



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Sydäninfarktipotilaan masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito

Oksanen, Satu

2015 Porvoo



Laurea-ammattikorkeakoulu
Porvoo

Sydäninfarktipotilaan masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito

Satu Oksanen
Hoitotyön koulutus
Opinnäytetyö
marraskuu, 2015

Satu Oksanen

Sydäninfarktipotilaan masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito

Vuosi 2015 Sivumäärä 65

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kuinka sairaanhoitajat tunnistavat sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaisessa vaiheessa, jo sairaalassaoloaikana. Lisäksi tavoitteina oli selvittää, kuinka sairaanhoitajat toimivat tunnistessaan masennuksen ja mitä kehittämisehdotuksia sairaanhoitajilla oli tunnistettaessa ja hoidettaessa sydäninfarktipotilaiden masennusta. Kohdeorganisaatio oli Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sydäntautien vuodeosasto. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella eli kvalitatiivisella menetelmällä. Aineisto kerättiin teema-haastattelun avulla kesäkuussa 2015. Haastateltavia sairaanhoitajia oli viisi ja haastattelut olivat yksilöhaastatteluja. Aineisto käsiteltiin sisällönanalysointimenetelmällä.

Tuloksissa ilmeni tekijöitä, jotka auttoivat sairaanhoitajia tunnistamaan sydäninfarktipotilaiden masennusta varhaisessa vaiheessa. Tunnistamista tukevia tekijöitä olivat sairaanhoitajien tietous sydäninfarktipotilaiden masennuksen oireista ja riskitekijöistä sekä sairaanhoitajien eettinen sensitiivisyys ja vuorovaikutus potilaan ja omaisten kanssa. Tunnistamista auttoi se, että sairaanhoitajat olivat lähimpänä potilasta moniammatillisessa tiimissä. Sairaanhoitajien näkemys masennuksen varhaisen tunnistamisen hyödyistä ja yksilövastuinen hoitotyö auttoivat masennuksen tunnistamisessa. Masennuksen varhaista hoitoa tuki se, että sairaanhoitajat osasivat hoitaa potilaiden psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia sekä sairaanhoitajien näkemykset masennuksen lääkehoidosta. Masennuksen varhaista hoitoa auttoi se, että sairaanhoitajat toimivat potilaiden asiamiehinä moniammatillisessa tiimissä ja olivat osana potilaiden hoidon tiedonsiirtoa sekä jatkohoidon suunnittelua. Esteitä sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaisessa tunnistamisessa ja hoidossa olivat osaston luonne lyhytaikaisena hoitopaikkana, puutteet resursseissa, tiloissa, välineissä sekä koulutuksen tarjonnassa. Työyhteisössä, hoitajissa sekä potilaiden toiminnassa havaittiin tekijöitä, jotka estivät masennuksen varhaisen tunnistamista ja hoitoa. Tulosten perusteella kehittämisehdotuksia olivat masennusseulan käyttöönotto ja rauhallisen tilan käyttöönotto, joka on osoitettu potilaiden ja hoitajien kahdenkeskisiä keskusteluja varten. Suositeltavaa on huomioida kirjaamisessa ja raportoinnissa potilaiden psyykinen hyvinvointi. Suositeltavaa olisi huomioida erityisesti riskipotilaat, joilla on aikaisempia masennuksia tai pitkä sydänkipuhistoria. Henkilökunnalle on hyvä tarjota tietoa sydäninfarktipotilaiden psyykkisen voimien tukemisesta mm. lisäkoulutuksilla. Kirjallinen tukimateriaali masennuksen jatkohoitopaikoista ja masennuksen hoidosta, tukisivat hoitajien potilasohjausta. Osastolla olisi hyvä tukea koko henkilökuntaa huomioimaan potilaiden psyykkistä hyvinvointia. Kehittämisehdotukset vaikuttaisivat suotuisasti hoitotyön laatuun sydäntautien vuodeosastolla. Sydäninfarktipotilaiden masennus havaittaisiin ja hoidettaisiin varhaisessa vaiheessa, joka vähentää uusintainfarktien riskiä sekä kohentaa potilaiden elämänlaatua.

Asiasanat: Sydäninfarkti, masennus, hoitotyö, sairaanhoitajat, tunnistaminen, laadullinen tutkimus, teemahaastattelu

Satu Oksanen

Recognising and taking care of the Depression of the Heart Attack Patients at Early Stage

Year	2015	Pages	65
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to identify how nurses recognize depression of heart attack patients at early stage when the patient is still in the hospital. In addition of this thesis was to find out how nurses act when they recognize depression and which development ideas nurses have concerning the depression of heart attack patients. This coronary care unit was part of The Hospital District of Ostrobothnia. The type of the research was qualitative. The research materials were gathered in theme based interviews during June 2015. There were five nurses who were interviewed individually. The material was reviewed using content analysis

The results show that there were factors which help nurses to recognize depression of heart attack patients at early stage. The factors were the nurses' knowledge of the depression symptoms and risk factors of the heart attack patients. Also the factors were the nurses' ethical sensitivity and interaction with the patient and the relatives. It also helps to recognize depression that nurses were the closest to the patients in the multi-professional team. It supports to recognize depression at early stage that nurses' understand what benefits it gives to the patient's treatment. Treatment of depression was easier when nurses know how they can take care of patient's mental health and social wellness. Nurses' opinions of medical care of depression improved the treatment of depression. It was helpful that nurses were patient's spokesman in multi-professional team and took part in writing medical reports and planning the treatment of the patients. There were some obstacles to take care of depression patients such as too small resources, limitation of spaces and instruments. Enough education about depression could not be offered. The ward is a short time ward which makes it more difficult to recognize the depression. Some aspects of the working environment, nurses and the actions of the patients were preventing to the early recognition and dealing with depression. Based on the results there were the development ideas such as starting to use depression screening tests and start to use a peaceful room where the nurses could talk privately with the patients. It is recommended that nurses' notice the patient's mental health when they are writing and reporting patient's medical reports. It is also recommended to notice patients who have earlier depression and long history of heart pain. It is good to offer information to staff for example education about to take care of patient's mental health. It would support nurses in their work if they had written guiding principles of places where there is continuing care of depression. It would be good to support the whole staff to take care of patient's mental health. These development proposals would impact positively to quality of care work in the coronary care unit. Depression of heart attack patients would be noticed and cured earlier to decrease the risk to get new heart attacks and provide patients a better quality of life.

Keywords: heart attack, depression, nursing care, nurses, identification, qualitative research, focused interviews

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät	7
3	Sepelvaltimotauti ja sydäninfarkti.....	8
3.1	Sepelvaltimotaudin aiheuttamat muutokset sydämessä ja oireet.....	8
3.2	Sydäninfarktin ja sepelvaltimotaudin riskitekijöitä.....	10
3.3	Sydäninfarktin ja sepelvaltimotaudin akuutti ja ehkäisevä hoito	11
4	Sydäninfarktipotilaan masennuksen tunnistaminen.....	12
4.1	Masennuksen seulonta- ja arviointimenetelmiä	13
4.2	Masennuksen oireet ja sydäninfarktipotilaan masennuksen erityispiirteet	13
5	Sydäninfarktipotilaan masennuksen hoitaminen	14
5.1	Sydäninfarktipotilaan masennuksen lääkehoito	15
5.2	Sydäninfarktipotilaan masennuksen lääkkeetön hoito.....	16
6	Sairaanhoitajan rooli sydäninfarktipotilaan masennuksen tunnistamisessa ja hoidossa	17
7	Tutkimusprosessin eteneminen ja tutkimusmenetelmien valinta	18
7.1	Laadullinen tutkimus	19
7.2	Teemahaastattelu ja yksilöhaastattelu	20
7.3	Sisällön analyysi	21
8	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	21
9	Tulokset.....	23
9.1	Sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaista tunnistamista tukevat tekijät .	23
9.2	Sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaista hoitoa tukevat tekijät	28
9.3	Esteitä ja kehittämistoiveita masennuksen tunnistamiseen ja hoitoon	31
10	Tulosten tarkastelu ja kehittämisehdotukset	34
10.1	Tulosten vertailu viitekehykseen.....	34
10.2	Masennuksen varhainen tunnistaminen	35
10.3	Masennuksen varhainen hoito	38
10.4	Masennuksen tunnistamisen ja hoidon esteet sekä sairaanhoitajien kehittämistoiveet	41
11	Pohdinta	45
	Lähteet	47
	Kuviot	52
	Taulukot	53
	Liitteet.....	54

1 Johdanto

Sepelvaltimotauti on vakava ja varsin yleinen sairaus, johon sairastuu Suomessa noin 50 000 ihmistä vuosittain. Sepelvaltimotauti on suomalaisten naisten ja miesten yleisin kuolinsyy. Suomalaisilla työikäisillä sepelvaltimotauti on vähentynyt, mutta yli 65-vuotiailla se on jopa lisääntynyt. Vanhemmissa ikäluokissa on enemmän sydäninfarkteja. Sairaalahoittoa vaativia sydäninfarkteja Suomessa on melkein 18 000 tapausta vuodessa. (Haarni & Alanko 2005, 10.)

Myös masennus on Suomessa hyvin yleinen sairaus. Suomalaisista noin 6% eli 250 000 aikuista sairastaa masennusta. Masennus aiheuttaa huomattavaa haittaa masentuneelle sekä masentuneen läheisille. Masennus on herkästi uusiutuva sairaus, joka muuttuu helposti krooniseksi. Masennuksen hoidossa on tärkeää havaita masennus ajoissa ja hoitaa se asiallisin keinoin, kuten terapian ja tarvittaessa lääkityksen avulla. (Heiskanen & Huttunen 2011, 5.)

Sepelvaltimotaudin ja masennuksen yhteyttä on tutkittu ja on saatu tuloksia, joiden perusteella masennus itsenäisenä tekijänä lisää sepelvaltimotaudin ja sydäninfarktin riskiä. Sydäninfarkti myös lisää masennuksen riskiä. Sydäninfarktin saaneista 25 %:lla ilmenee masennusta, kun normaaliväestössä masennuksen esiintyvyys on 6 %. (Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka & Yli-Mäyry 2008, 250- 259.) Masennuksesta kärsii huomattavan usea, jopa 21% sydäninfarktipotilaista jo sairaalassaoloaikana (Luutonen, Holm, Salminen, Rislä & Salokangas 2002, 434-439). Masentuneiden määrä kohoaa seuraavan vuoden sisällä sydäninfarktin saaneista jopa 70% (Ohtanen 2005). Masennuksen varhaisella tunnistamisella jo sairaalassaoloaikana parannettaisiin huomattavasti sydäninfarktipotilaan kuntoutumista ja elämänlaatua. Hoitamaton masennus lisää uusintainfarktien sekä kuoleman riskiä sydäninfarktipotilailla. Masennuksen vaikeusaste saattaa vaikuttaa jopa enemmän sydäninfarktipotilaan ennusteeseen, kuin sydäninfarktin vaikeusaste. Tutkimusten mukaan sydäninfarktipotilaiden masennusta tunnistetaan ja hoidetaan erittäin vähän Suomessa. (Mäkijärvi, ym. 2008, 259).

Sydäninfarktipotilaan masennuksen tunnistaminen on haastavaa, sillä sydäninfarktin kokeneella saattaa olla masennukseen viittaavia oireita sairastamatta kuitenkaan masennusta. Sairaalassaoloaika on usein lyhyt, jolloin hoitohenkilökunta ei välttämättä ehdi tunnistamaan masennusta. Masennuksen tunnistamiseen on kehitetty seuloja ja kyselyitä, joita voi käyttää apuna hoitotyössä. Myös avoimet keskustelut saattavat johtaa potilaan masennuksen jäljille. Hoitohenkilökunnan on hyvä tuntea masennuksen oireet, riskiryhmän potilaat, joilla on aikaisempia masennuksia tai sepelvaltimotautihistoria sekä sydäninfarktipotilaan masennuksen erityispiirteet, jotta masennus saadaan ajoissa asialliseen hoitoon. (Haarni & Alanko 2005, 87 ; Valkamo 2003, 31.)

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, teemahaastattelemalla Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sydänpotilaiden vuodeosaston sairaanhoitajia. Opinnäytetyössä käytettiin yksilöllistä teemahaastattelua. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää haastattelemalla, kuinka sairaanhoitajat tunnistavat sydäninfarktipotilaiden masennuksen jo varhaisessa vaiheessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää kuinka sairaanhoitajat toimivat tunnistessaan sydäninfarktipotilaan masennuksen. Tavoitteena oli lisäksi selvittää sairaanhoitajien toiveita kehittää sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaista tunnistamista ja hoitoa sydäntautien vuodeosastolla.

Tutkittua tietoa on vähän sairaanhoitajien näkemyksistä sydäninfarktipotilaiden varhaisen masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta. Tulokset tuovat uutta ja hyödyllistä tietoa hoitotyön kehittäjille sekä käytännön hoitotyöhön. Sairaanhoitajien ammattitaitoon sisältyy potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen, kuten psyykkisen, sosiaalisen ja fyysisen osa-alueen hoito. Sairaanhoitajat ovat tärkeässä tehtävässä sydäninfarktipotilaiden varhaisen masennuksen tunnistamisessa ja hoidossa. Ammattitaitoinen sairaanhoitaja kykenee työssään huomioimaan potilaan kokonaisvaltaisesti, joka kohentaa potilaan elämänlaatua sekä hoitotyön laatua. Kokonaisvaltainen hoitotyö parantaa masentuneen sydäninfarktipotilaan taudin kulkua, ennustetta ja potilaan aktiivisen itsehoidon toteutumista.

2 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, kuinka sairaanhoitajat tunnistavat sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaisessa vaiheessa, jo sairaalassaoloaikana. Tavoitteena on selvittää, kuinka sairaanhoitajat toimivat tunnistessaan masennuksen ja mitä kehittämisehdotuksia sairaanhoitajilla on tunnistettaessa ja hoidettaessa sydäninfarktipotilaiden masennusta. Opinnäytetyön tutkimustehtävät perustuvat opinnäytetyön tarkoitukseen ja tavoitteisiin. Opinnäytetyön alakysymykset pilkkovat ja selventävät tutkimuksen pääkysymystä. Opinnäytetyö vastaa seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Opinnäytetyön pääkysymys: Millä keinoin sairaanhoitajat tunnistavat sydäninfarktipotilaan masennuksen sairaalassaoloaikana?
2. Opinnäytetyön alakysymykset:
 - a. Kuinka sairaanhoitajat toimivat tunnistessaan sydäninfarktipotilaan masennuksen?
 - b. Mitä kehittämistoiveita tai esteitä sairaanhoitajat havaitsevat sydäninfarktipotilaiden varhaisessa masennuksen tunnistamisessa ja hoidossa sydäntautien vuodeosastolla?

3 Sepelvaltimotauti ja sydäninfarkti

Sepelvaltimotauti on suomalaisten yleisin verenkiertoelinten sairaus. Sepelvaltimotautia sairastaa maksettujen lääkekorvausten mukaan noin 200 000 ihmistä, mutta todellisuudessa sairastuneiden lukumäärä on suurempi. (Suomen sydänliitto, 2012). Sepelvaltimotautia sairastaa kaiken ikäiset suomalaiset aikuiset, mutta sepelvaltimotauti yleistyy iän myötä ja on hyvin yleinen vanhuksilla. Sepelvaltimotaudin kuolleisuus ja hoidon tarve eivät ole vähentyneet vaan jopa hieman kasvaneet väestön ikääntymisen vuoksi. Työikäisten sepelvaltimotauti on kuitenkin vähentynyt. (Mäkijärvi, ym. 2008, 240 - 243.) Pari vuosikymmentä sitten tyypillinen sydäninfarktipotilas oli 40-60-vuotias mies. Sydäninfarktit ovat siirtyneet vanhempien ikäryhmien sairaudeksi ja naisten osuus on kasvanut. Nykyään tyypillinen potilas on iäkäs nainen. (Käypä hoito-suositus 2014.) Naiset kuitenkin sairastuvat sepelvaltimotautiin keskimäärin kymmenen vuotta vanhempina kuin miehet (Suomen sydänliitto 2012).

Sydäninfarkti on seurausta sepelvaltimotaudin muutoksista, jotka johtavat sydänlihaksen kuoliin. Suomessa sairastuu vuosittain sydäninfarktiin noin 25 000 henkilöä. Sydäninfarktista johtuvia kuolemia Suomessa on vuosittain noin 13 000. (Kettunen 2014.) Sydäninfarktin aiheuttama kuolleisuus ikävakioituna on vuoden aikana sairaalaan elossa saapuneilla 35-74-vuotiailla miehillä 11-19 % ja naisilla 9-18 % (Käypä hoito-suositus 2014).

3.1 Sepelvaltimotaudin aiheuttamat muutokset sydämessä ja oireet

Sepelvaltimotauti johtuu sydämen sepelvaltimoiden kovettumisesta ja ahtautumisesta. Valtimoiden ateroskleroosia eli kovettumista saattaa ilmetä myös muissa valtimoissa, kuten aivojen tai alaraajojen valtimoissa. Sepelvaltimot ovat sydämen toiminnalle tärkeitä, sillä sepelvaltimot vievät sydänlihakselle happea ja ravinteita. Sepelvaltimotauti alkaa, kun sepelvaltimoiden seinämiin kertyy rasvajuosteita, jotka myöhemmin muuttuvat ateroomiksi, jolloin valtimoiden seinämät kovettuvat. Valtimoiden seinämiin kerääntyneet kovettuneet plakit tukkeuttavat valtimon tai plakit repeävät ja aiheuttavat valtimon sisällä vaarallisen veren hyytymisprosessin. Sepelvaltimotauti voi kehittyä jo nuorena ja edetä hitaasti vuosikymmenien ajan. (Mäkijärvi, ym. 2008, 241).

Sepelvaltimotautikohtauksen oireet ovat laajat ja vaihtelevat. Sepelvaltimotaudin yleisin oire on puristava rintakipu. Sydäninfarktin oireisto on usein voimakkaampi ja yhtämittaisempi, kuin sepelvaltimotaudin oireilu. Sydäninfarktissa kipu tuntuu usein laaja-alaisena rintalastan alla. Muita oireita ovat käsikipu, käden puutuminen, hengenahdistus, hikoilu, pyöräytyks tai heikotus, kipu kaulassa tai leukaperissä, närästys ja ylävatsakipu. Infarktin viitteellisenä rajana pidetään 20 minuuttia kestäväää rintakipua. Sepelvaltimotautikohtaus voi olla myös kivuton. Jopa 20-40 % sairaalassa hoidetuista sepelvaltimotautikohtauspotilaista on kivuttomia.

Erityisesti iäkkäillä, diabeetikoilla, naisilla ja kriittisesti sairailta ovat usein poikkeavat oireet, kuten yleistilan selittämätön heikkeneminen. Sydäninfarkti voidaan todeta joskus vasta jälkikäteen esim. EKG:ssä. (Käypä hoito-suositus 2014.) Sepelvaltimotaudin eri asteita ovat rasisrintakipu eli angina pectoris, akuutti sepelvaltimotautikohtaus, sydäninfarkti sekä äkkikuolema (Mäkijärvi, ym. 2008, 241).

Angina pectoris aiheuttaa rasituksessa rintakipua. Levossa sydänlihaskohtaus saa tarpeeksi verta, jolloin ihminen on oireeton. Rasituksessa sydänlihaksen verenvirtauksen tarve kasvaa, mutta sepelvaltimoiden seinämän kovettuma estää verenvirtauksen lisääntymisen sydämeen, jolloin ihminen kokee kipua rasituksessa. Rasisrintakipu helpottuu yleensä nopeasti levossa tai nitrolla. Joskus oireena voi epätyypillisesti olla hengenahdistusta tai huono rasituksen sieto ilman kipua. (Kettunen 2014.)

Akuutissa sepelvaltimotautikohtauksessa eli epästabili angina pectoriksessa oireena on jo levossa esiintyvä rintakipu. Oireet ovat yleensä pahoja ja alkavat tai pahenevat nopeasti. Oireisiin tarvitaan useampia nitroja, eivätkä nitrot auta, oireet eivät myöskään parane levossa. Akuutti sepelvaltimotautikohtaus syntyy, kun valtimoita ahtaava plakki kasvaa nopeasti ahtaumaksi tai plakki repeää ja aiheuttaa verihyytymää. Hyytymä eli trombi ei täysin tuki valtimoa, eikä sydänlihaskohtaus vaurioidu, mutta hyytymä voi kulkeutua tukkimaan pienempiä suonien. (Syväne 2015.)

Akuutti sepelvaltimotautikohtaus voi edetä sydäninfarktiksi, jos ahtauma tai verihyytymä tukkii koko sepelvaltimon. Sepelvaltimon kokonaan tukkeutuminen aiheuttaa sydänlihaksen kuolion eli sydänlihaskohtauksen, joka johtuu hapen puutteesta. Sydänlihaskohtaus eli sydäninfarkti oireilee erittäin kovana rintakipuna, johon ei auta lepo eikä nitrot. Kipu voi myös säteillä käteen, usein vasempaan yläraajaan sekä leukaan. Joskus kipu voi säteillä vatsaan ja selkään sekä aiheuttaa sokin oireita mm. kylmää hikeä, kalpeutta ja alentunutta tajunnan tasoa. (Kettunen 2014). Sydäninfarktidiagnoosi edellyttää, että verestä mitattu troponiinin pitoisuus ylittää viitealueen ylärajan eli 99 persentiilin sekä peräkkäisissä näytteissä todetaan troponiininipitoisuuden muutos (suureneminen tai pieneneminen). Sydäninfarktidiagnoosi edellyttää myös, että seuraavista ehdoista täyttyy ainakin yksi kriteeri: potilaalla on iskemian oireet tai potilaalla on iskemiaan tai infarktiin sopivat EKG-muutokset tai kuvantamisessa todetaan uusi sydänlihaskohtaus. Sydäninfarkti luokitellaan EKG:n perusteella ST-nousuinfarktiksi tai sydäninfarktiksi ilman ST-nousua. (Käypä hoito-suositus 2014.)

Sepelvaltimotaudin aiheuttamista kuolemista noin puolet on äkkikuolemia. Sepelvaltimotautiin liittyvistä sydänperäisistä äkkikuolemista 80 % aiheutuu äkillisestä sepelvaltimotautitaipahdumasta, joista yleisin on plakkirepeämisen aiheuttama suonien tukkiva hyytymä. Myös aiemmin sairastetun sydäninfarktin arvesta johtuvasta rytmihäiriökohtaus aiheuttaa usein äk-

kikuoleman. Useimmiten äkkikuolemaan johtava rytmihäiriö on kammiovärinä. (Viitasalo 2009.)

