttöön asiakastyössä. Jäin miettimään, onko koettu koulutuksen tarkoituksen olleen info terapiasta ja jääty odottamaan oikeaa interpersoonallisen terapian koulutusta.

Kohon järjestämä ensimmäinen koulutus on sisältänyt paljon muutakin psykiatria liittyvää kuin interpersoonallinen terapia. Tämä koulutus on koettu jo tiedettyjä asioita kertaavaksi ja nykyisen Koho-hankkeen projektityöntekijän kertoman mukaan palautteet koulutuksesta ovat olleet huonoja. Kyselyn vastauksista tuli esiin ensimmäisen koulutuksen käyneen henkilön vastaus, jossa hän kertoi koulutuksen tarjonneen lähinnä eväät terapian aloitusvaiheeseen ja diagnoosin tarkentamiseen. Vastaaja kertoi jälkikäteen selvittäneensä muualla olleita interpersoonallisia terapian koulutuksia ja toteaa, ettei Koho-hankkeen järjestämä koulutus ollut puhdas interpersoonallisenterapian koulutus. Vastaajan mielestä terapiaprosessin eteenpäin viemisen ja prosessin lopettamisen suhteen koulutus oli ollut todella huono.

Kokemukset koulutuksen vajaavaisuudesta ovat mielestäni harmillisia. Koulutuksiin on satsattu henkilökunnan työaika reilusti ja hyöty koulutuksesta on satsaukseen nähden huononlainen. Kuitenkin uskon, että, vaikka kyselyn vastaajien keskuudessa interpersoonallista terapiaa käytettiin asiakas työssä hyvin vähän, on interpersoonallinen terapia kuitenkin jotenkin mukana asiakastyössä. Ehkä ei puhtaasti, mutta kunkin vastaanottotyötä tekevän henkilön omien tarpeiden mukaan.

Ensimmäisen Koho-hankkeen järjestämän koulutuksen jälkeen toimi kuukausittaiset projektikonsultaatiot ajalla 13.4.2011- 19.9.2012. 17.4.2013 järjestettyyn koulutukseen liittyvät projektikonsultaatiota jatkuivat kevään ja syksyn aikana yhteensä kuusi kertaa. Syksyllä 2013 aloitti suunnitteluryhmä, jonka tehtävänä oli suunnitella opintopiirityyppistä ryhmää ylläpitämään interpersoonallisen terapian käyttöä ja osaamista. Ryhmä aloitti toimintansa tammikuussa 2014. Ryhmän tapaamiset ovat suunnitellusti noin kerran kuukaudessa ja tapaamisiin on määritelty etukäteen sovittu alustus ja case-tapausten läpikäynti. Kevään aikana ryhmään on osallistunut kuukausittain noin 10 henkilöä sekä asiantuntijajäsenenä Auli Kiminki, joka on osastonhoitajana Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä.

Vertaamalla tämän opinnäytetyön kyselyllä saatua tulosta interpersoonallisen terapian käytöstä opintopiirin osallistujamäärän on opinnäytetyön tulos ristiriidassa kävijämäärän kanssa. Opintopiirin osallistujamäärän perusteella huomattavasti useampi käyttää interpersoonallista terapiaa työssään kuin kyselyn perusteella. Nyt ajattelen, että kysely olisi pitänyt ottaa puheeksi opintopiirissä ja myös sitä kautta muistuttaa työntekijöitä vastaamaan kyselyyn. Sillä kuitenkin käsittääkseni henkilöt, jotka osallistuvat opintopiiriin, myös käyttävät jollakin tavalla interpersoonallista terapiaa työssään.

Voidaan ajatella, että interpersoonallinen terapia on astunut työmenetelmien joukkoon, joita Lohjan kaupungin ja Karviaisen alueen perusterveydenhuollossa käytetään mielenterveys- ja päihdetyössä. Nyt vaan tarvitaan lisäjuurruttamista ja tukea työmenetelmän käytölle. Tarveta varmasti olisi peruskoulutukselle interpersoonallisen terapian käytöstä, sillä henkilökunnassa on tapahtunut muutoksia ensimmäisen Koho-hankkeen järjestämän interpersoonallisen terapian koulutuksen jälkeen. Lisäksi uskon monen kokevan, etteivät ole valmiita ottamaan käyttöön uutta terapiamenetelmää yhden päiväseminaarin ja itsenäisen kirjanluvun jälkeen.

