

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Ville Mäkelä

SAIRAANHOITAJIEN KOKEMUKSIA ALKUTILANTEEN KARTOIT-
TAMISESTA MASENNUKSEN HOITOPROSESSISSA

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2015



OPINNÄYTETYÖ
Huhtikuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijät

Ville Mäkelä

Nimeke

Sairaanhoitajien kokemuksia alkutilanteen kartoittamisesta masennuksen hoitoprosessissa

Tiivistelmä

Masennusta sairasti vuonna 2012 noin 250 000 suomalaista, masennuksen on uskottu nousevan vuonna 2020 maailmanlaajuisesti sijalle kaksi vakavimpien sairauksien joukkoon. Masennukseen voi liittyä erilaisia epätarkkarajaisia oireita, kuten surua tai alavireisyyttä. Kuitenkin näiden oireiden jatkuessa kaksi viikkoa tai pidempään puhutaan masennustilasta, joka on psykiatrinen mielialahäiriö. Tässä vaiheessa esiintyy yleensä jo selkeää mielialanlaskua ja ahdistusta, mikä monesti vaikuttaa masentuneen läheisiinkin.

Masennuksen hoidon alkukartoituksessa sairaanhoitajan tekemä hoitotyö on merkittävää, koska sairaanhoitaja on monesti ensimmäinen masentunutta hoitava taho. Sairaanhoitaja luo potilaaseen hoitosuhteen, joka perustuu luottamukseen ja vuorovaikutukseen. Hoitosuhteessa sairaanhoitaja voi tukea potilasta omassa roolissaan.

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia alkutilanteen kartoittamisesta masennuksen hoitoprosessissa. Laadullinen tutkimus toteutettiin teemahaastattelulla ja aineisto analysoitiin luokittelu ja teemoittelumenetelmällä. Tutkimuksessa tuli ilmi psyykkisten, fyysisten ja sosiaalisten asioiden tärkeä merkitys alkutilanteessa. Hoitosuhteen merkitys perustui tuloksien mukaan sairaanhoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen, jonka kautta myös luottamusta rakennetaan. Nämä asiat toimivat koko hoitoprosessin yhdistävänä tekijänä.

Kieli
suomi

Sivuja 58
Liitteet 5

Asiasanat

masennus, alkutilanteen kartoitus, hoitosuhde ja laadullinen tutkimus



THESIS
April 2015
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
+35850 405 4816

Authors
Ville Mäkelä

Title
Experiences of the registered nurses in charting of the initial situation during depression treatment process

Abstract
In 2012 about 250 000 Finns suffered from depression. The number of depression cases is believed to rise in 2020 so much that it would reach the second highest ranking of the most serious diseases. Depression may be associated with a variety of more diffuse symptoms such as sadness or gloom determination. However, if these symptoms continue for two weeks or longer, we can talk about depression, which is a psychiatric disorder. This stage usually causes visible decrease of mood. Person can also suffer from increasing anxiety. These changes in the mood and anxiety often affect the close ones of depressed person.

During the initial charting of depression, nurse's work is significant because the nurse is often the first one to help the depressed person. The nurse provides therapeutic relationship to the patient. This relationship is based on trust and interaction. In a therapeutic relationship nurses can be in their own role and support patients.

This thesis study was meant to describe registered nurses' experiences in charting of initial situation during the treatment process of depression. The qualitative research was carried out by using theme interviews and data which were analyzed by using classification and thematising method. The study revealed the importance of psychological, physical, and social issues in the initial situation. According to the results the importance of the therapeutic relationship was based on the interaction between nurse and patient through which the trust is built. These things work throughout the treatment process as a unifying factor.

Language
finnish

Pages 58

Appendices 5

Keywords
depression, charting initial situation, therapeutics relationship and qualitative research

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Masennus sairautena.....	6
2.1	Masennus ja sen luokittelu.....	6
2.2	Masennukseen yhteydessä olevat tekijät aikuisväestössä	8
3	Masennuksen hoito.....	12
3.1	Alkutilanteen kartoitus masennuksen hoitoprosessissa	12
3.2	Hoitosuhde.....	Error! Bookmark not defined.
3.3	Lääkkeelliset hoidot	15
3.4	Psykoterapeuttiset hoidot	18
3.5	Jatkohoito ja kuntoutus	20
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä.....	22
5	Opinnäytetyön toteutus	23
5.1	Tutkimusmenetelmä	23
5.2	Aineiston keruumenetelmä	24
5.3	Aikataulu	26
5.4	Kohdejoukko	26
5.5	Aineiston keruu	27
5.6	Aineiston analysointi	28
6	Tulokset	29
6.1	Sairaanhoitajien kuvauksia alkutilanteenkartoituksesta	29
6.1.1	Elämäntapahtumat ja sosiaalinen ympäristö	30
6.1.2	Toimintakyky.....	32
6.1.3	Psyykkiset oireet ja perinnöllisyys.....	34
6.2	Hoitosuhteen merkitys hoitoprosessissa	37
6.2.1	Hoidon suunnittelu	37
6.2.2	Lääkehoidon suunnittelu ja moniammatillisuus.....	39
6.2.3	Vuorovaikutus ja sairaanhoitajan rooli auttajana.....	42
7	Pohdinta.....	46
7.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	46
7.2	Eettisyys	52
7.3	Luotettavuus	53
7.4	Oppimisprosessi ja jatkotutkimus aiheet.....	54
	Lähteet.....	56

Liitteet

Liite 1	Tutkimuslupahakemus
Liite 2	Teemahaastattelurunko
Liite 3	Teemat ja alateemat
Liite 4	Esimerkki haastattelun teemojen luokittelusta
Liite 5	Kirjallinen suostumus tutkimushaastatteluun osallistumisesta

1 Johdanto

Suomessa masennusta sairastaa noin 250 000 aikuista, koko elämän aikana masennusta sairastaa noin 20 prosenttia aikuisväestöstä (Heiskanen, Huttunen & Tuulari 2011, 7–8, 355). Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan masennuksen on ennustettu nousevan vuonna 2020 maailmanlaajuisesti sijalle kaksi vakavimpien sairauksien joukkoon (WHO 2009). Masennukseen kuuluu monesti erilaisia, epätarkkarajaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita (Myllärniemi 2009, 17). Oireiden jatkuessa kaksiviikkoa tai kauemmin on kyseessä psykiatrinen mielialahäiriö eli masennustila (Heiskanen, Tuulari & Huttunen 2011, 8). Monesti masennukseen liittyy myös merkittävät elämänmuutokset, kuten vakavat sairaudet ja sosiaaliset ongelmat (Isometsä 2011, 23).

Opinnäytetyöni keskeiset käsitteet ovat masennus, alkutilanteen kartoitus, hoitosuhde ja laadullinen tutkimus. Alkutilanteen kartoituksessa on tärkeää hoidettavan henkilön ja hänen perheensä elämäntilanteen selvittäminen hoidon suunnittelua varten. Hoidon suunnittelussa arvioidaan erilaisten hoitomuotojen, kuten lääkehoidon ja terapiatyöskentelyn tarvetta yhdessä hoitajan, potilaan ja muiden hoitoon osallistuvien henkilöiden kanssa. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 206.) Hoitosuhteella tarkoitetaan ammattihenkilön ja potilaan välistä suhdetta, joka perustuu luottamukseen ja vuorovaikutukseen (Minilex 2015).

Opinnäytetyöni menetelmänä on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Laadullisessa tutkimuksessa ei käytetä tilastollisia menetelmiä tai määrällisyyteen viittaavia menetelmiä, vaan sanoja ja lauseita, jotka pohjautuvat henkilön kokemuksiin. (Kananen 2008, 24–25.) Tämän opinnäytetyön tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia alkutilanteen kartoittamisesta masennuksen hoitoprosessissa. Tehtävänä oli selvittää, miten sairaanhoitajat kuvaavat alkutilanteessa kartoitettavia asioita ja hoitosuhteen merkitystä masennuksen hoitotyössä ja hoitoprosessissa. Tässä opinnäytetyössä masennushoitajalla tarkoitetaan psykiatrisesti suuntautunutta sairaanhoitajaa, jolla voi olla taustalla lisäksi erilaisia terapiakoulutuksia.

2 Masennus sairautena

2.1 Masennus ja sen luokittelu

Masennus-sana voidaan ymmärtää monella tavalla. Masennus voi olla esimerkiksi hetkellistä surua tai alavireisyyttä. Masentuneen mielialan jatkuessa kaksi viikkoa tai kauemmin puhutaan psykiatrisesta mielialahäiriöstä eli masennustilasta. (Heiskanen ym. 2011, 8.)

Masennus on iso henkilökohtainen tragedia, joka luo ahdistusta ja vaikeuttaa masentuneen ihmisen ja hänen läheistensä elämää. Masennus voi ilmetä useina erilaisina fyysisinä ja psyykkisinä oireina, jotka eivät kuitenkaan ole tarkkaraajaisia. Yleisesti eriasteisissa masennuksissa ilmenee monesti mielialanlaskua ja jaksamattomuutta. Masentuneen ihmisen on vaikea pystyä nauttimaan asioista tai tuntea niihin mielenkiintoa. Uupumus tulee vähäisimmistäkin ponnistuksista. (Myllärniemi 2009, 17.)

Kansanterveyslaitoksen selvityksen mukaan joka viides nuori aikuinen kärsii masennukseen viittaavista oireista, jotka olisivat hoidettavissa ammattiavulla (Vilkko, Riihelä & Laine 2007, 99). Aikuisilla masennuksesta aiheutunut työkyvyttömyys on myös lisääntynyt Euroopan alueilla. Kuitenkaan Suomessa masennus ei ole tämänhetkisen tutkimustiedon mukaan lisääntynyt. (Masennustalokoot 2009.)

Masennuksen luokittelussa käytetään esimerkiksi psykiatrasta luokituskäsikirjaa, joka sisältää määritelmiä ja selityksiä psykiatrisista diagnooseista. Tautiluokituksen ensimmäinen kirjallinen painos julkaistiin vuonna 1997. Psykiatrian tautiluokituskäsikirja sisältyy Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen koodistopalvelimeen, mistä jaetaan tautiluokituksia. Tautiluokituksen kirjallista versiota päivitetään aina, kun sille nähdään tarvetta. Päivitystarpeen takia on tärkeää huomata, että kulloinkin oikeat ja voimassaolevat luokitukset Suomessa löytyvät sähköisestä koodistopalvelimesta. (Komulainen, Lehtonen & Mäkelä 2012, 3.)

Suomalaista masennustilaluokitusta käytetään korvaamaan yhdysvaltalainen ”vakava masennus” -luokitus. Masennustila luokitellaan Suomessa tämän lisäksi vielä oireiden vakavuuden perusteella lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan masennukseen. Psykoottistasoinen masennus luokitellaan erikseen omaksi luokaksi. (Terveyskirjasto 2014.)

Lievän masennuksen tavallisimpia oireita ovat kiinnostuksen puute ja lisääntynyt väsymys, mutta nämä eivät ole vaikea-asteisia oireita. Lievässä masennustilassa tulee häiritseviä oireita ja normaalin toimintakyvyn heikkenemistä, mitkä eivät kuitenkaan johda kokonaisvaltaiseen lamaantumiseen. (Komulainen ym. 2012, 147.)

Keskivaikea masennus aiheuttaa huomattavaa suorituskyvyn alentumista työssä. Harrastuksiin osallistumien on heikkoa ja henkilöllä on alentunut kyky hallita yksityiselämäänsä. Useat näistä oireista saattavat olla asteeltaan vaikeita, mutta diagnoosiin riittää myös tarpeeksi laaja oireiden kirjo, mikä katsotaan masennuksen keskeisten ja liitännäisoireiden mukaan. Keskivaikean masennustilan kesto on vähintään kaksi viikkoa. (Komulainen ym. 2012, 149.)

Vaikeassa masennustilassa ihmisellä voi olla hankaluuksia oireiden kuvaamisessa. Hankaluus voi johtua potilaan psykomotorisesta kiihtyneisyydestä tai hidastuneisuudesta. (Komulainen ym. 2012, 149.) Psykomotoriikalla tarkoitetaan mielen sisäisten psyykkisten tekijöiden ja ruumiinliikkeiden yhteyttä (Helsingin diakoniaopisto 2014).

Vakavasta masennuksesta toipuneella on viidenkymmen prosentin mahdollisuus masennuksen uusiutumiseen. Henkilöllä, joka ei ole hoidonpiirissä ja on sairastanut kaksi masennusjaksoa, on seitsemänkymmenen prosentin mahdollisuus saada kolmas masennusjakso. Kolmannen jakson jälkeen mahdollisuus uusimiseen on jo yli yhdeksänkymmentä prosenttia. Hyvä hoito vähentää paljon uusimisriskiä. (Terveyskirjasto 2014.) Vakavien masennusjaksojen aikana uusien jaksojen toistuvuus on hyvin yleistä. Kuitenkin on todettu, että näissä uusissa jaksoissa jakson kesto on lyhyempi ja vähemmän krooninen. (Holman 2010, 10.)

Vaikeaan masennukseen liittyy monesti itsetunnon romahtaminen, sekä tarpeettomuuden ja syyllisyyden tunteet. Todella vaikeissa tapauksissa itsemurhariski on huomattavasti kohonnut. Vaikeassa masennuksessa henkilöllä on myös aiemmin mainittua kyvyttömyyttä hoitaa työ-, harrastus- ja yksityisasioitaan. Vaikean masennustilan kesto on vähintään kaksi viikkoa, mutta diagnoosi voidaan tehdä äkillisissä ja vaikeissa tapauksissa aiemminkin. (Komulainen ym. 2012, 149–150.)

Psykoottisasteinen depressio on yleensä vaikein masennustiloista. Vaikean depressio-oireilun lisäksi tähän tyyppiin liittyy myös psykoottista oireilua. Psykoottinen oireilu voi ilmetä harhaluuloina ja toisinaan myös aistiharhoina, jotka vääristävät todellisuutta. Täydellinen lamaantuminen on kuitenkin harvinaista. (Isometsä 2011, 22.)

2.2 Masennukseen yhteydessä olevat tekijät aikuisväestössä

Itsemurhariski on masentuneella kohonnut, noin viisi prosenttia masentuneista tekee itsemurhan. Vakavissa masennuksissa tämä luku on jopa viidestätoista kahteenkymmeneen prosenttiin. (Terveyskirjasto 2014.)

Masennuksen riskitekijöiden osuus on vaihteleva masennustilojen mukaan. Tutkimukset osoittavat perinnöllisen alttiuden lisäävän masennusriskiä. (Terveyskirjasto 2014.) Perinnöllisten tekijöiden vaikutuksesta on esimerkkinä Mikael Holmanin väitöstutkimus vakavista masennuksista. Holman toteaa suvussa esiintyvien mielialahäiriöiden olevan yhteydessä huonompaan ennusteeseen. Erityisesti itsemurhariski ja kroonisempi sairauden kulku oli yhteydessä potilaisiin, joilla oli suvussa mielenterveyden häiriöitä. Nämä asiat havaittiin kaikkiaan kuudellakymmenellä yhdellä prosentilla kaikista tutkituista. (Holman 2010, 10.)

Perinnöllisten- ja ympäristötekijöiden yhteyttä masennukseen on tutkittu ulkomailla laajassa meta-analyysitutkimuksessa. Tutkimuksessa todettiin, että masennus ei yleensä johdu yksinään perinnöllisistä vaikutuksista, vaan perinnöllisten- ja ympäristöön liittyvien tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Ympäristön vaiku-

tukset ovat myös yksittäisinä tekijöinä merkityksellisiä masennuksen synnyssä. (Sullivan, Neale & Gendler 2000, 1552.)

Synnyksinäinen temperamentti ja persoonallisuuden rakenne vaikuttavat masennusriskiin. Psykologisesti negatiiviset ajatusmallit, jotka on sisäistetty kehityksen aikana yhdessä huonon itsetunnon kanssa, vaikuttavat masennuksen syntymiseen. Samoin alistuminen, joka perustuu läheisyyden tarpeeseen, vaikuttaa masennuksen syntymiseen. Masennus saattaa myös olla tapa torjua pelottavia tunnetiloja, joihin voivat kuulua omat tai toisen vihan tunteet. Nämä tunnetilat voivat aiheuttaa tai ylläpitää masennusta. Voimakas suru, joka on tukahdutettu esimerkiksi läheisen menetyksessä tai jossain muussa aikaisemmassa traumaattisessa tapahtumassa, voi olla masennuksen taustalla. (Terveyskirjasto 2014.)

Elämässä tapahtuvat merkittävät muutokset ovat yli kahdessa kolmas osassa syynä masennuksen laukeamiseen. Yleisiä näistä merkittävistä muutoksista ovat parisuhteen hajoaminen, työttömyys, vakavat sairaudet itsellä tai läheisillä, läheisen kuolema ja huomattavat ongelmat läheisissä ihmissuhteissa. Myös sosiaalisen tukiverkoston heikentyminen on yhtenä laukaisevana tekijänä masennuksessa. (Isometsä 2011, 23.)

Häiriö aivotoiminnassa voi kuulua osaksi masennustilaa. Tässä häiriössä pitkittyneen stressin aiheuttama lisämunuaisen kortisolihormonin pitoisuuden nousu aiheuttaa lamaannusta aivoturson solumuodostuksessa. Aivoturson solumuodostus on tärkeää muistin kannalta. (Terveyskirjasto 2013.)

Kansanterveydellisesti masennus on keskeinen ongelma. Toistuvat masennukset aiheuttavat paljon kärsimystä masennusta sairastavalle ja hänen läheisilleen. Masennus on myös yksi merkittävä syy työkyvyn alentumiselle. Lievästi masentunut pärjää yleensä työelämässä toisin kuin vakavasti masentunut. Sairaslomaa tulee miettiä depression luonteen mukaan. Arvioitaessa työkykyä pitää suhteuttaa sairauden rajoitukset ja työn vaatimukset. (Terveyskirjasto 2013.)