3.2 Sydäninfarktin ja sepelvaltimotaudin riskitekijöitä

Sydäninfarktin ja sepelvaltimotaudin kolme tärkeintä riskitekijää ovat suuri seerumin kolesterolipitoisuus (erityisesti LDL-kolesteroli), kohonnut verenpaine ja tupakointi. Nykyään yleistynyt ylipaino erityisesti vyötärölihavuus, diabetes ja suuri plasman glukoosipitoisuus lisäävät sepelvaltimotaudin riskiä. Myös elintavat vaikuttavat sepelvaltimotaudin syntyyn, kuten vähäinen liikkuminen, alkoholin käyttö sekä runsaasti tyydyttyneitä rasvoja sisältävä ruokavalio. Korkea ikä, miessukupuoli sekä lähisukulaisen nuorena sairastama sepelvaltimotauti nostavat riskiä. (Kesäniemi & Salomaa 2009.) Yksittäisiä riskitekijöitä oleellisempaa on riskitekijöiden määrä ja riskitekijöille altistumisen kesto eli ns. riskitekijäkasautuma. Metabolinen oireyhtymä ja riskitekijäkasautuma ovat sepelvaltimotaudin ennustekijöitä. Myös joissakin sairauksissa on suurentunut vaara sairastua sepelvaltimotautiin. Näitä sairauksia ovat mm. munuaissairaudet, reuma, psoriasis ja hoitamaton hampaiden kiinnityskudossairaus. (Suomen sydänliitto 2012.)

Masennus on myös yksi tunnettu sepelvaltimotaudin riskitekijä (HOTUS, BPIS 2010). Tutkimukset osoittavat, että masennus itsenäisenä riskitekijänä lisää sepelvaltimotaudin riskiä moninkertaisesti, vaikka muut riskitekijät, kuten epäterveelliset elämäntavat poistetaan tilastollisesti. Masennuksen vaikeusaste vaikuttaa sepelvaltimotaudin riskin suuruuteen. Lievä masennus nostaa riskiä kaksinkertaiseksi ja vaikea masennus kolmin jopa viisiin kertaiseksi. Toivottomuuden tunteen on osoitettu tutkimusten mukaan ennustavan sepelvaltimotaudin kehittymistä sekä äkkikuoleman riskiä. Toivottomuus on usein vahvasti mukana masentuneen oireissa. Masennus vaikuttaa mm. sydämen syketaajuuden vaihtelun vähenemisenä ja tietynlaisten solukalvojen rasvahapporakenteiden muutoksina, jotka lisäävät sepelvaltimotaudin riskiä. (Mäkijärvi, ym. 2008, 250-252.) Masennus vaikuttaa myös muihin elimistön muutoksiin, jotka ovat yhteydessä sepelvaltimotautiin ja sydäninfarktiin. Masennus nopeuttaa valtimotaudin etenemistä, lisää verihiutaleiden aktiivisuutta ja altistaa hyytymälle valtimoissa, lisää rytmihäiriöiden vaaraa, nostaa verenpainetta ja sykettä. Masennus myös estää sepelvaltimotaudista kuntoutumista ja elämäntapamuutoksia. (Suomen sydänliitto 2015.)

Sepelvaltimotaudin ja masennuksen yhteydestä sydäninfarkttien esiintyvyyteen ja äkkikuolemiin on saatu tutkimusnäyttöä. Sydäninfarktin saaneista 25 % ilmenee masennusta tutkimusten mukaan, kun normaaliväestössä esiintyvyyks on noin 6 %. Sepelvaltimotautipotilaiden tulevien sydäntapahtumien määrän ja masennuksen vakavuuden välillä on yhteys. Vakavammasta masennuksesta kärsivien sepelvaltimotautipotilaiden tulevien sydäntapahtumien riski suurenee. Sydäninfarktipotilailla, jotka sairastavat masennusta on kaksi jopa viisinkertaisesti suu-

rempi kuolemanriski verrattuna infarktipotilaisiin, joilla ei ole masennusta. (Mäkijärvi, ym. 2008, 259.)

Masennus on yleinen sairaus Suomessa. Normaali väestössä aikuisista noin reilu 10 % kärsii lievästä masennuksesta ja vakavasta masennuksesta noin 5 % (Huttunen 2014). Sepelvaltimotautipotilaista, jopa 30 % on todettu eriasteista masennusta (Valkamo 2003, 90). Masennus uusiutuu ja muuttuu herkästi pitkäaikaiseksi sairaudeksi. Masennus on kansanterveydellinen ongelma, sillä toistuvat masennustilat aiheuttavat huomattavaa kärsimystä sairastuneelle ja läheisille. Masennus on keskeinen syy työkyvyttömyydelle ja alentuneeseen työkykyyn. (Huttunen 2014.)

3.3 Sydäninfarktin ja sepelvaltimotaudin akuutti ja ehkäisevä hoito

Sydäninfarkti vaatii välitöntä sairaalahoitoa ja hoito aloitetaan usein jo ambulanssissa. Sydäninfarkti todetaan sydämen sähkökäyrällä ja verinäytteestä tutkittavien sydänlihaksen merkkiaineiden avulla. Kipua lievitetään morfiinilla ja nitro-tipalla. Sydänlääkkeistä annetaan beetasalpaajaa, joka ehkäisee rytmihäiriöitä ja vähentää sydämen hapentarvetta. Sepelvaltimoa tukkivaa hyytymää estetään laajenemasta mm. asetyylisalisyylihapolla. Osalle infarktipotilaista tehdään nopeasti varjoainokuvaus ja pallolaajennus tai liuotushoito. Sydäninfarktiin voi liittyä lähipäivien aikana mm. vaarallisia rytmihäiriöitä ja potilaan tilaa seurataan sydänpotilaiden valvontaosastolla. Sydäninfarktin jälkeen potilaat saavat jatkuvan lääkityksen, kuten säännöllinen asetyylisalisyylihapo pienellä annoksella, beetasalpaajalääke ja ACE-estäjälääke, riippuen infarktin aiheuttamista seurauksista sydänlihakselle. (Kettunen 2014.)

Erittäin tärkeää sydäninfarktin uusiutumisen estämissä on vähentää sepelvaltimotaudin riskitekijöitä. Sydäninfarktin ja sepelvaltimotaudin ehkäisyssä ja hoidossa oleellista on tupakointimattomuus, terveellinen ruokavalio, keskiraskaan liikunnan harrastaminen 30 minuuttia joka päivä, BMI alle 25 kg/m² ja keskivartalolihavuuden välttäminen. Verenpaineen on oltava alle 140/90 mmHg, kokonaiskolesterolipitoisuuden alle 5 mmol/l, LDL-kolesterolipitoisuuden alle 3 mmol/l ja veren glukoosipitoisuuden alle 6 mmol/l. (Kesäniemi & Salomaa 2009.)

Sepelvaltimotaudin hoidossa lääkehoito on tärkeä. Lääkkeet ehkäisevät verihyytymien muodostumista ja valtimotukoksia sekä ehkäisevät uusia sepelvaltimotautitapahtumia ja parantavat taudin ennustetta. Lääkitys parantaa suorituskykyä ja verenkiertoelimistön toimintaa sekä ehkäisee ja helpottaa sepelvaltimotaudin oireita. Lääkitys myös vähentää riskitekijöitä esim. kohonnutta verenpainetta. (Suomen sydänliitto 2012.) Sepelvaltimotaudin hoidossa lipidipitoisuuksia pienentävien lääkkeiden, verenpainelääkkeiden ja profylaktisen asetyylisalisyylihapon käyttö on hyödyllistä diabeetikoille ja potilaille, joilla on kohonnut verenpaine sekä suuri sepelvaltimotaudin vaara. Asetyyliisalisyylihappohoitoa käytetään kaikille sepelvaltimotautia

sairastaville. Beetasalpaajista on hyötyä sydäninfarktin sairastaneille ja angina pectoris-oireisille potilaille. Seerumin lipidipitoisuuksia pienentävä lääkehoito on tarpeen suurelle osalle sepelvaltimotautipotilaista. Sepelvaltimotautipotilaan kohonnutta verenpainetta hoidetaan usein beetasalpaajalla. ACE:n estäjistä on hyötyä sepelvaltimotautipotilaille, joille on kehittynyt sydämen vajaatoiminta tai vasemman kammion toimintahäiriö. ACE:n estäjät vähentävät sydäninfarkteja ja äkkikuolemia noin 20 %:lla sepelvaltimotautipotilailla. Pitkäaikainen suun kautta annettava antikoagulanttihoito on tarpeen rytmihäiriöistä kärsiville sydäninfarktipotilaille, jos rytmihäiriöt voivat aiheuttaa aneurysman tai embolian. (Kesäniemi & Salomaa 2009.)

4 Sydäninfarktipotilaan masennuksen tunnistaminen

Masennuksen tunnistaminen on hyvin yleinen ongelma terveydenhuollossa. Masennusta ei läheskään aina tunnisteta, vaikka masentunut olisi terveydenhuollon asiakkaana. Alle 40 % masentuneista on hoidon piirissä. Tutkimuksissa ilmenee, että vain noin 20 % saa masennukseen riittävää hoitoa. (Heiskanen & Huttunen 2011, 13-24.)

Suomalaisen tutkimuksen mukaan infarktipotilaista 21 %:lla esiintyi masennusta jo sairaalahoitoa aikana ja 34 % puolen vuoden aikana infarktin jälkeen (Luutonen, ym. 2002, 434-439). Tutkimusten mukaan jopa 70 % sydäninfarktipotilaista kärsii masennuksesta vielä vuoden jälkeen sydäninfarktista (Ohtanen 2005). Sydäninfarktipotilaista jopa 20 % kärsi vakavasta mielialahäiriöstä, joka hidasti psykososiaalista toipumista (Valkamo 2003, 28). Tutkimusten perusteella masennus jää hyvin usein tunnistamatta ja diagnosoimatta mm. yleislääkärien ja kardiologien vastaanotoilla. Sepelvaltimotautipotilaat usein jäävätkin ilman masennuksen hoitoa, vaikka se parantaisi potilaiden kuntoutumista sepelvaltimotaudista. Erityisesti masennuksen varhainen tunnistaminen on tärkeää riskiryhmässä, johon kuuluvat yksin asuvat vanhukset, joilla on pitkä rintakipuhistoria. (Valkamo 2003, 90-92.) Suomessa tutkimusten mukaan masennuksen hoito sydäninfarktin jälkeen toteutuu erittäin huonosti (Mäkijärvi, ym. 2008, 259).

Masennuksen varhainen tunnistaminen ja masennuksen hoito vaikuttavat sepelvaltimotaudista toipumiseen. Masennus voi vaikuttaa kuntoutumiseen enemmän kuin sepelvaltimotaudin vaikeusaste. Masennus vaikuttaa sairastavan elämänlaatuun ja vaikuttaa tulevaan elinikään. Erityisesti potilaat, joilla on aikaisemmin ollut masennusta, tulisi huomioida hoidossa huolellisesti, sillä vakava masennus uusiutuu helposti. Sepelvaltimotautipotilaan masennuksen tunnistaminen ei ole helppoa, sillä oireet saattavat sekoittaa sepelvaltimotaudin oireisiin. Masennuksen tunnistaminen ja sen hoito palauttavat sepelvaltimotautipotilaan toimintakykyä, parantavat hoitomyöntyvyyttä sekä motivaatio elämäntapamuutoksille lisääntyä, joka on tärkeää sepelvaltimotautia hoidettaessa. (Haarni & Alanko 2005, 87-88.)

4.1 Masennuksen seulonta- ja arviointimenetelmiä

Masennuksen tunnistamiseen on kehitetty useita kyselylomakkeita ja seulontamenetelmiä esim. depressioseula (DEPS). (Heiskanen & Huttunen 2011, 13-24.) Tutkimuksissa on käytetty sydäninfarktipotilaiden masennuksen tunnistamisessa erilaisia kyselyjä, kuten BDI:tä (Beck Depression Inventory) SCL:tä (Symptom Checklist) (Jalava 2007). Muita kyselyitä ovat olleet mm. HAD (Hospital Anxiety and Depression -kysely) ja CDS (Cardiac Depression Scale -kysely), joka on kehitetty erityisesti sydänpotilaiden depression luotettavaan arviointiin. CDS on 26 väittämän testi, jonka tulokset korreloivat hyvin Beckin depressioseulan tuloksia sekä kliinisen arvion tuloksia potilaan masennuksesta. (Saarijärvi & Vaahtovuori 1998.)

Masennuksen vaikeusastetta voidaan arvioida mm. ICD-10:n oireiden lukumäärän mukaan (lievä 4-5, keskivaikea 6-7 ja vaikea 8-10 oiretta). Masennuksen diagnoosi edellyttää, että ICD-10 asteikon kymmenestä oireesta potilaalla esiintyy vähintään neljä oiretta. Masennuksen vaikeusastetta voidaan arvioida myös oiremittareiden (esim. Hamiltonin depressioasteikko, Montgomery-Åsbergin depressioasteikko (MADRS) 1, Beckin depressioasteikko (BDI) 1, PHQ-9 2 avulla tai masennustilaan liittyvän toimintakyvyn heikkenemisen perusteella. Lievään masennustilaan liittyy subjektiivista kärsimystä, mutta se ei heikennä potilaan toimintakykyä. Keskivaikea masennustila huonontaa selvästi toimintakykyä ja vaikeaa masennusta sairastava tarvitsee apua päivittäisissä toimissaan. (Depression Käypä hoito-suositus 2014.)

4.2 Masennuksen oireet ja sydäninfarktipotilaan masennuksen erityispiirteet

Masennus on mielenterveyden häiriö, jonka pääoireena on masentunut mieliala. Ohimenevät masennuksen ja alakuloisuuden tunteet eivät ole mielenterveyden häiriö, vaan kuuluvat normaaliin mielialan vaihteluun. Masennuksen erottaa normaalista mielialan laskemisesta sillä, että masennus kestää yhtäjaksoisesti useita viikkoja jopa vuosia. Pääoireita masennuksessa ovat vaikeus tuntea mielihyvää ja mieliala on masentunut. Masentuneelta saattaa puuttua sairautentunne, jolloin masentunut tuntee itsensä vain esim. väsyneeksi, ärtyneeksi ja ilottomaksi. Masentunut ei osaa tuntea surua eikä myöskään iloa ja kokee itsensä ulkopuoliseksi ja yksinäiseksi. Masentunut saattaa kokea, että masennus jatkuu loputtomiin ja elämän merkitys häviää. Masennus lamaannuttaa sairastuneen ja itsetunto heikkenee. Muita masennuksen oireita ovat uupumus, keskittymisvaikeudet, inihäiriöt sekä huomattavat painonvaihtelut. Masennus oireineen vaikeuttaa sairastuneen selviytymistä arjesta, sosiaalisista suhteista ja työstä. (Heiskanen & Huttunen 2011, 8.)

Masennusta arvioidaan tyypillisten oireiden vaikeudella sekä oireiden ajankestolla. Oireita pitää olla päivittäin vähintään kahden viikon ajan. Vähintään kaksi seuraavista oireista on ol-

tava yhtä aikaa: masentunut mieliala, mielihyvän menetys ja uupumus. Seuraavista oireista yksi tai enemmän riippuen ensimmäisten kolmen oireiden määrästä: itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys, kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyys, toistuvat itsetuhoiset ajatukset tai käytös, päättämättömyys tai keskittymiskyvyttömyys, psykomotorinen hidastuneisuus tai kiihtyneisyys, unihäiriöt ja ruokahalun tai painon muutokset. (Depression Käypä hoito-suositus 2014.)

Sydäninfarktipotilasta hoitaessa on tärkeää huomioida, että potilaalle on normaalia tuntee itsensä ajoittain surulliseksi tai alakuloiseksi. Yksittäiset masennuksen oireet eivät tarkoita hoitoa vaativaa masennusta. Oireiden pitkittyessä, ollessa yhtäjaksoisia sekä oireita ollessa paljon on syytä huomioida masennuksen mahdollisuus potilaalla. Sepelvaltimotautipotilaat, jotka sairastavat masennusta kokevat usein voimakasta uupumista ja levottomuutta. Useat somaattiset oireet ja niiden voimakkuus viittaavat sydänperäistä tautia sairastavilla usein masennukseen. Epätypilliset ruumiilliset oireet vaikeuttavat masennuksen tunnistamista. Epätypilliset oireet esim. sydämentykytys, rintakipu ja hengenahdistus muistuttavat sepelvaltimotaudin oireita, vaikka ne voivat olla oireita myös masennuksesta. Masennuksen oireisiin liittyy myös alakuloisuus, mielihyvän menetys, väsymys, voimavarojen väheneminen, itsesyytökset, omanarvontunteen puutos, muistiongelmät, ruokahalun muutokset ja muutokset unessa. (Haarni & Alanko 2005, 87.)

Sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaisessa tunnistamisessa on hyödyksi huomioida sydän-tautipotilaan masennusalttiutta lisäävät riskitekijät. Riskitekijöitä ovat naissukupuoli, naimattomuus, aiempi masennus, stressi, uupumus, aikaisemmin sairastettu sydäninfarkti, yleinen toimintakyky, tupakointi sekä korkea ikä. (Valkamo 2003, 31.)

5 Sydäninfarktipotilaan masennuksen hoitaminen

Masennuksen hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on akuuttivaiheen hoito, jolloin tavoitteena on oireettomuus. Toisena vaiheena hoidossa on jatkohoito, jonka tavoitteena on estää oireiden palaaminen. Kolmantena vaiheena on ylläpitohoito, jonka tavoite on ehkäistä uuden masennusjakson puhkeaminen. (Isometsä, ym. 2009.)

Masennuksen akuuttihoidon vaiheessa käytetään lääkehoitoa tai psykoterapiaa tai molempia yhtäaikaaisesti. Lääkehoito on sitä tärkeämpää mitä vaikeampi masennus on kyseessä. Lievä ja keskivaikea masennus saattavat parantua psykoterapialla ilman lääkitystä. Joskus voidaan käyttää sähköhoitoa, kirkasvalohoitoa tai turvallista ja vähän haittavaikutuksia aiheuttavaa transkraniaalista magneettistimulaatiohoitoa (TMS). Myös säännöllinen liikuntaa kuuluu osaksi masennuksen hyvää hoitoa. Potilas tarvitsee säännöllistä seurantaa akuuttivaiheen aikana lisäksi vähintään puolen vuoden ajan akuuttivaiheen jälkeen. Hoidossa on tärkeää selvittää po-

tilaan elämässä olevia kuormittavia tekijöitä ja tukea potilasta voimavaralähtöisesti selviytymään arjessa. Hoitomuotojen valintaa ohjaa aina masennuksen vaikeusaste. (Aho, Isometsä, Mattila, Jousilahti & Tala 2009.)

5.1 Sydäninfarktipotilaan masennuksen lääkehoito

Masennuksen lääkehoito on tehokasta somaattiseen sairauteen liittyvässä depressiossa. Odotettavissa olevat haittavaikutukset ja lääkeaineinteraktiot ovat keskeisin lääkkeen valintaa ohjaava tekijä. (Depression Käypä hoito-suositus 2014.) Käytettävissä on useita masennuslääkkeitä, jotka ovat rakenteeltaan, haittavaikutuksiltaan ja teholtaan erilaisia. Tutkimukset osoittavat, että masennuslääkkeet eroavat toisistaan enemmän haittavaikutuksiltaan kuin keskimääräiseltä teholtaan. Käytännön kokemuksen perusteella potilailla eri lääkkeet eroavat myös teholtaan. (Huttunen 2008.) Vaikeassa masennuksessa on syytä aina käyttää lääkehoitoa sekä keskivaikeassa masennuksessa lääkehoito on usein myös tarpeen. Lievässäkin masennustilassa masennuslääkehoito on yleensä hyödyksi, mutta ei välttämätön. Noin kaksi kolmasosaa masennuslääkettä säännöllisesti käyttävistä saa vasteen ja jopa 50 %:lla oireet häviävät melko täydellisesti noin 6-8 viikon aikana. Lääkehoidon tavoitteena on täydellinen tai lähes täydellinen oireettomuus. (Depression Käypä hoito-suositus 2014.)

Tavallisimpia masennuslääkkeitä ovat selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI-lääkkeet. SSRI-lääkkeitä ovat essitalopraami, fluvoksamiini, fluoksetiini, paroksetiini, sertraliini sekä sitalopraami. SSRI-lääkkeiden vaikutusmekanismi on selektiivinen serotoniinin takaisinoton estäjä. (Huttunen 2008.) Uudentyyppisillä SSRI-lääkkeistä on eniten tutkimustietoa sydäninfarktipotilaiden masennuksen hoidossa. Uudentyyppisillä SSRI-lääkkeillä on selvästi vaikutusta sydäninfarktipotilaan uusintainfarktiriskeen vähentävästi. (Haarni & Alanko 2005, 88.) SSRI-lääke palauttaa sydämen syketaajuuden vaihtelua, joka on hyödyllistä sepelvaltimotautipotilaille (Mäkijärvi, ym. 2008, 260). SSRI-lääkkeet vähentävät todennäköisesti sydäninfarktiriskeä antidepressiivisen vaikutuksen vuoksi, mutta myös antikoagulanttivaikutuksen vuoksi (Valkamo 2003, 90-92). Sitalopraamista, sertraliinista, fluoksetiinista ja mirtatsapiinista on osoitettu olevan eniten hyötyä sepelvaltimotautipotilaiden depression hoidossa (Depression Käypä hoito-suositus 2014).

Uusia masennuslääkkeitä ovat SNRI-lääkkeet. SNRI-lääkkeitä ovat duloksetiini, milnasipraani ja venlafaksiini. Hoitovaikutuksen arvellaan perustuvan niiden kykyyn estää serotoniinin sekä noradrenaliinin takaisinottoa. Tämän lisäksi on olemassa jo 1950-luvulla kehitettyjä trisyklisiä masennuslääkkeitä, joita ovat amitriptyliini, doksepiini, nortriptyliini, trimipramiini ja klomipramiini. Trisyklisiä masennuslääkkeitä on syytä välttää sydäninfarktipotilaan masennuksen hoidossa. Trisykliset masennuslääkkeet voivat hidastaa sydänlihaksen ärsykkeen johtumisnopeutta, joten ne eivät sovi lääkkeeksi monista sydänsairauksista kärsiville potilaille. Mianse-

riini ja mirtatsapiini vahvistavat keskushermostossa sekä noradrenaliinin että serotoniinin vaikutuksia. Tratsodoni on sedatiivinen ja keskushermoston serotoniinin vaikutuksia vahvistava masennuslääke. Moklobemidi on ainoa Suomessa käytössä oleva monoamino-oksidaasin (MAO) estäjä. Reboksetiini eroaa muista masennuslääkkeistä, koska sillä on vain vähäinen vaikutus aivojen serotonergisiin toimintoihin. Sen vaikutuksen arvellaan perustuvan sen kykyyn estää synapsin välitilaan vapautuneen noradrenaliinin takaisinottoa ja siten noradrenergiseen vaikutukseen. Agomelatiini on uusin, vuonna 2008 käyttöön otettu masennuslääke, joka poikkeaa vaikutusmekanismin ja vähäisten haittavaikutusten vuoksi muista masennuslääkkeistä. Se on melatoniinin agonisti. (Huttunen 2008.)