Työresurssit ovat aina rajalliset. Tällä hetkellä kuntien, valtion ja maailman talouden tilanteen tietäen lisäresurssien saanti on varmasti erittäin hankalaa kunta sektorilla. Kyselyssä tuli vahvasti esiin kokemus tämän hetkisestä työkuormasta, ajanpuutteesta tehdä interpersoonallista terapiaa sekä toiveesta saada yksikköön lisäresursseja. Lisäresursseista voi aina esittää toiveita ja kannattaakin kertoa totuuden mukaisesti missä mennään. Toivottavasti jonakin päivänä tulevaisuudessa olisi mahdollista saada lisää työntekijöitä perusterveydenhuollon avopalveluihin. Satsaamalla matalankynnyksen peruspalveluihin varmasti saadaan pidemmällä tähtäimellä säästöjä, kun asiakkaiden tilanteisiin pystytään antamaan apua jo varhaisemmassa vaiheessa ja palvelut kohdentuvat oikeisiin paikkoihin.

Toivon tästä opinnäytetyöstä olevan tulevaisuudessa hyötyä, kun mietitään lisäkoulutuksia tai uutta peruskoulutusta interpersoonallisesta terapiasta. Koho-hanke loppuu vuonna 2015, ja hankkeen loppuraportissa varmaankin tullaan läpikäymään kuinka hankkeen aikana olleet tavoitteet ovat toteutuneet. Yhtenä Koho-hankkeen tavoitteena jo vuonna 2011 laaditussa hankesuunnitelmassa oli näyttöön perustuvan työmenetelmän käyttöönotto. Menetelmäksi valikoitui interpersoonallinen terapia ja sen käyttöönoton tueksi Koho-hanke on järjestänyt koulutusta ja projektikonsultaatiota. Toivon tästä opinnäytetyöstä olevan jonkinlaista hyötyä kun hankkeen loppuraporttia laaditaan ja hankkeen lopputuloksia arvioidaan.

Oman oppimisen ja sairaanhoitajan työssä kehittymisen apuna tämä opinnäytetyöprosessi on toiminut hyvin tuomaan interpersoonallisen terapian tietoisuuteen työmenetelmänä, jota voi hyödyntää asiakastyössä avovastaanotolla. Interpersoonallinen terapia oli itselleni vieras asia ennen opinnäytetyön aloittamista, mutta prosessin edetessä luin ja kuulin interpersoonallisesta terapiasta työmenetelmänä paljon. Kuitenkin koen, että näillä itseoppineen tiedoillani ei asiakastyössä vielä interpersoonallista terapiaa voi käyttää. Kipinän lisäkoulutukseen interpersoonallisen terapian suhteen opinnäytetyön teko kyllä antoi ja toivon, että tulevaisuudessa jossakin välissä saisin mahdollisuuden perehtyä tarkemmin interpersoonalliseen terapiaan ja sen käyttöön asiakastyössä.

Lähteet

- Alanen, E. 2013. Neitseellistä masennusta etsimässä depressiohoitajana terveyskeskuksessa. Tampereen yliopisto, pro gradu -tutkielma. Viitattu 1.3.2014.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84923/gradu06989.pdf?sequence=1>
- Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Huttunen, M. 2002. Masennus. toim. Luhtasaari, S. Duodecim, Gummerus Jyväskylä.
- Jauhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Jääskeläinen, A. 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.
- Karlsson, H & Markowitz, J. 2002. Interpersoonallinen psykoterapia depression hoidossa. Duodecim 2002; 118: 1760- 1765.
- Kontunen, J. Karlsson, H. & Larmo, A. 2007. Interpersoonallinen psykoterapia depression fokuoitu hoitomenetelmä. Helsinki: Edita.
- Kuosmanen, L. Hätönen, H. Liukka, M. & Melartin, T. 2011. Peruspalveluiden työntekijöiden asenteet masennusta ja sen hoitoa kohtaan. Yleislääkäri 1/2011, 17- 19.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus.
- Laitinen, S. & Lehtovaara, K. 2011. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kokonaisvaltaisen hoidon hanke KOHO 2010- 2012, päivitetty hankesuunnitelma 22.2.2011.
- Mäenpää, M. 2008. "Laajempi ystäväpiiri-keveämpi mieli" Yliopisto-opiskelijoiden sosiaalinen tuki ja positiivinen mielenterveys. Jyväskylän yliopisto, pro gradu-tutkielma. Tulostettu 9.2.2014. www.yths.fi/filebank/592-maenpaa_M-pro_gradu_Laajempi_ystavapiiri.pdf
- Pykäri, N. Luutonen, S. & Saarijärvi, S. 2011. Kohtauksittainen ahmimishäiriö on yleinen syömishäiriö. Suomen lääkirlehti 2011/20, 1649- 1653.
- Romakkaniemi, M. 2006. Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta, Lapin yliopisto, väitöskirja. Tulostettu 12.2.2014. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ula-201110131185>
- Sohlman, B., Immonen, T. & Kiikkala, I. 2005. Ongelmallinen mielenterveys. Yhteiskuntapolitiikka 70 (2005):2, 210- 213.
- Tauriainen, P. 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Internetlähteet

