



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Terveysalan opiskelijoiden asenteet masennusta ja sen hoitoa kohtaan

Laakkonen, Janne & Mäkinen, Juho-Pekka

2011 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Terveysalan opiskelijoiden asenteet masennusta ja sen hoitoa kohtaan

Janne Laakkonen, Juho-Pekka
Mäkinen
Hoitotyö
Opinnäytetyö
Lokakuu, 2011

Janne Laakkonen & Juho-Pekka Mäkinen

Terveysalan opiskelijoiden asenteet masennusta ja sen hoitoa kohtaan

Vuosi 2011 Sivumäärä 33+10

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kerätä tietoa ammattikorkeakoulun terveysalan opiskelijoiden asenteita masennusta ja sen hoitoa kohtaan. Opinnäytetyö suunniteltiin yhteistyössä Vantaan projektipäällikön kanssa vastaamaan tutkimukselle annettujen tarpeita ja tavoitteita. Opinnäytetyön tavoitteena on vertailla saatuja tuloksia Vantaalla tehtyyn tutkimukseen sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden asenteista masennusta ja sen hoitoa kohtaan. Pyrimme myös tulosten pohjalta pohtimaan opiskelijoiden mielenterveyshoidon koulutuksen riittävyttä.

Masennukseen sairastuu arviolta joka viides suomalainen elämänsä aikana. Masennuksen vaikutukset ulottuvat myös sairastuneen omaisiin ja lähipiiriin. Masennus on taloudellisesti erittäin kallis sairaus, pelkästään epäsuorat kustannukset ovat sairauksista suurimmat. Masennuksen tunnistaminen varhaisessa vaiheessa on erittäin tärkeää paranemisen kannalta. Varhaisen tunnistamisen avulla toipuminen nopeutuu ja resurssien käyttö vähenee. Tunnistamista vaikeuttavat normaalielämän mielialavaihtelut sekä masennuksen esiintyminen erilaisin oirein.

Opinnäytetyö toteutettiin laatimalla kyselylomake terveydenalan opiskelijoille. Kyselylomake laadittiin paperipohjaiseen lomakkeeseen. Kyselylomakkeen pohjana käytettiin Depression Attitude Questionnaire (DAQ) mittaria, jota muokattiin opiskelijoiden tarpeiden mukaan. Kaikkiaan 121 terveydenalan opiskelijaa vastasi kyselyyn, ja kaikki vastanneet vastasivat kaikkiin kysymyksiin. Tulokset syötettiin SPSS - ohjelmaan ja analysoitiin kuvallisin tilastollisin menetelmin. Aineistosta pyrimme nostamaan esille tavoitteidemme mukaiset mielenkiintoisimmat vastaustrendit ja selkeimmät asennesuuntaukset.

Enemmistö vastanneista loppuvaiheen opiskelijoista oli vastausten perusteella asenteellisesti sillä kannalla, että masennus on sairaustila jota on tärkeää ja palkitsevaa hoitaa. Aiempi kokemus masennuksesta työn tai lähipiiriin kautta lisäsi tätä asennetta. Masennus ei myöskään suurimman osan mielestä kuulu oleellisena osana vanhuuteen. Psykoterapian tehoon uskoi enemmistö vastanneista, ja huomionarvoista on myös se että suurin osa opiskelijoista luottaisi mieluiten erikoissairaanhoidolliseen osaamiseen, etenkin läkehoidollisessa masennuksessa. Tätä asennetta tukee myös se että depressiohoitaja koettiin enemmistön mielestä oleelliseksi.

Masennuksen alkuperää ja luonnetta käsittelevät kysymykset saivat korkeat neutraalit vastauskeskittymät, joista voinee päätellä että opiskelijoilta puuttuu vielä opintojensa loppuvaiheessakin tarkempi kuva masennuksen taustalla vaikuttavista biopsyykkisistä tekijöistä.

Kokonaisuudessaan syntyy voimakas kuva siitä, että suurimmalla osalla vastanneista on hyvin ymmärtävä ja ajantasainenkin mielikuva masennuksesta. Ja että enemmistön mielestä erityishoidon kohdentaminen ja lisääminen masentuneiden auttamiseksi on toivottavaa ja hyödyllistä.