Usein sydäninfarktipotilaan masennuksen lääkehoito jätetään toteuttamatta, vaikka se tutkimusten mukaan vähentää mm. potilaan riskiä saada uusi sydäninfarkti (Valkamo 2003, 90-92). Tutkimusten mukaan sydäninfarktipotilaat hyötyvät masennuksen lääkehoidosta, joka helpottaa masennuksen oireita (Tukia 2007). Sydäninfarktipotilaan masennuksen lääkehoito on sitä tärkeämpää mitä vaikeammasta masennuksesta on kyse. Erityisesti lääkityksen aloittaminen on hyödyksi, jos potilaalla on ollut masennusta jo ennen sydäninfarktia. Potilaan ensimmäinen masennus sydäninfarktin jälkeen parantuu usein hyvin ilman lääkityksen aloitusta. (Holm, Luutonen & Porela, 2001.)

5.2 Sydäninfarktipotilaan masennuksen lääkkeetön hoito

Tutkimusten mukaan sydäninfarktipotilaat hyötyvät masennuksen psykososiaalisesta hoidosta, joka lievittää masennuksen oireita (Tukia 2007). Varhaisella jo sairaalassa olo aikana toteutetulla psykologisella kuntoutuksella sydäninfarktipotilaiden hoidossa on tutkimusten mukaan hyötyä. Sydänhoitoyksikön sairaanhoitajien tukea-antava ohjaus vähentää merkittävästi potilaiden ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta. Ohjaus ja tuki varhaisvaiheessa ovat hoidollisesti edullista, tehokasta ja taloudellista. Tutkimusten mukaan psykosiaalinen tuki hoidossa parantaa merkittävästi sydäninfarktipotilaan ennustetta. Psykososiaalista kuntoutusta saaneiden masentuneiden sydäninfarktipotilaiden sydänkuolleisuus oli 41 % pienempi ja uusintainfarktien määrä 46 % pienempi kuin verrokkiryhmän. (Saarijärvi & Vahtovuo 1998.) Tutkimuksissa on havaittu, että potilaan koherenssin eli selviytymisen tunnetta lisää myös hoitohenkilökunnalta saama tuki, tieto sairaudesta sekä rohkaisu. Hoitohenkilökunnan toimiessa rutiininomaisesti antamatta emotionaalista tukea potilaalle, heikentää potilaan selviytymisen tunnetta. (Salminen-Tuomaala 2013, 101.)

Lääkehoitoon kannattaa yhdistää aina keskusteluhoitoa tai psykoterapiaa, sillä se yleensä parantaa hoitotulosta. Tutkimustuloksia on, että mm. stressinhallinnan opettaminen potilaalle osana hoitoa on tehokkaampaa, kuin pelkkä tavanomainen lääkehoito. Kokonaisvaltaisemman hoidon saaneilla potilailla on alhaisempi sydäntapahtumien määrä sydäninfarktin jälkeen. Ma-

sentuneelle on usein hyödyksi kannustavat ja rohkaisevat keskustelut. Masennuksesta puhuminen parantaa elämänhallintaa. Sosiaalisen tuen ja keskustelujen puute saattavat vaikuttaa haitallisesti masentuneen mielialaan. Sepelvaltimotautipotilasta hoidettaessa psykoterapialla on saatu tutkimustuloksia siitä, että potilaiden stressimuutokset elimistössä vähenevät, syke-taajuus muuttuu suotuisammaksi sekä verihiihtaleiden kokkaroitumien vähenee. (Mäkijärvi, ym. 2008, 259- 260.)

Sydäninfarktipotilaan masennuksen hoidossa on hyvä huomioida yksilöllisesti potilaan masennuksen syyt ja keskustella niistä. Yksilölliset masennuksen syiden selvittelyt auttavat potilasta selviytymään masennuksestaan paremmin. Masennus on useamman tekijän yhteisvaikutus. Masennus saattaa saada alkunsa uupumuksesta tai kriisistä. Stressin kasvaessa liian isoksi ja kestäessä liian kauan voi se vaikuttaa masennuksen syntyyn. Stressiä on myös sisäsyntyistä, joita ovat kiltteys, täydellisyyden tavoittelua sekä syyllisyyden tunteet. Stressi ja elämänmuutokset ovat masennuksen laukaisevia tekijöitä ja syitä masennukselle ovat myös perinnöllinen ja hankittu biologinen alttius. Elämäntilanteeseen liittyviä riskitekijöitä ovat mm. vaikeassa ihmissuhteessa eläminen, somaattinen sairaus, työkyvyn menetys ja vaikea lapsuus. Biologisia ja psyykkisiä tekijöitä ovat perinnöllinen alttius, naissukupuoli, aiempi masennus ja hormonaaliset muutokset sekä kirkkaan valon puute talvella. Sairauksiin liittyviä tekijöitä ovat mm. päihderiippuvuus, lääkkeiden haittavaikutukset ja somaattinen sairaus. (Heiskanen & Huttunen 2011, 8.)

6 Sairaanhoidajan rooli sydäninfarktipotilaan masennuksen tunnistamisessa ja hoidossa

Tutkimusten mukaan masennuksen varhainen tunnistaminen on tärkeää potilaan hoidon kannalta. Masennuksen hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että hoito päästään aloittamaan mahdollisimman pian. (Lind, Tuulio-Henriksson & Autti-Rämö 2011, 3213.) Sairaanhoidajat kokevat masennuksen tunnistamisen kuitenkin haastavaksi hoitotyössä, sillä potilaat eivät yleensä tuo itse esille psyykkisen voimien ongelmia (Kokko 1999, 78). Sairaanhoidajan rooli on merkittävä masentuneen potilaan tunnistamisessa sekä hoidossa. Sairaanhoidaja on usein potilaan hoidossa mukana alusta asti. Sairaanhoidaja voi vaikuttaa siihen, miten tehokkaasti masentuneen potilaan hoito lähtee etenemään. (Haarala, ym. 2010, 7-8.)

Sairaanhoidajan merkitys masennuksen hoidossa on tärkeä. Sairaanhoidajan merkitys potilaan omahoitajana, hoitosuunnitelman laatijana yhdessä potilaan kanssa sekä lääkehoidon toteuttajana sekä potilaan terapeuttisena tukena on laaja. Sairaanhoidajan tehtävä on suunnitella, toteuttaa ja arvioida sydäninfarktipotilaan masennuksen hoitoa. (Pulkkinen & Vesänen 2011.) Sydäninfarktipotilaan masennuksen hoidon suunnittelussa on tärkeää ottaa huomioon potilaan kokonaisvaltainen ja yksilöllinen tilanne. Masennuksen hoidon suunnittelussa sairaanhoidaja

sopii hoidon tavoitteet yhdessä potilaan kanssa. Masennuksen hoidossa sairaanhoitajalla pitää olla tieto potilaan ongelmista ja voimavaroista. (Vuorilehto & Tuulari 2011. 27.)

Masentunut potilas tarvitsee luottamuksellisen hoitosuhteen, jossa sairaanhoitaja paneutuu aidosti potilaan tilanteeseen. Sairaanhoitajan tapa kohdata masentunut potilas luo pohjan hoitosuhteelle. Sairaanhoitajan rooli on vahvistaa masentuneen potilaan toivoa. Tieto ja ymmärrys toivoa vahvistavista hoitotyön menetelmistä ohjaavat sairaanhoitajaa havainnoimaan oikeita asioita potilaassa. Toivoa vahvistavat hoitotyön menetelmiä ovat mm. luottamuksellisen hoitosuhteen rakentaminen potilaan kanssa, potilaskeskeinen työskenteleminen, keskusteleminen potilaan kanssa, potilaan ja läheisten tiedon saannin turvaaminen sekä potilaan omien voimavarojen vahvistaminen. Muita toivoa vahvistavia hoitotyönmenetelmiä ovat mm. potilaan pelkojen vähentäminen, potilaan tukeminen sairauteen ja sen hoitoon sopeutumisessa sekä potilaan sairauden hoitaminen. (Kohonen, Kylmä, Juvakka & Pietilä 2007, 65-73).

Masentuneen potilaan kokema sosiaalinen tuki on oleellista masennuksesta selviytymiselle. Hoitotyössä psykososiaalinen tukeminen tarkoittaa masentuneen potilaan voimavarojen tunnistamista, jotta potilas kykenee selviytymään arjesta ja ymmärtämään itseään. Psykososiaalisen tukemisen muotoja ovat mm. selviytymisen tukeminen, voimavarojen kartoittaminen, tukeminen kriisitilanteissa sekä fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn ylläpitäminen. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 55-57).

7 Tutkimusprosessin eteneminen ja tutkimusmenetelmien valinta

Opinnäytetyön prosessi alkoi tammikuussa 2015 aiheen valinnalla. Aiheen valinta oli haastava, sillä hoitoalalla on tarjolla paljon ajankohtaisia kehitettäviä aiheita. Aihe perustui useiden vuosien takaa aikaisempien hoitotyönopintoihin, jolloin luennoitiin sydänleikkauspotilaiden lisääntyneestä riskistä sairastua masennukseen. Aihe oli tuolloin jo tavattoman mielenkiintoinen, sillä potilaan kokonaisvaltaisuuden huomioiminen on tärkeä periaate hoitotyössä. Opinnäytetyön aihe nostaa esiin sen, että potilaan fyysinen sairaus on tiukasti yhteydessä potilaan psyykkiseen hyvinvointiin ja toisaalta potilaan psyykinen hyvinvointi vaikuttaa myös fyysiseen hyvinvointiin. Aihe on erittäin ajankohtainen ja tarpeellinen, sillä sepelvaltimotautia sekä masennusta sairastavia ihmisiä on Suomessa runsaasti. Teoriasta nousi esiin se, että sydäninfarktipotilaiden masennuksen hoito toteutuu erittäin huonosti tällä hetkellä. Tässä opinnäytetyössä toteutuu yksi luotettavan ja eettisen tutkimuksen haaste, joka on tutkijan henkilökohtainen mielenkiinto tutkittavaan aiheeseen. Toinen laadukkaan tutkimuksen kriteeri on myös tutkimuksen aiheen tarpeellisuus ja ajankohtaisuus ja se toteutuu hyvin tämän opinnäytetyön aiheessa.

Opinnäytetyön aiheanalyysi hyväksyttiin maaliskuussa 2015. Ensimmäinen ohjaustapaaminen oli 24.4.2015 ja opinnäytetyön suunnitelman esittäminen oli ONT-päivässä 22.5.2015. Myös opinnäytetyösopimus tehtiin keväällä (Liite 1). Opinnäytetyön toteutuspaikaksi valikoitui Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin, Seinäjoen keskussairaalan sydänpotilaiden vuodeosasto A32. Maaliskuun alkupuolella alustavasti otettiin yhteys sydäntautien vuodeosaston osastonhoitajaan, joka ohjasi olemaan yhteydessä opetusylihoitajaan. Tutkimussuunnitelma lähetettiin huhtikuun lopussa opetusylihoitajalle, joka hyväksyi tutkimussuunnitelman kesäkuun alussa. Sopimus opinnäytetyöstä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kanssa tehtiin keväällä 2015 (Liite 2). Sairaanhoitopiirin keskushallinnon viranhaltijapäätöksellä myönnettiin lupa opinnäytetyön tekemiseen kesäkuun alussa (Liite 3). Kesäkuussa ennen varsinaisia haastatteluja oli alustava tutustumiskäynti sydänpotilaiden vuodeosastolla, joka helpotti muodostamaan käsitystä tutkittavasta kohteesta. Sairaanhoitajien haastattelut toteutettiin kahtena eri päivänä 16.6. ja 23.6. Haastattelut tapahtuivat sydänpotilaiden vuodeosastolla rauhallisessa ympäristössä kahden kesken hoitajien toimistossa ja osastonhoitajan huoneessa. Aineisto litteroitiin kesäkuun aikana ja tulosten kirjoittaminen tapahtui kesäkuun lopussa ja heinäkuun alussa. Tulosten tarkastelu ja pohdinta kirjoitettiin heinäkuun aikana valmiiksi. Syksyllä opinnäytetyö oli esittämiskelpoisessa vaiheessa, jota ennen opinnäytetyö tarkistettiin opinnäytetyön ohjajalla.

Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista menetelmää ja tiedonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua sekä havainnointia. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina, jolloin haastateltavat saivat rauhassa ja anonymisti tuoda esiin ajatuksia tutkittavasta aiheesta. Haastateltavana oli viisi sairaanhoitajaa sydänpotilaiden vuodeosastolta. Seuraavissa kappaleissa esitetään tarkemmin valitut tutkimusmenetelmät, joita ovat kvalitatiivinen menetelmä, yksilöllinen teemahaastattelu sekä sisällön analyysi.

7.1 Laadullinen tutkimus

Tässä opinnäytetyössä käytetään kvalitatiivista eli laadullista menetelmää. Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii ymmärtämään tutkittavan kohteen laatua, ominaisuuksia ja kokonaisvaltaista merkitystä (Lähdesmäki, Hurme, Koskimaa, Mikkola & Himberg 2009). Laadullisessa tutkimuksessa kerätään tietoa asioiden merkityksistä ja ihmisistä ja ympäristöstä. Perusteellisella, hyvin suunnitellulla ja toteutetulla laadullisella tutkimuksella voidaan saada tietoa ja lisätä ymmärrystä ympärillä olevista ilmiöistä, ilmiön luonteesta sekä ilmiöön liittyvistä syy-seuraussuhteista. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Laadullista tutkimusta voidaan toteuttaa monella eri tavalla ja eri keruu menetelmillä, kuten haastattelemalla, havainnoimalla, dokumentteja seuraamalla sekä kertomuksilla (Lähdesmäki, ym. 2009). Kvalitatiivisessa tutkimuksen aineistonkeruumenetelmät korostavat tutkittavien

omia näkökulmia. Tutkittavien määrä voi olla pieni. Laadullisessa tutkimuksessa tärkeää on tutkimusotoksen laatu ja analysointi. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavat valitaan tarkoituksenmukaisesti. (Eskola & Suoranta 2003, 18.) Tähän opinnäytetyöhön valittiin menetelmäksi teemahaastattelu.

7.2 Teemahaastattelu ja yksilöhaastattelu

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Puolistrukturoidussa haastattelussa teemat ja aihepiirit pysyvät samoina eri ihmisiä haastateltaessa, mutta kysymysten järjestystä ja muotoilua voi vaihdella. Teemahaastattelu on keskustelu, jolla on etukäteen päätetty tarkoitus. Teemahaastattelussa keskustelua ohjaa tutkija, jotta keskustelu pysyy tutkimusongelmassa, mutta jättää haastattelun yksityiskohdat vapaiksi. Tutkija esittää avoimia kysymyksiä, joihin ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja. Tutkijan ennakkokäsitysten vaikutus jää pieneksi, kun haastateltava voi vastata vapaasti. Tarkoitus on, että tutkija saa ilmiöstä monipuolisen kuvan. Tutkija voi samalla havainnoida vastaajien oheisviestintää ja käyttäytymistä, jolloin haastattelu antaa syvällisemmän tuloksen verrattuna strukturoituun kyselyyn. Avoimessa haastattelussa haasteena on se, että aineisto on sekava ja työläs analysoida. Teemahaastattelu sopii parhaiten muutamaan henkilön tutkimukseen. (Routio 2005.)

Tämän opinnäytetyön teemahaastatteluun valittiin kolme eri teemaa. Teoreettinen viitekehys sekä tutkimuskysymykset olivat perustana valituille teemoille. Ensimmäinen teema perustui opinnäytetyön päätutkimuskysymykseen, joka oli sydäninfarktipotilaan varhainen masennuksen tunnistaminen potilaan sairaalassaoloaikana. Toinen ja kolmas teema perustuivat alakysymyksiin. Toinen teema oli sydäninfarktipotilaan masennuksen hoito. Kolmas teema oli sairaanhoitajien kehittämistoiveet sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaisessa tunnistamisessa.

Teemahaastattelun kysymysten perusta nousee teoriasta ja pääteemoista (Liite 4). Kysymyksissä selvitettiin aluksi taustatietoja, kuten haastateltavien työkokemusta, mahdollisia lisäkoulutuksia erityisesti masennuksen hoidosta ja sydäntaudeista. Alkukartoituksen ja tutustumisen jälkeen selvitettiin haastattelukysymyksillä haastateltavien ajatuksia sydäninfarktipotilaiden masennuksesta ja siitä kuinka he työssään tunnistivat ja toimivat masennuksen suhteen. Loppukysymykset käsittelivät kehittämistoiveita osastolla, kuten lisäkoulutuksen tarvetta, esimiehen tukea sekä työyhteisön merkitystä masennuksen varhaisessa tunnistamisessa osastolla.

Tähän opinnäytetyöhön valittiin yksilöhaastattelu, joka on yleisimmin käytetty haastattelu-muoto. Haastattelu edellytti haastattelijan hyvää valmistautumista, sillä yksilöhaastattelussa vaaditaan hyviä vuorovaikutustaitoja. Haastateltaville kerrottiin ennen haastattelua anonyy-

miuden säilymisestä sekä pyydettiin kirjallisesti lupa tutkimukseen sekä haastattelujen nauhoittamiseen, jonka haastateltavat allekirjoittivat (Liite 5). Hyvä paikka haastattelulle on haastateltavalle tuttu ja rauhallinen paikka, joka oli osastonhoitajan toimisto ja hoitajien toimisto. Haastattelua suunniteltaessa on hyvä huomioida mm. eettiset asiat, varata tarvittava aika haastattelulle, ennako tiedottaminen, ulkopuoliset häiriötekijät, puhetapa sekä tiedonkeruumenetelmät. Haastattelussa oli kolme vaihetta. Ensimmäinen vaihe oli esivaihe, jonka aikana luotiin luottamusta haastateltavan ja tutkijan välille. Toisena vaiheena oli itse haastattelu, jossa jäsennettiin tutkittavaa ilmiötä. Kolmas vaihe oli haastattelun päättäminen. Haastattelussa on tärkeää osata mm. tehdä yhteenvetoja ja tiivistyksiä, erottaa ydin kohdat ja keskeiset asiat, osata tehdä kuulemastaan päätelmiä ja havainnoida haastateltavan sanatonta viestintää sekä osata arvioida kuulemansa asian luotettavuutta. (Opinnäytetyöpakki, Kajaanin ammattikorkeakoulu 2014.)

7.3 Sisällön analyysi

Tulosten tulkintaan käytettiin sisällön analyysiä, joka on kvalitatiivisen aineiston perusanalyysimenetelmä. Aineiston analyysi aloitettiin litteroinnilla, jolloin haastattelunauhojen materiaali kirjoitettiin tekstiksi. Litterointi tehtiin mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen, kun haastattelutilanteet olivat vielä tuoreessa muistissa. Sisällönanalyysissä käytettiin hyväksi eri tekniikoita, kuten muistiinpanoja, marginaalimerkintöjä, kategorisointia sekä taksonomioiden käyttöä eli luokittelua. Sisällönanalyysissä tulkitaan aineistoja ja samalla kuvataan aineistoja. Sisällönanalyysissä aineisto tiivistetään ja tutkittavasta ilmiötä kuvataan yleistävästi. Sisällön analyysi suoritettiin deduktiivisesti eli teorialähtöisesti, jolloin ensimmäiseksi muodostettiin analyysirunko. Analyysirunko muodostuu teemoista ja teemat nousevat olemassa olevasta teoriasta. Analyysirungon sisälle muodostuu erilaisia luokitteluja, jotka nousevat tutkimuksen aineistosta. Aineistosta kerätään teemoihin kuuluvat asiat ja ulkopuolelle jäävistä asioista voidaan muodostaa uusia luokkia. Aineiston teemoittamista helpottaa, kun litteroidusta tekstistä alleviivaa eri väreillä eri teemoihin sopivia vastauksia. Vastauksista etsitään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia sekä tulkitaan niitä teorian pohjalta. Tulkinnoista tehdään lopuksi johtopäätöksiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 131-137.)

8 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadukkaan tutkimuksen kriteeri on aiheen ajankohtaisuus ja aihe on erittäin ajankohtainen ja tarpeellinen, sillä sepelvaltimotautia sekä masennusta sairastavia ihmisiä on Suomessa runsaasti. Opinnäytetyössä toteutuu luotettavan ja eettisen tutkimuksen yksi tärkeä kriteeri, joka on tutkijan henkilökohtainen mielenkiinto tutkittavaan aiheeseen. Opinnäytetyössä pyrittiin huomioimaan tutkimuksen luotettavuutta jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa, sillä tutkimuksen luotettavuutta on hankala parantaa enää jälkikäteen aineiston keruun ja analyysin

jälkeen. Luotettavuutta tulee tarkastella tutkimuksen eri vaiheissa. Tässä opinnäytetyössä pyrittiin lisäämään tutkimuksen luotettavuutta mm. siten, että tutkijan taitoja kehitettiin ja reflektointia tapahtui jatkuvasti tutkimusmetodeihin liittyvään teoriaan koko tutkimusprosessin aikana. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat monet eri tekijät, kuten tutkijan taidot ja ominaisuudet, aineiston laatu, analyysi sekä tulosten esittäminen. Luotettavuuteen vaikuttaa sisällön analyysissä tehdyn aineiston pelkistäminen, että se kuvaa luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 36.) Tässä tutkimuksessa pyrittiin myös esittämään tulokset selkeästi ja johdonmukaisesti sekä siten, että tulokset kuvaavat tutkittavaa ilmiötä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisäävät dokumentaatio, siirrettävyys, aineiston saturaatio sekä asioiden perustelu. Dokumentaatiolla on huomattava merkitys tutkimuksen luotettavuuteen. Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta lisäsivät tutkimuspäiväkirja, jossa dokumentoitiin mahdollisimman selvästi tutkimuksen eteneminen, metodit ja päätelmät sekä tutkijan hyvä tutustuminen teoriaan, jolloin varmemmin pystyy valitsemaan tutkimukseen sopivimmat tutkimusmenetelmät. Laadullisen tutkimuksen yksi luotettavuuden kriteeri on siirrettävyys eli tutkimustulokset pätevät vastaavanlaisissa tapauksissa. Tutkimuksen hyvä siirrettävyys saadaan, kun tutkimuskohde kuvataan mahdollisimman tarkasti, jolloin tuloksia pystytään soveltamaan. (Kananen 2010, 70-71.)