Nykyisen kehitysrakenteen mukaan nuori aikuinen on iältään 18-25-vuotias, aikuisuus voidaan katsoa alkavan tällä aikavälillä (Arnett 2000). Aikuisuudessa masennusoireissa on vähän eroavaisuuksia sukupuolten välillä. Naisilla esiintyy enemmän epätyypillisiä oireita, mihin liittyy ruokahaluttomuutta, unen tarpeen lisääntymistä ja kipuoireilua. Melko uuden tutkimustiedon mukaan miehillä tyytymättömyys kehonkuvaan on yksi masennukseen liittyvä tekijä. Ärtynisyys ja itsetuhoajatukset ovat myös yleisempiä miehillä. Suomalaisilla miehillä itsemurhat ovat pienentyneet 1990-luvun jälkeen, mutta riski on miehillä edelleen suuri. Itsemurhahuippu ajoittuu miehillä 20–40 ikävuoteen, kaksi kolmesta itsemurhasta liittyy masennukseen. Naisilla esiintyy itsetuhoisia ajatuksia ja itsemurhayrityksiä miehiä enemmän, mutta ne eivät johda itsemurhaan yhtä usein kuin miehillä, eikä varsinaista itsemurhahuippua ole. (Melartin, Kuosmanen & Riihimäki 2010, 170–171.)

Miehillä masennusta todetaan noin kaksi kertaa vähemmän kuin naisilla, eikä siihen ole löydetty tarkkaa syytä. Syitä on tarkasteltu esimerkiksi hoitoon hakeutumisen, oireraportoinnin ja stressiherkkyyden kannalta. Tunteiden ilmaisu ja masennusoireiden tunnistaminen voi olla miehillä myös vaikeampaa kuin naisilla. Naisilla aivojen nopeampi kehitys tunteiden tunnistamiseen nuoruudessa voi selittää osittain, miksi naisilla masennus on yleisempää kuin miehillä. Elämäntapahtumat, jotka altistavat masennukselle, ovat miehillä ja naisilla yleisellä tasolla samanlaisia. Kuitenkin työstressin oletetaan vaikuttavan enemmän miehiin, kun taas naiset reagoivat enemmän ihmissuhteiden ongelmiin (Melartin ym. 2010, 170.) Naisilla noin 10–15 prosentilla todetaan masennus raskauden jälkeen. Syitä tähän voivat olla uudesta tilanteesta johtuva univaje, stressi ja hormonitasojen muutokset. (Terve Media Oy 2011.)

Moraalinen ja yhteiskunnallinen psyykkinen kehittyminen ovat merkittäviä aikuistumiseen liittyviä kehitysvaiheita. Aikuisen kehitystä ohjaa myös läheisyyden ja uuden luomisen tarve. Aikuinen pyrkii kehittyessään yhdistämään vastaakohtaiset näkemykset rakentavaksi kokonaisuudeksi. Aikuisuudessa kehittyä tiedollinen ymmärrys ajattelun rajoituksista ja tieto päätelmien epätäydellisyydestä. Tämän ajattelutavan kehittymistä sanotaan postformaaliseksi ajatteluksi. (Anttila, Eronen, Kallio, Kanninen, Kauppinen, Paavilainen & Salo 2005, 154–

158.) Myöhemmät kehitysvaiheet aikuisuudessa voivat korjata varhaisia haitallisia kokemuksia lapsuudessa ja nuoruudessa. Erilaiset työelämään ja perheeseen liittyvät asiat voivat myös lisätä luottamusta itseensä ja parantaa itsetuntemusta. (Laakso & Pohjanvirta 1988, 104–105.)

Aikuisten masennustiloihin liittyy monesti työkyvyttömyyttä. Masennuksen takia sairaalomalla olevista erikoissairaanhoidon potilaista noin viidesosa päätyy työkyvyttömyyseläkkeelle. Terveys 2000-tutkimuksessa todettiin, että yli kolmekymmentävuotiailla esiintyi vakavaa masennusta vuoden aikana 4,9 prosentilla. Puolet tästä väestöstä oli sairastanut aiemminkin masennusta. (Isometsä 2011, 33–34.)

Suomalaisten naisten ja miesten hoitoon hakeutumisessa erona on, että miehet hakevat apua vasta viimeisenä keinona tilanteen korjaamiseen (Melartin, Kuosmanen & Riihimäki 2010, 172). Masennuksen hoidossa ei naisten ja miesten välillä ole suuria eroja. Yksilölliset erot elämäntilanteiden kokemuksissa voivat vaikuttaa hoidon suunnitteluun. (Terve Media Oy 2011.)

Tilastojen mukaan 65 vuotta täyttänyt henkilö määritellään ikääntyneeksi. Tämä perustuu siihen, että 65 vuotta on melko yleinen eläkeikä Suomessa. Vanhuudelle ei taas ole olemassa yleisesti hyväksyttyä määritelmää. (Vernerin 2014.) Ikääntyneillä erilaiset sairaudet, kuten aivohalvauksen tai sydäninfarktin jälkitilat, sekä kilpirauhasen vajaatoiminta ja Parkinsonin tauti, voivat liittyvät monesti masennukseen. Varsinkin kyseisten sairauksien vakavuus ja toimintakykyä heikentävä vaikutus on yhteydessä masennukseen. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 133.)

Vanhusten mielialahäiriöt luokitellaan samalla tavalla, kuin aikuisikäisten mielialahäiriöt. Tätä ei pidetä aina hyvänä asiana, koska ikääntyvien masennuksiin saattaa liittyä palautuva muistin ja älyllisten toimintojen heikentyminen, mikä heikentää toimintakykyä tavallista enemmän. Näistä toimintojen heikentymisistä käytetään nimitystä pseudodementia. (Tilvis ym. 2001, 111–113.)

Masennustilat ovat yleisiä 75-vuotiailla. Miehillä masentuneisuus on tässä iässä yleisempää kuin naisilla. 75-vuotiaista masennuksen riskiryhmiin kuuluvat esimerkiksi fyysisesti sairaat, pysyvämpiä palveluita, kuten kotisairaanhoidoa käyttävät ja laitoshoidossa olevat lesket. Psykiatrian tautiluokituskäsikirja ei sisällä kaikkia vanhusten kokemia masennusoireita kuten fyysisiä kiputiloja. Nämä oireet voivat tulla juuri iäkkäällä korostetusti esille. Fyysisten kiputilojen korostaminen voi haitata masennuksen havaitsemista. Muita yleisiä oireita iäkkäiden masennuksessa ovat elämään tyytymättömyys, mielenkiinnonpuute ja eristäytyminen sosiaalisista tilanteista. Myös kaikilla esiintyvät masennuksen yleiset oireet voivat esiintyä vanhuksilla, mutta vanhus ei aina kerro itsemurha-ajatuksista. (Tilvis ym. 2001, 111–113.)

3 Masennuksen hoito

3.1 Alkutilanteen kartoitus masennuksen hoitoprosessissa

Tutkimustiedon mukaan masennuksen mahdollisimman varhainen tunnistaminen on tärkeää. Kuten monissa muissakin pitkäaikaissairauksissa on masennuksenkin kohdalla tärkeää, että hoitotoimenpiteet päästään aloittamaan mahdollisimman ajoissa. (Lind, Tuulio-Henriksson & Autti-Rämö 2011, 3213.) Alkutilanteessa sairaanhoitajan suorittama hoitotyö on kansanterveydellisesti merkittävää, sillä sairaanhoitaja on monesti ensimmäinen masentunutta henkilöä hoitava taho. Sairaanhoitaja voi vaikuttaa paljon siihen, miten masentuneen henkilön hoito onnistuu. (Haarala, Jääskeläinen, Kilpinen, Panhelainen, Peräkoski, Puukko, Riihimäki, Sundman & Tauriainen 2010, 7-8.)

Monesti hoitoon hakeutumisessa on taustalla joku somaattisen puolen ongelma, johon haetaan apua perusterveydenhuollosta. Hoito jatkuu monesti niin, että perusterveydenhuollossa lääkäri tunnistaa somaattisten oireiden lisäksi masennuksen ja ohjaa potilaan esimerkiksi lääkärin läheteellä terapiaan mielenterveyspuolelle. (Terveyskirjasto 2014.)

Oireiden kartoitukseen masennushoitaja voi käyttää helppoja kysymyksiä, jotka liittyvät masentuneen vointiin lähipäivinä. Myös masennustesteillä voidaan kartoittaa sekä seurata oireita. Toimintakyvyn arviointi voi olla haastavaa ainoastaan vastaanotolla tehdyistä huomioista. Kyselyllä kartoitetaan masentuneen selviämistä päivittäisistä toiminnoista. Ahdistuneisuutta voidaan kartoittaa kysymällä esimerkiksi jännittyneisyydestä ja pelokkuudesta, sekä näihin liittyvistä fyysisistä oireista. Selvittelykäynneillä henkilö voidaan ohjata myös tarvittaessa sosiaalityöntekijälle. Ensimmäisellä tai toisella selvittelykäynnillä saadaan monesti selville myös erikoissairaanhoidon tarve. (Terveyskirjasto 2013.)

Yleensä saadaan nopeasti arvioitua riittääkö masennushoitajan apu oireettomuuden ja toimintakyvyn saavuttamiseen. Yleensä psykiatrinen sairaalahoito on hyvä vaihtoehto, kun henkilö kärsii vaikeiden masennusoireiden lisäksi harhaluuloista ja harha-aistimuksista. (Terveyskirjasto 2013.) Lievän ja keskivaikean masennuksen aikaista hoitoa ja aktiivista seuranta voidaan tehostaa hoidon kolmiomallilla. Kolmiomalliin kuuluu masennushoitaja, omalääkäri ja psykiatri. Masennushoitajat ovat monesti psykiatrisesti suuntautuneita sairaanhoitajia. Yhteistyön kannalta työskentely masentuneen omalääkärin kanssa samassa yksikössä on mielekkäintä. Potilas käy ensin lääkärillä, joka arvioi hoidon tarvetta, aloittaa hoidon ja antaa masennushoitajalle ne potilaat, joille hoidon kolmiomalli soveltuu. Hoitoon on hyvä päästä yhden tai kahden viikon sisällä. (Vuorilehto & Tuulari 2011, 26–27.)

Alkutilanteen kartoituksessa ja hoidonsuunnittelussa tärkeänä perustana ovat hoidettavan henkilön, sekä hänen perheensä elämäntilanteen selvittäminen yksilöllisesti. Käypä hoito suosituksista saa tietoa ja ohjeita masennuksen lääkeshoidon, psykoterapian ja muiden hoitomuotojen suunnitteluun. Hoidon suunnittelussa on tärkeää ottaa huomioon henkilön kokonaisvaltainen tilanne. Tilanteeseen voi sisältyä esimerkiksi somaattisten sairauksien huomioiminen ja henkilön omien toiveiden mahdollinen toteuttaminen. (Kuhanen ym. 2010, 206.)

Hoidon suunnittelussa tavoitteet ja sisältö sovitaan yhdessä potilaan kanssa. Niiden määrittämiseen pitää olla tieto ongelmista ja voimavaroista. Masentuneen motivaatio ja sitoutuminen tavoitteisiin on ensisijaista. (Vuorilehto & Tuula-

ri 2011, 27.) Itsemurhavaaran huomioiminen on myös erittäin tärkeää hoidon suunnittelussa (Kuhanen ym. 2010, 206).

Itsemurhavaarassa olevan henkilön kohtaamisessa voi sairaanhoitajalla esiintyä epämukavuudentunnetta auttamishalun sijaan. Epämukavia tunteita itsessään tunnistavan sairaanhoitajan on tärkeää ottaa huomioon henkilön itsemurhamahdollisuus. Erityisen tärkeää on antaa apua juuri itsemurhaa yrittäneelle, koska hänen avuntarpeensa on erittäin suuri. Tällöin on hyvä käsitellä masentuneen ongelmallista elämäntilannetta. (Mustajoki, Maanselkä, Alila & Rasimus 2005, 483.) Hoitajan on tärkeää puhua itsemurhan ajatuksista suoraan ja pystyä antamaan mahdollisesti konkreettisia toimintaohjeita itsemurhaa ajattelevalle. Keskustelussa merkittävää on korostaa itsemurhan lopullisuutta ja pyrkiä etsimään vaihtoehtoisia toimintatapoja itsemurhan sijaan. (Punkanen 2001, 125–126.)

3.2 Hoitosuhde

Hoitosuhde muodostuu potilaan ja ammattihenkilön välisestä suhteesta. Hoito pitää tapahtua yhteisymmärryksessä hoidettavan henkilön kanssa. Hoitosuhdetta voidaan kuvata luottamussuhteeksi. Luottamuksen puute hoitosuhteessa edellyttää hoidettavan ohjaamista hoitoon toiselle terveydenhuollon ammattihenkilölle. (Minilex Oy 2015.) Potilas on oikeutettu hoitosuhteeseen, jossa on toivoa ylläpitävää ja rohkaisevaa hoitoa. Hyväksyntä ja huomion saaminen kuuluu hyvään hoitosuhteeseen. (Tuulari & Aromaa 2011, 175.)

Potilaalla pitää olla omahoitaja tai vastaava hoitoon nimetty henkilö, joka luo potilaaseen pitkäjänteisen ja luottamuksellisen hoito- ja auttamissuhteen. Merkityksellistä on masentuneen mahdollisuus puhua hoitajan kanssa itsestään, tunteistaan, ajatuksistaan ja elämästään. Psykososiaaliseen tukemiseen kuuluu huolenpito masentuneen kyvystä hoitaa päivittäisiä asioita. Siihen kuuluu myös esimerkiksi voimavarojen kartoittaminen, verkostotyö, syrjäytymisen ehkäisy ja psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn tukeminen. (Kiikkala 2011, 178–179.)

Omahoitajuuden kautta tapahtuva hoitotyö on tärkein masentuneen potilaan hoitomuoto. Omahoitajuus antaa hoitajalle mahdollisuuden toteuttaa eri hoitotyönmenetelmiä, kuten välittämistä ja tukemista, niin että potilas kokee tulleen autetuksi ja saa voimia omaan elämään vaikuttamiseen. (Rodriguez, Kekkonen & Pöppönen 2007, 27.)

Hyvässä hoitosuhteessa tapahtuva vuorovaikutus on tutkitusti merkittävää potilaan hoidon onnistumisen kannalta. Erityisesti ihmisen kokemus kuulluksi ja nähdyksi tulemisesta on tärkeää. (Romakkaniemi 2011, 164.) Muita masentuneen paranemisessa merkittäviä asioita ovat luottamus- ja yhteistyösuhteen kehittyminen. Inhimillisyys ja empaattisuus pitää ottaa huomioon masentuneen kohdalla ja ensisijaista on henkilön sydäntä painavien asioiden kuunteleminen. Masennuspotilaiden tilanteet ovat yksilöllisiä ja ainutlaatuisia. Oireet ja avun tarve vaihtelevat paljon. Syvässä masennuksessa olevan kanssa on tärkeää toimia määrätietoisesti ja harkitusti keskustelutilanteissa. (Tamminen, Pylkkänen, Rechard, Saarinen & Taajamaa 2010, 43–44.)

Nykyisin ongelmana on ensitapaamisen jälkeen, että henkilö on yksin pitkiä aikoja, eivätkä suunnitelmat ja seuraavat tapaamiset ole välttämättä sovittu kunnolla. Puhutaan niin sanotusta alitapaamisesta. (Tamminen ym. 2010, 43–44.)

3.3 Lääkkeelliset hoidot

Lääkkeet ovat keskeisessä asemassa masennuksen hoidossa. Tutkimuksessa kuntoutus parantaa työikäisten masennuspotilaiden työkykyä on masennuslääkityksen todettu vaikuttavan positiivisesti psykoterapian tuloksiin. (Lind, Tuulio-Henriksson & Autti-Rämö 2011, 3218.) Masennuslääkkeiden hoitovaikutus voi mahdollisesti liittyä niiden kykyyn vaikuttaa aivosolujen uudismuodostuksen kannalta keskeisten kasvutekijöiden eritykseen (Lääkärikirja Duodecim 2013).

Masennuslääkkeillä on hyvä teho masennuksen oireisiin ja siksi ne ovat keskeisessä asemassa masennuksen hoidossa. Hyötysuhde on vähintään kaksi kolmesta potilaasta, joille on hyötyä masennuslääkkeestä. (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni 2002, 67.)

Lääkehoidossa aikuisille ja iäkkäille suositellaan yleensä jotain serotoniini selektiivistä lääkettä. Naisilla on otettava huomioon tämän lääkkeen mahdolliset sivuvaikutukset seksuaalisuuteen. (Terve Media Oy 2011.) Naisilla on todettu miehiin verrattuna parempi vaste serotoniini selektiiviseen lääkitykseen. Yhdysvaltalaisen STAR-D tutkimuksen mukaan kyseisellä lääkityksellä naiset toipuivat miehiä paremmin masennuksesta. (Lääkärilehti 2010, 172.)

Lääkehoitoa mietittäessä vastuu lääkkeen määräämisestä on lääkärillä, mutta lääkeshoidon toteutus tapahtuu lääkärin ja hoitajan yhteistyössä. Tärkeää on varmistaa masentuneen tietämys lääkkeestä, sen vaikutuksista ja ohjeistuksesta. Varmistetaan myös tietämys annoksesta ja lääkkeen oton ajankohdasta. Hoitaja yhdessä lääkärin kanssa seuraa lääkityksen vaikutusta, mikä on masennuksesta toipumisessa oleellista. Hoitajan tehtävänä on ohjeistaa masentunutta tunnistamaan ja ennakoimaan tarkoitetut vaikutukset sivuvaikutuksista. Masentuneen kanssa keskustellaan lääkityksen aiheuttamista kokemuksista ja toteutetaan lääkityksen seuranta. Sivuvaikutuksien takia on hoitajan perusteltua ohjeistaa masentunutta seuraamaan voinnissa tapahtuvia kehityksiä. (Kiikkala 2011, 180.)

Akuuttihoiossa lääkehoidolla pyritään henkilön oireettomuuteen ja jatkohoidon tarkoituksena on estää oireiden palaaminen. Uusien sairausjaksojen esto tapahtuu ylläpitohoiossa. Lääkehoito on korostunutta vaikeassa masennuksessa. Lääkkeiden vaihtaminen ja yhdistäminen voi olla vaihtoehtona jos tavanomainen lääkehoito ei tehoa. Tärkeää on kiinnittää huomiota annostukseen, riittävän pitkään käyttöaikaan ja lääkityksen seurantaan. Jatkolääkitystä suositellaan käytettäväksi noin puoli vuotta, kun akuuttivaihe on mennyt ohi. Uusiutuvissa masennustiloissa käytetään pidempiaikaista ylläpitohoitoa uusimisriskin vähentämiseksi. Lääkeannokset ovat yleensä samat, kuin akuuttivaiheessa. Masennuslääkitystä on hyvä jatkaa pitkänajan estohoitosna jos henkilö on kärsinyt elämänsä aikana vähintään kolme keskivaikeaa tai vaikeaa masennus kautta. Lääkehoidon lopetus asteittain on mahdollista, kun oireettomia jaksoja on ollut useamman vuoden verran. Lääkehoidon lopetuksessa tehostetaan seuranta masennuksen uusiutumisriskin vuoksi. (Terveyskirjasto 2013.)