Asiasanat: masennus, tunnistaminen, opiskelija, asenteet

Janne Laakkonen & Juho-Pekka Mäkinen

Health care students' attitudes towards depression and its treatment

Year	2011	Pages	33+10
------	------	-------	-------

The purpose of our thesis was to collect information about health care students' attitudes towards depression and its treatment. The plan of the thesis was designed in collaboration with the project manager of the City of Vantaa, and our objective was to mold the thesis to answer the needs of our research goals. One aim of our thesis is also to compare the results to those obtained from the previous study made by City of Vantaa, which was aimed to collect information about social and healthcare workers' attitudes towards depression. We also try to reflect the adequacy of students' mental healthcare education based on our results.

It is estimated that every fifth citizen in Finland suffer from depression during their lifetime. The effects of depression extend also to the patient's friends and relatives. Economically thinking, depression is a very expensive mental health problem, and the indirect consequences are the most expensive, even when all health problems are considered. Identifying depression is very important in terms of remission of the patient. Early identification helps to speed up mental recovery, and spares public resources. Identification is usually made difficult by normal mood changes and widely varying symptoms of depression.

The thesis was carried out using the Depression Attitude Questionnaire (DAQ) -form, which was edited to be suitable for questioning health care students. In all, 121 Health Care students answered the paper-based questionnaire, and all of them answered every single question. The results were analyzed by illustrative statistical methods, using SPSS -statistics program. From the research material we tried to pinpoint the most interesting and prevailing trends and attitudes concerning our research goals.

Based by the answers, the majority of the respondents had the opinion that it's rewarding and important to treat depression, and it's not an integral part of old age. Previous experiences with depression through work or relatives increased the opinion that treating depression is rewarding. Most respondents believed in the effectiveness of psychotherapy, and it's worth noting that most also would prefer specialized psychiatric health care especially when depression -case is treated with medication. Also a nurse specialized in depression was thought to be important by majority of the students.

Questions concerning the origins and the nature of depression had very high frequency of neutral answers, and from that you could draw a conclusion that the students still have no deeper picture of the influencing biopsychic factors behind depression, even during the final stages of their studies.

All in all, our thesis gave us a pretty strong picture that most of the participants have good understanding and even up to date impression about depression. And that most students also think that using resources to strengthen specialized healthcare to help depressed people is worth doing.

Keywords: depression, identification, student, attitudes

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Masennus ja sen ilmeneminen.....	8
2.1	Masennuksen oireet ja ulottuvuudet.....	8
2.2	Masennuksen syyt ja yleisyys.....	13
2.3	Masennuksen kulku ja ennuste.....	14
2.4	Masennustilojen kliinisiä alaryhmiä.....	15
3	Masennuksen hoito ja preventio	16
3.1	Masennuksen tunnistaminen hoitotyössä.....	17
3.2	Työvälineitä masennuksen tunnistamiseen	19
4	Vantaan työntekijöiden asenteet masennusta ja sen hoitoa kohtaan.....	20
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	21
6	Opinnäytetyön empiirinen osa	22
6.1	Opinnäytetyön aineiston kerääminen.....	22
6.2	Opinnäytetyön aineiston analyysi	23
7	Tulokset	23
8	Pohdinta.....	27
8.1	Opinnäytetyön tulosten tarkastelu.....	27
8.2	Kehittämissuhteet ja jatkotutkimusehdotukset	28
8.1	Luotettavuus ja eettisyys	29
	Lähteet	31
	Taulukot	31
	Liitteet.....	31
	Liite 1 Tutkimuslupa - anomus.....	35
	Liite 2 Kyselylomakkeen tulokset.	36
	Liite 3 Kyselylomake.....	38

1 Johdanto

Masennus on Suomessa erittäin merkittävä kansanterveysongelma. Sitä pidetään maailmanlaajuisesti eniten toimintakyvyttömyyttä aiheuttavana sairautena. Tulevina vuosikymmeninä masennuksen merkitys kansanterveydelle on lisääntymässä. Suomessa joka viides aikuisväestöstä sairastuu masennukseen. Masennus on eri-ikäisten sairaus. Masennusta voidaan tavata kaikissa ihmisen elämänkaaren vaiheissa. (Karila & Kokko 2008: 5 - 6.)

Masennuksen tunnistaminen ja hoidon aloittaminen varhaisessa vaiheessa on hyvin tärkeää. Tällöin toipuminen nopeutuu ja resursseja käytetään huomattavasti vähemmän sairaudesta toipumiseen. Masennus altistaa myös somaattisille sairauksille. (Käypähoito - Depressio 2010) Masennus ei ainoastaan aiheuta kärsimystä sitä sairastaville vaan myös heidän perheille, omaisille sekä ystäville (Suomen Lääkärilehti 45/2002).