Myös tutkimuksen uskottavuus lisää luotettavuutta. Uskottavuus tarkoittaa, että tutkija pystyy kuvaamaan tulokset niin tarkasti, että lukija ymmärtää miten analyysi on tehty sekä mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Tämän tutkimuksen luotettavuutta ja arviointia lisää se, että tulosten analyysi varmennetaan haastatteluun osallistuneilla sairaanhoitajilla, jolloin tutkimus on luotettava myös tutkittavan kannalta (Kananen 2010, 70). Haastateltavat sairaanhoitajat arvioivat, että ovat samaa mieltä tutkimuksen tuloksista. Haastateltavat antoivat palautetta myös itse haastattelun onnistumisesta. Haastattelu onnistui haastateltavien mielestä hyvin, koska haastattelu tapahtui rauhallisessa ympäristössä ja kysymykset olivat selkeitä sekä haastattelija toteutti haastattelun hyvin.

Tutkimuksen etiikka on tärkeä osa tieteellistä toimintaa. Tutkimuksen eettisiä vaatimuksia on useita. Seuraavassa tuodaan esiin muutamia tutkimukselle asetettuja vaatimuksia. Älyllisen kiinnostuksen vaatimus tarkoittaa sitä, että tutkija on aidosti kiinnostunut aiheesta. Tunnollisuuden vaatimus tarkoittaa, että tutkijan on perehdyttävä asiaansa, että voi tuoda luotettavaa tietoa tutkimuksestaan. Rehellisyyden vaatimus kieltää vilpin käytön tutkimuksessa. Ihmisarvoa tulee kunnioittaa tutkimusta tehdessä. Myös tutkittavien osallistujien vapaaehtoisuus, tietoinen suostumus sekä anonymiteetti ovat osa eettistä tutkimusta. Tutkimuksessa ei saa käyttää plagiointia eli toisen tekstin suoraa lainaamista ilman lähdeviitteitä. Myös tulos-

ten sepittäminen on epäeettistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172-183.) Nämä edellä mainitut tutkimuksen eettiset vaatimukset toteutuvat tässä opinnäytetyössä. Tämän tutkimuksen eettisyys toteutui niin, että käytettiin selkeitä lähdeviittauksia, lähdeluetteloja sekä tutkimuslupa kysyttiin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä sekä haastateltavilta kysyttiin lupa haastatteluihin ja niiden nauhoittamiseen. Tallennetut nauhoitukset hävitettiin huolella tutkimuksen päätteeksi. Eettisyyttä lisäsi se, että haastateltaville annettiin mahdollisimman paljon etukäteistietoa tutkimuksesta ennen haastatteluja. Myös haastateltavien anonyymius säilyi koko tutkimusprosessin läpi.

9 Tulokset

Haastattelut toteutettiin Etelä-Pohjanmaan keskussairaalassa, Seinäjoella, sydänpotilaiden vuodeosastolla, A32. Osasto tarjoaa sydän- ja munuaispotilaille erikoissairaanhoidon. Osaston henkilökunta koostuu osaston lääkäristä, sisätautien erikoislääkäristä, 2-3 erikoistuvasta lääkäristä, osastonhoitajasta, apulaisosastonhoitajasta, 14 sairaanhoitajasta, lääkehoitajasta, viidestä perushoitajasta ja kahdesta osastosihteeristä. Osastolla on 37 potilaspaikkaa.

Haastatteluihin osallistui viisi sairaanhoitajaa. Sairanhoitajat olivat naisia ja iältään 28-, 53-, 62- sekä kaksi 36-vuotiasta. Kolmella haastateltavista oli ennen sairaanhoitajan tutkintoa lähihoitajan tutkinto sekä kahdella apuhoitajakoulutus. Yhdellä sairaanhoitajista oli lisäksi ylempi AMK-tutkinto ja toisella terveydenhoitaja tutkinto. Työkokemus haastateltavilla oli moninainen, mm. sisätaudeista ja akuuttihoidosta. Sydäntautipotilaiden parissa haastateltavat olivat työskennelleet vaihtelevasti, nuorin sairaanhoitaja oli ollut pari vuotta töissä sydäntautipotilaiden kanssa ja enimmillään kokemusta oli kertynyt jopa 30 vuotta. Kellään haastateltavista ei ollut erityisesti työkokemusta psykiatrisen hoitotyön puolelta. Kokemusta psykiatrisesta hoitotyöstä oli opiskeluaikojen työharjoittelujaksoilta. Psykkisen hoitotyön lisäkoulutuksia ei pääsääntöisesti haastateltavilla ollut. Yhdellä haastateltavista oli NLP-koulutus. Haastateltavilla oli sydänsairauksien hoidosta lisäkoulutusta.

Tulokset jaotellaan tässä opinnäytetyössä kolmeen pääluokkaan. Ensimmäinen pääluokka on sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaista tunnistamista tukevat tekijät. Toinen pääluokka on sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaista hoitoa tukevat tekijät. Kolmannessa pääluokassa esitellään esteitä sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaisessa tunnistamisessa ja hoidossa sekä sairaanhoitajien kehittämistoiveita. Nämä kolme pääluokkaa jaotellaan alaluokkiin. Tulossuudessa jäljempänä esitellään ja havainnollistetaan tulosten luokittelua taulukkojen avulla.

9.1 Sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaista tunnistamista tukevat tekijät

Haastattelun vastauksista ilmenee useita tekijöitä, jotka tukevat sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaista tunnistamista sydänpotilaiden vuodeosastolla. Tekijöitä ovat sairaanhoitajien tietous sydäninfarktipotilaiden masennuksen oireista sekä riskipotilaista. Masennuksen tunnistamista edesauttavat sairaanhoitajien eettinen sensitiivisyys sekä se, että sairaanhoitajat ovat lähimpänä potilasta moniammatillisesta tiimistä, jolloin sairaanhoitajat ovat avainasemassa masennuksen tunnistamisessa. Avoimet keskustelut potilaan ja omaisten kanssa auttavat masennuksen tunnistamisessa. Sairaanhoitajien mielestä masennuksen varhainen tunnistaminen on erityisen tärkeää potilaan kokonaisvaltaisen hoidon onnistumisen kannalta. Myös hiljattain osastolla käyttöönotettu yksilövastuisen hoitotyönmallin sairaanhoitajat kokevat masennuksen tunnistamista edistäväksi tekijäksi. Edempänä (Taulukko 1) esitetään myös koottuna masennuksen varhaista tunnistamista tukevat tekijät sydänpotilaiden vuodeosastolla.

Sairaanhoitajien tietous sydäninfarktipotilaiden masennuksen oireista edistää masennuksen tunnistamista sydänpotilaiden vuodeosastolla. Sairaanhoitajien mielestä sydäninfarktipotilaiden masennuksen oireet ovat moninaiset. Oireita ovat potilaan itkuisuus, puhumattomuus, saamattomuus, unettomuus ja ruokahaluttomuus. Toisaalta joskus potilaan masentuneisuus saattaa näkyä myös yliaktiivisuutena. Masentuneella potilaalla ilmenee pelkoja, ahdistuneisuutta, psykosomaattista oireilua, kipuilua ja potilaat eivät halua olla yksin, joten he käyttävät runsaasti kutsukelloa. Masentuminen saattaa ilmetä myös siten, että potilas on sulkeutunut ja toistaa samoja asioita sekä potilas näkee tulevaisuuden toivottamana, eikä usko itseensä.

”Nehän on pelokkaita, voi olla ruokahaluttomuutta, välinpitämättömyyttä, tai sitten ne reagoi kipuilemalla herkemmin, niillä voi olla erilaisia muitakin vaivoja, sitten ne voi olla sulkeutuvia, tai sitten ne voi puhua pälpättää kaikista asioista ja olla semmosia ettei täs ny mitään oo.”

Sairaanhoitajien tietous sydäninfarktipotilaan masennuksen riskitekijöistä tukee masennuksen varhaista tunnistamista. Vastauksista ilmenee, että sairaanhoitajat pitävät masennukselle taipuvaisempina potilaita, joilla on sydäninfarktin lisäksi elämässä muitakin kuormittavia tekijöitä. Vastauksista ilmenee käsitys siitä, että sydäninfarktia harvoin pidetään ainoana tekijänä masennuksen syntymiselle vaan potilaalla täytyy olla muitakin kuormittavia asioita. Joissain vastauksissa tuodaan esiin kuitenkin se, että varsinkin nuoremmille potilaille myös pelkkä sydäninfarkti saattaa olla riittävä tekijä masennuksen syntymiseen. Riskitekijöinä sairaanhoitajat pitävät aikaisempia sydäninfarkteja, sydäninfarktin vaikeusastetta, aikaisempaa masennusta, avio-liitto-ongelmia sekä perheongelmia. Sairaanhoitajat kokevat, että tällaisilla riskiryhmän potilailla masennus näkyy jo akuuttivaiheessa eli osastohoidon aikana, mutta muilla potilailla masennus saattaa näkyä vasta myöhemmässä vaiheessa, kuten kotona.

”...tai sitten jos tauti uusii niin sitten sen (masennuksen) kyllä näkee. Viime viikolla oli potilas, jolla oli kolmas infarkti viiden vuoden sisällä niin kyllä siitä näki, että se jaksaminen sen asian kanssa oli vähän vaikeaa.”

Sairaanhoitajien eettinen sensitiivisyys edesauttaa masennuksen varhaista tunnistamista. Vastauksissa tuodaan runsaasti esiin sairaanhoitajien oman aistimuksen ja tuntemuksen merkitystä potilaan masennuksen tunnistamisessa. Sairaanhoitajat kuvaavat masennuksen tunnistamista myös rivien välistä lukemisena sekä hoitajan tuntosarvien käyttönä ja kykynä tulkita potilaan käyttäytymistä ja potilaan kehonkielen lukemisena. Tunnistamisessa tarvitaan myös ymmärrystä ja empatiaa.

”...ja oleellinen asia on oma aistimus ja epäily.”

”...ja sitten niistä omistakin tuntemuksista kannattaa puhua, että uskon siihen, että me huomataan sellaisia asioita, että jos itselle tulee sellainen aistimus, ettei kaikki ole kunnossa.”

Sairaanhoitajien vuorovaikutus potilaiden ja omaisten kanssa tukee masennuksen varhaista tunnistamista. Sairaanhoitajat pitävät tärkeänä masennuksen tunnistamisessa sitä, että potilaita kuunnellaan, annetaan aikaa sekä pysähdytään hetkeksi olemaan potilaiden kanssa. Sairaanhoitajat pitävät hyvänä keinona kysyä suoraan potilaan vointia, esimerkiksi, kuinka potilas on saanut nukuttua ja kuinka potilas jaksaa. Sairaanhoitajat myös seuraavat potilaan ulkoista olemusta ja käyttäytymistä keskustellessaan potilaiden kanssa.

”Se on kyllä se avoin keskustelu, se on tärkein asia. Pysähtyminen.”

Masennuksen varhaista tunnistamista tukee se, että sairaanhoitajat ovat lähimpänä potilasta moniammatillisessa tiimissä. Hoitajat viettävät enemmän aikaa potilaiden kanssa ja potilaat kertovat ensisijaisesti hoitajille masennuksestaan. Sairaanhoitajat kokevat, että lääkärin hoitokontakti on usein liian nopea masennuksen tunnistamiseen. Sairaanhoitajat ovat potilaiden asiamiehiä ja asioiden eteenpäin viejiä tunnistettaessa potilaiden masennusta. Sairaanhoitajat kertovat ensisijaisesti epäilyksensä potilaan masennuksesta osaston lääkärille, joka arvioi potilaan tilaa tarkemmin. Myös fysioterapeutit ja lähihoitajat nähdään erittäin tärkeinä tunnistettaessa potilaiden masennusta. Masennuksen tunnistamisen avuksi saatetaan myös konsultoida sairaalapsykiatrian puolen hoitajia tai lääkäreitä.

”...hoitaja voi aina vinkata lääkärille ja sitä kautta se asia lähtee rullaamaan eteenpäin. Hoitaja on aina potilaan asiamies. Hoitaja on enemmän lähimpänä, lääkäri käy nopeasti kierrolla, eikä pysty sitä huomaamaan ja yleensä potilas vielä tsemppaa lääkärille ihan eri lailla.”

Yksilövastuinen hoitotyö tukee masennuksen varhaista tunnistamista. Osastolla on otettu hiljattain käyttöön yksilövastuisen hoitotyön malli. Sairaanhoitajat kokevat hyväksi, kun on vähemmän potilaita hoitajaa kohden. Yksilövastuinen hoitotyönmalli mahdollistaa, että hoitajilla on enemmän aikaa potilaille. Yksilövastuinen hoitotyönmalli tukee luottamuksellisen hoitosuhteen luomista potilaaseen. Vastausten mukaan hoitotyö on vähemmän tehtäväkeskeistä ja nyt on mahdollisuus keskittyä enemmän potilaaseen. Hoitajille kuuluvat saman potilaan asioiden hoito alusta loppuun potilaan ollessa osastolla. Yksilövastuinen hoitotyö mahdollistaa paremmin keskustelut potilaan ja omaisten kanssa.

”Tää yksilövastuinen hoitotyö auttaa tunnistamaan, kun on vähempi potilaita, on se kanssakäyminen tiuhempaa. On selvillä siitä potilaasta paremmin kuin mistään muista ja pystyt paneutumaan ja oot omaistenkin kanssa tekemisiä enemmänkin, pitää yhteyttä omaisiin, se on siinä mieles helpompaa. Ensin, kun se tuli niin sitä oli vähä, että miten täs ny mennään, mut nyt, kun se on täs ollu, kun sulla on vaan ne potilaat niin se on jotenkin mielekästäkin. Mä vaan hoidan niitä, vaikka ne muuttuis useinkin...”

Sairaanhoitajien näkemys masennuksen varhaisen tunnistamisen hyödyistä edesauttaa masennuksen tunnistamista. Sairaanhoitajat ovat sitä mieltä, että sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaisesta tunnistamisesta on erittäin paljon hyötyä ja he näkevät sen osana kokonaisvaltaista hoitotyötä. Masennuksen tunnistamisen ajatellaan tukevan potilaan fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia, kotona jaksamista sekä nopeampaa toipumista sydäninfarktista. Masennuksen tunnistamisen ja hoidon nähdään olevan edellytys potilaan itsehoidon ja lääkehoidon onnistumisen kannalta sekä terveystavoitteiden saavuttamiselle.

”Tietysti ajattelee, että se toipuminen on nopeampaa, kun se (masennus) huomioidaan ajoissa, sitten kaikki nää, mitkä liittyy siihen lääkitykset, ohjaukset, muut niin varmasti menee paremmin sitten perille...”

Sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaista tunnistamista tukevat tekijät sydänpotilaiden vuodeosastolla:

<p>1.) Sairaanhoidajien tietous sydäninfarktipotilaan masennuksen oireista</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moninaiset oireet - Itkuisuus, puhumattomuus, saamattomuus, unettomuus, ruokahaluttomuus, yliaktiivisuus, pelot, kivut, psykosomaattiset oireet, sulkeutuneisuus, toivottomuus, heikko itsetunto
<p>2.) Sairaanhoidajien tietous sydäninfarktipotilaan masennuksen riskitekijöistä</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muut kuormittavat tekijät elämässä - Sydäninfarkti voi olla myös ainoa laukaiseva tekijä - Aikaisemmat sydäninfarktit ja masennukset - Avioliitto- ja perheongelmat
<p>3.) Sairaanhoidajien eettinen sensitiivisyys tunnistettaessa masennusta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oma aistimus ja tuntemus - Rivien välistä lukeminen - Kyky tulkita potilaan käytöstä ja kehonkieltä - Ymmärrys ja empatia
<p>4.) Sairaanhoidajien vuorovaikutus potilaan ja omaisten kanssa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avoimet keskustelut - Kuuntelu - Antaa aikaa - Pysähtyminen potilaan luona - Suorat kysymykset voinnista esim. nukkumisesta - Potilaan ulkoisen olemuksen seuraaminen
<p>5.) Sairaanhoidajat lähimpänä potilasta moniammatillisessa tiimissä</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoitajat viettävät enemmän aikaa potilaiden kanssa - Potilaat kertovat hoitajille ensisijaisesti masennuksesta - Lääkärin hoitokontakti usein nopea - Hoitaja vie eteenpäin esim. lääkärille potilaiden asioita - Myös fysioterapeutit ja lähihoitajat tärkeitä - Psykiatrian puolen konsultointi
<p>6.) Yksilövastuisen hoitotyö</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vähemmän potilaita hoitajaa kohden - Enemmän aikaa potilaille - Hoitotyö vähemmän tehtäväkeskeistä - Saman potilaan hoito alusta loppuun asti osastolla - Mahdollistaa paremmin keskusteluihin potilaiden ja omaisten kanssa
<p>7.) Sairaanhoidajien näkemys masennuksen varhaisen tunnistamisen hyödyistä</p> <ul style="list-style-type: none"> - Osa kokonaisvaltaista hoitotyötä - Tukee potilaan fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia - Tukee kotona jaksamista - Nopeampi toipuminen sydäninfarktista - Edellytys itsehoidon, lääkkehoidon ja terveystavoitteiden onnistumiselle

Taulukko 1: Sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaista tunnistamista tukevat tekijät.

9.2 Sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaista hoitoa tukevat tekijät

Vastausten perusteella ilmenee, että sairaanhoitajien tunnistettaessa masennus, he pyrkivät hoitamaan masentunutta sydäninfarktipotilasta kokonaisvaltaisella periaatteella jo osastohoidon aikana, johon kuuluvat potilaan psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tukeminen. Lääkehoitoa ei pidetä ensisijaisena masennuksen hoitokeinona. Sairaanhoitajat kokevat olevansa potilaan asiamiehiä moniammatillisessa tiimissä, jossa suunnitellaan potilaan hoitoa. Sairaanhoitajat keskustelevat yhdessä potilaan kanssa potilaan mahdollisista jatkohoitopaikoista. Edempänä (Taulukko 2) esitetään myös koottuna sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaista hoitoa tukevat tekijät.

Se, että sairaanhoitaja tukee masentuneen potilaan psyykkistä hyvinvointia edistää masennuksen varhaista hoitoa sydänpotilaiden vuodeosastolla. Sairaanhoitajat kokevat potilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseen kuuluvan aidon läsnäolon ja pysähtymisen potilaan kohdalla. Potilaalle on myös annettava tarpeeksi aikaa. Potilaan psyykkistä hyvinvointia voi tukea sairaanhoitajien mielestä tiedollisella tuella eli masennuksesta ja sydänsairaudesta on tärkeä antaa oikeanlaista tietoa riittävästi potilaalle. Riittävä määrä oikeanlaista tietoa estää sen, etteivät väärät mielikuvat estä toipumista sekä potilaalla on oikeanlainen mielikuva sairauksista ja niiden hoidosta. Tietoa halutaan antaa masennuksesta toipumisesta, hoidosta sekä masennuksen vaikutuksesta potilaan toipumiseen. Potilaan kannustaminen ja toivon luominen sekä motivointi koetaan masennuksen hoitokeinoina. Vastauksissa ilmenee, että sairaanhoitajan käyttäytymisellä, puheilla ja asenteella on merkitystä potilaan masennuksen hoidossa. Psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseen sairaanhoitajat käyttävät keskusteluja potilaan kanssa ja potilaan kuuntelemista. Myös huolenpito koetaan osana potilaan masennuksen hoitoa.

”Tukea juuri siinä, että ymmärtää että tämä sydäninfarktista voi toipua ja ymmärtää mitenkä tämä masennus voi estää sitä toipumista, että ymmärtäisi sitten sen masennuksenkin hoidon tärkeyden.”

”Se on tärkeää tälle ihmiselle, että hänelle jää semmonen, että hän tästä toipuu ja pystyy vielä. Ja toivo pitää aina antaa.”

Se, että sairaanhoitaja tukee masentuneen potilaan sosiaalista hyvinvointia, edistää se samalla masennuksen varhaista hoitoa sydänpotilaiden vuodeosastolla. Sosiaalisen hyvinvoinnin tukemisessa tärkeiksi asioiksi nousevat potilaan läheisten mukaan ottaminen hoitoon jo osastohoidon aikana. Läheisiksi ajatellaan potilaan perhe, kuten puoliso ja lapset sekä muut läheiset. Sairaanhoitajat kokevat, että potilaan läheisille on tärkeää antaa oikeanlaista tietoa masennuksesta ja sen hoidosta, että läheiset voivat paremmin osallistua potilaan hoitoon osas-

tolla olon aikana, mutta erityisesti kotiutettaessa. Läheiset nähdään voimavarana potilaan hoidossa ja läheisten tukeminen nähdään osana potilaan masennuksen hoitoa.

”Mun mielestä se perhe on siinä aika suuri voimavara.”

Sairaanhoitajien näkökulma masennuksen lääkehoidon merkityksestä edistää masennuksen varhaista hoitoa sydänpotilaiden osastolla. Sairaanhoitajat eivät pidä vastausten perusteella tärkeimpänä hoitokeinona masennuslääkityksen aloittamista, vaan sitä, että oireiden sijaan hoidetaan syitä miksi potilas on masentunut. Masennuslääkitystä pidetään yhtenä hoitokeinona, mutta ei tärkeimpänä hoitona. Useimmat sairaanhoitaja korostavat muiden hoitokeinoja merkitystä ja vain yhdessä sairaanhoitajan vastauksessa ilmenee, että masennuslääkitys on ainoa vaihtoehto, jota osastolla voidaan tarjota masennuksen hoidoksi.

”...Suurin osahan sydäninfarktipotilaista, joilla on masennusta ei aloiteta mitään lääkitystä, vaan heitä hoidetaan lähinnä tällaisilla ei-lääkkeellisillä hoidoilla”

Masennuksen varhaista hoitoa tukee se, että sairaanhoitaja on potilaan asiamies moniammatillisessa tiimissä sekä hoitoon ohjauksessa. Sairaanhoitajat lähtevät järjestämään potilaan hoitoon ohjausta moniammatillisesti. Sairaanhoitajat keskustelevat potilaan mahdollisesta masennuksen hoidosta ja hoitoon ohjauksesta osaston lääkärin kanssa, jonka kautta hoitopolku lähtee eteenpäin. Masennuksen hoitoon ja jatkohoidon suunnitteluun kuuluvat hoitajien lisäksi, osaston lääkäri, psykiatri, psykiatrinen sairaanhoitaja ja psykologi. Sairaanhoitajat kokevat myös osaston sydänhoitajan, fysioterapeuttien sekä leikattujen kuntoutusohjaajan olevan tärkeitä hoidettaessa sydäninfarktipotilaan masennusta.

”...hakee lisäapua, jos ei itse pysty, siten huomataan asioita ja haetaan lisää tietoa, kysytään lääkäreiltä, mahdollista psykiatrian konsultaatiota, mutta rooli on se, että me ei tehdä täällä päätöksiä, että mitä tehdään.”