Trisyklisiä lääkkeitä kokeiltiin ensimmäisen kerran masennuksen hoidossa vuonna 1955. Lääkettä kokeiltiin ensimmäisenä neljälläkymmenellä masennuspotilaalla ja hoitovasteet olivat todella hyviä. Potilaiden vointi, sosiaalisuus ja jaksaminen paranivat. (Shorter, E 2005, 306.) Trisyklisten lääkkeiden vaikuttavia aineita ovat esimerkiksi amitriptyliini ja doksepiini (Huttunen 2008, 104).

Trisykliset lääkkeet estävät tehokkaasti noradrenaliinin takaisinottoa, sekä jonkin verran serotoniinin takaisinottoa. Haittavaikutuksien vuoksi lääkeannostus aloitetaan pienillä 25–50 milligramman annoksilla ja annoksia lisätään porrastetusti. Nostoa jatketaan viikon verran tai pidempään, kunnes saavutetaan aikuisille suositeltu 150 milligramman annos. Lääkeainepitoisuuksia on tärkeää seurata hoitoannoksen ja yli kolmensadan milligramman annon jälkeen. (Lönngvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2001, 160–161.) Nykyisin trisykliset lääkkeet ovat siirtymässä toissijaisiksi hoitolääkkeiksi niiden haittavaikutuksien vuoksi, sekä niiden käyttöongelmien vuoksi iäkkäillä ja sydänsairailla ihmisillä. (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2002, 67.)

Selektiivisistä serotoniinin takaisiintoton estäjistä käytetään lyhennettä SSRI, mikä tulee englanninkielen sanasta selective serotonin reuptake inhibitor. SSRI-lääkkeet ovat olleet, 1990-luvulta lähtien yleisimmin käytettyjä masennuslääkkeitä. Niiden vaikutus perustuu nopeaan serotoniinin takaisinoton salpaukseen hermosolujen tuojahaarakkeissa ja runko-osissa, mikä vähentää reseptorien serotoniinin sitomiskykyä. (Lönngqvist ym. 2010, 718.)

Potilaiden lääkemyöntyvyyttä lisää SSRI-lääkkeiden vähäiset haittavaikutukset verrattuna trisyklisiin lääkkeisiin. Kuitenkin käytön alussa voi esiintyä pahoinvointia, levottomuutta ja häiriöitä seksuaalisessa toiminnassa. (Lönngqvist ym. 2010, 718.) Ulkomaisen meta-analyysi tutkimuksen mukaan SSRI-lääkehoito on interpersoonallista psykoterapiaa vaikuttavampi hoitomuoto masennuksessa (Cuijpers, Geraedts, Van Oppen, Andersson, Markowitz & Van Straten 2011, 581).

Melko yleisiä vaikuttavia aineita selektiivisissä serotoniinin takaisinoton estäjissä on essitalopraami ja fluoksetiini. Suositeltuja hoitoannoksia voidaan yleensä käyttää suoraan SSRI-lääkitystä aloitettaessa, kuten essitalopraamissa kymmenenmilligrammaa vuorokaudessa. Poikkeuksena aiemmat paniikkikohtaukset tai paniikkihäiriöt, jolloin aloitusannos on noin puolet pienempi normaalista hoitoannoksesta. (Huttunen 2008, 106,120.)

Aluksi keuhkotaudinlääkehoitoon kehitetyistä monoamiinoksidaasin estäjistä käytetään lyhennettä MAO-estäjät. MAOI on lyhenne englanninkielensanasta monoamine oxidase inhibitor. Lääke sitoutuu MAO-entsyymiin, mikä estää entsyymin toiminnan. Toiminnan esto lopettaa entsyymin, monoamiineihin, dopamiiniin, noradrenaliiniin ja serotoniiniin kohdistuvan hajotustoiminnan. Tämä johtaa näiden aineiden, kuten monoamiinien pitoisuuksien kasvuun hermopäätteissä. Nykyisin käytetään selektiivisiä MAO-A:n ja MAO-B:n toiminnan estäjiä, joista masennukseen käytetään yleisesti selektiivistä MAO-A:n estäjää. (Lönngqvist yms. 2010, 717.)

Vaikuttavana aineena MAO-estäjissä toimii moklobemidi. Lääke aloitetaan yleisesti sadanviidenkymmenen milligramman vuorokausiannoksella ja otetaan kahdesti vuorokaudessa. Viikon päästä annosta nostetaan kolmeensataan milligrammaan vuorokaudessa ja edelleen tarvittaessa kuuteensataan milligrammaan vuorokaudessa. (Huttunen 2008, 120.)

3.4 Psykoterapeuttiset hoidot

Psykoterapialla tarkoitetaan keinoja, joilla saadaan tietoisella ja ammatillisella toiminnalla aikaan psyykkisiä muutoksia toisessa ihmisessä. Toiminnassa apuna käytetään keskustelua ja psykologista vuorovaikutusta, joilla on tarkoituksena vähentää tai poistaa mielenterveydellisiä häiriöitä ja niistä tulevia kärsimyksiä. (Tamminen ym. 2010, 45.)

Psykoterapia pyrkii parempaan itseymmärrykseen ja elämänmerkityksen ja -tarkoituksen löytymiseen. Käytännön psykoterapiassa nämä puheenaiheet ja niihin liittyvät vaikeudet ovat asiakkailta monesti esillä terapiakäynneillä. (Jefferson 2008, 6.)

Psykoterapian tyylisiä hoitokeinoja on käytetty jo 1700-luvun loppupuolella. Sitten 1888-luvulla toiminut neurologian ylilääkäri Richard Friedländer sanoi: ”Psykologisella vaikuttamisella on tärkeä merkitys hoidossa”. Friedländer oli yksi ensimmäisistä neurologeista, jotka kokeilivat psykoterapiaa työssään. (Shorter E 2005, 160.)

Valkosen tekemän tutkimuksen tulosten perusteella psykoterapialla on vaikutusta masennuksen hoidossa. Psykoterapia vaikutti henkilöiden välittömiin kokemuksiin, ajatteluun ja sosiaaliseen toimintaan. Nämä tekijät yhdessä vähensivät masennusta. (Valkonen 2007, 1.) Tutkimustieto on osoittanut myös, että psykoterapia toimii naisilla ja miehillä yhtä hyvin. Esimerkiksi kognitiivista psykoterapiaa käytetään naisilla ja miehillä, mutta monesti huomataan eripsykoterapioiden, sekä lääkehoidon yhdistämisen olevan paras vaihtoehto. (Terve Media Oy 2011.) Psykoterapiaa suositellaan naisilla raskauden aikaiseksi hoitomuodoksi. Psykoterapialla pystytään mahdollisesti parantamaan keskivaikeita ja lieviä masennustiloja, mutta monesti lääkehoitokin on tarpeen. Masennuksen akuuttivaiheessa psykoterapiaa voidaan käyttää yhdessä tai erikseen masennuslääkityksen kanssa. (Terveyskirjasto 2013.) Iäkkäillä psykoterapiaa voidaan käyttää sovelletusti ratkaisujen ja muutosten tekemiseen. Puhutaan hoitavasta vuorovaikutuksesta, jolla pyritään vanhuksen elämäntilanteen paranemiseen psyykkisiä voimavaroja tukemalla. (Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2007, 306–307.)

Kognitiivinen psykoterapia sisältää paljon erilaisia laaja-alaisia suuntauksia. Kognition ydin liittyy mielen sisäisten prosessien, ajatusten ja tunteiden tarkasteluun ja kognitiivinen psykoterapia tutkii näitä prosesseja. Suomessa kognitiivinen psykoterapia on yhä enemmän keskeisessä roolissa psykoterapeuttisten lähestymistapojen käytössä. (Kähkönen, Karila & Holmberg 2001, 12.) Ihminen oppii tunnistamaan kognitiivisesta terapiasta opituilla taidoilla negatiivisia aja-

tuksia ja kyseenalaistamaan niitä realiteetteihin pohjautuen, sekä toimimaan ajatustensa kanssa luovemmin. Kognitiivinen terapia pyrkii kahteen asiaan, muutokseen masentuneen ajattelutavassa itseään, muita ja tulevaisuutta kohtaan. Toiseksi tunnistetaan, sekä muutetaan masennukseen liittyviä laajempia uskomuksia ja oletuksia. (Terve Media Oy 2007.)

Ennen kuin terapia alkaa kunnolla, tehdään alkuarvio tilanteesta, määritellään mikä masennuksen taso on kyseessä ja selvitetään onko muita häiriöitä. Kognitiivinen terapia on laadittu lyhytterapiaksi, missä on 12–20 istuntokertaa. Paras teho kognitiivisella terapialla on lieviin ja keskivaikeisiin masennustiloihin. (Terve Media Oy 2007.)

Interpersoonalliseen psykoterapiaan liittyy ajatus läheisten vuorovaikutussuhteiden ja niissä ilmenevien roolimutosten tärkeästä merkityksestä masennuksen kehittymisessä. Interpersoonallisessa psykoterapiassa mietitään terapeutin kanssa yhdessä todettuja ja valittuja, sen hetkiseen elämäntilanteeseen liittyviä ongelma-alueita potilaan vuorovaikutussuhteissa ja elämänmuutoksissa. Alkuvaiheessa sovitaan terapian tavoitteet ja pituus, mikä on yleensä 16–20 viikoittaista terapiakertaa, joista muodostuu yhteensä neljästä viiteen kuukautta terapiaa. (Terve Media Oy 2007.)

Ulkomaisessa meta-analyysi tutkimuksessa interpersoonallinen psykoterapia on todettu tehokkaaksi masennuksen hoitomuodoksi. Sillä on lääkehoitoa parempi ehkäisevä vaikutus masennuksen uusiutumisessa. Interpersoonallinen psykoterapia on kehitetty tämän tutkimuksen mukaan erityisesti vakavan masennuksen hoitoon. (Cuijpers, Geraedts, Van Oppen, Andersson, Markowitz & Van Straten 2011, 581.)

3.5 Jatkohoito ja kuntoutus

Hoidon jatkuvuuden varmistaminen ja sairaanhoitajan luottaminen parantumiseen on tärkeää. Sairaanhoitaja pitää toivoa yllä ja pyrkii vähentämään toivottomuutta.

Henkilöä motivoidaan, kannustetaan herkästi ja oikealla tavalla niin, että henkilön oma kokemus selviytymisestä vahvistuu. (Kuhanen ym. 2010, 206.)

Toipuminen pyritään varmistamaan perusterveydenhuollossa hoitojakson aikana. Tähän riittää lievissä tapauksissa monesti neljästä kymmeneen käyntiä. Käyntien jaksotus tapahtuu yksilöllisesti. Vähän vaikeammissa tapauksissa käynnin tarve voi tulla jo ensimmäiselle viikolle ja seuraava käynti viikon sisään. Toipumisvaiheessa käyntien väli voi olla useamman viikon verran. Masennusoireiden poistumista seurataan oiremittarilla. Tapaamisilla vahvistetaan masentuneen selviämiskeinoja ja hänen omaa osuutta hoidossa. Tapaamisiin voi osallistua myös omaiset. Masennushoitaja hoitaa lääkkeisiin liittyvät asiat yksikön terveyskeskuslääkäreiden ja konsultoivan psykiatrin kanssa. Lisäksi masennushoitaja voi ohjata potilasta hakeutumaan kuntoutuspsykoterapiaan. Toipumisen jälkeen depressiohoitajan kannattaa pitää seurantaa yllä ja olla yhteydessä potilaaseen harvakseltaan kahden vuoden ajan hoitojakson jälkeen. (Vuorilehto & Tuulari 2011, 28.)

Tutkimuksissa on todettu, että kuntoutumistoimenpiteiden oikea-aikainen aloittaminen vaatii varsinkin nuorien aikuisten kohdalla erityistä huomiota masennuksen oireiden tunnistamisessa. (Lind, Tuulio–Henriksson & Autti–Rämö 2011, 3213.) Kuntoutustoimenpiteiden aloittaminen masennuspotilaalle on osa useita vuosiakin jatkuvaa kuntoutus- ja hoitoprosessia, johon kuuluu keskeisesti tavoitteellisuus ja aktiivisuus. Masennuspotilas toimii elämässään ja sairaudessaan vastuullisena asiantuntijana, sekä päätöksentekijänä. Kuntoutus toimii masennuspotilaan tukijalkana ja tähtää elämänlaadun parantamiseen. Kuntoutumisessa on tärkeää arkielämässä selviytymisen parantaminen ja sitä kutsutaan kuntoutujakeskeiseksi toiminnaksi. Ammattitaitoisen hoitajan tehtäviin kuuluu tukeminen hyvään itsetuntoon ja kehitysmahdollisuuksiin, sekä kuntoutussuunnitelman laatiminen potilaan kanssa. Suunnitelmasta käy ilmi kuntoutumisen tavoitteet ja sisältö, sekä asiat joihin kuntoutuja haluaa muutosta. Suunnitelman loppu osassa on hyvä olla tilaa sairaanhoitajan hoitoprosessin arvioinnille. Lopuksi suunnitelma varmennetaan kaikkien asianosaisten allekirjoituksella. (Kuhanen ym. 2010, 100–102.)

Toiminnalliseen kuntoutukseen kuuluu monipuolinen päivä- ja toimintakeskus toiminta. Osaksi tätä toimintaa kuuluu erilaiset kulttuuri- ja liikuntamatkat, sekä tapahtumat. Tutkimusten mukaan matkailu- ja tapahtumatoiminta on tuloksekasta ja kuntoutuksessa olevia pitäisi kannustaa enemmän mukaan tähän toimintaan. (Kuhanen ym. 102-103.)

Kelalta on mahdollista hakea korvausta kuntoutuspsykoterapiaan, kun on iältään 16–67 vuotias. Muita edellytyksiä kuntoutusterapialle on esimerkiksi lääkärin lausunto ja arvio tilanteesta sekä työ- tai opiskelu elämää vaikeuttava mielenterveydenhäiriö. Terapian tavoitteena on työ- tai opiskelukyvyn parantuminen. Kuntoutuksella on tarkoitus turvata opintojen edistyminen, työssä pysyminen tai töihin siirtyminen. (Kansaneläkelaitos 2014.)

Masennuksen seuranta tulee toteuttaa akuuttivaiheessa säännöllisesti 1-3 viikon välein ja tarvittaessa useamminkin. Seurannan aikana arvioidaan, miten lääkitys on vaikuttanut masennukseen. Suurin osa masentuneista henkilöistä hyötyy säännöllisestä lääkityksestä. Puolet potilaista on vähäoireisia 6-8 viikossa, mutta ovat vielä kuitenkin toipumisvaiheessa. Jos potilas on pysynyt oireetomana puolen vuoden ajan, voidaan seuranta vähentää puolen vuoden välein tapahtuvaksi. Lääkehoidon purkamisen aikana seuranta toteutetaan kuitenkin tavanomaista tiiviimmin. (Terveyskirjasto 2013.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia alkutilanteen kartoittamisesta masennuksen hoitoprosessissa. Tehtävänä on selvittää miten sairaanhoitajat kuvaavat alkutilanteessa kartoitettavia asioita ja hoitosuhteen merkitystä masennuksen hoitotyössä ja hoitoprosessissa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten sairaanhoitajat kuvaavat alkutilanteessa kartoitettavia asioita masennuspotilaan hoitotyössä?
2. Miten sairaanhoitajat kuvaavat hoitosuhteen merkitystä hoitoprosessissa?

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tässä opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä käytetään laadullista tutkimusta. Laadullinen tutkimus ymmärretään tutkimuksena, jossa tehdään havaintoja käyttämättä tilastollisia menetelmiä tai määrällisyyteen viittaavia menetelmiä. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään sanoja ja lauseita, jotka eivät pyri yleistämään asioita. Sen sijaan niillä pyritään kuvaamaan, ymmärtämään ja tulkitsemaan asioita, kuten kokemusta jostakin asiasta. Kokemuksen tutkiminen on monesti laadullisen tutkimuksen mielenkiinnon kohteena. (Kananen 2008, 24-25.)

Kokemusta voidaan kuvata hetkessä elettyvänä prosessina, joka liitetään kertomukseen kerrontahetkellä, jolloin kokemus on jo elettyä aikaa. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 124.) Kokemus rakentuu tajunnallisesta toiminnasta ja suuntautuu johonkin kohteeseen. Kokemusta voidaan pitää erityisenä merkitys suhteena, joka muodostuu tekijän ja tekemisen kohteen välisestä suhteesta. (Perttula & Latomaa 2011, 116-117.) Koettaessa jotain tehdään tarkasteluja ympäröivään ja tarkastelun kohteena olevaan todellisuuteen, eli elämään, sen toimintoihin ja käytäntöihin, joihin olemme osallisena. (Pihlström 2002, 257-258)

Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään yksittäisiin tapauksiin, kun taas määrällisessä tapausten joukkoon. Yksittäisestä tapauksesta saadaan laadullisesti enemmän tietoa. Suorakontakti tutkijan ja tutkittavan välillä on tyypillistä laadullisessa tutkimuksessa. (Kananen 2008, 24–25.)

Valitsin opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi laadullisen tutkimuksen. Laadullisella tutkimuksella voidaan saada pienellä kohdejoukon määrällä jo merkityksellistä tietoa. Tämän vuoksi laadullinen tutkimusmenetelmä sopi paremmin kohdejoukon työpaikkaan, kuin määrällinen, sillä kohdejoukon työpaikka ei ollut henkilömäärältään iso. Kyseisessä paikassa oli alle viisikymmentä työntekijää.

Laadullinen tutkimus sopi myös kyseiseen opinnäytetyöhön paremmin aikataulua ajatellen. Määrällisen tutkimuksen kyselylomakkeen tekemisessä olisi mennyt vielä paljon aikaa ja tutkimus olisi viivästynyt. Laadullisen tutkimuksen teemahaastattelurungon kysymysten laatimisessa ei myöskään tarvinnut miettiä niin paljon vastausvaihtoehtoja kuin määrällisessä. Kohdejoukon määrä ja aikataulus olivat lopulta merkittäviä syitä laadullisen tutkimuksen valitsemiseen tähän opinnäytetyöhön.