- Depressio käypä hoito suositus. 10.11.2013. Viitattu 5.2.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023>
- Euroopan komissio, kansanterveys. Kansainväliset luokitukset. Viitattu 28.1.2014.
http://ec.europa.eu/health/indicators/international_classification/index_fi.htm
- Huttunen, M. 2008. Mielenterveyden häiriöt - Lääkkeet mielen hoidossa. 23.7.2008. Viitattu 29.1.2014. www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002
- Karlsson, H. 2009. Interpersoonallinen psykoterapia, terapiat 6.7.2009. Viitattu 28.2.2014

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00100&p_teos=onn&p_selaus

Käyvän hoidon potilas versio. 1.10.2009. Viitattu 5.2.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/naytaartikkeli/tunnus/khp00044>

Lehtinen, V. & Taipale, V. 2005. Suomalaisten terveys 18.7.2005. Viitattu 20.2.2014.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00054

Mielen avain. 2014. Viitattu 28.1.2014.

<http://www.mielenavain.fi/3>

MTKL. 2014. Psykoterapia. Viitattu 28.2.2014

http://www.mtkl.fi/tietopankki/mista_apua/psykoterapia/

Pumppu-hankekuvaus. 2014. Viitattu 18.4.2014

<http://pumppu-hanke.blogspot.fi/p/pumppu-hankekuvaus.html>

STM. 2014. Viitattu 29.1.2014.

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste

THL. 2014a. Viitattu 29.1.2014.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/mielijapaihde

THL. 2014b. Viitattu 29.1.2014.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/amis/mielen_hyvinvointi

Kuviot

Kuvio 1. Funktionaalisen mielenterveyden malli	8
Kuvio 2. Taulukko eriasteisen masennuksen diagnosointiin	10
Kuvio 3. Interpersoonallisen lyhytterapia hoitokaavio	15

Liitteet

Liite 1. Kyselylomake.....	34
Liite 2. Sähköpostin saatekirje	36
Liite 3. Tutkimuslupa Lohja.....	37
Liite 4. Tutkimuslupa Karviainen.....	38

Kysymykset interpersoonallisen terapian käytöstä työssä

Käytätkö työssäsi tällä hetkellä IPT:tä kyllä

en

Jos et, niin miksi?

Kuinka monen asiakkaan kanssa käytät IPT:tä?

Mitä kautta IPT asiakkaat ohjautuvat vastaanotollesi?

Miten olet kokenut IPT:n käytön työssäsi?

Mitä tukea toivoisit IPT:n käyttöön?

Kehittämisehdotuksia IPT:n käytön suhteen?

Liite 2. Sähköpostin saatekirje

Hei !

Olen tekemässä kevään 2014 aikana opinnäytetyötäni aiheena "Interpersoonallisen terapian käyttö Lohjan ja Karviaisen alueen perusterveydenhuollossa". Aiheen olen saanut Laitisen Saila-Maaritilta. Auvisen Terhiltä olen saanut listan alueen työntekijöistä, jotka ovat osallistuneet KO-HO hankkeen IPT-koulutukseen ja mahdollisesti IPT:tä työssään käyttävät.

Nyt lähestyn teitä kaikkia ja pyydän vastaamaan kyselyyn, jolla selvitetään IPT:n käyttöä, kokemuksia ja ehdotuksia käytön suhteen. Kysely toteutuu e-lomakkeella jonka linkki on on alla <https://elomake3.laurea.fi/lomakkeet/8836/lomake.html>

Aikatauluni opinnäytetyön suhteen on "hiukan tiukka" eli toivon vastauksia mahdollisimman pikaisesti, mielellään viimeistään ensi viikon aikana, jotta pääsen työstämään opinnäytetyötäni eteenpäin.