Masennuksen varhaista hoitoa tukee se, että sairaanhoitaja on suunnittelemassa potilaan jatkohoitoa ja toteuttamassa tiedonsiirtoa. Sairaanhoitajat kokevat tärkeänä potilaan masennuksen jatkohoidon merkityksen osastohoidon jälkeen. Sairaanhoitajat kokevat itsensä tärkeinä tunnistettaessa potilaan masennusta. Hoitajat kokevat tehtäväkseen olla ohjaamassa potilaita hoitoon osastohoidon jälkeen. Sairaanhoitajien vastausten perusteella hoitajat keskustelevat potilaiden kanssa yhdessä mahdollisista jatkohoitomahdollisuuksista, joita ovat mm. työterveyshuolto, terveyskeskusten sydänhoitajat ja mielenterveyshoitajat, mielenterveystoimistot sekä sairaalan sydänhoitaja. Hoidon jatkuvuuden kannalta vastauksissa tuli esiin tiedon siirtymisen potilaan tilanteesta ja psyykkisestä voinnista. Tiedon siirtoon masennuksen hoidossa kuuluivat kirjaaminen potilaan voinnista sekä suullinen raportointi.

”Jatkumo kuitenkin, joku haluaa mennä työterveyshuoltoon kontrolliin, siellähän sitten on jatkumo. Informaatiota pitäisi laittaa ja me kirjataankin tuonne. Olenkin yrittänyt sanoa sitä tuolla, että terveyskeskushenkilötkin tietää että ollaan kirjattu...”

Sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaista hoitoa tukevat tekijät sydänpotilaiden vuodeosastolla:
<p>1.) Sairaanhoitajat tukevat masentuneen potilaan psyykkistä hyvinvointia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aito läsnäolo ja pysähtyminen - Ajan antaminen potilaalle - Tiedollinen tuki (riittävästi oikeanlaista tietoa sydänsairauksista ja masennuksesta) - Kannustaminen ja motivointi - Toivon luominen - Sairaanhoitajan käyttäytymisellä, asenteella ja puheilla merkitystä - Keskustelut - Kuunteleminen - Huolenpito
<p>2.) Sairaanhoitajat tukevat masentuneen potilaan sosiaalista hyvinvointia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Läheisten mukaan ottamien hoitoon jo osastolla - Oikeanlaisen tiedon tarjoaminen masennuksesta läheisille - Läheiset mukana hoidossa osastolla ja erityisesti kotiutuessa - Läheiset nähdään potilaan voimavarana
<p>3.) Lääkehoidon merkitys masennuksen hoidossa sairaanhoitajien näkökulmasta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oireiden sijaan pitäisi hoitaa masennuksen syitä - Masennuksen lääkehoitoa ei ensisijainen hoitokeino - Lääkehoito on yksihoitokeino, mutta ei tärkein - Muiden hoitokeinojen tärkeys
<p>4.) Sairaanhoitajat potilaan asiamiehinä moniammatillisessa tiimissä ja hoitoon ohjauksessa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sairaanhoitajat keskustelevat lääkärin kanssa potilaan masennuksesta - Hoidon suunnittelussa mukana lääkäri, psykiatri, psykiatrinen sairaanhoitaja ja psykologi - Osaston sydänhoitajan, fysioterapeuttien ja kuntoutusohjaajan merkitys tärkeä
<p>5.) Sairaanhoitajat osana potilaan jatkohoidon suunnittelussa ja tiedonsiirrossa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tärkeä masennuksen jatkohoito osastohoidon jälkeen - Kokevat tehtäväkseen ohjata jatkohoitoon osastohoidon jälkeen - Potilaan kanssa keskustellaan jatkohoitomahdollisuuksista - Jatkohoitopaikkoja ovat mm. työterveyshuolto, sydänhoitajat, mielenterveyshoitajat ja mielenterveystoimistot. - Tärkeää hoidon jatkuvuudessa, että tieto potilaan psyykkisestä voinnista siirtyy eteenpäin - Kirjaaminen ja suullinen raportointi osa tiedon siirtoa

Taulukko 2: Sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaista hoitoa tukevat tekijät.

9.3 Esteitä ja kehittämistoiveita masennuksen tunnistamiseen ja hoitoon

Sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaiselle tunnistamiselle ja hoidolle esteitä ovat osaston toimenkuva akuuttihoiton osastona, joka vaikuttaa mm. potilaiden nopeaan vaihtuvuuteen. Resursseista johtuvat esteitä ovat mm. ajan vähyys ja työn organisointi. Esteitä ovat potilasta ja hoitajista johtuvat tekijät. Sairaanhoidajien mielestä kirjaamista potilaiden psyykkisestä voinnista on liian vähän, masennusseuloja osastolla ei käytetä eikä osastolla ole rauhallista tilaa keskustella potilaan kanssa. Sairaanhoidajat toivovat lisäkoulutusta masennuksesta. Edempänä (Taulukko 3) esitetään myös koottuna esteitä ja kehittämistoiveita sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaiselle tunnistamiselle ja hoidolle.

Osaston toimenkuva ja resurssit luovat esteitä masennuksen varhaiselle tunnistamiselle ja hoidolle. Sydäntautien vuodeosaston lyhyt hoitoaika, joka on muutamia päiviä, suuret potilasmäärät ja potilaiden vaihtuvuus koetaan esteinä masennuksen tunnistamiselle ja hoidolle. Jokaisessa vastauksessa tuodaan esiin ajan vähyys tunnistaa ja hoitaa masennusta. Myös työn organisointi, työnkuvien muutokset sekä työntekijöiden stressi ja kuormittuminen tuodaan esiin esteinä masennuksen tunnistamiselle ja hoidolle.

”...ajan vähyys, potilaat on meillä hirmu lyhyitä jaksoja ja meillä on hirmu suuri vaihtuvuus ja potilasmääriä on aika paljon osastoilla. Aika hankala keskittyä tiukasti yhteen potilaaseen.”

Potilaista johtuvat tekijät luovat esteitä masennuksen varhaiselle tunnistamiselle ja hoidolle. Vastauksista ilmenee, että masennuksen varhaista tunnistamista estävät sulkeutuneet ja puhumattomat potilaat. Potilaat saattavat myös yrittää peittää ongelmia. Vaikea kontaktin luominen potilaaseen estää varhaista masennuksen tunnistamista.

”Jos potilas ei halua kertoa. Potilas voi näytellä että kaikki on hyvin. Kyllä ne osaa peittää niinku kaikki ihmiset, että pystyy peittelemään ettei ne asiat näy...”

Esteitä masennuksen varhaiselle tunnistamiselle ja hoidolle luovat myös tekijät sairaanhoidajissa ja työyhteisössä. Sairaanhoidajien vastauksista tulee esiin, että osa kokee, ettei heidän ammattitaitonsa riitä tunnistamaan ja hoitamaan masennusta. Osassa vastauksissa tuodaan esiin, ettei sydänpotilaiden osasto ole oikea paikka masennuksen tunnistamiselle ja hoidolle. Vastauksista ilmenee, että sydäninfarktipotilaiden masennusta on olemassa, mutta siitä ei puhuta osastolla. Useammassa vastauksissa kerrotaan, että potilaiden psyykkisestä voinnista pitäisi kirjata enemmän, mutta sitä ei kuitenkaan tehdä osastolla tarpeeksi.

”Mutta ei meillä ole resursseja eikä meillä ole ammattitaitoa hoitaa...”

”Tää (masennus) on ehkä semmonen aihe mikä on olemas, mut siitä ei kauheesti puhuta.”

”Sitähän (kirjaamista psyykkisestä voinnista) pitäis varmaan enempi, sehän on semmone asia, että se tahtoo jäädä tällä fyysisellä puolella, kyllähän se kirjataankin sinne, mutta ei riittävästi, se on semmosta rivien välistä lukemista, että pitäis kyllä enempi kirjata”

Sairaanhoitajat toivovat lisää koulutusta sydäninfarktipotilaiden masennuksesta. Lisäkoulutuksissa pääsääntöisesti keskitytään sydänsairauksien fyysiseen hoitoon. Psyykkisen hyvinvoinnin tukemisesta on koulutuksissa useimmiten erittäin vähän tai ei ollenkaan tarjolla. Yksi hoitaja on sitä mieltä, että lisäkoulutuksissa on jonkin verran psyykkisen puolen koulutusta tarjolla ja yksi hoitaja on ollut tyytyväinen NLP-koulutuksesta saamaansa hyötyyn. Hoitajat toivovat enemmän koulutusta psyykkisen hyvinvoinnin tukemisesta. Muutamat hoitajat toivovat lisäkoulutusta masennuksen tunnistamisen keinoista ja muutamat hoitajat toivovat lisäkoulutusta masennuksen hoitamisesta. Hoitajat toivovat tietoa mm. sydäninfarktipotilaan masennuksen psykosomaattisesta oireilusta, jatkohoitomahdollisuuksista sekä masennuksesta yleisesti. Vastauksissa ilmenee, ettei sydäninfarktipotilaiden masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta ole ollut lisäkoulutuksia erityisesti tarjolla, mutta kokevat kuitenkin ehdottomasti tarvitsevansa lisäkoulutusta.

”Sydäntauteihin lähinnä, en psyykkisiin sairauksiin juurikaan mitään. Koulutuksissa melko vähän psyykkistä puolta, vähän sivuttu otsikolla asiaa.”

”Ehkä juuri tästä, että mihinkä potilasta voi ohjata, ehkä masennuksen tunnistamisesta, ja sais jotakin sanoja mitä sitten siinä voisi potilaalta kysyä.”

Esteitä luovat hoitotyön välineiden ja tilojen saatavuus masennuksen tunnistamiseen ja hoitoon. Sairaanhoitajat eivät käytä työssään masennusseuloja masennuksen tunnistamisen apuna ja useimmissa vastauksissa ilmenee, ettei heillä ollut varmaa tietoa onko osastolla olemassa mahdollisuutta käyttää masennusseuloja. Muutamissa vastauksissa ilmenee tarve masennusseulojen käytölle masennuksen tunnistamisessa. Sairaanhoitajat kokevat nykyiset kahden hengen potilashuoneet paremmiksi tunnistettaessa ja hoidettaessa potilaan masennusta verrattaessa entisiin neljän hengen potilashuoneisiin. Kuitenkin hoitajat toivovat rauhallista tilaa, jossa tarvittaessa voisi keskustella potilaan kanssa kahdestaan tai omaisten kanssa. Yksityisyyden puute koetaan esteenä masennuksen tunnistamisessa ja hoidossa.

”Voihan niitä (seulontamenetelmiä) olla, mutta minä en tiedä. Ei oo tietoa.”

”Sekin myös on noissa potilashuoneissa, jos on neljän hengen huone, niin kukapa siellä rupee kertoo, ei uskalla eikä halua. Yhden hengen huoneet tavallaan ovat tärkeitä, jos haluaa yksityisyyttä, mutta, jos oot yksin eikä omaisetkaan käy ja paljon siellä huoneessa oot... Nyt ei kovin isoja oo, että nyt nää kahden hengen huoneet on ihan hyviä.”

”Tietysti tää, että ois semmonen huone jossa vois keskustella potilaan ja omaisten kans...”

Esteitä ja kehittämistoiveita masennuksen varhaiselle tunnistamiselle ja hoidolle sydänpotilaiden vuodeosastolla:
<p>1.) Osaston toimenkuvasta ja resursseista johtuvat tekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lyhyt hoitoaika - Suuret potilasmäärät - Suuri potilaiden vaihtuvuus - Ajan vähyys - Työn organisointi - Työntekijöiden stressi ja kuormittuminen
<p>2.) Potilaista johtuvat tekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sulkeutuneet potilaat - Puhumattomuus - Ongelmien peitteleminen - Vaikeus luoda kontaktia potilaaseen
<p>3.) Hoitajista ja työyhteisöstä johtuvat tekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kokemus ammattitaidon riittämättömyydestä masennuksen hoitoon ja tunnistamiseen - Kokemus osaston sopimattomuudesta masennuksen tunnistamiselle ja hoidolle - Osastolla ei puhuta tarpeeksi masennuksen hoidosta - Psykkisen voinnin kirjaamisen vähyys
<p>4.) Koulutuksen vähyys sydäninfarktipotilaiden masennuksesta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Koulutuksissa keskitytään sydänsairauksien fyysiseen hoitoon - Psykkisen voinnin merkitys vain vähän tai ei ollenkaan esillä koulutuksissa - Hoitajat toivovat enemmän koulutusta psykkisen voinnin tukemisesta - Lisäkoulutusta masennuksen tunnistamisesta ja hoitamisesta - Toivoivat tietoa mm. psykosomaattisesta oireilusta, jatkohoitomahdollisuuksista - Kokivat, että ehdoton tarve lisäkoulutukselle
<p>5.) Välineiden ja tilojen merkitys masennuksen tunnistamisessa ja hoidossa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eivät käytä työssään masennusseuloja - Kaikilla ei varmaa tietoa onko osastolla käytössä masennusseuloja - Kokevat tarvetta seulan käytölle - Toivoivat rauhallista tilaa keskusteluille potilaiden ja omaisten kanssa

Taulukko 3: Esteitä ja kehittämistoiveita sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon

10 Tulosten tarkastelu ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön haastattelun tulokset antoivat hyvin vastauksia opinnäytetyön tutkimustehtäviin. Tulokset vastasivat erittäin hyvin opinnäytetyön pääkysymykseen, jonka tarkoitus oli selvittää sairaanhoitajien keinoja tunnistaa sydäninfarktipotilaan masennus jo sairaalassaoloihana. Tulokset vastasivat hyvin opinnäytetyön alakysymyksiin, joissa haluttiin selvittää sairaanhoitajien keinoja hoitaa masentunutta sydäninfarktipotilasta varhaisessa vaiheessa sekä selvittää sairaanhoitajien kehittämistoiveita sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaisessa tunnistamisessa ja hoidossa.

Tulosten perusteella nousi esiin useita kehittämisehdotuksia sydänpotilaiden vuodeosastolle. Kehittämisehdotuksia käsitellään tarkemmin edempänä. Tulosten tarkasteluosion lopussa tulosten perusteella nousseet kehittämisehdotukset sydänpotilaiden vuodeosastolle esitetään koottuna (Kuvio 1) sekä kehittämisehdotusten vaikutuksen hoitotyölle.

10.1 Tulosten vertailu viitekehukseen

Tuloksissa tuli ilmi tekijöitä, joita tämän opinnäytetyön viitekehys tukee. Näitä tuloksia olivat mm. sairaanhoitajien tietous masennuksen riskitekijöistä ja oireista tukemassa masennuksen varhaista tunnistamista. Viitekehys tuki myös tuloksia, joiden mukaan potilaiden psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tukeminen on osana masennuksen varhaista hoitoa. Nämä tulokset, joita viitekehys tukee, tuodaan tarkemmin esiin edempänä tarkasteluosiossa.

Tuloksissa tuli esiin tekijöitä, joita ei ollut tuotu esiin tämän opinnäytetyön viitekehyksessä. Näille tuloksille haettiin teoriasta viittaukset tarkasteluosioon, tämän opinnäytetyön alkupe räisen viitekehksen ulkopuolelta. Näitä viitekehukseen verrattuna uusia tekijöitä olivat sairaanhoitajien eettinen sensitiivisyys ja näkemykset masennuksen varhaisen tunnistamisen hyödyistä sekä yksilövästuiinen hoitotyö masennuksen tunnistamisen apuna. Viitekehyksessä ei tuotu esiin sitä, että tulosten mukaan masennuksen varhaista hoitoa tukee se, että sairaanhoitaja on potilaan asiamiehenä moniammatillisessa tiimissä. Viitekehyksessä ei löytynyt tuloksissa esiin tulevia masennuksen tunnistamisen ja hoitamisen esteitä, joita olivat osaston toimenkuvasta ja resursseista johtuvat tekijät, hoitajista ja työyhteisöstä johtuvat tekijät mm. sairaanhoitajien kokemus ammattitaidostaan tunnistaa masennus, koulutuksen vähyyys ja rauhallisen tilan merkitys. Tulokset, joita ei tullut esiin tämän opinnäytetyön viitekehyksessä tuodaan tarkemmin esiin edempänä tulosten tarkasteluosiossa.

Tuloksissa ei tullut esiin kaikkia tekijöitä, joita tämän opinnäytetyön viitekehys toi esiin. Tuloksissa ei ilmennyt viitekehksen tekijöitä, joita olivat ne, että sairaanhoitajien pitäisi olla masentuneen sydäninfarktipotilaan kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelija sekä arvioija. Tu-

lokset eivät tuoneet esiin myöskään sairaanhoitajien tietoutta masennuksen, sepelvaltimosairauden ja sydäninfarktin yhteydestä ja vaikutuksista elimistön fyysisiin muutoksiin. Sairaanhoitajien tietous näistä yhteyksistä tukisi masennuksen tunnistamista. Tuloksissa ei ilmene myöskään sitä, onko sairaanhoitajilla tietoutta siitä, että masennus on hyvin yleinen sydäninfarktipotilailla jo sairaalassaolo aikana ja se, että masennuksen ilmaantuvuus nousee vuoden sisällä sydäninfarktin jälkeen reilusti. Tämä tietous edesauttaisi sairaanhoitajia motivoitumaan masennuksen varhaiseen tunnistamiseen.

10.2 Masennuksen varhainen tunnistaminen

Tulosten mukaan sairaanhoitajat käyttivät masennuksen tunnistamiseen tietoutta masennuksen yleisistä oireista ja sairaanhoitajat tunnistivat jonkin verran sydäninfarktipotilaan masennuksen erityispiirteitä. Sairaanhoitajat tunnistivat potilailla depression Käypä hoito-suosituksen (2014) mukaisia masennuksen yleisoireita, joita olivat mm. unettomuus, masentunut mieliala, uupumus, yksinäisyyden kokemus, keskittymisvaikeudet sekä elämän merkityksättömyys. Sairaanhoitajat tunnistivat myös sydäninfarktipotilaan masennuksen erityispiirteitä, joita Haarnin ja Alangon (2005) mukaan ovat mm. voimakas uupuminen, levottomuus ja somaattiset oireet sekä ruokahaluttomuus. Sairaanhoitajien vastauksissa ilmeni, että sydäninfarktipotilaan masennuksesta johtuva levottomuus ilmeni mm. kutsukellon runsaana käyttönä ja yliaktiivisena käytöksenä ja toisaalta uupumus ilmeni potilailla saamattomuutena. Sairaanhoitajat kertoivat, että masennus saattoi ilmetä myös kipuiluna ja muilla somaattisilla oireilla sekä ruokahaluttomuutena. Sydäninfarktipotilaan masennuksen oireisiin liittyy myös alakuloisuus, mielihyvän menetys, voimavarojen väheneminen, itsesyytökset, omanarvontunteen puutos, muistiongelmia, ruokahalun muutokset ja muutokset unessa (Haarni & Alanko 2005, 87). Sairaanhoitajat eivät havainneet potilailla muistiongelmia tai itsesyytöksiä, mutta alakuloisuus ilmeni potilailla itkuisuutena ja puhumattomuutena. Omanarvontunteen puutos sairaanhoitajien mukaan ilmeni potilailla siten, että he eivät uskoneet itseensä ja näkivät tulevaisuutensa toivottomana.

Kehittämissuhteena sydäntautien vuodeosastolle suositellaan tarjoamaan henkilökunnalle lisätietoutta sydäninfarktipotilaiden masennuksen erityispiirteistä, kuten potilaiden psykosomaattisesta oireilusta, koska epätyypilliset ruumiilliset oireet vaikeuttavat sydäninfarktipotilaan masennuksen tunnistamista. Epätyypilliset masennuksen oireet kuten sydämentykytys, rintakipu ja hengenahdistus saattavat helposti sekoittaa sepelvaltimotaudin oireisiin. (Haarni & Alanko 2005, 87.)

Tulosten perusteella masennuksen varhaista tunnistamista tuki se, että sairaanhoitajat osasivat tunnistaa osan riskitekijöistä, jotka lisäävät sydäninfarktipotilaan alttiutta sairastua masennukseen. Riskitekijöinä sairaanhoitajat mainitsivat potilaan aikaisemmat sydäninfarktit,

sydäninfarktin vaikeusasteen, aikaisemmat masennukset, avioliitto-ongelmat sekä perheongelmat. Sairaanhoitajat kokivat, että tällaisilla riskiryhmän potilailla masennus näkyi jo osastohoidon aikana.

Kehittämisehdotuksena sydänpotilaiden vuodeosastolle suositellaan, että hoitohenkilökunnalle tarjotaan riittävästi lisätietoa masennuksen riskitekijöiden tunnistamisesta. Valkamon (2003,31.) mukaan sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaisessa tunnistamisessa on hyödyksi huomioida sydäntautipotilaan masennusalttiutta lisäävät riskitekijät, joita ovat mm. naisukupuoli, naimattomuus, aiempi masennus, stressi, uupumus, aikaisemmin sairastettu sydäninfarkti, yleinen toimintakyky, tupakointi sekä korkea ikä. Kehittämisehdotuksena sydäntautien vuodeosaston henkilökunnan kannattaa keskittyä riskiryhmän potilaisiin, erityisesti yksinasuviin vanhuksiin, joilla on pitkä rintakipuhistoria sekä potilaisiin, joilla on aikaisempia masennuksia. (Valkamo 2003, 90-92 ; Haarni & Alanko 2005, 87-88.)

Sairaanhoitajien eettinen sensitiivisyys tuki hyvin sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaisesta tunnistamista. Vastauksissa tuotiin runsaasti esiin sairaanhoitajien oman aistimuksen ja tuntemuksien merkitystä potilaan masennuksen tunnistamisessa. Sairaanhoitajat kuvasivat masennuksen tunnistamista kykynä tulkita ja aistia potilaan käyttäytymistä ja kykynä ”lukea” potilaan kehonkieltä. Masennuksen tunnistamisessa sairaanhoitajat käyttivät myös ymmärrystä ja empatiaa. Hoitajien kannattaa käyttää jatkossakin henkilökohtaisia ammatillisia ominaisuuksiaan, kuten eettistä herkkyyttä tunnistettaessa potilaiden masennusta. Haho (2013.) tuokin esiin, että sairaanhoitajien eettinen herkkyys on osa sairaanhoitajien taitoa tunnistaa potilaiden tunteita ja potilaiden asioille antamia merkityksiä, joita ovat esimerkiksi potilaan masentuneisuus ja pelot.

Tulosten mukaan sairaanhoitajat hyödynsivät masennuksen tunnistamisessa avoimia keskusteluja potilaan omaisten kanssa sekä potilaan kanssa. Sairaanhoitajat pitivät tärkeänä masennuksen tunnistamisessa sitä, että potilaita kuunnellaan, annetaan aikaa sekä pysähdytään hetkeksi olemaan potilaiden kanssa. Sairaanhoitajat pitivät hyvänä keinona kysyä suoraan potilaan vointia, esimerkiksi, kuinka potilas on saanut nukuttua ja kuinka potilas jaksaa. Sairaanhoitajat myös seurasivat potilaan ulkoista olemusta ja käyttäytymistä keskustellessaan potilaan kanssa. Sydäntautien vuodeosaston sairaanhoitajien kannattaa jatkaa ja panostaa tähän hienoon jo olemassa olevaan tapaan antaa potilaille aikaa keskusteluihin, sillä sairaanhoitajan tapa kohdata masentunut potilas luo erittäin tärkeän pohjan hoitosuhteelle. Masennusta tunnistettaessa tarvitaan luottamuksellisen hoitosuhde, jossa sairaanhoitaja on aidosti kiinnostunut potilaan tilanteesta (Kohonen, Kylmä, Juvakka & Pietilä 2007, 65-73).