5.2 Aineiston keruumenetelmä

Tutkimushaastattelu rakentuu lähtökohtaisesti kasvokkain tapahtuvasta vuorovaikutuksesta ja yhteisistä oletuksista kuten tavallisetkin keskustelut. Tutkimushaastatteluun kuuluu kysymysten kysyminen, oletuksien tekeminen, ymmärtäminen ja kiinnostuksen välittäminen. Tutkimushaastattelu on institutionaalinen eli sillä on joku päämäärä johon haastattelulla pyritään ja haastattelu nauhoitetaan. Tutkija on tietämätön osapuoli joka on tehnyt aloitteen haastatteluun. Hän myös ohjaa ja kannustaa keskustelua tarkoituksen mukaisiin keskusteluaiheisiin ja tutkimuksen tavoitteen mukaisesti. Haastateltava, jolla tieto on, toimii tutkimushaastattelussa tiedon lähteenä. (Ruusvuori & Tiittula 2005, 22-23.)

Puolistrukturoitu teemahaastattelumenetelmä ei liitä haastattelua suoraan kvalitatiiviseen tai kvantitatiiviseen suuntaan. Myöskään haastattelukertojen määrällä tai syvyydellä ei ole keskeistä merkitystä kyseisessä menetelmässä. Keskeistä menetelmässä on se, että siinä on kaikille tutkittaville samat aihepiirit ja teemat, jotka vievät haastattelua eteenpäin. Tällä tavalla saadaan paremmin tutkittavien kokemukset ja tulkinnat esille. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48.)

Avoimella kysymyksellä saadaan vastaajan omaan tietoon ja mielipiteisiin liittyvät asiat esille, sekä se mitä vastaaja pitää tärkeänä vastauksessaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 190.) Avoin kysymys ei rajaa vastausmahdollisuuksia niin paljon kuin suljettu kysymys vaan antaa vastaajalle enemmän mahdollisuuksia kuvata asiaa. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 156.)

Hyvä haastattelija tuntee haastattelun aihepiirin ja osaa ohjata haastattelua tarkoituksen mukaisesti, sekä selkeästi. Haastattelijalla tulee olla kiinnostusta ihmisten käyttäytymiseen liittyviin asioihin kuten käyttäytymistä sääteleviin tekijöihin. Käyttäytymistä säätelee muun muassa haastattelijan ja haastateltavan välinen vuorovaikutus. Haastattelijan hyviä ominaisuuksia on myös velvollisuuden tunto, luotettavuus ja sosiaalisuus. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 68–69.)

Tämän opinnäytetyön tutkimukseen käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelu menetelmää. Haastattelun runko rakentui teoriasta nouseviin asioihin, jotka koin tärkeiksi kysyä alkutilanteen kannalta. Koin teemoihin perustuvan haastattelu menetelmän hyväksi tähän tutkimukseen, jossa haastattelu pohjautuu teoriasta muodostuviin aihealueisiin. Tällöin teemat saadaan muodostettua hyvin teoriaan pohjautuen. Tämä menetelmä oli myös aineiston litteroinnin kannalta käytännöllinen, sillä analysoinnissa sain luokiteltua valmiit teemat selkeämmin.

Tutkimusluvan saatuani (Liite 1) toteutin ennen varsinaista haastattelua niin sanotun esihaastattelun yhdelle sairaanhoitajalle. Tässä tarkoitukseni oli testata haastattelu rungon toimivuutta ja kysymysten asettelua, sekä valmistaa itseäni varsinaisiin haastatteluihin. Haastattelu sujui yllättävän luontevasti ja eteni teemojen mukaisesti.

Tämän pohjalta koin teemahaastattelurungon (Liite 2) hyväksi, enkä lähtenyt tekemään muutoksia runkoon tai kysymysten asetteluun. Päätökseni ei ollut huono sillä varsinaiset haastattelut sujuivat myös hyvin ja koin että viimeiset haastattelut sujuivat todella hyvin. Tässä kohtaa useamman haastattelun tuoma varmuus vaikutti haastattelujen onnistumiseen positiivisesti.

5.3 Aikataulu

Sain tutkimusluvan työhön lokakuussa 2014. Esihaastattelu ja varsinaiset haastattelut toteutui lokakuun puolella välissä 2014. Litteroin haastattelut heti niiden jälkeen ja aloin analysoimaan litterointeja lokakuun puolella välissä. Sain tehdä aineiston luokittelut alustavasti marraskuun loppu puolella, jonka jälkeen tarkastin ne ja palasin vielä aineistoon katsoakseni jäikö jotain oleellista puuttumaan. Näiden vaiheiden jälkeen aloin kirjoittamaan tuloksien esittelyä ja pohdinta osiota vielä 2014 marraskuun loppu puolella. Halusin tehdä nämä vaiheet tiiviillä aikataululla koska joulukuussa en ennättänyt tehdä niin paljon opinnäytetyötä koska aloitin palkkatyöt. Toinen asia, mikä vaikutti tähän, oli se että haastattelut oli vielä hyvin mielessä, mikä auttoi myös tuloksien esittämisessä ja tulokinnassa. Opinnäytetyö esitettiin 2015 maaliskuun opinnäytetyöseminaarissa.

5.4 Kohdejoukko

Yleensä kohdejoukon valinnan ensimmäisiä kysymyksiä on kuinka montaa henkilöä on haastateltava. Yksinkertaisesti tähän voidaan vastata, että haastatellaan niin monta kuin on tarpeen, jotta saadaan tarvittava tieto esille. On tärkeää miettiä myös keneltä tietoa hankitaan. Kohdejoukkoa valittaessa kartoitetaan myös heidän aikaisempaa tietoa tai kokemusta haastattelun aiheesta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 58–59.)

Tutkimuksen kohdejoukko rajattiin sairaanhoitajiin, joilla on kokemusta aikuisen masennuksen hoidosta. Lapsi näkökulma tutkimuksessa olisi tehnyt ammattikorkeakoulu tasoisesta opinnäytetyöstä todella laajan. Tämän lisäksi kohdejoukon työpaikalla hoidettiin vain täysi-ikäisiä ja sitä vanhempia henkilöitä. Potilaiden keski-ikä kohdejoukon työpaikalla oli arviolta kaksikymmentäseitsemän vuotta. Kohdejoukon sairaanhoitajat työskentelevät mielenterveyden avohoito yksikössä, jossa hoidetaan masennuksesta ja muista mielenterveyden häiriöistä kärsiviä henkilöitä. Kohdejoukon valintaan vaikutti heidän työala ja kokemus työstä, sekä koulutus. Kahdella haastateltavalla oli sairaanhoitajan tutkinnon lisäksi lisäkoulutusta, jotka olivat perheterapeuttinen työtapana ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön lisäkoulutus.

Kaikilla haastateltavilla oli jo yli viiden vuoden työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä, sekä masennuksen hoidosta. Kohdejoukon määräksi aineistoon saatiin neljä sairaanhoitajaa. Haastateltavat eivät olleet aivan tuntemattomia henkilöitä, vaan olin jutellut kaikkien haastateltavien kanssa ennen haastatteluja muun muassa haastattelun aiheesta.

5.5 Aineiston keruu

Aineiston keruu tapahtui avo-terveydenhoidon yksikössä, jossa hoidetaan mielenterveydenhäiriöistä kärsiviä aikuisia. Aineiston keruussa annoin teemahaastattelurungon (Liite 2) haastateltaville päivää ennen haastatteluja, jolloin haastateltavat pystyivät valmistautumaan haastatteluun. Kerroin ennen haastatteluja opinnäyteyden tarkoituksesta, luotettavuudesta ja siihen liittyen nimettömyyden säilyttämisestä. Aineiston keruu tapahtui varsinaisesti digitaalisella nauhurilla, jolla sain haastateltavien äänen tallennettua analysointia varten.

Aineiston keruu paikkana toimivat haastateltavien työpaikan potilashuoneet, jotka sopivat hyvin haastattelutilanteeseen, sillä potilashuoneet olivat yksityisiä ja rauhallisia. Aineiston keruu tilanteessa ei ollut ulkopuolisia häiriötekijöitä kuten ääniä tai muiden ihmisten runsasta liikehdintää haastattelutilan lähellä. Pyrin haastattelussa motivoimaan haastateltavaa vastaamaan mahdollisimman oma-kohtaisesti oman kokemuksen pohjalta haastattelu kysymyksiin. Haastattelu oli vuorovaikutus tilanne, jossa halusin omalla vuorovaikutuksella myös motivoida haastateltavaa kertomaan asiat itse.

Tarkoitukseni oli tehdä haastattelutilanteesta avoin, joustava ja hyvä kokemus molemmille osapuolille. Tällä tavalla pyrin saamaan yksittäisestä sairaanhoitajan kokemuksesta tutkimukseeni laadullisesti merkityksellistä tietoa. Aineiston keruu tilanne oli kokemuksena hyvä niin itselleni kuin haastateltaville, kun keskustelimme vielä haastattelu kokemuksista haastattelujen jälkeen. Kokemukseen vaikutti jonkin verran se, että haastateltava ja haastattelija tunsivat jonkin verran toisiaan ennen haastatteluja.

5.6 Aineiston analysointi

Kvalitatiivisen aineiston analysointi tapahtuu yleensä aineiston keräämisen yhteydessä. Analysointi vaatii tietämyyppistä alkutyöskentelyä johon kuuluu aineiston litterointi. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 132.) Peruslitteroinnilla tarkoitetaan puhekielen litterointia niin, että siihen ei sisällytetä täytesanoja. Tämä litterointitapa soveltuu moniin käyttötarkoituksiin. Tällä litterointi tavalla asiat kirjoitetaan sanatarkasti ja noudatetaan puhekieltä, kuitenkin niin, että täytesanat ja haastattelun teemaan liittymätön puhe jätetään litteroimatta. Peruslitterointi on paljon käytetty yksilö- ja ryhmähaastattelujen litterointi menetelmä. (Litterointi tutkijoille ja asianajotoimistoille 2014.)

Luokittelua ja teemoittelua pidetään varsinaisina analyysimuotoina. Analyysin tekemiseen vaaditaan molempien menetelmien käyttöä. Luokittelu ymmärretään aineiston perus järjestely menetelmänä, mikä on menetelmällisesti lähellä teemoittelua. Tavallisesti näissä menetelmissä aineisto järjestellään luokkiin ja luokkien määrä etsitään aineistosta. Kun luokituksesta etsitään mitä siinä on sanottu, puhutaan teemoittelu menetelmästä. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 95.)

Analyysin etenemisessä aineiston järjestäminen, luokittelu ja vertailu, sekä lopupuolella tulkinta ja raportointi eivät aina etene vaihe vaiheelta. Käytännössä tutkimusongelmaan liittyviin kysymyksiin palataan ja tehdään uudelleen arviointia ja tarkennusta epäselviin asioihin. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 12)

Tässä opinnäytetyössä analyysin toteutus lähti käyntiin jo teemalomakkeen tekemisestä, jossa mietin teemojen asettelua analyysin kannalta sopivaan muotoon. Haastattelussa etenin pääsääntöisesti näiden teemojen mukaisesti. Litteroinnin suoritin heti haastattelujen jälkeen ja työskentely eteni tällä tavalla hyvin. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä neljästä haastattelusta 15 A4 sivua kirjasinlajilla Arial, kirjasinkoolla 12 ja rivinvälillä 1,5. Haastattelijan kommentteja ei litteroitu aineistoon. Haastattelut kestivät 16 - 29 minuuttia. Nauhoitetun puheen laatu oli todella hyvää ja tasaista, eikä litterointi merkkejä tarvinnut käyttää ilmaisemaan puheen epäselvyyksiä. Käytin ainoastaan kolmea pistettä ilmaisemaan puheen taukoa.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin aineiston analysointiin luokittelu ja teemoittelu menetelmää. Ennen luokittelua ja teemoittelua tiivistin aineistoa, jonka jälkeen aineisto oli helpompi jakaa eri luokkiin. Tiivistämiseen käytin apuna yliviivauskyviä, joilla sain keskeiset osat aineistosta erottumaan selkeämmin jatkoanalysointia varten. Perusluokittelussa luokittelin aineiston tutkimuskysymysten mukaisesti luokkiin. Tämän jälkeen aloin selvittämään, mitä eri luokissa sanotaan. Teemoittelin aineiston kuvauksista nousevat teemat ja alateemat omaan taulukkoon (Liite 3). Tähän käytin apuna aineiston teemojen luokittelua (Liite 4).

Sain luokituksista esille ensimmäiseen tutkimuskysymykseen teemoittelu menetelmällä neljä teemaa ja neljätoista alateemaa. Toiseen tutkimuskysymykseen tuli kolme teemaa ja viisitoista alateemaa. Alateemojen määrää lisäsi tarkentavat kysymykset, joita esitin tietyissä kohdissa haastattelua, kun halusin saada tietystä asiasta enemmän tietoa. Taulukoiden teko auttoi analyysin tarkistamisessa ja taulukoista oli helppo katsoa etenikö tuloksien esittely teemojen mukaisessa järjestyksessä.

Näin luokittelun ja teemoittelun kannalta käytännölliseksi yhdistää ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä psyykkiset oireet ja perinnöllisyyden yhdeksi teemaksi. Toisessa tutkimuskysymyksessä tuki ja ohjaus liittyi keskeisesti sairaanhoitajan rooliin, joten koin näiden teemojen yhdistämisen mielekkäämpänä analyysin kannalta kuin pitää ne erillään.

6 Tulokset

6.1 Sairaanhoitajien kuvauksia alkutilanteenkartoituksesta

Opinnäytetyön ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli, miten sairaanhoitajat kuvaavat alkutilanteessa kartoitettavia asioita masennuspotilaan hoitotyössä. Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä teemoja oli neljä. Teemoja käsittelevistä kuvauksista nousi esille neljätoista alateemaa. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen keskeinen sisältö liittyi erilaisiin sosiaalsiintelijöihin, sekä fyysisiintekijöihin.

Näiden tekijöiden lisäksi keskeiseen sisältöön liittyi myös psyykkiset- ja perinnölliset tekijät.

6.1.1 Elämäntapahtumat ja sosiaalinen ympäristö

Ensimmäinen teema käsitteli elämäntapahtumia. Elämäntapahtumien kartoittaminen lähti lapsuudesta ja nuoruudesta, johon liittyy myös koulun sujuminen. Erilaisista kriiseistä esille nousivat seurustelusuhteiden päättymiset, läheisten menetykset ja yleisesti vastoinikäymiset elämässä. Toisessa teemassa oli tärkeää huomioida potilaan sosiaalinen verkosto, ketkä siihen kuuluvat vai onko potilas yksin ja mahdollisesti vielä kiusaamisen kohteena. Perheen merkitys oli myös keskeinen.

Elämäntapahtumien kartoituksessa sairaanhoitajat kuvasivat kartoituksen alkavan jo lapsuudesta ja nuoruudesta, koska siellä voi olla jo merkittäviä tapahtumia, jotka voivat toimia laukaisevina tekijöinä masennukseen silloin tai myöhemmin. Tässä sairaanhoitajat kuvasivat lapsuutta ja nuoruutta sekä kouluaikaa merkitykselliseksi.

”Usein on seurustelu suhteiden päättymisiä avioeroja, mikä on sellainen laukaiseva tekijä...” (Haastattelu 1)

”Vähän sitä lapsuutta nuoruutta, vähän miten koulu on mennyt ja onko ollut ystäviä lapsena, onko kiusaamista ollut.” (Haastattelu 3)

Lapsuuden ja nuoruuden merkitys nousi esille kuvauksissa selkeästi, elämäntilanteen kartoitus lähti sairaanhoitajien kuvauksien mukaan sieltä. Masentuneen elämäntilanteesta saadaan laajempi kuva, kun tilannetta lähdetään kartoittamaan lapsuudesta ja nuoruudesta. Merkityksellisiksi elämäntapahtumiksi lapsuudessa ja nuoruudessa sairaanhoitajat kuvasivat seurustelusuhteet ja niiden päättymiset sekä vanhempien avioerot. Muita merkityksellisiä asioita lapsuudessa ja nuoruudessa olivat kuvausten mukaan koulun sujuminen ja kiusaaminen.

Lapsuudessa ja nuoruudessa tapahtuneet asiat liittyvät myös erilaisiin elämänkriiseihin, joita sairaanhoitajat kuvasivat masennuspotilaiden kohdalla tärkeäksi selvittää. Elämänkriiseihin liittyen sairaanhoitajat kuvasivat yllä mainittujen lisäksi erilaiset menetykset merkittäviksi kartoittaa alkutilanteessa. Erilaisiin menetyksiin liittyivät sairaanhoitajien kertoman mukaan juuri läheisten ihmisten menetykset.

”Masennuspotilaiden kohdalla on tärkeää selvittää että onko elämässä ollut läheisiä ihmisiä, jotka on kuollut tai vanhempien avioerot...” (Haastattelu 2)

Toisena teemana opinnäytetyössä oli sosiaalinen ympäristö. Sosiaaliseen ympäristöön liittyen sairaanhoitajat kuvasivat perheen, muiden ihmisten lisäksi, merkittäväksi sosiaalisen verkoston osaksi. Perheet oli sairaanhoitajien mielestä tärkeää huomioida jo alkutilanteessa heti ensimmäisestä käynnistä lähtien. Kuvauksen mukaan perheiden kanssa työskentely ja tuen tarjoaminen perheille on keskeistä alkutilanteessa. Sairaanhoitajien työpaikalla työntekeä perhekeskeisesti tuli myös ilmi kuvauksissa.