Minut tavoittaa s-postilla niina.luhtanen@xxxxx tai niinaluhtanen@xxxxx sekä numerosta xxx xxxxxxxx mikäli haluatte kysyä asiasta jotakin tarkemmin.

Keväisin terveisin ja kiitos jo etukäteen kyselyyn vastaamisesta

Niina Luhtanen-Lindroth

Sairaanhoidtaja

Lohjan Päihdekliniikka

Ojamonkatu 36

08100 Lohja

Puh. xxx/xxx xxxx

Fax. xxx/xxx xxxx

Liite 3. Tutkimuslupa Lohja



Tutkimuslupahakemus

Opinnäytetyön tekijä/tekijät	Luhtanen-Lindroth Niina
Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden yhteystiedot ja osoitteet	
Organisaatio/yksikkö	Laurea Lohja
Organisaation/yksikön yhteystiedot Laurea-ammattikorkeakoulu, Laurea Lohja Nummentie 6, 08100 Lohja	
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Opinnäytetyön ohjaaja	Ulla Lemström
Opinnäytetyön ohjaajan yhteystiedot Opinnäytetyön nimi	Interpersoonallisen terapian käyttö Lohjan ja Karviaisen alueen perusterveydenhuollossa
Opinnäytetyön tavoitteet/tutkimusongelma	Tutkia IPT:n käyttöä
Opinnäytetyön aineisto, menetelmät ja aikataulu	Lomaketutkimus päihde- ja mielenterveys sairaanhoitajille Kevät 2114

Tutkimussuunnitelman tiivistelmä liitteenä

Lohja 3/3 2014
Paikka ja aika

Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden allekirjoitus/allekirjoitukset

Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus

Tutkimuslupa on myönnetty
Lohja 4/3 2014
Paikka ja aika

xxxxxxxxxxxx / Perusturvajohtaja Lohja
Allekirjoitus

Opiskelijalla on opinnäytetyötä tehdessään samanlainen vaitiolovelvollisuus kuin sosiaali- ja terveysalan virkasuhteisella työntekijällä. Hän on velvollinen ehdottomasti turvaamaan opinnäytetyössään tarkastelemiensa henkilöiden intimitettiin ja anonymiteetin.

Laurea Lohja

1046216-1

Nummentie 6, 08100 Lohja

Vantaa

Puhelin

09 8868 7800

Faksi

09 8868 7801

etunimi.sukunimi@laurea.fi

www.laurea.fi

Y-tunnus

Kotipaikka



Tutkimuslupahakemus

Opinnäytetyön tekijä/tekijät	Luhtanen-Lindroth Niina
Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden yhteystiedot ja osoitteet	
Organisaatio/yksikkö	Laurea Lohja
Organisaation/yksikön yhteystiedot Laurea-ammattikorkeakoulu, Laurea Lohja Nummentie 6, 08100 Lohja	
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Opinnäytetyön ohjaaja	Ulla Lemström
Opinnäytetyön ohjaajan yhteystiedot Opinnäytetyön nimi	Interpersoonallisen terapian käyttö Lohjan ja Karviaisen alueen perusterveydenhuollossa
Opinnäytetyön tavoitteet/tutkimusongelma	Tutkia IPT:n käyttöä
Opinnäytetyön aineisto, menetelmät ja aikataulu	Lomaketutkimus päihde- ja mielenterveys sairaanhoitajille Kevät 2014

Tutkimussuunnitelman tiivistelmä liitteenä

Lohja 3/3 2014
Paikka ja aika

Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden allekirjoitus/allekirjoitukset

Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus

Tutkimuslupa on myönnetty
Vihti 11/3 2014
Paikka ja aika

xxxxxxxxx / Työikäisten palvelulinjajohtaja Karviainen
Allekirjoitus

Opiskelijalla on opinnäytetyötä tehdessään samanlainen vaitiolovelvollisuus kuin sosiaali- ja terveysalan virkasuhteisella työntekijällä. Hän on velvollinen ehdottomasti turvaamaan opinnäytetyössään tarkastelemiensa henkilöiden intimitetin ja anonymiteetin.

Laurea Lohja

1046216-1
Nummentie 6, 08100 Lohja
Vantaa

Puhelin

09 8868 7800

etunimi.sukunimi@laurea.fi

Y-tunnus

Faksi

09 8868 7801

www.laurea.fi

Kotipaikka