Tuloksissa ilmeni, että sairaanhoitaja on usein lähempänä potilasta, kuin esim. lääkärit, jolloin sairaanhoitajat ovat avainasemassa tunnistettaessa potilaan masennusta. Hoitajat vietti-

vät enemmän aikaa potilaiden kanssa ja potilaat kertoivat ensisijaisesti hoitajille masennuksesta. Sairaanhoitajat kokivat, että lääkärin hoitokontakti on usein nopea. Sairaanhoitajat sanoivat olevansa potilaiden asiamiehiä ja asioiden eteenpäin viejiä. Sairaanhoitajat kertoivat epäilyksensä potilaan masennuksesta osaston lääkärille, joka arvioi potilaan tilaa tarkemmin. Myös fysioterapeutit ja lähihoitajat nähtiin tärkeinä tunnistettaessa potilaan masennusta. Masennuksen tunnistamisen avuksi saatettiin myös konsultoida sairaalapsykiatrian puolen hoitajia tai lääkäreitä. Sairaanhoitajan rooli onkin merkittävä potilaan masennuksen tunnistamisessa sekä hoidossa, sillä sairaanhoitaja on usein potilaan hoidossa mukana alusta asti. Sairaanhoitaja voi vaikuttaa siihen, miten tehokkaasti masentuneen potilaan hoito lähtee etene-mään. (Haarala, ym. 2010, 7-8.)

Psyykkisten sairauksien hoidossa yksilövastuinen hoitotyö on ollut aina keskeisessä asemassa. Yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajuus liittyvät läheisesti toisiinsa. Omahoitajalla on kokonaisvastuu potilaan hoitotyön suunnittelusta ja toteutuksesta potilaan koko hoitajakson ajan. Yksilövastuisen hoitotyön periaatteet ovat hoitotyöntekijöiden vastuullisuus, autonomia, koordinointi, kokonaisvaltaisuus ja yksilöllinen sekä potilaslähtöinen hoito. Hoitosuhde perustuu hoitajan ja potilaan väliseen yhteistyöhön, omahoitajasuhteeseen, jonka ulottuvuuksia ovat luottamus, välittäminen, empatia ja huolenpito. (Sainola-Rodriguez K, N. Kekkonen ja T. Pöppönen, 2007, 25.) Tuloksissa ilmeni, että sairaanhoitajat kokivat yksilövastuinen hoitotyön mallin tukevan masennuksen tunnistamista ja hoitoon ohjausta. Sairaanhoitajat kokivat, että hoitajilla on enemmän aikaa potilaille, joka tukee luottamuksellisen hoitosuhteen luomista potilaaseen. Vastausten mukaan hoitotyö oli vähemmän tehtäväkeskeistä ja nyt oli mahdollisuus keskittyä enemmän potilaan ja omaisten kanssa keskusteluihin. Hoitajille kuului saman potilaan asioiden hoito alusta loppuun potilaan ollessa osastolla.

Tuloksissa sairaanhoitajien myönteinen näkemys sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaisen tunnistamisen hyödyistä edesauttoi masennuksen tunnistamista sydäntautien vuodeosastolla. Sydäninfarktipotilaiden masennuksen varhainen tunnistaminen on hyödyllistä, sillä suomalaisen tutkimuksen mukaan infarktipotilaista jopa 21 %:lla esiintyy masennusta jo sairaalahoidon aikana ja 34 % puolen vuoden aikana infarktin jälkeen (Luutonen, ym. 2002, 434-439). Tutkimusten mukaan jopa 70 % kaikista sydäninfarktipotilaista kärsii masennuksesta vielä vuoden jälkeen sydäninfarktista (Ohtanen 2005). Tuloksissa sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaisesta tunnistamisesta on erittäin paljon hyötyä ja he näkivät sen osana kokonaisvaltaista hoitotyötä. Masennuksen tunnistamisen ajateltiin tukevan potilaan fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia, kotona jaksamista sekä nopeampaa toipumista sydäninfarktista. Masennuksen tunnistamisen ja hoidon nähtiin olevan edellytys potilaan itsehoidon ja lääkehoidon onnistumisen kannalta sekä terveystavoitteiden saavuttamiselle. Vakavat mielialahäiriöt hidastavatkin toipumista. Sydäninfarktipotilaista 20 % kärsivät vakavasta mielialahäiriöstä, jotka hidastavat psykososiaalista toipumista (Valkamo 2003, 28). Ma-

sennuksen varhainen tunnistaminen ja masennuksen hoito vaikuttavat sepelvaltimotaudista toipumiseen. Masennus voi vaikuttaa kuntoutumiseen enemmän kuin sepelvaltimotaudin vaikeusaste. Masennus vaikuttaa sairastavan elämänlaatuun ja vaikuttaa tulevaan elinikään. Masennuksen tunnistaminen ja sen hoito palauttavat sepelvaltimotautipotilaan toimintakykyä, parantavat hoitomyöntyvyyttä sekä motivaatio elämäntapamuutoksille lisääntyä, joka on tärkeää sepelvaltimotautia hoidettaessa. (Haarni & Alanko 2005, 87-88.)

10.3 Masennuksen varhainen hoito

Varhaisella jo sairaalassa toteutetulla masennuksen hoidolla on tutkimusten mukaan hyötyä sydäninfarktipotilaiden hoidossa. Sydänhoitoyksikön sairaanhoitajien tukea antava ohjaus vähentää merkittävästi potilaiden ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta. Tutkimusten mukaan sairaanhoitajien antama tuki parantaa merkittävästi sydäninfarktipotilaan ennustetta. Psykososiaalista kuntoutusta saaneiden masentuneiden sydäninfarktipotilaiden sydänkuolleisuus oli 41 % pienempi ja uusintainfarktien määrä 46 % pienempi kuin verrokkiryhmän. (Saarijärvi & Vaahtovuori 1998.) Tuloksissa ilmeni, että sairaanhoitajien mielestä sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaiseen hoitoon kuului potilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen. Sairaanhoitajat kokivat psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseen kuuluvan aidon läsnäolon ja pysähtymisen potilaan kohdalla ja potilaalle ajan antaminen. Sairaanhoitajat tukivat potilaan psyykkistä hyvinvointia tiedollisella tuella. Tiedollinen tuki tarkoitti, että sairaanhoitajat antoivat masennuksesta ja sydänsairaudesta oikeanlaista tietoa riittävästi potilaalle, jotta väärät mielikuvat eivät estäneet toipumista. Tietoa haluttiin antaa masennuksesta toipumisesta ja sen hoidosta sekä masennuksen vaikutuksesta potilaan toipumisen kannalta. Potilaan kannustaminen ja toivon luominen sekä motivointi koettiin masennuksen hoitokeinoina. Vastauksissa ilmeni, että sairaanhoitajan käyttäytymisellä, puheilla ja asenteella on merkitystä potilaan masennuksen hoidossa. Psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseen sairaanhoitajat käyttivät keskusteluja potilaan kanssa, huolenpitoa ja potilaan kuuntelemista. Tutkimuksissa onkin havaittu, että potilaan koherenssin tunnetta lisää hoitohenkilökunnalta saama tuki, tieto sairaudesta sekä rohkaisu. Hoitohenkilökunnan toimiessa rutiininomaisesti antamatta emotionaalista tukea, heikentää se potilaan selviytymisen tunnetta. (Salminen-Tuomaala 2013, 101.)

Kehittämisehdotuksena sydäntautien vuodeosastolle suositellaan, että hoitohenkilökunta keskittyy masentuneiden sydäninfarktipotilaiden varhaiseen jo sairaalassa annettavaan psykososiaaliseen kuntoutukseen sekä tukea antavaan ohjaukseen. Kehittämisehdotuksena esitetään myös, että potilaille annettaviin kirjallisiin kotihoito-ohjeisiin lisättäisiin tietoa masennuksen hoidosta. Potilaita olisi hyvä ohjata suullisesti keskustellen masennuksen hoidosta sekä antaa kirjallisesti mukaan kotiin tietoa masennuksen hoidosta. Useinhan potilailla masennus alkaa vasta sairaalassa olon jälkeen. Suositellaan, että ohjaus voisi mahdollisuuksien mukaan

tapahtua kahdenkeskisessä tilanteessa, jolloin potilaalla olisi mahdollisuus kertoa masennuksesta hoitajalle.

Tulokset osoittivat, että sairaanhoitajat tukivat masentuneen potilaan sosiaalista hyvinvointia sydäntautien vuodeosastolla. Sosiaalisen hyvinvoinnin tukemisessa tärkeiksi asioiksi nousivat potilaan läheisten mukaan ottaminen hoitoon jo osastohoidon aikana. Läheisiksi ajateltiin potilaan perhe, kuten puoliso ja lapset sekä muut läheiset. Sairaanhoitajat kokivat, että läheisille oli tärkeää antaa oikeanlaista tietoa masennuksesta, että läheiset voivat paremmin osallistua potilaan hoitoon osastolla olon aikana ja kotiutettaessa. Läheiset nähtiin voimavarana potilaan hoidossa ja läheisten tukeminen nähtiin osana potilaan masennuksen hoitoa. Tutkimuksissa onkin havaittu, että sosiaalisen tuen puute hoidossa vaikuttaa haitallisesti masentuneen potilaan mielialaan (Mäkijärvi, ym. 2008, 259- 260).

Sairaanhoitajat eivät pitäneet vastausten perusteella tärkeimpänä hoitokeinona masennuslääkityksen aloittamista, vaan sitä, että oireiden sijaan hoidettaisiin syitä miksi potilas on masentunut. Sydäninfarktipotilaan masennuksen hoidossa on hyvä huomioida yksilöllisesti potilaan masennuksen syyt ja keskustella niistä. Yksilölliset masennuksen syiden selvittelyt auttavat potilasta selviytymään masennuksesta paremmin. Masennus on useamman tekijän yhteisvaikutus. (Heiskanen & Huttunen 2011, 8.) Sairaanhoitajat pitivät masennuslääkitystä yhtenä hoitokeinona, mutta ei tärkeimpänä hoitona. Useimmat sairaanhoitaja korostivat muiden hoitokeinoja merkitystä. Lääkehoitoon kannattaakin yhdistää aina keskusteluhoitoa, sillä se parantaa hoitotulosta. Kokonaisvaltaisemman hoidon saaneilla potilailla on alhaisempi sydäntapahtumien määrä sydäninfarktin jälkeen. Masentuneelle on hyödyksi mm. kannustavat ja rohkaisevat keskustelut. Sepelvaltimotautipotilasta hoidettaessa psykoterapeuttisella hoitomallilla on saatu tutkimustuloksia siitä, että potilaiden stressimuutokset elimistössä vähenevät, syketaajuus muuttuu suotuisammaksi sekä verihiihtaleiden kokkaroitumien vähenee. (Mäkijärvi, ym. 2008, 259- 260.)

Masennuslääkitys kannattaa pitää hyvänä lisänä muiden hoitojen ohella, sillä tutkimusten mukaan sydäninfarktipotilaan masennuksen lääkehoito jätetään usein toteuttamatta, vaikka se vähentää mm. potilaan riskiä saada uusi sydäninfarkti (Valkamo 2003, 90-92). Erityisesti lääkityksen aloittaminen on hyödyksi, jos potilaalla on ollut masennusta jo ennen sydäninfarktia. Potilaan ensimmäinen masennus sydäninfarktin jälkeen parantuu usein hyvin ilman lääkityksenkin aloitusta. (Holm, Luutonen & Porela, 2001.)

Kehittämisehdotuksena suositellaan sydäntautivuodeosastolla ehdottamaan masentuneille potilaille masennuksen lääkehoidon aloittamista, erityisesti riskiryhmän potilaille, joilla on aikaisempia masennuksia tai pitkä sydänkipuhistoria. Erityisesti uudentyyppiset SSRI-lääkkeet on havaittu tehokkaiksi sydäninfarktipotilaiden masennuksen hoidossa. Uudentyyppisistä SSRI-

lääkkeistä on eniten tutkimustietoa sydäninfarktipotilaiden masennuksen hoidossa. Uuden-tyyppisillä SSRI-lääkkeillä on selvästi sydäninfarktipotilaan uusintainfarktiksiin vähentävä vaikutus. (Haarni & Alanko 2005, 88.)

Sairaanhoitajan rooli on merkittävä masentuneen potilaan hoidossa, sillä sairaanhoitaja on potilaan hoidossa mukana alusta asti. Sairaanhoitaja voi vaikuttaa siihen, miten tehokkaasti masentuneen potilaan hoito lähtee etenemään. (Haarala, ym. 2010, 7-8.) Tuloksissa ilmeni, että sairaanhoitajat kokivat itsensä potilaan asiamiehinä, jotka toimivat moniammatillisessa tiimissä. Sairaanhoitajat lähtivät järjestämään potilaan hoitoon ohjausta moniammatillisesti. Sairaanhoitajat keskustelivat potilaan mahdollisesta masennuksen hoidosta ja hoitoon ohjauksesta osaston lääkärin kanssa, jonka kautta hoitopolku lähti eteenpäin. Masennuksen hoitoon ja jatkohoidon suunnitteluun kuuluivat hoitajien lisäksi, osaston lääkäri, psykiatri, psykiatrisen sairaanhoitaja ja psykologi. Sairaanhoitajat kokivat myös osaston sydänhoitajan, fysioterapeuttien sekä leikattujen kuntoutusohjaajan olevan tärkeitä hoidettaessa sydäninfarktipotilaan masennusta. Isoherranen (2005, 14.) kuvaakin onnistunutta moniammatillista hoitoa eri asiantuntijoiden yhteistyönä, jossa pyritään huomioimaan potilas kokonaisvaltaisesti. Moniammatillisessa hoidossa rakennetaan yhteinen tavoite ja yhteinen käsitys ongelman ratkaisusta. Tavoitteena on, että kaikki hoitoon osallistujat voivat vaikuttaa keskusteluun ja päätöksentekoon.

Hoitotyön kirjaukset potilasasiakirjoihin varmistavat potilaan hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta. Kirjauksissa ilmenee mm. hoitotyön toiminta sekä näiden vaikutukset potilaan vointiin. Hoitotyön kirjaamisen avulla tuetaan mm. omahoitajuutta työvuorojen vaihtuessa. Hoitotyön kirjaaminen on osa moniammatillista toimintaa, kun muut ammattiryhmät hyödyntävät hoitotyön kirjauksia. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, 2012.) Tulosten mukaan sairaanhoitajat kokivat tärkeänä potilaan masennuksen jatkohoidon osastohoidon jälkeen sekä tiedon siirron jatkuvuuden. Sairaanhoitajat kokivat itsensä tärkeinä tunnistettaessa potilaan masennusta ja hoitajat kokivat tehtäväkseen olla ohjaamassa potilaita hoitoon osastohoidon jälkeen. Sairaanhoitajien vastausten perusteella hoitajat keskustelivat potilaan kanssa yhdessä mahdollisista jatkohoitomahdollisuuksista, joita olivat työterveyshuolto, terveyskeskusten sydänhoitajat ja mielenterveyshoitajat, mielenterveystoimistot sekä sairaalan sydänhoitaja. Hoidon jatkuvuuden kannalta vastauksissa tuli esiin tiedon siirtyminen potilaan tilanteesta ja psyykkisestä voinnista. Sairaanhoitajien mielestä tiedon siirtoon masennuksen hoidossa kuuluivat kirjaaminen potilaan voinnista sekä suullinen raportointi.

Kehittämisehdotuksena suositellaan sydänpotilaiden vuodeosastolla keskittymään kirjaamisessa erityisesti myös potilaiden psyykkisen hyvinvoinnin seurantaan, hoitoon ja arviontiin. Kirjattuja tietoja voidaan käyttää hyödyksi osastolla annettavassa hoidossa sekä jatkohoidossa. Masennuksen jatkohoitomahdollisuuksista kannattaa kerätä hoitajille esim. kirjallinen tukima-

teriaali, josta löytyy helposti masentuneiden potilaiden jatkohoitopaikat sairaalahoidon jälkeen. Hoitajat voisivat käyttää tukimateriaalia potilaiden ohjauksessa.

10.4 Masennuksen tunnistamisen ja hoidon esteet sekä sairaanhoitajien kehittämistoiveet

Tuloksissa ilmenee, että sydäntautien vuodeosaston potilaiden lyhyt hoitoaika koettiin estävän masennuksen tunnistamista ja hoitoa. Osaston suuret potilasmäärät ja suuri vaihtuvuus koettiin esteenä. Jokaisessa vastauksessa tuotiin esiin ajan vähyys tunnistaa ja hoitaa masennusta. Myös työn organisointi, työnkuvien muutokset sekä työntekijöiden stressi ja kuormittuminen tuotiin esiin esteinä masennuksen tunnistamisessa ja hoidossa. Tuomaisen & Tuomen (2011, 23) mukaan resurssien puute ja kiire hoitotyössä heikentävät sairaanhoitajien työssä jaksamista ja aiheuttaa stressiä sairaanhoitajille. Sairaanhoitajien stressi ja kiireen tunne taas voivat vaikuttaa hoitotyön laatuun käytännössä.

Tulosten mukaan sairaanhoitajien mielestä sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaista tunnistamista ja hoitoa vaikeuttavat potilaista johtuvat tekijät. Masennuksen varhaista tunnistamista estivät sulkeutuneet ja puhumattomat potilaat ja potilaat, jotka yrittivät peittää ongelmat. Vaikea kontaktin luominen potilaaseen esti varhaista masentuneiden potilaiden tunnistamista. Myös Kokon (1999, 78.) mukaan sairaanhoitajat kokevat masennuksen tunnistamisen haastavaksi hoitotyössä, sillä potilaat eivät yleensä tuo itse esille psyykkisen voimien ongelmia. Ehdotetaan, että sydäntautivuodeosastolla otetaan käyttöön masennuksen seulontamenetelmä rutiinisti potilaille, jolloin myös sulkeutuneisiin potilaisiin saadaan helpommin kontaktia ja potilaille annetaan mahdollisuus kertoa masennuksesta ja masennukseen liittyvät oireet tulisivat helpommin esille.

Ammatillinen osaaminen on työelämän osaamisvaatimukseen vastaavaa yksilöllistä ammattitaitoa. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen muodostuu tiedoista, taidoista, arvoista, asenteista, ominaisuuksista, kokemuksista ja kriittisestä ajattelusta. (Heikkilä, Miettinen, Paunonen & Mäkelä 2003, 20.) Tulosten mukaan osa sairaanhoitajista koki, ettei heidän ammattitaitonsa riittä tunnistamaan ja hoitamaan masennusta sydäntautien vuodeosastolla. Osasta vastauksista ilmeni ajatus, ettei masennuksen tunnistaminen ja hoitaminen kuulu sydäntautien vuodeosastolle vaan myöhempään vaiheeseen. Vastauksista ilmeni, että sydäninfarktipotilaiden masennusta on olemassa, mutta osa sairaanhoitajista koki, ettei siitä ei puhuta silti osastolla. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että somaattisen puolen hoitajilla on asenteita potilaiden psyykkisten sairauksien hoitoa kohtaan. Asenteisiin kuuluivat mm. se, että hoitajat ajattelivat, ettei potilaiden psyykkistä puolta voi hoitaa kiireen vuoksi ja hoitajat kokivat, että somaattinen osasto ei ole oikea paikka hoitaa potilaiden psyykkisiä ongelmia. (Korkiamäki A. & Varjus K. 2006, 35.) Kuitenkin masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito jo sydäntautien vuodeosastolla ovat erityisen tärkeitä potilaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kannal-

ta. Tutkimuksissa on havaittu, että somaattisesti sairastavat potilaat sairastavat usein myös psyykkistä sairautta, joka usein jää huomioimatta potilaan hoidossa. Psykkisen voinnin huomiotta jättäminen hoidossa on erittäin epäedullista somaattisen sairauden ennusteelle. Somaattisen osaston hoitajat voivat merkittävästi tukea hoidossa potilaan kokonaisvaltaista vointia. Fyysisesti sairaan potilaan saadessa hoitoa somaattisella osastolla, häntä hoitavan henkilökunnan perustyöhön tulee sisältyä psyykkisen tilan seuranta, empaattinen huolenpito sekä yksilölliset tarpeet huomioon ottava hoito, jotka tukevat potilasta ja lieventävät stressiä. Fyysisiä ja psyykkisiä stressioireita on syytä pyrkiä rauhoittamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa jo sairaalahoidon aikana. Psykkisen hyvinvoinnin hoito vaikuttaa ennaltaehkäisevästi potilaan voinnin myöhempään kehitykseen. Tärkeää on toimiva yhteistyö somaattisen puolen hoitajien ja psykiatrisen puolen kanssa. (Pesonen T. 2011, 1829-1831).

Kehittämisehdotuksena sydänpotilaiden vuodeosastolla pitäisi lisätä yleistä tietoutta sydäninfarktipotilaiden masennusalttiudesta, riskipotilaista, masennuksen varhaisen tunnistamisen hyödyistä ja tärkeydestä potilaan somaattisen voinnin kannalta sekä keinoista tunnistaa ja hoitaa potilaan masennus varhaisessa vaiheessa. Yleistä tietoutta voidaan lisätä mm. koulutuksilla, avoimilla keskusteluilla aiheesta sekä esimiehien tuella ja kannustuksella sekä tarjoamalla myös mm. kirjallista tietoutta asiasta osastolle.

Useammissa vastauksissa sanottiin, että potilaiden psyykkisestä voinnista pitäisi kirjata enemmän, mutta sitä ei kuitenkaan tehdä osastolla tarpeeksi. Kaakisen (2002, 33) mukaan hoitotyön kirjaamisessa korostuu usein potilaan fyysisten tarpeiden kirjaaminen. Psykkinen ja sosiaalinen tarvealue sekä potilaan kokemukset, käsitykset, ohjaus ja tukeminen jäivät kirjaamisessa vähäisemmälle. Tutkimusten perusteella sairaanhoitajat tekevät arviointia asiakkaan tilasta, mutta eivät kirjaa niitä potilas-asiakirjoihin. Kehittämisehdotuksena sydänpotilaiden vuodeosastolle suositellaan ottamaan potilaan psyykkisen hyvinvoinnin kirjaaminen osaksi hyvää hoitoa.