”Perheet yritetään huomioida alkutilanteessa ensimmäisestä käynnistä lähtien, omaiset ja läheiset ovat monesti tiukoilla siellä, joskus ovat hyvinkin väsyneitä, ehkä ovat jo seuranneet kuukausia sitä miten sairaus on huonontunut...” (Haastattelu 1)

”...tärkeätä ois sitä tukea tarjota perheelle koska masennuksella on taipumus vähän tarttua ja se kuormittaa potilaan lisäksi myös perhettä se masennus...” (Haastattelu 2)

Perheiden huomiointi on tärkeää, sillä he ovat voineet seurata masentuneen sairastumista jo pitkään ja voivat olla jo hyvin väsyneitä tilanteeseen. Tässä on vaarana, että muutkin perheenjäsenet saattavat masentua liiasta kuormituksesta. Kuormitus aiheutui sairaanhoitajien kertoman mukaan siitä, että tilanne oli jatkunut jo pitkään ja masennus oli mennyt vaikeammaksi, mikä lisäsi läheisten ihmisten kuormittumista. Tämän takia perheille on tärkeää tarjota tukea sekä

huomioida perheen jaksamista alkutilanteessa. Perhe, läheiset ja muut sosiaalisen ympäristön osat olivat kuvauksissa selkeästi esillä, näillä sosiaalisen ympäristön osilla oli paljon merkitystä alkutilanteen selvityksessä.

6.1.2 Toimintakyky

Sosiaalisen ympäristön lisäksi toimintakyvyn kartoittaminen nousi haastatteluis-
sa esille. Kolmas teema haastatteluissa käsitteli potilaan toimintakykyä, jossa kysely ja haastattelu päivittäisistä toiminnoista sekä vuorokausirytmistä oli tärkeää. Myös kotikäynnin teko oli hyvä tehdä toimintakyvyn kartoittamiseksi.

Toimintakyvyn kartoittamisessa sairaanhoitajien kuvaukset liittyivät paljon taval-
liseen arkeen ja kaikkeen yleiseen päivittäiseen toimintaan, kuten siivous, nuk-
kuminen ja laskujen maksu. Sairaanhoitajat tarkoittivat päivittäisillä toiminnoilla kuvausten mukaan siivousta, nukkumista ja laskujen maksua. Juuri nämä asiat nousivat päivittäisistä toiminnoista merkittäviksi kartoittaa alkutilanteessa. Nämä päivittäiset toiminnot ovat monesti masentuneella haastattelujen mukaan hei-
kentyneitä tai niiden suorittamisessa ilmenee vaikeuksia.

”Mie ainakin lähen kartottamaan päivittäisillä toiminnoilla, et miten aamulla pääsee ylös, jaksako se tehdä kotityöt, jaksako se huolehtia itestään...” (Haastattelu 4)

”...siinä on ihan perus asiat, nukkuminen, syöminen ja asioiden hoito. Taloudellinen tilanne, onko laskuja jäänyt maksamatta, koska jaksaminen on masennus potilailla hyvinkin heikentynyt ja ne laskut tahtoo sinne pöydälle jäädä, ei ole voimia. Ihan perus asiat, henkilökohtainen hygienia, jaksako käydä suihkussa, voi olla että ei ole kuukauteen käynyt suihkussa näkee vaatteista, ei ole pesty ...”
(Haastattelu 1)

Perusasioiden kartoitus kertoo paljon toimintakyvystä ja sen mahdollisesta las-
kusta, sillä masentuneella jaksaminen voi olla huonoa. Tämän seurauksena nämä päivittäiset toiminnot, esimerkiksi laskujen maksu voivat jäädä tekemättä,

kuten sairaanhoitajien kuvauksissa tulee ilmi. Vuorokausirytmä oli myös yksi kartoitettava asia. Vuorokausirytmä liittyi haastatteluissa koko päivän rytmiin, vuorokausirytmä, sekä kokopäivärytmä olivat myös tärkeitä selvittää alkutilanteessa.

”...minkälainen vuorokausi rytmi on, miten se nukkuu, miten suurin piirtein herää...” (Haastattelu 4)

Myös hoitajan tekemät havainnot nousivat esille haastatteluissa. Hoitajan on hyvä kuvauksien mukaan tarkkailla, onko potilaan olemuksessa tietynlaista jäähmyyttä ja hidastuneisuutta. Myös yleiskuvan tarkkailu nousi kuvauksissa esille eli onko potilas pukeutunut siististi vai kuten sairaanhoitajat kuvasivat ”nuhruisesti”.

”...jaksako se huolehtia itsestään, onko se niinkun nuhrunen vai huolehditun näköinen...” (Haastattelu 4)

”...tietysti myös se hoitajan oma havainnointi, tarkkailu antaa sitten lisätietoa, et jos on hyvin jähmeä ja hidastunut potilas, niin kyllä se jo vähän kertoo siitä että se toimintakyky on alentunut kovastikin...” (Haastattelu 2)

Yleiskuvan tarkkailu antaa myös tietoa mahdollisesta toimintakyvyn laskusta. Varsinkin jäähmyys ja hidastuneisuus kertovat jo sairaanhoitajien mukaan toimintakyvyn huomattavasta alentumisesta. Tähän liittyen myös kuvauksissa mainittu kuukauden tauko peseytymisestä kertoo jo paljon mahdollisesti muustakin sairastamisesta. Toimintakyvyn heikentyminen liittyi kuvausten mukaan masennuksen aiheuttamaan voimien menetykseen, jolloin suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista heikentyi.

Vastaanotolla tehtyjen kyselyiden ja haastatteluiden lisäksi toimintakyvyn kartoituksessa kotikäynnin teko tuli selkeästi esille kuvauksissa. Se, miten sairaanhoitajat kuvasivat asioita, liittyi kotikäynnin tekoon, vaikka se ei sanana tullut suoraan esille kaikissa kohdissa haastatteluista.

”Alkuselvittelyyn kotikäynti on hyvä tehdä, kotikäynnillä näkee jo heti, kun astuu ovesta sisään, niin näkee aika pitkälle tämän toimintakyvyn, että onko astiat tiskaamatta onko ruuat pöydillä...” (Haastattelu 3)

Kotikäynnin teko antaa suoraan tietoa toimintakyvystä kun sairaanhoitaja pystyy itse näkemään masentuneen tilanteen hänen kotonaan. Kotikäynnillä oli hyvä kuvausten mukaan tarkkailla juuri yleisiä asioita, kuten astioiden tiskausta ja yleistä siisteyttä. Näiden yleisten asioiden hoitamisesta tai hoitamatta jättämisestä voi kuvausten mukaan päätellä toimintakyvyn tason. Toimintakyvyn karoituksessa kotikäynnin teko oli hoitajien kuvauksien mukaan tärkeää ja antaa paljon tietoa toimintakyvystä, sen tekeminen alkutilanteessa on hyvä tapa karottaa toimintakykyä.

6.1.3 Psyykkiset oireet ja perinnöllisyys

Psyykkisten oireiden ja perinnöllisyyden kartoittaminen oli viimeisenä teemana ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä. Perinnöllisyys ei ollut kuitenkaan hoitajien kuvauksien mukaan tärkeimpiä selvitettäviä asioita. Perinnöllisyydestä oli kuitenkin hyvä kysyä jossain vaiheessa tai vähän myöhemmin alkutilanteen selvittelyn edetessä. Psyykkisissä oireissa tärkeimpinä asioina kuvauksissa nousivat esille ahdistuneisuus ja itsetuhoisuus. Ahdistuneisuuden selvittämisessä hoitajat kuvasivat paljon erilaisten mittareiden käyttöä. Yleisimpiä näistä mittareista oli masennusseula BDI ja ahdistuneisuuden arviointi numero asteikolla yhdestä kymmeneen.

”...mielialan osalta koulu asteikolla yhdestä kymmppiin ja jotenkin verrata siihen, mitä se on ollut parhaillaan, se muutos kun ihminen on tänne hakeutunut, niin joku muutos on tapahtunut siihen mitä se ihminen on ollut.” (Haastattelu 1)

”...sitten on BDI esimerkiksi olemassa, mikä kertoo aika paljon masennuksen oireista, mä olen käyttänyt ahdistuksessa semmoista

janaa, et jos nolla on huonoin ja kymppi on paras niin mihin kohtaan se asettuu ja miks ja moni potilas mieltää sen paremmin kuin kyselemällä...” (Haastattelu 3)

Mittareilla saatiin kuvauksien mukaan hyvin esille oireita ja sairaanhoitajat kuvasivat mittareilla tehtävää kartoitusta joskus jopa paremmaksi tavaksi kuin haastattelemalla tehtävä ahdistuneisuuden kartoitus. Sairaanhoitajat kuvasivat, että moni potilas mieltää sen paremmin kuin kyselemällä ja siksi mittareita käytetään paljon alkutilanteen kartoituksessa. Mittarilla tehdystä arviosta on sitten hyvä keskustella ja tehdä vertausta aikaisempaan ahdistuneisuuden määrään. Kuvauksien mukaan muutos ahdistuneisuuden määrässä oli merkittävä asia, se voi osittain selittää syyn potilaan hoitoon hakeutumiseen, eli on tapahtunut muutosta ja potilas tarvitsee siihen apua.

Itsetuhoisuus oli psyykkisten oireiden osalta tärkeää selvittää ahdistuneisuuden lisäksi. Kuvausten mukaan itsetuhoisuutta pitää muistaa kysyä aina alkutilanteessa, eikä sen selvittämisen tärkeyttä voi korostaa liikaa.

”...tietysti tuo itsetuhoisuus ihan suoraankin muistaa kysyä, siinä kannattaa tarkentaa, että onko ollut ihan suunnitelmia miten sen toteuttaa ja miten on ollut läheltäpiti tilanteita.” (Haastattelu 1)

”...kuoleman ajatuksia voi olla ja se että ei masentunut ihminen halua välttämättä tappaa itseään ihan oman käden kautta, mutta voi olla tällaisia kuoleman toiveita ja halua sit jäädä auton alle ja myös käyttäytyä sillä tavalla...” (Haastattelu 3)

Itsetuhoajatuksien kysyminen suoraan tuli kuvauksissa selkeästi esille. Tämän lisäksi kannattaa kysyä itsetuhoisuussuunnitelmista ja onko niihin liittynyt läheltä piti-tilanteita. Läheltä piti-tilanteisiin liittyen on tärkeää tietää itsetuhoisuudesta myös ajatusten tasolla, sillä tämä liittyi kuvausten mukaan itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Itsetuhoisissa käyttäytymisessä, haastattelujen mukaan, melko yleinen ajatus oli halu jäädä auton alle. Pelkästään ajatusten tasolla itsetuhoisuus ilme-

ni haastattelujen mukaan erilaisina kuoleman ajatuksina tai itsensä vahingoittamisajatuksina.

Masennuksen perinnöllisistä taustoista oli sairaanhoitajien kuvauksien mukaan hyvä tietää jotain, mutta tässä haastateltavien mielipiteet vaihtelivat jonkin verran. Perinnöllisyyden kannalta, suvussa esiintyvien mielenterveyden häiriöiden kartoittaminen kuvattiin melko tärkeäksi asiaksi. Alkutilanteessa perinnöllisyydestä kysyttiin monesti sairaanhoitajien mukaan melko yleisellä tasolla ja tarkemmin mahdollisesti hoidon edetessä.

”Alkuvaiheessa tulee kysytyä todennäköisesti, että onko lähisuvulla masennusta tai myöhemmässä vaiheessa, mutta antaahan se jo semmoista osviittaa vähän jos on siinä suvussa paljon painetta psyykkisistä sairauksista tai masennuksesta niin onhan sitä alttiimpi se ihminenkin siihen...” (Haastattelu 4)

”Tuota mää pidän ite henkilökohtaisesti hyvin tärkeänä, et onko masennusta suvussa, tiettyjä masennus sukuja on ja onhan se sosiaalinen oppiminenkin siinä sitten jos vanhempi on masentunut, niin lapsikin helposti oppii masennuksen.” (Haastattelu 3)

Perinnöllisyyden kartoituksen merkityksessä oli kuvausten mukaan eroavaisuuksia. Kaikki sairaanhoitajat eivät pitäneet sitä tärkeänä kartoitusaiheena, kun taas osa sairaanhoitajista piti sitä tärkeänä. Kuitenkin perinnöllisyydellä on kuvausten mukaan merkitystä alkutilanteen kartoituksessa. Henkilön alttius masennukseen sukurasituksen takia tuli kuvauksissa esille ja liittyi selkeästi masennuksen mahdolliseen periytyvyyteen. Toinen kuvauksissa ilmennyt asia oli sosiaalinen oppiminen, mikä ei kuitenkaan suoraan viittaa masennuksen periytyvyyteen, mutta voi altistaa masennukselle. Tämä voi kuitenkin viitata siihen, että alttius masennukselle on periytynyt ja laukaisevana tekijänä toimii kuvausten mukaan vanhemman masennus. Kuvauksissa ilmenneet asiat viittasivat masennuksen periytyvyyden mahdollisuuteen, perinnöllisyyden selvittäminen oli hyvä tehdä kuvausten mukaan ainakin myöhemmässä vaiheessa hoitoprosessia.

6.2 Hoitosuhteen merkitys hoitoprosessissa

Opinnäytetyön toinen tutkimuskysymys koski sairaanhoitajien kuvausta hoitosuhteen merkityksestä hoitoprosessissa. Tutkimuskysymyksessä oli kolme teemaa. Teemoja käsittelevistä kuvauksista nousi esille viisitoista alateemaa.

Suurin osa toisen tutkimuskysymyksen sisällöstä käsittelee hoitosuhteen merkitystä alkutilanteen kannalta. Toinen tutkimuskysymys käsittelee kuitenkin myös vähän hoidon edetessä huomioon otettavia asioita, jotka kuitenkin liittyivät keskeisesti vielä alkutilanteen kartoitukseen.

6.2.1 Hoidon suunnittelu

Ensimmäinen teema käsitteli hoidon suunnittelua, johon sisältyy paljon asioita. On tärkeää saada tietoa sairaudesta sekä kertoa potilaalle siitä. Hoidon suunnittelussa lähdetään myös rakentamaan potilaan ja hoitajan välistä luottamusta. Lääkehoitoa sekä muuta hoitoa lähdetään suunnittelemaan yhteistyössä lääkärin ja muiden ammattilaisten kanssa. Toisena teemana oli vuorovaikutus, jossa potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus oli keskeistä ja yhdisti koko hoitoprosessia. Vuorovaikutuksessa ratkaisukeskeisyydellä pyrittiin potilaan parempaan ymmärrykseen sairaudesta ja sen luonteesta. Viimeinen teema käsitteli sairaanhoitajan erilaisia rooleja hoitoprosessin aikana. Keskeisiä sairaanhoitajan rooleja oli toimia kuuntelijana, tukena, turvana ja toivon ylläpitäjänä. Lisäksi yksi keskeinen rooli oli potilaan omahoitajana toimiminen, jolloin kuvausten mukaan asioiden selvittäminen onnistui parhaiten.

Tiedon kerääminen selvittelykäynneillä oli sairaanhoitajien kuvausten mukaan ensimmäinen tehtävä hoidon suunnittelussa. Selvittelykäynneillä kartoitetaan asioita ja kerätään tietoa, että saadaan kokonaisvaltainen käsitys masentuneen tilanteesta.

"...meillä on sovittu aluksi tällaiset yhdestä viiteen niin sanottuja selvittely arviointi käyntejä, jossa pyritään saamaan semmoinen kokonaisvaltainen käsitys siitä potilaan tilanteesta. Siinä alussa kannattaa varata riittävästi aikaa että ei lähetä liian nopeiden, ohkaisten tietojen varassa ..." (Haastattelu 2)

"Meillä on ne alkuvaiheen kartoitus käynnit kolmesta viiteen käyntiin, että saatat enemmän tietää siitä tilanteesta ja sitten kun siitä tietää on niin lähettäs tutkimaan että mitä tässä tehdään."
(Haastattelu 4)

Tiedon saannin kannalta oleellista oli kuvausten mukaan, tehdä tarpeeksi monta selvittelykäyntiä. Selvittelykäyntien määrä riippui siitä, että milloin on saatu tarpeeksi tietoa hoidon jatkosuunnittelua varten. Kuvauksissa selvittelykäyntien määrä vaihteli yhdestä viiteen. Alkutilanteessa on hyvä varata riittävästi aikaa selvittelyyn, että saadaan tarpeeksi tietoa potilaan tilanteesta. Yksi selvittelykäynti ei välttämättä riitä kokonaisvaltaisen tilanteen selvittämiseen

Hoidonsuunnittelussa potilaaseen lähdetään rakentamaan luottamuksellista yhteistyösuhdetta. Luottamussuhteen rakentamisella viitattiin kuvauksissa siihen, että potilas pystyy puhumaan omista asioista ja pystyy luottamaan hoitajan mukana oloon ja auttamishaluun hoitoprosessin aikana. Luottamuksen rakentaminen tuli esille useassa sairaanhoitajan kuvauksessa.

"...et siihen syntys se luottamus sille potilaalle, et se pystyy niinku asioistaan puhumaan ja luottamaan siihen, et tää hoitaja on niin kuin mukana siinä ja yrittää häntä auttaa..." (Haastattelu 4

"...se tietynlainen luottamuksen syntyminen pidemmän päälle ja juuri sillä ensimmäisellä kontaktilla, että se ihminen tulee kuulluksi ja otetaan vakavasti..." (Haastattelu 1)

Luottamuksen rakentaminen oli kuvausten mukaan tärkeää heti ensimmäisestä kontaktista lähtien. Monesti vasta luottamuksen rakennuttua potilas pystyy pu-

humaan enemmän asioistaan. On tärkeää luottamuksen kannalta, että ensimmäisellä käynnillä potilas kokee tulleen kuulluksi ja hänet otetaan vakavasti.

Hoidon suunnittelussa on merkittävää kertoa potilaalle myös sairaudesta sen luonteesta ja miten sitä hoidetaan. Kuvauksissa sairaudesta ja sen hoitamisesta tiedottamista kuvattiin hoitajien tehtävistä ensisijaisen tärkeäksi.

”...se on tietysti yksi meidän ensisijainen tehtävä, että kerrotaan masennuksesta ihan sairautena, millainen on se sairaus ja vähän tästä minkälainen tämä hoito tulee olemaan, kuunnellaan potilaan huolia...” (Haastattelu 3)

”Se on varmaan aika pelottava asia, että olenko minä vakavasti sairas.” (Haastattelu 1)

Masennuksesta kertominen sairautena oli kuvausten mukaan tärkeää, sen lisäksi että kerrotaan masennuksen hoitoperiaatteista. Haastateltavat kuvasivat masennuksesta kertomisen lisäksi myös tärkeäksi kuunnella potilaan huolia. Lisäksi kuvauksissa tuli ilmi pelosta puhuminen.

On siis merkittävää kertoa sairaudesta ja sen luonteesta, koska se herättää kuvausten mukaan potilaassa myös pelkoa ja huolta. Pelkojen ja huolien vähentämiseksi on hyvä kertoa myös hoidosta, jolla voidaan vaikuttaa sairauteen.

6.2.2 Lääkehoidon suunnittelu ja moniammatillisuus

Lääkehoidon suunnittelu kuuluu monesti osaksi masennuksen hoitoa. Kaikki haastatellut sairaanhoitajat kertoivat lääkehoidosta jotain vähän eri tavalla, mutta lääkehoito tuli kuitenkin esiin kaikissa haastatteluissa. Osa haastatelluista piti lääkehoitoa lähes itsestäänselvyytenä kun taas osassa haastatteluista sairaanhoitajat kertoivat myös että lääkehoito ei aina ole mukana hoidossa.

”...joku voi itse sanoa, että ei halua lääkehoitoa ja sitä on kunnioitettava...” (Haastattelu 1)

”...masennus potilaalla kuitenkin lääkitys tulee melkein poikkeuksetta kyseeseen...” (Haastattelu 2)

Haastatteluissa tuli ilmi, että on tärkeää selvittää potilaan omasuhte lääkeyhteistyöseen. Monesti potilaan suhtautuminen lääkeyhteistyöseen voi olla negatiivinen ja silloin hoitajan on tärkeää kuvausten mukaan tuoda lääkkeen positiivisia puolia esiin. Toisaalta jos potilas kieltäytyy täysin lääkeyhteistyöstä, niin tätä päätöstä pitää kunnioittaa, eikä silloin yritetä saada potilasta aloittamaan lääkeyhteistyötä. Kuitenkin lääkehoito on masennuksessa yleistä, joissakin tapauksissa se tulee melkein poikkeuksetta kyseeseen.

Läkeyhteistyötä aloitettaessa lääkärin ja hoitajan yhteistyö tulee yleensä kyseeseen. Lääkäri pyritään ottamaan kuvausten mukaan hoitoprosessiin yleensä heti alkuvaiheessa. Sairaanhoitajat kuvasivat myös vaikeita tapauksia, kun on esimerkiksi itsetuhoisuutta ja unettomuutta, on tärkeää suunnitella, miten nopeasti lääkärin vastaanotto tulee järjestää.

”...lähdetään suunnittelemaan, et kuinka nopealla aikataululla esimerkiksi se lääkärinvastaanotto pitää saada, joskus pitää saada hyvinkin nopeasti jos on hyvin vahvoja oireita unettomuutta, itsetuhoisuutta...” (Haastattelu 3)

”Lääkärin kanssa sitä sitten yhteistyössä suunnitellaan tietysti sitä hoitoa.” (Haastattelu 2)

Kuvauksissa tuli ilmi potilaan vaikea oireisuus, jolloin lääkäriä voidaan tarvita nopeastikin tilanteeseen ja aloittamaan esimerkiksi lääkeyhteistyötä. Lääkkeen määrämisen hoitaa lääkäri, mutta lääkäri on kuvausten perusteella yleensä aika kiireinen. Silloin sairaanhoitajan tehtävänä on kuvausten mukaan seurata alkuvaiheessa lääkkeen sivuvaikutuksia ja myöhemmin myös lääkkeen vastetta.

”...tässä vastaan otolla hoitajan täytyy seurata vähän niitä sivuvaikutuksia ja et miten sitä vastetta alkaa tulla...” (Haastattelu 2)

Lääkärin ja hoitajan yhteistyö tuli keskeisesti esille hoidon aloituksessa ja sen suunnittelussa, sekä varsinkin lääkitysasioissa. Myös alkutilanteessa lääkärin kanssa tehtävä yhteistyö oli merkittävää etenkin, jos potilaalla on vaikeita oireita. Lääkäri on kuvausten mukaan keskeisin ammattilainen, jonka kanssa sairaanhoitaja työskentelee ja suunnittelee hoitoa alkuvaiheessa.

Moniammatillisuus masennuksen hoidossa tuli myös sairaanhoitajien haastattelussa esille. Muita keskeisiä ammattilaisia, jotka sairaanhoitajien haastatteluiden mukaan ovat mukana hoidon suunnittelussa ja vähän myöhemmässä vaiheessa, ovat sosiaalityöntekijä ja psykologi. Näiden ammattilaisten merkitys korostuu kuvausten mukaan kuitenkin monesti vasta alkutilanteen jälkeen. Esimerkiksi psykologin testaukset tulevat kyseeseen monesti vasta masennuksen pitkittyessä. Sosiaalityöntekijää tarvittiin kuvausten mukaan siinä vaiheessa, kun potilaan taloudenhoito alkoi olla huonoa, jolloin myös laskujen maksu voi olla kuvausten mukaan vaikeaa.

”...koska jaksaminen on masennus potilailla hyvinkin heikentynyt ja ne laskut tahtoo sinne pöydälle jäädä, niin usein tähän liittyy sosiaalityö...” (Haastattelu 1)

”...jos masennus pitkittyy ja halutaan paremmin se selvittää, et mikä on esimerkiksi potilaan persoonallisuuden rakenteella siinä merkitys, niin sitten psykologi on siinä mukana joskus esimerkiksi niin, että tekee näitä testauksia...” (Haastattelu 2)

Moniammatillisuus korostuu masennuksen heikentäessä jaksamista ja masennus-oireiden pitkittymisessä, jolloin hoitoon voidaan ottaa mukaan eri ammattilaisia. Huono jaksaminen heikentää talousasioiden hoitamista, jolloin hoitoon liittyy kuvausten mukaan sosiaalityö. Haastattelun kaksi mukaan masennus-oireiden pitkittymiseen voivat mahdollisesti liittyä persoonallisuuden rakenteet. Tällöin psykologin testauksilla voidaan selvittää näiden rakenteiden vaikutusta masennuksen pitkittymiseen.

6.2.3 Vuorovaikutus ja sairaanhoitajan rooli auttajana

Toinen tutkimuskysymyksen teema oli vuorovaikutus, joka toimi hoidon yhdistävänä tekijänä. Vuorovaikutus kuvattiin haastatteluissa merkittäväksi, vuorovaikutuksen merkitys tuli esille selkeästi kuvauksissa. Sairaanhoitajat kuvasivat vuorovaikutusta merkittäväksi myös hoidon onnistumisen kannalta.

”Kyllä sillä vuorovaikutuksella on iso merkitys, siinä vuorovaikutuksessa kaikki asiat tapahtuu.” (Haastattelu 2

”...sillä on kyllä iso merkitys sen hoidon niinku onnistumisen kannalta...” (Haastattelu 4)

Vuorovaikutuksella oli kuvausten mukaan iso merkitys hoitosuhteessa ja hoitoprosessissa, koska hoito tapahtuu vuorovaikutuksessa potilaan ja hoitajan välillä. Hoidon onnistumisen kannalta vuorovaikutussuhteen onnistuminen on suoraan yhteydessä hoidon onnistumiseen. Haastateltavat kuvasivat myös sitä, että vuorovaikutussuhteen epäonnistumisessa potilaat saattavat joskus joutua jopa vaihtamaan hoitajaa. Myös hoitajalla voi tulla tunne siitä, että hoito ei etene potilaan kanssa eteenpäin. Tämä korostaa vuorovaikutussuhteen onnistumisen merkitystä hoitosuhteessa ja hoitoprosessissa.

Vuorovaikutuksen merkitys tuli esille myös, kun potilaan kanssa käydään keskusteluterapiaa. Keskusteluterapiassa keskeistä on ratkaisukeskeisyys, joka muodostui sairaanhoitajien kuvauksista ja siitä, miten sairaanhoitajat käyttivät omaa vuorovaikutusta ja keskustelutyyliä apuna potilaan ongelmien selvittämiseen.

”...käytännössä se on sitä keskusteluterapiaa, mitä käytetään ja siten ohjaamista, eli niinkun se potilas löytäs ite ne omasta elämästään, ne tietyt voimavarat ja ne mihin hän voisi niinkun tukkeutua mitkä auttas häntä...” (Haastattelu 4)

”...mä annan potilaan itse hoksata niitä asioita, et mä en mielelläni itse tuo suoraan julki niitä asioita, vaan mä ikään kuin syötän sem-

*moisia ajatuksia ja sit se tulee et ahaa jos sen haluis tehdä näin...
niin muuten voisitkin, silloin itse paremmin hahmottaa sen ja on
valmis siihen asiaan kun se ajatus tulee häneltä...”* (Haastattelu 3)

Ratkaisukeskeisyydessä pyrittiin kuvausten mukaan siihen, että potilas löytäisi itse ne voimavarat ja asiat, joihin hän voi vaikuttaa. Tässä sairaanhoitaja ohjaa keskustelua tiettyyn suuntaan, mutta ei kerro asioita suoraan. Sairaanhoitaja voi kuvausten mukaan myös valita puheenaiheita, jotka ohjaavat potilaan ajatuksia vaikeisiin asioihin, joihin tarvitaan ratkaisu. Kun potilas löytää itse asiat, joihin hän voi vaikuttaa, silloin kuvausten mukaan potilas on valmiimpi tekemään niiden asioiden eteen jotain, kun se ajatus tulee potilaalta itseltään.

Viimeinen teema käsittelee sairaanhoitajan roolia auttajana. Haastatteluissa sairaanhoitajan roolista nousi esille monia asioita. Keskeisimpiä sairaanhoitajan rooliin kuuluvina tehtävinä sairaanhoitajat kuvasivat olla tukena, turvana ja toivon ylläpitäjänä. Rooliin kuuluu myös olla kuuntelijana ja toimia omanahoitajana. Sairaanhoitajien kuvauksissa toivon ylläpito nousi tärkeäksi koska, masentuneen oma kokemus tulevaisuudesta voi olla hyvin synkkä. Kuvausten mukaan masentunut ei välttämättä näe tulevaisuudessa mitään toivoa.

”...ollaan sellaisia toivon ylläpitäjiä, kun monesti se tulevaisuus näkyy hyvin mustana...” (Haastattelu 1)

Toivon ylläpitoon liittyen tukemien ja turvana oleminen tulivat kuvauksissa hyvin esille. Kuvauksissa viitattiin potilaan tulevaisuuden näkemiseen ja potilaat eivät aina näe tulevaisuudessa sitä toivoa. Silloin sairaanhoitajan on tärkeää pitää yllä toivoa ja toimia tukena sekä turvana potilaalle. Tässä merkittävänä asiana haastatteluissa nousi esille positiivisten asioiden esille tuominen. Tuen ja toivon tarvetta sairaanhoitajat kuvasivat merkittäväksi asiaksi, jossa on tärkeää tukea omalla ammattitaidolla potilasta selviytymään ja löytämään elämästään positiivisia asioita.

”Ihan kuvata, että me ollaan aina tukemassa tätä, että kyllä tästä selvitään.” (Haastattelu 1)

”...se että potilas pystyy aina turvautumaan siihen hoitajan ammattitaitoon, se on hirmu tärkeää.” (Haastattelu 4)

Toivon ylläpidon lisäksi sairaanhoitajat kuvasivat hoitajan ammattitaidon merkittäväksi. Kun hoitajalla on tietoa ja kokemusta masennuksen hoidosta, silloin potilas voi turvautua hoitajan ammattitaitoon. Tämä liittyi myös toivon ylläpitoon. Kun sairaanhoitajalla on ammattitaitoa, hän voi pitää paremmin masentuneen toivoa yllä sairaudesta parantumisessa.

Sairaanhoitajan on tärkeää tuoda esille aiemmin mainittuja positiivisia asioita, koska masentunut ei välttämättä näe niitä. Kuitenkin tämän lisäksi sairaanhoitajan on tärkeää myös kuvausten mukaan kuunnella potilasta, potilaan oma kertominen on merkittävää.

”...se tietynlainen luottamuksen syntyminen pidemmän päälle ja juuri sillä ensimmäisellä kontaktilla, että se ihminen tulee kuulluksi ja otetaan vakavasti, ei mitenkään vähätellä hänen sitä kertomista ja sitä kuuntelua minusta se on hyvin tärkeää, että antaa sen potilaan puhua ja kysyä häneltä sitten niitä täsmäntäviä kysymyksiä...”
(Haastattelu 1)

Kuuntelu liittyy myös keskeisesti aiemmin mainittuun vuorovaikutukseen. Potilaan kokemus kuulluksi tulemisesta oli kuvausten mukaan tärkeää. Merkittävää oli myös kuvausten mukaan juuri ensimmäinen kontakti, jossa kuunnellaan ja otetaan potilaan asiat vakavasti. Tämä liittyy myös luottamuksen syntymiseen, kun potilaan kertomista kuunnellaan ja hän kokee tulleen kuulluksi ensimmäisestä hoitajan kontaktista lähtien.

Potilaan kuulluksi tulemisen kokemus antoi kuvausten mukaan mahdollisuuksia potilaan ja hoitajan välisen luottamus suhteen syntymiselle. Kuuntelu liittyi myös tiedon saantiin, on merkittävää kuvausten mukaan, että potilas kertoo ensin asioistaan, joista hoitaja voi sitten kysyä tarkemmin. Tällä tavoin voidaan siis

löytää paremmin niitä keskeisiä asioita, jotka ovat tärkeitä masentuneen hoidon ja parantumisen kannalta.

Omahoitajuuden merkitys sairaanhoitajan roolissa oli viimeisenä aiheena tulosten tarkastelussa. Omahoitajasuhde oli kuvausten mukaan merkittävä, sekä potilaalle että hoitajalle.

”Minun mielestä on hyvin tärkeätä varsinkin masennuksessa, et potilaalla on siinä joku hoitaja, joka tuntee hänet hyvin, niin silloin tulee asiat hoidettua, kun on omahoitaja silloin ei tarvii juoksennella kaikkien potilaiden kanssa...” (Haastattelu 3)

”...se että sillä omalla hoitajalla on kuva siitä potilaan tarinasta, että ei tarvii aina eri ihmiselle ruveta selittämään ja on hyvä, että se on sama ihminen, joka pystyy sit näkemään niitä potilaan voinnin muutoksia ja seuraamaan sitä voinnin paranemista ...” (Haastattelu 2)

Omahoitajasuhde helpotti asioiden käsittelyä. Potilaan kannalta oli kuvausten mukaan helpompaa, kun on yksi hoitaja, joka tuntee hänet, niin ei tarvitse kaikille selittää uudestaan tilannetta. Hoitajalle taas oli helpompaa, kun omahoitajana ei tarvitse kaikkien potilaiden asioita hoitaa. Tällöin asiat tulee hoidettua paremmin, kun on tietyt potilaat, joiden kanssa työskennellään. Haastattelujen perusteella omanhoitajana on myös helpompi seurata potilaan vointia hoitoprosessin aikana ja tehdä havaintoja potilaan voinnissa tapahtuvista muutoksista. Omalahoitajalla on myös kuva potilaan tilanteesta, omahoitaja voi verrata voinnissa tapahtuvia muutoksia kuvausten mukaan aiempaan potilaan tilanteeseen.

Hoitosuhteen merkitys nähtiin hoitoprosessin aikana tärkeäksi varsinkin omahoitajasuhteen ja vuorovaikutuksen kautta. Hoitosuhteen merkitys liittyi kuvauksissa paljon vuorovaikutussuhteeseen ja luottamuksen rakentamiseen. Hoitosuhde oli kuvausten mukaan merkittävä kokohoitoprosessin kannalta.

”Se perustuu siihen vuorovaikutukseen hoitajan ja potilaan välillä ja että siinä olisi sellainen luottamuksellisuus ja potilas tulisi kuulluksi

ja ymmärretyksi, nimenomaan että siihen tulisi sellainen vastavuoroisuus.” (Haastattelu 1)

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Vastauksen saaminen tutkimuskysymyksiin on tärkeää, ennen kuin tuloksista aloitetaan kirjoittamaan mitään. Kaikki tutkimuskysymykset otetaan tarkastelun kohteeksi vaikka niihin ei olisi saatu vastausta. Vastauksetta jäänyt tutkimuskysymyksiin on tietynlainen tulos, jonka syytä voidaan pohtia esimerkiksi käytetyn menetelmän kannalta. Tulokset esitetään mahdollisimman yksinkertaisesti ja selkeästi, niin että lukija löytää tuloksista keskeisimmät asiat ja kiinnittää huomion niihin. Tulosten tulkitseminen pohjautuu niihin taustoihin joista tutkimuskysymykset on rakennettu. (Hirsjärvi ym. 2004, 244.)

Tässä opinnäytetyössä saatiin vastaus molempiin tutkimuskysymyksiin ja niistä johdettuihin teemakysymyksiin. Pääasiassa sairaanhoitajat kuvasivat teemakysymyksiin asioita monipuolisesti, mutta tietyissä kohdissa esitin myös tarkentavia kysymyksiä, joilla sain lisätietoa teemoihin.

Johtopäätöksien teko ja analysoinnin pohtiminen on tutkimuksen tulkintaa. Tulkintaan kuuluu myös analysoinnissa havaittujen merkitysten selventäminen ja pohdinta. Pohdintaa tehdään esimerkiksi siitä, miten tutkittavat ovat ilmaisseet asioita haastattelussa. Tulkinta tapahtuu yleensä moninkertaisena, millä tarkoitetaan siis useamman henkilön tulkintaa. Monesti nämä henkilöt ovat tutkittava, tutkija ja lukija, jotka tulkitsevat tutkimusta tai tutkimuksen vaihetta yksilöllisesti. (Hirsjärvi ym. 2004, 213–214.)

Opinnäytetyön tulosten perusteella alkutilanteen kartoitus lähtee jo lapsuudesta ja nuoruudesta. Sairaanhoitajat kuvasivat lapsuuden ja nuoruuden aikaisia tapahtumia tärkeäksi kartoittaa. Useissa kuvauksissa yleisimpiä asioita oli äidin ja isän eroaminen tai koulukiusaaminen. Yhdessä haastattelussa sairaanhoitaja

kuvasi, että lapsi oppii masennuksen jos perheessä esiintyy masennusta. Tämä korostaa lapsuuden ja nuoruuden merkitystä, sekä siellä tapahtuneiden asioiden kartoittamista alkutilanteessa. Negatiivisten ajatusmallien sisäistäminen kehityksen aikana vaikuttaa masennuksen syntymiseen. (Huttunen 2013).