Tulosten perusteella on tärkeää tarjota sairaanhoitajien lisäkoulutuksiin enemmän psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseen liittyvää tietoutta, sillä se tukee potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon toteutumista osastolla. Lisäkoulutuksella on tärkeä merkitys terveydenhuollon ammattilaisille, sillä potilaan hyvä hoito ja ammatillinen kehittyminen edellyttävät jatkuvaa uusien tietojen ja taitojen omaksumista, mikä ei ole mahdollista ilman säännöllisiä lisäkoulutuksia (Himannen & Ilanne-Parikka 2003, 7). Tuloksissa sairaanhoitajat kertoivat, että lisäkoulutuksissa pääsääntöisesti keskityttiin sydänsairauksien fyysiseen hoitoon, josta onkin paljon tietoa, mutta psyykkisen hyvinvoinnin tukemisesta koulutuksissa on useimmiten erittäin vähän tai ei ollenkaan tarjolla. Hoitajat toivoivatkin enemmän koulutusta psyykkisen hyvinvoinnin tukemisesta, masennuksen tunnistamisen keinoista, psykosomaattisesta oireilusta ja masennuksen hoitamisesta. Vastauksissa ilmeni, ettei sydäninfarktipotilaiden masennuksen tunnistamisesta ja hoi-

dosta ole ollut lisäkoulutuksia erityisesti tarjolla, mutta hoitajat kokivat ehdottomasti tarvitsevansa lisäkoulutusta.

Tuloksissa ilmeni, että myös hoitotyössä käytettävillä tiloilla ja välineillä on merkitystä sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon. Sairaanhoidajat vastasivat, etteivät käytä työssään masennusseuloja masennuksen tunnistamisen apuna ja useimmissa vastauksissa ilmeni, ettei heillä ollut varmaa tietoa onko osastolla mahdollisesti käytössä masennusseuloja. Muutamissa vastauksissa ilmeni tarve masennusseulojen tarpeelle masennuksen tunnistamisessa.

Kehittämisehdotuksena sydänpotilaiden vuodeosastolle kannattaisi ottaa käyttöön hoitajien työtä helpottamaan esimerkiksi kahden kysymyksen masennusseula, joka on helppokäyttöinen, hyödyllinen ja aikaa säästävä seula. Kahden kysymyksen seulaan myönteisesti vastanneiden potilaiden kannattaa täyttää vielä BDI kysely. Seula auttaa hoitajaa ohjaamaan todennäköisesti masentuneet potilaat lääkärin diagnostiseen arvioon. Kahden kysymyksen masennusseulan herkkyys on 96 % eli masentuneista suurin osa vastaa jompaankumpaan kysymykseen myöntävästi. Seulan osuvuus on 78% eli suurella osalla oli masennus, jotka vastasivat myöntävästi. (Tuisku & Vuokko 2011.)

Tulosten mukaan sairaanhoitajat kokivat nykyiset kahden hengen potilashuoneet paremmiksi tunnistettaessa ja hoidettaessa potilaan masennusta verrattaessa entisiin neljän hengen potilashuoneisiin. Kuitenkin hoitajat toivoivat rauhallista tilaa, jossa tarvittaessa voisi keskustella potilaan kanssa kahdestaan tai omaisten kanssa. Yksityisyyden puute koettiin esteenä masennuksen tunnistamisessa ja hoidossa. Kososen & Larjolan (2007, 22-35) mukaan epätarkoituksenmukainen tila rajoittaa hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksen sisältöä puutteellisen intimitteettisuojan takia. Tämän vuoksi potilas tekee vain vähän kysymyksiä eikä puhu esimerkiksi peloistaan. Potilaat toivoivat rauhallista ja yksityistä tilaa hoitajien kanssa käytäviin kahden keskisiin keskusteluihin.

Kehittämisehdotuksena suositellaan, että sydänpotilaiden vuodeosastolle järjestettäisiin tarkoituksenmukainen rauhallinen tila. Yksityisyyttä kunnioittavassa ympäristössä hoitajat voivat tarpeen tullen keskustella potilaiden kanssa henkilökohtaisemmistakin asioista.



Kuvio 1: Kehittämissuositukset sydänpotilaiden vuodeosastolle

11 Pohdinta

Opinnäytetyön prosessi oli mielenkiintoinen ja haastava. Prosessin haastavin vaihe oli aiheen valinta, sillä hoitotyön kentällä on paljon ajankohtaisia kehitettäviä aihealueita. Kiinnostus aiheeseen nousi halusta yhdistää opinnäytetyöhön aihe, jossa yhdistyy potilaan fyysisen ja psyykkisen voimien huomioiminen hoidossa. Kokonaisvaltainen hoitotyö on erittäin tärkeää. Potilaan hoidossa tulee aina huomioida potilaan psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen hyvinvointi, sillä nämä osastekijät ovat tiiviissä vuorovaikutuksessa keskenään ja jokainen osastekijä vaikuttaa toisiinsa. Usein hoitotyössä saatetaan keskittyä vain potilaan fyysisen hyvinvoinnin tukemiseen hoitotoimenpiteiden avulla ja samalla saatetaan unohtaa huomioida hoidossa potilaan psyykkinen hyvinvointi. Psyykkisen hyvinvoinnin huomioiminen on erityisen tärkeää somaattisesti sairailta potilailta, sillä potilaan mieliala vaikuttaa paljon fyysisestä sairaudesta kuntoutumiseen ja somaattisen sairauden kulkuun ja ennusteeseen. Potilaan psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tukeminen edesauttavat samalla potilaan fyysistä hyvinvointia. Potilaan kokonaisvaltainen hoito on ehdoton edellytys laadukkaalle ja tuloksekkaalle hoitotyölle.

Opinnäytetyön sisäistä validiteettiä lisättiin siten, että tutkimuksessa pyrittiin keräämään jo alkuvaiheessa mahdollisimman paljon teoretietoa, johon pystyttiin perustamaan tutkimuskysymykset, tutkimusmenetelmät sekä tulosten tarkastelu. Aiheesta oli tarjolla laadukasta ja mielenkiintoista tutkimusnäyttöä, josta koottiin taulukko, jossa esitellään opinnäytetyön kannalta tärkeimpiä tutkimuksia (Liite 6). Tutkimuksen sisäistä validiteettiä lisäsi se, että teoriaa refleктоitiin opinnäytetyön prosessin eri vaiheissa. Tutkimuksen validiteettiä lisättiin siten, että kaikki ratkaisut perustuivat aina teoretietoon sekä tutkimuksen eri vaiheet kirjattiin muistiin.

Yhteistyö tutkimukseen osallistuneen työelämäntahon kanssa oli vuorovaikutteista ja mielekästä. Sydänpotilaiden osastonhoitaja suhtautui myönteisesti opinnäytetyöhön ja hoitotyön kehittämiseen. Osastonhoitaja oli aktiivisesti mukana haastateltavien valinnassa sekä haastattelujen käytännön järjestelyissä. Osastonhoitajan myönteinen asenne esimiehen roolissa oli tärkeä tuki opinnäytetyön haastattelujen toteutumiselle ja onnistumiselle. Osastonhoitajan suhtautuminen tuki opinnäytetyön prosessin etenemistä. Myös haastateltavat sairaanhoitajat suhtautuivat myönteisesti opinnäytetyöhön ja tukivat opinnäytetyön prosessin etenemistä osallistumalla aktiivisesti ja myönteisellä otteella haastatteluihin. Tutkimuksen validiteetin kannalta oli tärkeää, että haastateltaville lähetettiin sisällön analyysin tulokset arvioitavaksi. Yhteistyö sydäntautien vuodeosaston kanssa jatkui ja sovittiin, että tutkimustulokset esitellään osastolla. Vuorovaikutteinen suhde työelämän tahon kanssa opinnäytetyön prosessin takasi osaltaan tutkimuksen onnistumisen.

Laadullisella menetelmällä oli hyvä lähestyä aihetta ja laadullisella menetelmällä pystyttiin syvällisemmin analysoimaan tutkittavaa aihetta ilmiönä sekä ilmiön syvällisempiä merkityksiä. Tutkimusprosessissa haasteena oli tutkimuskysymyksiensa rajaaminen, mutta yksi pääkysymys alakysymyksiensä oli onnistunut ratkaisu. Pääkysymys keskittyi masennuksen tunnistamisen keinoihin osastolla. Alakysymysten avulla tutkailtiin tarkemmin masennuksen tunnistamiseen erittäin läheisesti ja oleellisesti kuuluvaa aihetta eli sitä kuinka sairaanhoitajat toimivat masennuksen tunnistamissaan. Alakysymykset pilkkoivat ja selittivät tarkemmin pääkysymystä. Luontevaa oli tutkia myös kehitettäviä asioita ja esteitä masennuksen tunnistamisessa ja hoidossa. Useammat tutkimuskysymykset tekivät tutkimuksesta mielekkäämmän kokonaisuuden, mutta haastavamman laajemman tutkimusaineiston vuoksi. Toisaalta laajemman tutkimusaineiston vuoksi oli mahdollista päästä syvemmälle tutkimuksen analyysissä ja tulosten tarkastelussa. Useamman tutkimuskysymyksen tutkimustuloksista oli enemmän hyötyä sydäntautien vuodeosaston käytännön hoitotyön kehittämisen kannalta.

Mielenkiintoista oli, että tutkimustuloksissa tuli esiin paljon positiivisia asioita, jotka jo tukivat sydäninfarktipotilaiden masennuksen tunnistamista ja hoitoa sydänpotilaiden vuodeosastolla. Antoisaa oli myös se, että tutkimustulosten pohjalta pystyttiin esittämään useita työelämää hyödyttäviä kehittämissuhteita sydäninfarktipotilaiden masennuksen tunnistamisessa ja hoidossa. Opinnäytetyö toi runsaasti uutta hyödyllistä tietoa hoitotyön käytäntöön. Oli mielenkiintoista nähdä, että haastateltavat hoitajat havaitsivat itse useita kehitettäviä asioita osaston hoitotyössä. Opinnäytetyö innosti tekijäänsä kriittisempään ja hoitotyötä kehittävämpään ajattelumalliin, josta on hyötyä tulevassa sairaanhoitajan työssä.

Tulosten perusteella jatkotutkimusaiheena voisi tutkia mm. sitä kuinka potilaat kokevat masennuksen tunnistamisen ja hoidon toteutuvan jo sairaalassaoloaikana. Myös sitä voisi tutkia kuinka masennus huomioidaan käytännössä säännöllisissä kontrolleissa lääkärin ja sydänhoitajan vastaanotoilla myöhemmässä vaiheessa, sillä usein masennuksen riski kasvaa vielä korkeamaksi sairaalahoidon jälkeen. Masennuksen varhaisen tunnistamisen vaikuttavuutta voitaisiin tutkia verrokkiryhmien avulla eli kuinka paljon jo sairaalassaoloaikana tunnistettu ja aloitettu masennuksen hoito lievittää masennuksen oireita sekä sydänoireita verrattaessa ei hoitoa saaneiden ryhmään. Tulosten perusteella toimintatutkimus olisi hyödyllinen. Toimintatutkimus on tärkeä väline hoitotyön kehittämiseen. Toimintatutkimuksessa voitaisiin käytännössä lähteä kehittämään sydäntautien vuodeosastoille tehokkaita masennuksen tunnistamisen ja varhaisen hoidon keinoja yhdessä henkilökunnan kanssa.

Lähteet

- Aho T., Isometsä E., Mattila M., Jousilahti P. ja Tala T. 2009. Masennus (Depressio). Viitattu 29.4.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=80908EBF1B168CBB6993C9E3DDCA34C0?id=khp00044>
- Depression Käypä hoito-suositus. 2014. Helsinki: Duodecim Suomalainen lääkärisseura. Viitattu 27.4.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023#s4>
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.
- Haarni I. & Alanko A. 2005. Elämää sepelvaltimotaudin kanssa. Helsinki: Edita.
- Haarala, M., Jääskeläinen, A., Kilpinen, N., Panhelainen, M., Peräkoski, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M. & Tauriainen, P. 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.
- Haho, A. 2013. Asiakkaan eettinen kohtaaminen. Proet, koulutuksella kohti eettisyyttä. Viitattu 6.7.2015. <http://www.proet.fi/index.php/artikkelit/60-asiakkaan-eettinen-kohtaaminen>
- Heiskanen T. & Huttunen M. O. 2011. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Heikkilä, J., Miettinen, M., Paunonen, T. & Mäkelä, N. 2003. Sairaanhoidajien urakehitys Keski-Suomessa. Jyväskylän ammattikorkeakoulujen julkaisuja 25. Jyväskylä: Kopijyvä.
- Himanen O. & Ilanne-Parikka P. 2003. Täydennyskoulutuksen lisääminen ja kehittäminen. Diabetesliitto.
- Holm H., Luutonen S. & Porela P. 2001. Masennuslääkkeiden sydänvaikutukset. Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Viitattu 1.4.2015.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=0075982433A33927DF51ACCB305CB3BE?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinumero&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo92345
- Hotus, Hoitotyön tutkimussäätiö. JBP-suositus. Sairaanhoidajavetoiset vastaanotot aikuisten sydän -ja verisuonisairauksien riskitekijöiden vähentämisessä. 2010. Viitattu 25.10.2015.
http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-2_0.pdf

Huttunen M. 2014. Masennus. Viitattu 23.3.2015.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389

Huttunen M. 2008. Masennuksen hoidossa käytettävät lääkkeet. Viitattu 25.3.2015.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00039

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Isometsä E., Jousilahti P., Lindfors O., Luutonen S., Marttunen M., Pirkola S. & Salminen J. 2009. Depressio. Viitattu 23.3.2015.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo98245

Jalava E. 2007. Sydäninfarktipotilaan masennusoireet sairaalahoidon aikana. Turku: Turun yliopisto, hoitotiede. Viitattu 1.4.2015.

http://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/hoitotiede/julkaisut/Documents/abstraktit_2007/jalava.pdf

Janhonen S. & Nikkonen M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.

Kaakinen, P. 2002. Kirjaamisen arvioinnilla näyttöä hoitotyön tueksi: Hoitotyön kirjaamisen nykytila lasten ja nuorten vuodeosastoilla. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Kananen J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Kankkunen P. & Vihviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOY.

Kajaanin ammattikorkeakoulu. 2014. Opinnäytetyöpakki. Kajaani: Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 2.4.2015. <http://www.kamk.fi/Oparipakki-2014/Opinnaytetyo>

Kettunen R. 2014. Sepelvaltimotaudin eri asteet. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.3.2015. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00099

Kettunen R. 2014. Sydäninfarkti. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.3.2015 sekä 27.3.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00086

Kettunen R., Kähäri-Wiik K., Vuori-Kemilä A. & Ihalainen J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo: WSOY.

Kesäniemi A. & Salomaa V. 2009. Sepelvaltimotauti. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.3.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00004

Kosonen R. & Larjola M. 2007. Henkilökohtaisen tilan ja yksityisyyden säilyminen naistentautien vuodeosastolla. Helsinki: DIAK.

Käypä-hoito-suositus. 2014. Sydäninfarktin diagnostiikka. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 27.4.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi04050#s1>

Kohonen, M., Kylmä, J., Juvakka, T. & Pietilä A.M. 2007. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät - metasynteesi. Hoitotiede vol.19 no 2/-07, 65-73

Kokko M. 1999. Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Perusterveydenhoidossa toimivien hoitajien käsitäisiä depressiosta ja sen hoidosta. Oulu: Oulun yliopisto.

Korkiamäki A. & Varjus K. 2006. Somaattisten osastojen hoitajien valmiudet kohdata mielen-terveyspotilas. Pori: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert C. 2010. Mielen-terveyshoitotyö. Helsinki: WSOY.

Lind, J., Tuulio-Henriksson, A. & Rämö, I. 2011 Kuntoutus parantaa työikäisten masennuspotilaiden työkykyä. Lääkärilehti 43/2011, 3213-3218. Viitattu 29.4.2015.
http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2011/nosto43_1.pdf

Luutonen S., Holm H., Salminen J., Rislä A. & Salokangas R. 2002. Inadequate treatment of depression after myocardial infarction. Acta Psychiatr Scand. Vol. 106.

Lähdesmäki, T., Hurme, P., Koskimaa, R., Mikkola, L., Himberg, T. 2009. Menetelmäpolkuja humanisteille. Jyväskylän yliopisto, humanistinen tiedekunta. Viitattu 2.4.2015.
<<http://www.jyu.fi/mehu>>.

Mäkijärvi M., Kettunen R., Kivelä A., Parikka H. & Yli-Mäyry S. 2008. Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Pesonen T. 2011. Kriisihoidot somaattisen sairauden yhteydessä. Suomen Lääkärilehti 22/2011, vuosikerta 66.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Kirjaaminen. 2012. Viitattu 8.7.2015.
<http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=17734&contentlan=1>

Pulkkinen S. & Vesanen P. 2011. Masentuneen potilaan hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 29.4.2015. <http://www.terveysportti.fi/>

Routio P. 2005. Tutkimusmenetelmät. Virtuaaliyliopisto. Helsinki: Taideteollinen korkeakoulu.

Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 2.4.2015.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Saarijärvi S. & Vaahtovuori M. 1998. Depression sydäninfarktin sairastaneilla. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 1.4.2015.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero;jsessionid=5BC802AB4E36682F4ECE373CB85684DF?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo80454

Sainola-Rodriguez K., Kekkonen N. & Pöppönen T. 2007. Masentuneen potilaan näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät. Joensuu: Pohjois-Karjalan keskussairaala, Psykiatrian hoitotyön palveluyksikkö.

Salminen-Tuomaala M. 2013. Sydäninfarkttipotilaan ja hänen puolisonsa selviytyminen prosessina. Psykososiaaliseen tasapainoon pyrkiminen. Tampere: Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö.

Suomen sydänliitto. 2012. Masennus. Helsinki: Suomen sydänliitto. Viitattu 27.4.2015.
<http://www.sydanliitto.fi/masennus#.VT40KyHtmkp>

Suomen sydänliitto. 2012. Elintärkeä lääkehoito. Helsinki: Suomen sydänliitto. Viitattu 27.4.2015. <http://www.sydanliitto.fi/elintarkea-laakitys#.VT45UCHtmko>

Suomen sydänliitto. 2015. Miksi sairastuin? Helsinki: Suomen sydänliitto. Viitattu 27.4.2015.
<http://www.sydanliitto.fi/miksi-sairastuin#.VT43MSHtmko>

Syvänne M. 2015. Sepelvaltimotauti. Helsinki: Suomen Sydänliitto. Viitattu 27.4.2015.
<http://www.sydan.fi/sydansairaudet-ja-hoito/sepelvaltimotauti>

Tuisku V. & Katinka A. 2011. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. THL. Viitattu 13.7.2015. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/81/>

Tukia H. 2007. Sydäninfarktin jälkeinen masennus. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 1.4.2015. <http://meka.thl.fi/ohtanen/157.aspx>

Tuomainen S. & Tuomi E. 2011. Hoityöntekijöiden työssä jaksaminen ammattikorkeakoulujen opinnäytetöissä. Lappeenranta: Saimaan ammattikorkeakoulu.

Valkamo M. 2003. Rintakivun psyykkiset ulottuvuudet. Kuopion yliopisto. Lääketiede.

Viitasalo M. 2009. Sydänperäinen äkkikuolema. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.3.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00005

Vuorilehto & Tuulari J. 2011. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kuviot

Kuvio 1: Kehittämisehdotukset sydänpotilaiden vuodeosastolle	44
--	----

Taulukot

Taulukko 1: Sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaista tunnistamista tukevat tekijät.	27
Taulukko 2: Sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaista hoitoa tukevat tekijät. .	30
Taulukko 3:Esteitä ja kehittämistoiveita sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon.....	33

Liitteet

Liite 1: Opinnäytetyösopimus	55
Liite 2 :Opinnäytetyösopimus EPSHP:n kanssa	58
Liite 3 Viranhaltijapäätös.....	60
Liite 4: Haastattelukysymykset	61
Liite 5: Kirjallinen suostumus tutkimukseen ja haastattelujen nauhoitukseen	62
Liite 6: Taulukko viitekehyksessä käytetyistä tärkeimmistä tutkimuksista	63

Liite 1: Opinnäytetyösopimus

33
Liite 1

Liite 1 Tutkimuslupa
Laurea Porvoo kampus
Tarja Kantola
Maija-Leena Kukkonen

Opiskelija täyttää opinnäytetyösopimuslomakkeen siinä vaiheessa, kun opinnäytetyön aihe on hyväksytty ja ohjaaja nimetty (kehittämispäällikkö hyväksyy opinnäytetyöaiheen aiheanalyysin pohjalta ja nimeää ohjaajan, ks. Työkalupakki). Opiskelija tuo lomakkeen täytettynä allekirjoitettavaksi ensimmäiseen ohjaustapaamiseen ja vie sen skannattuna (valokuva tabletilla tms.) Optimassa olevaan Opinnäytetyö -työtilaan kansioon "Opinnäytetyösopimukset".

Opiskelija: Satu Oksanen

Opinnäytetyön hanke/teema: Laadullinen haastattelututkimus Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sydäntautiosaston sairaanhoitajille.

Opinnäytetyön aihe ja tarkoitus: Aiheena on sydäninfarktipotilaan masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito sairaanhoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää haastattelemalla, kuinka sairaanhoitajat tunnistavat masennuksen sydäninfarktipotilailla ja kuinka sairaanhoitajat toimivat tunnistessaan masennuksen.

Tarkoituksena on myös selvittää sairaanhoitajien mahdollisia toiveita kehittää sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaista tunnistamista sydäntautien vuodeosastolla.

Opinnäytetyön rajausta, näkökulma ja yhteys hankkeen tavoitteisiin: - Opinnäytetyön teoreettinen tausta ja keskeiset käsitteet: Keskeisiä käsitteitä ovat sepelvaltimotauti, sydäninfarkti, masennuksen varhainen tunnistaminen ja masennuksen hoito sekä sairaanhoitajan ammatillisuus. Keskeiset lähteet: Mäkijärvi M, Kettunen, R, Kivelä A., Parikka H & Yli-Mäyry S. 2008. Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim, Suomen sydänliitto., Heiskanen T. & Huttunen M. 2011. Masennus. Helsinki: Duodecim. sekä Kankkunen P. & Vehviläinen- Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmät: Laadullinen tutkimus, yksilöteemahaastattelu sekä sisällön analyysi.

Opinnäytetyön alustava aikataulu: Toukokuun lopussa ja kesäkuun alussa haastattelut. Kesällä litterointi ja sisällön analyysi ja tulosten kirjoittaminen. Syksyllä esittäminen.

Työelämäkumppanin rooli opinnäytetyössä: Haastattelupaikkana Etelä-

34
Liite 1

Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sydäntautien vuodeosasto. Tutkin osaston sairaanhoitajien näkemyksiä aiheesta. Tuloksista hyötyä osaston hoitotyölle sekä hoitotyön opiskelijoille sekä hoitotyön ammattilaisille.

Tulosten julkaiseminen ja levittäminen työelämään: Lähetän valmiin opinnäytetyön tuloksineen sydäntautien vuodeosastolle.