Isometsä (2011, 23) kuvaa elämässä tapahtuvien merkittävien muutoksien olevan syynä yli kahdessa kolmasosassa masennuksen laukeamiseen. Yleisiä näistä ovat menetykset, kuten läheisen kuolemat ja parisuhteen hajoaminen. Opinnäytetyön tuloksien mukaan myös hoitajat pitivät tämän tyyppisiä elämäntapahtumia masennusta laukaisevina tekijöinä.

Sullivan ym. (2000) toteavat tutkimuksessaan erilaisten ympäristötekijöiden olevan yksittäisinäkin tekijöinä merkittäviä masennuksen laukeamisessa. Opinnäytetyön tuloksien mukaan juuri sosiaalisessa ympäristössä tapahtuvat muutokset, kuten parisuhteen hajoaminen, voivat toimia laukaisevina tekijöinä masennuksessa. Siksi sosiaalisessa ympäristössä olevat asiat ja sosiaalinen tukiverkosto ovat tärkeitä kartoittaa alkutilanteessa.

Kuhanen ym. (2010, 206) painottavat, että perheen elämäntilanteen selvittäminen on tärkeää huomioida alkutilanteessa, masentuneen elämäntilanteen ohella. Opinnäytetyön aineiston luokittelussa perheen tilanteella oli paljon yhtäläisyyksiä haastattelujen ja tiettyjen teemojen välillä, kuten kotikäynnin tekemisessä ja sosiaalisen ympäristön merkityksessä. Perheessä tapahtuvat asiat, kuten avioerot ja väkivaltaisuus, olivat merkittäviä asioita, jotka olivat esillä hoitajien kuvauksissa. Ne myös vaikuttivat masentuneen sosiaaliseen ympäristöön ja yksinäisyyden kokemukseen. Kuvausten mukaan on tärkeää tietää jääkö ihminen yksin, esimerkiksi yllämainituissa kriisitilanteissa, vai onko hänellä ympärillään vahva tukiverkko.

Kotikäynnin yhteydessä kuvauksissa tuli ilmi myös perheen huomioimisen merkitys, että perhettä pyritään huomioimaan niin vastaanotolla, kuin myös kotikäynnin yhteydessä. Myös opinnäytetyön haastatteluista saaduissa tuloksissa oli paljon yhtäläisyyksiä perheen huomioimisen merkityksestä, kaikki haastattelut näkivät perheen huomioimisen tärkeäksi.

Masennuksen Käypä hoito–ohjeistuksessa (2013) mainitaan kysely päivittäisistä toiminnoista tärkeäksi, mutta hankalaksi tavaksi kartoittaa toimintakykyä pelkästään vastaanotolla tehtynä. Opinnäytetyön tulosten perusteella hoitajat kokivat toimintakyvyn kartoituksen tärkeäksi juuri päivittäisistä toiminnoista, kuten nukkumisesta ja laskujen maksusta kyselemällä. Lisäksi tuloksista kävi ilmi, että toimintakyvyn kartoitukseen on hyvä tehdä kotikäynti, jossa sairaanhoitajien mukaan näkee suoraan, miten masentunut pystyy suorittamaan päivittäisiä toimintoja. Kotikäynti oli merkittävää tehdä, koska kokonaiskuvaa toimintakyvystä on vaikeaa nähdä pelkästään vastaanotolla tehdyistä huomioista.

Masennuksen Käypä hoito–ohjeistuksien (2013) mukaan masennustestit tai yksinkertaiset kysymykset ovat käytännöllisiä oireiden kartoitukseen. Opinnäytetyön tuloksissa hoitajat kuvasivat psyykkisten oireiden osalta paljon erilaisten mittareiden käyttöä, joista BDI ja oireiden arviointi kouluasteikolla yhdestä kymmeneen olivat haastatteluiden perusteella yleisimmät mittarit. Opinnäytetyöstä saamien tuloksien mukaan potilaiden on kuitenkin joissakin tapauksissa helpompi hahmottaa oireita konkreettisella mittarilla kuin kyselemällä.

Punkasen (2001, 125–126) mukaan itsetuhoisuudesta on hyvä puhua suoraan potilaan kanssa. Tästä kaikki opinnäyteyössäni haastatellut sairaanhoitajat, olivat samaa mieltä. Psyykkisiin oireisiin liittyen itsetuhoisuuden kartoitus alkutilanteessa tuli ilmi kaikilta haastateltavilta. Lisäksi haastatteluista tuli ilmi, että on tärkeää selvittää alkutilanteessa onko itsetuhoisia ajatuksia omaava potilas suunnitellut itsemurhaa. Tämä nähtiin tulosten perusteella tärkeänä jatkokysymyksenä itsetuhoisuudesta.

Holman (2010, 10) toteaa tutkimuksessaan, että suvussa esiintyvät mielenterveydenhäiriöt voivat vaikuttaa etenkin vakavassa masennuksessa taudin kroonisempaan etenemiseen. Tältä osin opinnäyteyössä saadut tulokset ovat osittain yhteneviä Holmannin tekemään tutkimukseen. Yhdessä haastattelussa hoitaja kuvasi suvussa esiintyvien mielenterveydenhäiriöiden voivan vaikuttaa potilaan suurempaan altistumiseen masennukselle.

Haastatteluista kävi ilmi, että suvussa esiintyviä mielenterveyden häiriöitä on hyvä kartoittaa ainakin jossain vaiheessa hoidon edetessä. Haastattelujen välillä eniten eroavaisuuksia kuvauksissa löytyi juuri perinnöllisistä tekijöistä. Tässä osa haastateltavista ei pitänyt perinnöllisyyttä ensisijaisen tärkeänä kartoittaa, kun taas osa sanoi sen olevan merkittävä kartoitusaihe.

Vuorilehto ja Tuulari (2011, 27) toteavat, että hoidon suunnittelussa pitää olla tieto henkilön kokonaisvaltaisesta tilanteesta. Hoidon suunnitteluun liittyen masentuneen motivaatio on ensisijaisen tärkeää hoidon onnistumisen kannalta. Kokonaistilanteen selvittämisessä tehdään opinnäytetyön tulosten mukaan ensin kartoitus- ja selvittelykäyntejä. Käynneillä on tarkoitus saada tietoa henkilön kokonaisvaltaisesta tilanteesta. Opinnäytetyön tulosten perusteella masentuneen motivaatiota voidaan parantaa ratkaisukeskeisyydellä keskusteluterapiassa. Tällä pyritään ohjaamaan masentunutta löytämään itse ne keinot, joilla hän voi vaikuttaa omaan tilanteeseen. Tämä korostaa sairaanhoitajan roolia tukijana ja ohjaajana masentuneen hoitotyön prosessissa.

Rodriguezin ym. (2007, 27) tekemän tutkimuksen mukaan hoitotyö, jota tehdään omahoitajasuhteessa, on masentuneen potilaan hoitomuodoista tärkein. Omahoitajasuhteessa potilaalle pystytään tarjoamaan eri hoitomenetelmiä niin, että potilas kokee tulleet autetuksi. Haarala ym. (2010, 7-8) puolestaan painottavat, että sairaanhoitaja voi omassa roolissaan vaikuttaa paljon masennuksen hoidon onnistumiseen, sillä sairaanhoitaja on monesti ensimmäinen masentunutta hoitava taho. Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitosuhde on tärkeä osa hoitoprosessia, hoitosuhde on keskeisessä asemassa hoidon onnistumisen kannalta. Tässä juuri sairaanhoitajan tekemä ensimmäinen alkutilanteen selvittely ja masentuneen kuuntelu olivat keskeisiä masennuksen hoidon onnistumisessa.

Luokittelussa selkeä yhtäläisyys liittyi hoitosuhteessa omahoitajuuteen. Opinnäytetyön tulosten perusteella omahoitajasuhteessa potilaan asioiden hoitaminen onnistuu parhaiten, kun omahoitaja on tiiviisti mukana potilaan hoidossa. Omahoitajuudessa tehtävä hoitotyö on opinnäytetyön tulosten mukaan yksi masentuneen merkittävä auttamismenetelmä.

Romakkaniemen (2011) tekemän tutkimuksen mukaan vuorovaikutus vaikuttaa paljon potilaan hoidon onnistumiseen. Vuorovaikutus liittyi myös luokittelussa keskeisesti hoitosuhteeseen ja omahoitajuuteen. Vuorovaikutuksen merkitystä pidettiin opinnäytetyön tulosten perusteella myös tärkeänä hoidon onnistumisen kannalta. Tässä juuri vuorovaikutussuhteen onnistuminen oli suoraan yhteydessä potilaan hoidon onnistumiseen. Opinnäytetyön tulosten perusteella yllämainittujen asioiden onnistuminen auttaa myös luottamuksen rakentumisessa.

Kiikkalan (2011, 180) mukaan lääkeshoidossa vastuu lääkkeen määräämisestä on lääkäriillä, mutta lääkehoidon toteutus tapahtuu lääkärin ja hoitajan yhteistyössä. Hoitajan tehtävänä on ohjeistaa masentunutta tunnistamaan ja ennakkoimaan tarkoitetut vaikutukset sivuvaikutuksista sekä varmistaa, että potilas toteuttaa lääkehoitoa oikein. Hoitaja myös keskustelee potilaan kokemuksista, joita hän on saanut lääkehoidon aikana. Opinnäytetyön tulosten mukaan sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyö oli keskeistä varsinkin lääkehoidon toteutuksessa. Lääkehoidon aloitusta mietittäessä hoitajat kuvasivat tärkeäksi tuoda esille lääkkeiden positiivisia vaikutuksia, varsinkin jos potilaan suhtautuminen lääkehoitoon on enemmän kielteinen. Lääkärää tarvittiin sairaanhoitajien kuvausten mukaan lääkehoidon suunnittelussa joskus kiireellisestikin, jos potilaalla on vaikeita oireita. Lääkehoidon aloituksessa sairaanhoitajan tehtävänä on tulosten mukaan lääkehoidon haittavaikutusten ja vasteen seuraaminen.

Vuorilehto ja Tuulari (2011, 26–27) puhuvat hoidon kolmiomallista, jossa on sairaanhoitaja, omalääkäri ja erikoislääkäri, eli psykiatri. Opinnäytetyön tulosten mukaan haastateltujen työpaikalla yleisin malli on sairaanhoitaja ja erikoislääkäri. Joskus potilaan omalääkäri voi olla myös mukana hoidossa, mutta yleensä sairaanhoitaja ja erikoislääkäri ovat tulosten mukaan keskeisimmät ammattilaiset kyseisessä paikassa.

Masennuksen Käypä hoito-ohjeistuksissa (2013) sosiaalityöntekijää suositellaan tarvittaessa käytettäväksi. Tämä tuli tuloksien mukaan tarpeelliseksi silloin kun masentuneen kyky hoitaa talousasioita on huonontunut ja talousasioihin tulee ongelmia. Myös psykologi oli tulosten mukaan joskus mukana hoidossa jos potilaan ajatusrakenteita halutaan selvittää.

Opinnäytetyön tuloksissa tuli esille, että juuri sairaanhoitajan ensimmäinen kontakti oli merkittävä hoitosuhteen onnistumisen kannalta. Hoitosuhteen merkitys taas liittyi keskeisesti omahoitajasuhteeseen ja siinä tapahtuvaan vuorovaikutukseen, sekä luottamuksen rakentamiseen. Nämä asiat toimivat hoidon yhdistävinä tekijöinä ja auttavat sairaanhoitajaa tukemaan, sekä ohjaamaan potilasta omassa roolissaan. Sairaanhoitajan roolissa tulosten mukaan oli tärkeää kuuntelun ja ohjaamisen, sekä tukemisen osalta toivon ylläpito. Masentuneelle on tärkeää kuvausten mukaan ilmaista, että hän ei ole yksin ja häntä autetaan hoitoprosessin aikana. Potilaalla on oikeus hoitosuhteeseen, jossa hoito sisältää toivon ylläpitoa ja rohkaisua. (Tuulari & Aromaa 2011, 175).

Selkeitä eroavaisuuksia luokittelussa tuli esille oikeastaan vain lääkehoidon osalta, kun osassa haastatteluista kuvattiin lääkehoidon tulevan melkein poikkeuksetta kyseeseen masennuksen hoidossa. Toinen osa haastateltavista taas kuvasi lääkehoidon jättämistä pois hoidosta, jos potilas ei halua syödä lääkkeitä, tämän päätöksen kunnioittamista. Hoitajien mielipiteissä lääkkeitä kohtaan oli siis eroavaisuuksia.

Johtopäätöksenä ensimmäisestä tutkimuskysymyksestä voidaan todeta, että masentuneen elämäntilanteen kartoituksen lisäksi on tärkeää kartoittaa masentuneen perheen tilanne. Perhe on myös keskeinen sosiaalisen ympäristön osa, perheessä tapahtuvat muutokset on tärkeä kartoittaa jo lapsuudesta ja nuoruudesta lähtien. Kotikäynninteko nousi myös tärkeäksi alkutilanteen kartoitustavaksi vastaanotolla tehtyjen huomioiden lisäksi. Kotikäynnillä voidaan nähdä suoraan kuva masentuneen tilanteesta ja toimintakyvystä. Psykkisten oireiden osalta BDI ja numeroarviointi yhdestä kymmeneen olivat hyviä keinoja arvioida oireita. Itsetuhoisuudesta ja suunnitelmista itsensä vahingoittamiseksi oli tärkeää kysyä alkutilanteessa. Perinnöllisyydestä oli hyvä kysyä jossain vaiheessa hoidon edetessä.

Toisessa tutkimuskysymyksessä tulin seuraavaan johtopäätökseen. Hoitosuhteen merkitys liittyy omahoitajasuhteeseen ja vuorovaikutukseen, joiden kautta myös luottamusta rakennetaan. Kun hoitaja luo potilaaseen hoitosuhteen, se

toimii koko hoitoprosessin ajan vuorovaikutuksen ja omahoitajuuden kautta koko hoidon yhdistävänä tekijänä. Tällöin myös sairaanhoitaja pystyy omassa roolissaan tukemaan ja auttamaan potilasta parhaiten oman ja potilaan edun mukaisesti sekä tekemään yhteistyötä lääkärin ja muiden ammattilaisten kanssa.

7.2 Eettisyys

Kananen (2008, 133) toteaa, että tutkimuksen perusetiikkaan kuuluu tieteellisyys-käsite. Tällä tarkoitetaan hyvien tieteellisten menetelmien käyttöä tiedonkeruussa ja analysoinnissa, joilla varmistetaan tutkimuksen hyvä eettinen pohja. Tutkimuksen tulosten hyödynnettävyyttä on hyvä ajatella myös yhteiskunnallisen merkityksen kannalta. Onko tuloksilla jotain yhteiskunnallista hyötyä. Tässä opinnäytetyössä hyvien tieteellisten menetelmien käyttö huomioitiin seuraavasti. Ennen omaa haastattelututkimusta perehdyin muihin laadullisiin tutkimusmenetelmiin ja arvioin menetelmien soveltuvuutta tähän tutkimukseen. Tutkimuskykyä ja niiden asettelua teemahaastatteluun mietin melko tarkasti pohjautuen opinnäytetyössäni käsiteltyyn teoriaan.

Haastattelurunko käytiin läpi ohjaajan ja hänen mielenterveys- ja päihdetyöhön erikoistuneen kollegansa kanssa. Ennen varsinaista haastattelua toteutin aiemmin mainitun esihaastattelun, jolla testasin haastattelurunkoa ja valmistin itseäni tuleviin haastatteluihin. Haastateltavat saivat myös tutustua teemahaastattelurunkoon päivää ennen haastattelua. Tällä tavoin haastateltavat pystyivät etukäteen varautumaan haastatteluun.

Haastateltavien ja heidän työpaikkansa nimettömyys säilyi koko tutkimuksen ajan. Otin tämän huomioon litteroimalla puheen heti haastattelujen jälkeen ja hävitin nauhoitetut haastattelut heti, kun sain analysoinnin ja tulokset tehtyä. Tein myös haastateltavien kanssa kirjallisen suostumuksen haastatteluun (liite 5), jossa sitouduin säilyttämään haastateltavien ja heidän työpaikkansa nimettömyyden.

7.3 Luotettavuus

Kankkusen ja Vehviläisen–Julkusen (2009, 160) mukaan kohdejoukon valinnassa on tärkeää selvittää kohdejoukon valintatapa ja heidän taustat. Hirsjärvi & Hurme (2000, 58–59) puolestaan toteavat, että kohdejoukon valintaan vaikuttaa kohdejoukon haluttu määrä ja kohdejoukon kokemus haastattelun aiheesta. Tässä opinnäytetyön tutkimuksessa kohdejoukon valinta tapahtui haastattelijan ja haastateltavien aiempien keskustelujen perusteella, jonka kautta haastateltavat halusivat osallistua vapaaehtoisesti tutkimukseen. Luotettavuuden arvioinnissa otettiin huomioon kohdejoukon määrä ja kokemus haastattelun aiheesta. Kohdejoukon määräksi saatiin neljä sairaanhoitajaa, joilla oli vähintään viiden vuoden kokemus masennuksen ja muiden mielialahäiriöiden hoidosta.

Hirsjärven ym. (2004, 216–217) mukaan reliaabelius tarkoittaa, tutkimuksen kykyä tuottaa ei sattumanvaraisia tuloksia. Validius tarkoittaa tutkimusmenetelmän pätevyyttä mitata juuri niitä asioita, joita sen on tarkoitus mitata. Reliaabelius ja validius voidaan tulkita laadullisessa tutkimuksessa eri tavoilla. Tärkeämpää onkin tehdä arviointia luotettavuudesta ja pätevydestä, vaikka näitä termejä ei käytettäisikään. Tämän opinnäytetyön tuloksissa oli hyvin vähän sattumanvaraisuutta, jos sen merkitystä ajatellaan haastattelurungossa olleiden teemojen ja sairaanhoitajien kuvausten kautta. Kaikissa haastateltujen kuvauksissa oli teemojen mukaista yhteneväisyyttä, eivätkä kuvaukset poikenneet teemoja käsittelevästä sisällöstä.

Kankkusen ym. (2009, 160) mukaan tutkimuksen luotettavuudessa arviointia tehdään uskottavuudesta, mikä kertoo analyysitavasta, sekä siirrettävyydestä eli tulosten esittämisestä. Tässä opinnäytetyössä käytettiin analyysin tekoon luokittelu- ja teemoittelumenetelmää. Itse koin, että luokittelu- ja teemoittelumenetelmä oli selkeä tapa analysoida haastatteluaineistoa. Analyysin jälkeen tulokset esitettiin suorina lainauksina aineistosta ja niistä tehtynä pohdintana. Tarkoituksena oli saada sairaanhoitajien kuvauksista selkeitä ja ymmärrettäviä. Lopuksi tein sairaanhoitajien kuvauksista ja omista päätelmistä johtopäätökset, joissa tarkoituksena oli tuoda kuvausten ja päätelmien keskeisimmät asiat esille.

Hirsjärvi ym. (2004, 244) mukaan tulokset tulee esittää mahdollisimman yksinkertaisesti, niin että keskeisimmät asiat tulevat ilmi. Tulosten esittäminen selkeästi ja ymmärrettävästi onnistui mielestäni tässä opinnäytetyössä kohtalaisesti. Itse koin, että tulosten esittäminen tarpeeksi selkeästi oli analysoinnin haastavin osuus.

Tuomen ja Sarajärven (2009, 138) mukaan arviointia tehdään myös tutkijan päätelmien vastaavuudesta todellisuuteen, sekä luotettavuudesta, jolloin ulkopuolinen henkilö tarkastaa tutkimuksen. Tässä opinnäytetyössä päätelmät on tehty suoraan kohdejoukkona olevien sairaanhoitajien kuvauksista, ne vastaavat kuvauksissa ilmi tulleita asioita. Päätelmillä pyrin myös avaamaan kuvauksissa ilmi tulleita asioita enemmän. Päätelmien teossa keskityin pysymään aiheessa, etteivät omat päätelmät poikkea liikaa alkuperäisestä sairaanhoitajan kuvauksesta. Luotettavuuden arvioinnissa yllämainittujen asioiden lisäksi opinnäytetyön tarkastaa opinnäytetyön ohjaaja, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

7.4 Oppimisprosessi ja jatkotutkimus aiheet

Masennusta on tukittu hyvin paljon sen yleisyyden ja uusien tutkimus - ja hoitomenetelmien kehittymisen takia. Vaikka opinnäytetyöhöni tuleva tutkimus oli melko pieni, se on merkityksellinen ainakin itselleni tulevana sairaanhoitajana. Itselläni on jonkin verran henkilökohtaista kokemusta masennuksesta sekä kokemusta, jota työskentely mielenterveys - ja päihdetyön puolella on tuonut. Nämä asiat herättivät kiinnostusta aiheeseen.

Opinnäytetyön tekeminen on todella haastavaa ja vaatii tekijältä paljon jaksamista sekä monipuolista osaamista esimerkiksi hahmottamisesta, kirjoittamisesta ja ymmärtämisestä. Tehdessäni opinnäytetyötä opin hakemaan teorian tietoa monipuolisesti eri lähteistä ja arvioimaan lähdetiedon merkitystä kriittisesti. Tässä opinnäytetyössä koen itse onnistuneeni parhaiten teoriaosuuden laatimisessa.

Tässä auttoi osittain se, että masennuksesta on paljon tietoa kirjallisuudessa ja tutkimuksissa, mutta tämä toi myös haastetta löytää laadukasta tietoa. Tutkimuksen tekemisessä sain kokemusta haastattelun toteutuksesta ja siitä saadun aineiston analysoimisesta.

Sain oppimisprosessin aikana paljon myös tietoa masennuksesta ja erilaisista tutkimusmenetelmistä, mikä auttoi arvioimaan sopivan menetelmän valintaa omaan tutkimukseen. Prosessin alussa minulla ei ollut vielä selkeää kuvaa opinnäytetyön lopullisesta kokoonpanosta, mutta se tuli selkeämmäksi prosessin edetessä. Vaikeinta prosessissa oli tutkimusosion tekeminen ja tulosten esittäminen tarpeeksi selkeästi. Kuitenkin tulokset kuvaavat alkutilanteessa kartoitettavia asioita ja hoitosuhteen merkitystä, osaa tuloksien tuottamasta tiedosta pystyn myös hyödyntämään tulevaisuudessa työskennellessäni sairaanhoitajana. Esimerkiksi tuloksien pohjalta voin miettiä, millaisiin asioihin on tärkeää kiinnittää huomiota kun kohtaan masentuneita ihmisiä hoitotyössä.

Masennus on nykyisin yleisenä sairautena myös yhteiskuntaa koskettava asia ja on tärkeää miettiä, miten yhteiskunnassa voidaan vastata tähän. Yhteiskunnallisista lähtökodista jatkokehityksaiheena opinnäytetyön tuloksia voisi mahdollisesti hyödyntää masennuksen hoidon aloituksessa. Jatkokehitys aiheena tulosten pohjalta voisi laatia selkeän alkutilanteen kartoitus rungon, jota voisi käyttää ensimmäisillä potilas tapaamisilla. Itse koen, että hoidon hyvä aloitus on merkittävä tapa vastata masennukseen sairautena. Hyvä alkutilanteen kartoitus luo pohjan masennuksen paremmalle hoidolle yhteiskunnassa.

Lähteet

- Anttila, R., Eronen, S., Kallio, M., Kanninen, K., Kauppinen, L., Paavilainen, P. & Salo, S. 2005. Persoonaa 2. Kehityopsykologia. Helsinki: Edita, 154, 157-158.
- Arnett, J. 2000. Emerging Adulthood. University of Maryland College Park.
http://jeffreyarnett.com/articles/ARNETT_Emerging_Adulthood_theory.pdf.
 12.9.2014.
- Cuijpers, P., Geraedts, A.-S., Van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz J.-C. & Van Straten, A. 2010. Interpersonal Psychotherapy for Depression. A Meta Analysis. The American Journal of Psychiatry, 581.
<http://ajp.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/4234/appi.ajp.10101411.pdf>.
 11.02.2014.
- Department of mental health and substance dependence. 2015. World Health Organisation.
http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf. 16.2.2015, 2.
- Käypä hoito –suositus. 2013. Depressio.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50023#s11>.
 1. 21.4.2014.
- Perttula, J. & Latomaa, T. 2008. Kokemuksen tutkimus. Merkitys, Tulkinta ja ymmärtäminen. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Haarala, M., Jääskeläinen, A., Kilpinen, N., Panhelainen, M., Peräkoski, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M. & Tauriainen, P. 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.
- Hartikainen, S & Lönnroos, E. 2008. Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: EDITA.
- Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. 2011. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 7–8, 355.
- Helsingin diakoniaopisto. 2014. Sanasto.
<https://www.hdo.fi/sanasto/item/555>. 14.6.2014
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hoitosuhde on luottamuksellinen yhteistyösuhde. 2015. Nettilaki.
<http://www.nettilaki.com/a/hoitosuhde-on-luottamuksellinen-suhde>.
 17.3.2015
- Holman, M. 2010. DSM-IV vakavan masennustilan pitkäaikaisennuste psykiatriassa hoidossa. Helsingin yliopisto. Lääketiede. Väitöskirja. Helsinki: THL - Research 44/2010.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22653/longterm.pdf?sequence=1>. 13.7.2014.
- Huttunen, M. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Isometsä, E. 2011. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 23.
- Jefferson, A. S. 2008. Persoonallisuus psykoterapiassa. Helsinki: Edita.
- Kananen, J. 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

- Kansaneläkelaitos. 2014. Kuntoutuspsykoterapia.
http://www.kela.fi/tyoikaisille_kuntoutuspsykoterapia. 18.4.2015
- Kiikkala, I. 2011. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 180.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro OY.
- Komulainen, J., Lehtonen, J., Mäkelä, M. 2012. Psykiatrian luokitus käsikirja. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. 2001 Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Laakso, A. & Pohjanvirta, A. 1988. Psykologian perusteet. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2002 Psykiatria. Porvoo: WS Bookwell Oy, 67.
- Lind, J., Tuulio-Henriksson, A. & Rämö, I. 2011 Kuntoutus parantaa työikäisten masennuspotilaiden työkykyä. Lääkärilehti 43/2011, 3213–3218.
http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2011/nosto43_1.pdf. 28.12.2013.
- Litterointi tutkijoille ja asianajotoimistoille. 2014.
<http://www.tutkimustie.fi/?q=node/39>. 15.3.2014. Tampere: Tutkimustie Oy.
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Psykiatria. 2001 Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2010. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Masennus. 2013. Terveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389.
 17.3.2014
- Masennustalkoot. 2009. Masennuksen tunnistaminen.
http://www.epshp.fi/pohjanmaahanke/mielen_hyvinvointi_ja_ongelmat/mielenterveysongelmat/masennus. 2.6.2014. European Alliance against depression. 13.8.2014
- Masennustilat eli depressiot. 2014. Terveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00538.
 17.3.2015.
- Medina, A. V., Vehviläinen, S., Haukka, U., M., Pyykkö, V. & Kivelä, S.–L. 2007 Vanhusten hoito Helsinki: WSOY.
- Melartin, T., Kuosmanen, L. & Riihimäki, K. 2010. Tosi mies ei masennu. Lääkärilehti 3/2010, 170-172.
<http://www.laakarilehti.fi/files/lehdisto/SLL32010-melartin.pdf>. 28.05.2014.
- Minilex Oy. 2015. Hoitosuhde on luottamuksellinen suhde.
<http://www.minilex.fi/a/hoitosuhde-on-luottamuksellinen-suhde>. 17.4.2015.
- Mustajoki, M., Maanselkä, S., Alila, A. & Rasimus, M. 2005. Sairaanhoitajan käsikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Myllärniemi, J. 2009. Masennus. Psykykinen kipu. Helsinki: Kirjapaja.
- Philström, S. 2002. Kokemuksen käytännölliset ehdot. Helsinki: Yliopistopaino.
- Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Vastapaino.

- Romakkaniemi, M. 2011. Masennus. Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatiede. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/72094/Romakkaniemi_Marjo_DORIA.pdf. 18.4.2015.
- Sainola-Rodriguez, K., Kekkonen, N. & Pöppönen, T. 2007. Masentuneen potilaan näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät. PKSSK 3/2007, 27.
http://extra.pkssk.fi/html/tieteellinen_kirjasto/isbn9789529793433.pdf. 18.4.2005.
- Shorter, E. 2005. Psykiatrian historia. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Sullivan, P.-F., Neale, M.-C. & Kendler, K.-S. 2000. Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis. The American Journal of Psychiatry, 10/2000 1552
<http://ajp.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3717/1552.pdf>. 13.02.2014.
- Suomen Mielenterveysseura. 2012. Masennus. Mielenterveys 1/2012. Helsinki: 15-19
- Tamminen, T., Pylkkänen, K., Rechardt, M., Saarinen, P. & Taajamaa, B. 2010. Psykoterapiat. Klaukkala: RECALLMED Oy.
- Terve Media Oy. 2011. Nainen ja masennus.
<http://www.terve.fi/terveyden-abc/nainen-ja-masennus>. 29.05.2014.
- Terve Media Oy. 2007. Psykoterapiat.
<http://www.tohtori.fi/?page=5096075&id=2461128#Interpersoonallinen%20psykoterapia>. 29.12.2013.
- Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. 2001 Geriatria Helsinki: Duodecim.
- Tuulari, J. & Aromaa, A. 2011. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 175.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Valkonen, J. 2007 Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Tiivistelmä. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Kehitysvammaliitto. 2014. Ikääntymisen määrittely.
<http://verneri.net/yleis/ikaantymisen-maarittely>. 25.8.2014
- Vuorilehto & Tuulari, J. 2011. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 26–27.



TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Haen/haemme lupaa suorittaa opinnäytetyöhön liittyvä tutkimus

Opinnäytetyön aihe: Sairaanhoidajan kokemus alkutilanteen kartoittamisesta masennuksen hoitoprosessissa

Tutkimuksen toteutuspaikka/-yksikkö:

Joensuu mielenterveyskeskus

Tutkimuksen:

a) kohde/kohdejoukko: Sairaanhoidaja (4)

b) aineiston keruumenetelmä: Kvalitatiivinen

c) aineiston keruun ajankohta: 15 - 31.10.2014

Opinnäytetyön ohjaaja/t:

Kirsi Tanskanen

Työelämäohjaaja:

Marjaana Veninen / MARJANA VENINEN, OTT

9.10.2014

[Signature]

LIITTEET:

- tutkimussuunnitelma
- toimeksiantosopimus

Sairaanhoitajan kokemus alkutilanteen kartoittamisesta masennuksen hoitoprosessissa

1 Miten sairaanhoitajat kuvaavat alkutilanteessa kartoitettavia asioita masennuspotilaan hoitotyössä?

– Elämän tapahtumat

- Kuivaile minkälaiset merkittävät elämäntapahtumat on tärkeää selvittää alkutilanteessa?

– Sosiaalinen ympäristö

- Mitä asioita on tärkeää selvittää henkilön sosiaalisesta ympäristöstä?
- Miten perhe huomioidaan alkutilanteen kartoittamisessa?

– Toimintakyky

- Miten masentuneen toimintakykyä voidaan selvittää vastaanotolla?

– Psyykkiset oireet

- Minkälaiset psyykkiset oireet kuvaisit tärkeäksi selvittää alkutilanteessa?

– Perinnöllisyys

- Miten kuvaisit suvussa esiintyvien mielenterveydenhäiriöiden merkitystä alkutilanteessa?

2 Miten sairaanhoitajat kuvaavat hoitosuhteen merkitystä hoitoprosessissa?

– Hoidon suunnittelu

- Miten hoitoa lähdetään suunnittelemaan hoitosuhteessa?
- Miten muut sosiaali- ja terveysalan työntekijät ovat mukana hoidon suunnittelussa?

– Vuorovaikutus

- Mikä merkitys sairaanhoitajan ja potilaan välisellä vuorovaikutuksella on hoitosuhteessa?

– Sairaanhoitajan rooli

- Miten kuvailisit sairaanhoitajan roolia hoitosuhteessa?
- Mikä on omahoitajuuden merkitys hoitosuhteessa?

– Tuki ja ohjaus

- Miten sairaanhoitaja tukee ja ohjaa potilasta hoitosuhteessa?

Teemat ja alateemat

Tutkimuskysymys	Teema	Alateema
1. Miten sairaanhoitajat kuvaavat alkutilanteessa kartoitettavia asioita masennuspotilaan hoidotyössä?	T 1 Elämäntapahtumat	Lapsuuden ja nuoruuden merkitys Elämänkriisit
	T 2 Sosiaalinen ympäristö	Sosiaalisen verkoston kartoittaminen Yksinasuminen Perhekeskeisyys Perheen huomioiminen heti ensimmäisestä käynnistä lähtien
	T 3 Toimintakyky	Kysely ja haastattelu päivittäisistä toiminnoista Kotikäynnin teko Vuorokausirytmien selvittäminen
	T 4 Psyykkiset oireet ja perinnöllisyys	BDI:n käyttö oireiden selvityksessä Oireiden arvioiminen kouluasteikolla yhdestä kymppiin Itsetuhoisuuden ja ahdistuneisuuden selvittäminen Masennuksen esiintyminen suvussa Vanhemman masennus
2. Miten sairaanhoitajat kuvaavat hoitosuhteen merkitystä masennuksen hoitoprosessissa?	T 5 Hoidon suunnittelu	Tiedon kerääminen selvittely käynneillä Luottamuksen rakentaminen Sairaudesta ja sen hoitamisesta kertominen Lääkehoidon suunnittelu Potilaan omasuhte lääkeyhteyseen Sairaanhoitajan ja lääkärin

		yhteistyö Psykologin testaukset Sosiaalityön mukaan otto ta- lousasioiden hoitamisessa
	T 6 Vuorovaikutus	Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus Hoidon yhdistävä tekijä Ratkaisukeskeisyys keskustelu terapiassa
	T 7 Sairaanhoitajan rooli autta- jana	Toivon ylläpitäjä Tuki ja turva Kuuntelija Asioiden selvittäminen omanahoitajana

Esimerkki haastattelun teemojen luokittelusta

Tutkimuskysymys: Miten sairaanhoitajat kuvaavat alkutilanteessa kartoitettavia asioita masennuspotilaan hoitotyössä?

Teema	Alateema	Sitaatti
T.1. Elämäntapahtumat	Lapsuuden ja nuoruuden merkitys	...vähän sitä lapsuuta nuoruutta vähän miten koulu on mennyt ja onko ollut ystäviä lapsena onko kiusaamista ollut (Haastattelu 3) ...no meillä on tapana yleensä sitä koko elämän historiaa kokonaisuudessa selvittää minäkäläinen on ollut lapsuus nuoruus miten on koulut sujunu onko siellä jotain erityistä (Haastattelu 2)
	Elämäncrisit	...monesti siellä taustalla voi olla sellainen elämäntapahtuma... usein on seurustelu suhteiden päättymisiä avioeroja mikä on sellainen laukaiseva tekijä... (Haastattelu 1) ...erilaiset sairastamiset traumakokemukset vastoinikäymiset yleensä elämässä aika pitkälle sellaisia juttuja... huolet talous ongelmat... (Haastattelu 4) ...masennuspotilaiden kohdalla on tärkeää selvittää että onko elämässä ollut läheisiä ihmisiä jotka on kuollut tai vanhempien avioerot kaikki... (Haastattelu 2)
T.2. Sosiaalinen ympäristö	Perheenhuomiointi	...omaiset ja läheiset ovat monesti tiukoilla siellä, joskus ovat hyvinkin väsyneitä ehkä ovat jo seuranneet kuukausia sitä miten sairaus on huonontunut... (Haastattelu 1) ...koko työpaikalla on se ajatus perhe keskeisestä työotteesta ... (Haastattelu 4)

Kirjallinen suostumus tutkimushaastatteluun osallistumisesta

Tämä haastattelu koskee sairaanhoitajan kokemusta alkutilanteen kartoittamisesta masennuksen hoitoprosessissa.

Olen saanut tietoa tutkimuksen menetelmästä ja luotettavuudesta. Tähän liittyen tiedän, että tutkimus nauhoitetaan ja tutkimuksen Tulokset osiossa käytetään suoria lainauksia aineistosta. Tiedän, että henkilötietoni ja työpaikkani tiedot eivät tule tutkimuksen missään vaiheessa ilmi.

Osallistun vapaaehtoisesti tutkimukseen ja voin keskeyttää sen myös milloin haluan.

Tästä luvasta tehdään kaksi kappaletta, joista toinen tulee minulle ja toinen Ville Mäkelälle

Paikka ja aika

Allekirjoitus

Paikka ja aika

Allekirjoitus