Vakuutus siitä, että opiskelija sitoutuu noudattamaan tutkimuseettisiä periaatteita opinnäytetyössä:

Olen tietoinen siitä, että terveys- ja sosiaalialan opiskelijana opinnäytetyön tekemiseen sovelletaan vaitiolovelvollisuutta, josta on säädetty mm. Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812/15 §) ja Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/3/17 §). En saa sivullisille luvatta ilmaista yksityisen henkilön tai perheen tietoja, josta olen opinnäytetyön perusteella saanut tiedon. Sitoudun pitämään tiedonhankinnan yhteydessä saamani yksittäisiä henkilöitä koskevat tiedot luottamuksellisena. Salassapitovelvollisuus säilyy opintojen loppumisen jälkeen.

Noudatan tiedonhankinnassa ja aineiston käsittelyssä luottamuksellisuutta ja totuudellisuutta myös yhteistyöorganisaation näkökulmasta. Kiinnitän erityistä huomiota siihen, ettei opinnäytetyöstä koidu mitään haittaa siihen osallistuville henkilöille/organisaatioille. Noudatan toiminnassani Laurean tutkimuseettisiä ohjeita.

Ohjausta koskevat sopimukset:

Sitoudun säännöllisiin ohjauksiin ensisijaisesti Opinnäytetyöpäivinä tai -iltoina tai erikseen sovittuina aikoina.
Valmistaudun ohjauksiin huolella: ilmoittaudun ONT-päiviin ja -iltoihin 10 pv ennen tilaisuutta LIVE:n kautta ja täsmennän ohjauksen tarpeeseen liittyviä kysymyksiä ja pulmia ilmoittautumislomakkeella. Sitoudun opinnäytetyöohjauksessa sovittuihin asioihin. Hyödynnän ohjauksessa myös ONT-päivinä ja -iltoina järjestettäviä menetelmällisiä pajoja.

35
Liite 1

Allekirjoitukset:

Opiskelija(t):

Satu Oksanen
Satu Oksanen

Ohjaaja(t)

Amm-Maria Sundin
AMMARIASUNDIN

Mahdollinen työelämän edustaja(t):

Mari Samble
MARI SAMBLE

Tästä sopimuksesta luovutetaan yksi kopio kaikille osapuolille (opiskelija, ohjaaja, työelämän edustaja) sekä tallennetaan yksi versio Laurea Porvoon opinnäytetyötilaan Optimassa.


Liite 2 :Opinnäytetyösopimus EPSHP:n kanssa


 Etelä-Pohjanmaan
sairaanhoitopiiri

1 (2)

Sopimus opinnäytetyöstä /opinnäytetyön hankkeistamisesta

Opinnäytetyön tekijä/tekijät Nimi Satu Oksanen		Henkilötunnus
Osoite Menninkäisentie 5 B 6, 60150 Seinäjoki		Puhelinnumero Sähköposti
Osoite		Henkilötunnus
Nimi		Puhelinnumero Sähköposti
Osoite		Henkilötunnus
Osoite		Puhelinnumero Sähköposti
Tutkinto-ohjelma Hoitotyö	Ryhmätunnus SHP14KA	
Oppilaitos ja yksikkö Laurea, AMK, Porvoo		
Opinnäytetyön aihe/nimi (tai työntimi) Sydäninfarktipotilaan masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoitaminen		
Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja toteutus Tarkoituksena on selvittää haastattelemalla, kuinka sairaanhoitajat tunnistavat masennuksen sydäninfarktipotilalla ja kuinka sairaanhoitajat toimivat tunnistessaan masennuksen. Tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien mahdollisia toiveita kehittää sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaista tunnistamista sydäntautien vuodeosastoilla.		
Lupa opinnäytetyön tekemiseen <input type="checkbox"/> Lupa annettu Päivämäärä Päätösnumero / Luvan myöntäjä		
Lupaa koskevat muut tiedot (täytetään tarvittaessa)		
EPSHP:tä koskevat tiedot EPSHP:n toimintayksikkö(t), joita opinnäytetyö koskee		
EPSHP:n yhteyshenkilön nimi		
Osoite		
Puhelin		Sähköposti
Sopimusnumero		
Ammattikorkeakoulututkintoon sisältyvä opinnäytetyö. Mikäli opinnäytetyön tuloksena syntyy tuotos, jota on tarkoitus käyttää Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä ja sen terveydenhuollon toimipisteissä alueella (mm. psykiatriset pkl:t), sovitetaan tässä sopimuksessa opinnäytetyön IPR:stä. Selvennyksenä todettakoon, ettei Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä ole		
Huhtalantie 53 60220 Seinäjoki D-1962-2011 t	Puhelin vaihde 06 415 4111 Faksi: 06 415 4351	Sähköposti: etunimi.sukunimi@epsHP.fi

 Etelä-Pohjanmaan
sairaanhoitopiiri

2 (2)

mittaan oikeuksia itse oppinnytön tekstiosaan. Ammattikorkeakoululla on oppinnytöyöhön ja tuotokseen käyttöoikeus opetustarkoituksessa.

Oppinnytön ohjaaja/ohjaajat

Nimi Ann-Marie Suvisaari	Sähköposti Ann-Marie.Suvisaari@laurea.fi
Osoite Taidetehtaankatu 1, 06100 Porvoo	
Puhelin (09) 8868 7627	

Oppinnytön alkataulu

Oppinnytön toteutusaikataulu 01/052015 - 30/092015
Oppinnytön arvioitu valmistusaika 30 / 09 2015

Tekijänoikeudet

Tekijänoikeus oppinnytön tuotososaan kuuluu opiskelijoille. Opiskelijoilla on velvollisuus luovuttaa EPSHP:lle oppinnytö ja tuotos sen valmistuttua sekä paperituotteenä että sähköisessä muodossa.
Rinnakkainen, opiskelijan tekijänoikeudesta riippumaton ja erillinen omistusoikeus / käyttöoikeus opiskelijoiden opiskelujensa yhteydessä tekemään tuotososaan siirtyä luovutushetkellä EPSHP:lle.
EPSHP:lla on vapaa oikeus itse ja opiskelijoiden tekijän- ja immateriaalioikeuden rajoittamatta ja korvausvelvollisuudetta:

1. käyttää tuotososaa omissa toiminnoissaan,
2. muuttaa, päivittää ja kehittää tuotososaa edelleen,
3. valmistaa tuotososasta uusia kappaleita omaan käyttöön ja EPSHP:n toiminta-alueella toimiville perusterveydenhuollon yksiköille kulukorvausta vastaan.
4. EPSHP käyttöoikeuksia ja muunteluoikeuksia hyödyntäessään kunnioittaa tekijän moraalisia oikeuksia
5. EPSHP:lla on rinnakkainen, opiskelijan tekijänoikeudesta riippumaton ja erillinen omistusoikeus / käyttöoikeus myös oppinnytön yhteydessä syntyneisiin, tuotoksiin sisältyviin kuviin ja muuhun digitaalisessa muodossa olevaan materiaaliin.
6. EPSHP sitoutuu olemaan käyttämättä kaupallisesti omistusoikeuttaan / käyttöoikeuttaan oppinnytön tuotososaan muilta osin kuin edellä on sovittu.

Tekijänoikeudet ja muut immateriaalioikeudet oppinnytön tuotososaan kuuluvat oppinnytön tekijöille ja EPSHP:lle.

1. Tekijänoikeudet ovat rinnakkaisia sekä toisistaan riippumattomia ja erillisiä
2. EPSHP sitoutuu olemaan käyttämättä tekijänoikeuttaan kaupallisesti. Kaupallisena toimintana ei kuitenkaan pidetä edellä mainituille terveydenhuollon yksiköille tapahtuvaa luovutusta kulukorvausta vastaan.
3. Tekijänoikeuden jakautuminen perustuu EPSHP:n oppinnytön ohjaukseen tai potilaiden tietojen käyttämiseen tai näkyvyyteen
4. Kummillakaan osapuolella ei ole toisilensa näitä osin korvaus- tai tekijänoikeusmaksuvelvollisuuksia

Tekijänoikeudesta on sovittu etukäteen kirjallisesti erikseen.

Oppinnytö tehdään korvauksetta. Mahdollisista korvauksista on aina sovittava kirjallisesti etukäteen luvan antaneen viranhaltijan kanssa ennen oppinnytön aloittamista. Kulukorvaus on euroa.

Oppinnytön tekemisessä noudatetaan Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä oppinnytön tekemisestä annettuja ohjeita. Oppinnytö ja sen tuotos tarkistutetaan työelämän edustajalla ennen sen ottamista korkeakoulun sisäiseen käyttöön.

Sitoudumme noudattamaan edellä mainittuja sopimusehtoja. Tämä sopimus on tehty kolmena (3) kappaleena, yksi kullekin osapuolelle.

Allekirjoitukset	Opiskelijan allekirjoitus <i>Silja Oksanen</i>
Päivämäärä 15.5.2015	Opiskelijan allekirjoitus <i>Silja Oksanen</i>
Oppinnytön ohjaajan allekirjoitus <i>Ann-Marie Suvisaari</i>	EPSHP:n edustajan allekirjoitus <i>Foru el</i>

Huhtalantie 53
60220 Seinäjoki
D-1962-2011-L

Puhelin vaihde 06 415 4111
Faksi 06 415 4351

Sähköposti:
etunimi.sukunimi@epshp.fi

Liite 3 Viranhaltijapäätös

ETELÄ-POHJANMAAN SAIRAAN-
HOITAPIIRIN KUNTAYHTYMÄ


VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Nro

1.6.2015

82

Keskushallinto

Asia	Lupa opinnäytetyölle "Sydäninfarktipotilaan masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoitaminen", Oksanen Satu
Selostus	<p>Laurea-ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmassa opiskeleva Satu Oksanen hakee lupaa otsikossa mainitulle opinnäytetyölle.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää haastattelemalla, kuinka sairaanhoitajat tunnistavat masennuksen sydäninfarktipotilailla ja kuinka sairaanhoitajat toimivat tunnistessaan masennuksen. Tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien mahdollisia toiveita kehittää sydäninfarktipotilaan masennuksen varhaista tunnistamista sydäntautien vuodeosastolla.</p> <p>Opinnäytetyön ohjaajana toimii Ann-Marie Suvisaari.</p> <p>Liitteenä sopimus opinnäytetyöstä ja opinnäytetyön suunnitelma.</p>
Päätös	Lupa myönnetty.
Tiedoksi	Opiskelija Satu Oksanen Ylihoitaja Teija Ollikainen Ohjaaja Ann-Marie Suvisaari
Oikaisuvaatimus viranomainen	<p>Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallitus Huhtalantie 53 60220 SEINÄJOKI Puhelinvaihe (06) 415 4111 Telefax (06) 415 4351</p> <p>Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisäännästä. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen tiedon kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisääntitodistukseen merkittynä aikana. Oikaisuvaatimus kirjelmässä on ilmoitettava päätös, johon haetaan oikaisua, sekä se, millaista oikaisua vaaditaan ja millä perusteilla sitä vaaditaan.</p>
Paikka ja aika	Seinäjäki 1.6.2015
Allekirjoitus	
Virka-asema	Christina Rouvala hallintoylihoitaja

Liite 4: Haastattelukysymykset

TUTUSTUMISTA JA TAUSTAA

- Sukupuoli ja ikä?
- Aikaisempi koulutuksesi?
- Aikaisempi työkokemuksesi?
- Miten kauan olet työskennellyt sydäntautipotilaiden parissa?
- Onko sinulla kokemusta psykiatrisen hoitotyön puolelta?
- Millaista lisäkoulutusta olet saanut liittyen mm. sydäntauteihin tai psyykkisiin sairauksiin?
- Millaista kokemusta sinulla on sydäninfarktipotilaista, jotka sairastavat masennusta?

MASENNUKSEN VARHAINEN TUNNISTAMINEN SYDÄNINFARKTIPOTILAALLA

- Mitä mielestäsi masennuksella tarkoitetaan?
- Kuvaile tietosi ja kokemuksesi mukaan, mitä erityispiirteitä liittyy sydäninfarktipotilaan masennuksen oireiluun?
- Millä keinoin mielestäsi masennus on mahdollista diagnosoida? Mitä keinoja käytät työssäsi sydäntautien vuodeosastolla?
- Millaisia masennuksen seulontamenetelmiä tiedät? Mitä seulontamenetelmiä käytät sydäntautien vuodeosastolla?
- Kuvaile minkälainen on sairaanhoitajan rooli sydäninfarktipotilaan masennuksen tunnistamisessa osastolla, jolla työskentelet?

SYDÄNINFARKTIPOTILAAN MASENNUKSEN HOITAMINEN

- Kuvaile kokemuksesi ja tietosi pohjalta masentuneen sydäninfarktipotilaan hoitokeinot? Mitä hoitokeinoja osastollanne käytetään?
- Millainen on mielestäsi sairaanhoitajan rooli sydäninfarktipotilaan masennuksen hoidossa osastolla, jolla työskentelet?
- Minkälaista tukea masentunut sydäninfarktipotilas mielestäsi tarvitsee sairaanhoitajalta?
- Miten mielestäsi masentunut sydäninfarktipotilas hyötyy masennuksen hoidosta?

LISÄKOULUTUKSEN JA KEHITTÄMISEN TARVE

- Koetko, että sinulla on tarpeeksi tietoa masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta sydäninfarktipotilailla?
- Tunnetko tarvitsevasi lisäkoulutusta?/Millaista lisäkoulutusta?
- Mitkä tekijät mielestäsi estävät sydäninfarktipotilaan masennuksen tunnistamista ja hoitoa sydäntautien vuodeosastolla?
- Koetko, että sinulla on riittävästi aikaa paneutua masennuksen tunnistamiseen ja hoitoon osastollanne?
- Onko muita mahdollisia kehittämissuhteita tunnistettaessa ja hoidettaessa sydäninfarktipotilaan masennusta koskien esim. osastoanne, esimiehiänne tai työyhteisöä?

Liite 5: Kirjallinen suostumus tutkimukseen ja haastattelujen nauhoitukseen

KIRJALLINEN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

SUOSTUMUS

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan haastatteluun, jonka aihe on sydäninfarktipotilaiden masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito sydäntautien vuodeosastolla. Haastattelun suorittaa Satu Oksanen. Minulle on selvitetty, että henkilöllisyyteni ei paljastu tutkimusprosessin aikana. Voin keskeyttää osallistumiseni niin halutessani.

Annan suostumukseni haastattelun tekemiseen ja haastattelun nauhoittamiseen.

Paikka ja aika

Allekirjoitus

Tarkempia tietoja opinnäytetyöstä:

Satu Oksanen,

satu.oksanen@student.laurea.fi

Liite 6: Taulukko viitekehyksessä käytetyistä tärkeimmistä tutkimuksista

Tutkimuksen biblio-graafiset tiedot	Tutkimuskohde	Menetelmä	Keskeiset tulokset	Hyödyllisyys opinnäyteyden kannalta
Sainola-Rodriguez K., Kekkonen N. & Pöppönen T. 2007. Masentuneen potilaan näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät. Joensuu: Pohjois-Karjalan keskussairaala, Psykiatrian hoitotyön palveluyksikkö.	Tarkastella masentuneen potilaan näyttöön perustuvia hoitotyön menetelmiä kirjallisuudesta. Potilaita ja henkilökuntaa haastateltiin toteutuneista hoitotyön menetelmien vaikuttavuudesta.	Kirjallisuuskatseaus ja strukturoitu kyseily potilaille, joka analysoitu laadullisesti sekä suhdeluksina.	Tuotiin esiin 15 hoitotyön auttamistapaa masentuneen potilaan hoidossa, joita olivat mm. toivon ylläpitäminen sekä läsnäolo ja huolenpito. Potilaiden mukaan kaikki 15 hoitotyön auttamistapaa ovat tärkeitä masentuneiden hoitotyössä, joskin muutamasta: läsnäolo, unen turvaaminen sekä itsetunnon lisääminen, hoitotyön menetelmistä koettiin tärkeämmiksi muista.	Toi tutkimukseen hyödyllistä tietoa masentuneiden hoidossa käytettävistä hoitotyönmenetelmistä, jotka perustuvat tutkimuksista saataviin tuloksiin.
Salminen-Tuomaala M. 2013. Sydäninfarktipotilaan ja hänen puolisonsa selviytymisen prosessina. Psykososiaaliseen tasapainoon pyrkiminen. Tampere: Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö.	Tutkia sydäninfarktipotilaita ja puolisoitten psykososiaalista selviytymisprosessia. Saada uutta tietoa hoitohenkilökunnan käyttöön siitä, millaisena potilas ja hänen puolisonsa kokevat sydäninfarktiin sairastumisen ja siitä selviytymisen.	Laadullinen tutkimus ja teema-haastattelu.	Keskeinen tulos oli, että sydäninfarktipotilaan ja puolison selviytymistä kuvaavissa pyrkimyksissä psykososiaaliseen tasapainoon sekä akuutissa tilanteessa että sairauden pitkeytyessä. Tutkimus tuotti tietoa sydäninfarktipotilaan ja puolison välisestä vuorovaikutuksesta ja perhedynamiikasta.	Toi tietoa sydäninfarktipotilaan selviytymiskeinoista akuutissa vaiheessa sairaalassa olon aikana sekä vuosi infarktin saamisen jälkeen. Toi tietoa opinnäyteyteen psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin näkökulman tärkeydestä.

<p>Valkamo M. 2003. Rintakivun psyykkiset ulottuvuudet. Kuopion yliopisto. Lääketiede</p>	<p>Psykiatrinen arviointi 200:lle sepelvaltimotautipotilaalle koronaangiografiaa edeltävänä päivänä.</p>	<p>Määrällinen tutkimus, standardoitu kliininen haastattelututkimus.</p>	<p>Lähes neljänneksellä haastateltavista oli todennäköisesti depressiivinen häiriö tai merkittävää masentuneisuutta BDI:n mukaan, vaikka heillä ei ollut aikaisemmin todettu masenusta.</p>	<p>Tutkimus tuki ja toi tietoa opin- näytetyön viite- kehykseen siitä, näkökulmasta, että sydäninfarktipotilaan vointi tulee huomioida kokonaisvaltai- sesti.</p>
<p>Tukia H. 2007. Sydäninfarktin jälkeinen masennus. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja Hyvinvoinninlaitos.</p>	<p>Tarkastella tutkimuksia, jotka käsittelevät akuutin sydäninfarktin jälkeisen masennuksen vaikutuksia potilaan toipumiseen.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus.</p>	<p>Tutkimusaineiston mukaan noin 20 %:lla sairaalahoidossa olevista infarktipotilaista on diagnoosin täyttävä merkittävä masennus.</p> <p>Näiden tutkimusten mukaan näyttäisi siltä, että sydäninfarktin jälkeinen masennus jatkuu valtaosalla (60–70 %:lla) vielä 1-4 kuukauden kuluttua infarktin jälkeen.</p> <p>Vahvan tutkimusnäytön perusteella voidaan todeta, että infarktin jälkeinen masennus liittyy merkittävästi kohonneeseen kuolemanriskiin. On myös jonkin verran näyttöä siitä, että masennuksella olisi yhteyttä infarktin jälkeisiin uusiin, sairaalahoittoa vaativiin sydänvaivoihin. Masennus huonontaa myös niin fyysistä, psyykkistä kuin sosiaalistakin elämänlaatua ensimmäisenä infarktin jälkeisenä vuotena. Näyttäisi myös siltä, että masennuksella ja sydänsairauden riskin välillisillä merkeillä (esim. sydämen rytmin vaihteluilla ja tulehdusarvojen nousulla) olisi esiintymisyhteys.</p> <p>Sekä lääkehoito (antidepressiivinen, SSRI-lääkitys) että psykososiaalinen hoito lievittävät infarktin jälkeisen masennuksen oireita. SSRI-lääkehoidolla saattaa lisäksi olla sydänsairauden riskin välillisiä merkkejä vähentävää vaikutusta.</p> <p>Tutkimusaineiston mukaan on näyttöä siitä, että henkilöt, joil-</p>	<p>Opinnäyteyölle merkittävää tietoa sydäninfarktin ja masennuksen vaikutuksista toisiinsa sekä vaikutuksista elimistön fyysi- siin muutoksiin sekä psyykkisiin tekijöihin.</p>

			la on ollut sydäninfarktin jälkeinen masennus, noudattavat huonommin lääke- ja muita hoito-ohjeita kuin ne, joilla ei masennusta ole ollut.	
Korkiamäki A. & Varjus K. 2006. Somaattisten osastojen hoitajien valmiudet kohdata mielenterveyspotilas. Pori: Diakoniamattikorkeakoulu.	Tutkia terveyskeskusten vuodeosastojen hoitajien valmiuksia hoitaa psyykkisiä sairauksia.	Kvalitatiivinen sekä kvantitatiivinen.	Tuloksissa ilmenee, että hoitajat kokevat valmiutensa tyydyttäväksi ja kokevat tarvitsevansa huomattavasti lisäkoulutusta psyykkisten sairauksien hoidosta.	Toi opinnäyteyölle tietoa, siitä mitkä tekijät voivat vaikuttaa estävästi masennuksen tunnistamiseen ja hoitoon somaattisen puolen hoitopaikoissa
Jalava E. 2007. Sydäninfarktipotilaan masennusoireet sairaalahoidon aikana. Turku: Turun yliopisto, hoitotiede.	Tutkimuksen kohderyhmänä olivat yhden yliopistollisen keskussairaalan kardiologisella osastolla sydäninfarktin takia hoidossa olleet alle 75-vuotiaat potilaat.	Määrällinen, strukturoitu lomake, SPSS-ohjelma apuna analysoinnissa.	Tutkimuksen tulosten mukaan sairaalahoidon aikana sydäninfarkti potilaista 32 % kärsi vähintään lievistä masennuksesta BDI-mittarilla mitattuna ja SCL-25-mittarilla arvioituna 18 %:lla potilaista oli masennus- ja ahdistusoireita niin paljon, että voidaan puhua psykiatrisesta häiriöstä. Potilailla esiintyi kognitiivisiä affektiivisia masennusoireita eniten surullisuutta, pessimismää, anhedoniaa, itsesyytöksiä, ärtyisyyttä, yksinäisyyden tunnetta ja tunnetta siitä, että koko elämä on ponnistelua. Näitä oireita esiintyi vähintään joka neljännellä tutkimukseen osallistuneella potilaalla. Masennuksen somaattiset oireet korostuivat tutkimuksessa. Kyvyttömyyttä työskennellä ja väsymystä oli kahdella kolmasosalla potilaista ja unihäiriöitä, somaattisiin oireisiin keskittymistä ja seksuaalisen halukkuuden vähenemistä noin puolella vastaajista.	Tutkimus tuki opinnäytetyön teoriaa siltä osalta, että sydäninfarktipotilaiden masennuksessa ilmenee epätyypillisiä oireita. Tuo tärkeää tietoa, siitä kuinka hyvä on jo sairaalassa oloaikana kiinnittää huomiota sydäninfarktipotilaiden masennuksen oireisiin.