Pitkittyneeseen masennukseen liittyy joskus peruuttamattomia seurauksia. Kaikista itsemurhista noin kaksi kolmasosaa liittyy mielialahäiriöihin. Masennukseen ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuneiden itsemurhia tapahtuu Suomessa vuosittain 600 - 700. Itsemurhayrityksiä on vähintään kymmenkertaisesti toteutuneisiin itsemurhiin. (Karila & Kokko 2008: 5 - 6.) Masennuksen kustannukset ovat sairauksista suurimmat, kun tarkastellaan suoria hoitoon liittyviä kustannuksia sekä epäsuoria kustannuksia, kuten työpanosmenetykset. Masennuksen vuosittaiset kustannukset voivat nousta jopa miljardiin euroon. Pelkästään vuonna 2009 epäsuorista menetyksistä, kertyi 633 miljoonan euron kustannukset. Masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito ovat suoraan verrannollinen masennuksesta koituihin kustannuksiin (Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008 - 2011.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa ammattikorkeakoulun terveystieteiden opiskelijoiden asenteita masennusta ja sen hoitoa kohtaan. Opinnäytetyöaineisto kerättiin Tikkurilan Laurea - ammattikorkeakoulun terveydenhuollon opiskelijoilta. Opinnäytetyö liittyy Sateenvarjo - projektiin ja se on osana Vantaan kaupungin mielenterveystyön kehittämistä. Aineisto on kerätty käyttäen Depression Attitude Questionnaire (DAQ) mittaria, mitä on muokattu enemmän terveydenhuollon opiskelijoille soveltuvaksi. Hoitotyön näkökulmasta aihe on ajankohtainen, koska masennuksen hoito on siirtymässä yhä enemmän erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon piiriin. Aiheen valintaan vaikutti myös opinnäytetyöntekijöiden mielenkiinto mielenterveystyötä kohtaan.

Laurean hoitotyön opetussuunnitelmassa mielenterveys - ja päihdeopinnot käydään toisen lukuvuoden aikana. Opintojaksona toimii asiakkaan voimavarojen vahvistaminen muutosvaiheissa. Opintojakson laajuus on 10 opintopistettä ja se käsittää mielenterveys-, kriisi- ja päihdehoitotyön suunnittelu, toteutus ja arviointi sekä psykiatrian luennot.

Opintojakson lisäksi opiskelijoiden tulee suorittaa hyväksyttävästi ammattia edistävä harjoittelu mielenterveys - ja päihdetyön harjoittelupaikassa. (Laurea Opinto - opas 2008 - 2009.)

2 Masennus ja sen ilmeneminen

Sanaa masennus voidaan käyttää monessa eri merkityksessä, jonka vuoksi on tärkeää pystyä selvittämään missä asiayhteydessä sanaa käytetään. Masennus voi liittyä hetkelliseen ohimenevään tilaan, kuten esimerkiksi pettymyksen tai menetyksen tuomiin tunnetiloihin. Hetkellinen masennus kuuluu luonnollisiin tunnetiloihin ja sellaisenaan se motivoi ongelmien ratkaisussa sekä edesauttaa irrottautumista menetetyistä kohteesta tai asiasta. Masentunut mieliala taas on pysyväksi muuttunutta masentunutta tunnetilaa. Hetkelliseen tunnetilaan verrattaessa masentunut mieliala on pitkäaikainen vire, joka saattaa kestää yhtäjaksoisesti kestä viikkoja tai jopa vuosia. Jos masentuneeseen mielialaan sisältyy muita siihen liittyviä oireita, silloin puhutaan masennustiloista. Masennustila on luokiteltu mielenterveyden häiriöksi. (Lönngvist ym. 2001: 134 - 135.)

Masennusoireyhtymät luokitellaan diagnostisesti mielialahäiriöiden alaryhmään kuuluvaksi. Unipolaaristen eli yksisuuntaisten masennusoireyhtymien lisäksi ryhmään kuuluu myös maanisia jaksoja sisältävät kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Masennuksen, kuten muidenkin mielialahäiriöiden luokittelussa tärkeimpiä perusteita ovat oireiden laatu, vaikeusaste, ja niiden kesto. (Isometsä 2008: 157.) Masennus jaetaan diagnostisesti kolmeen luokkaan: lievä, keskivaikea ja vaikea tai psykoottinen masennus. Masennus luokitellaan oireiden määrän ja laadun perusteella. Toiminnankyvyn arviointi sisältyy myös vaikeusasteen luokitteluun. ICD - 10 - tautiluokituksessa masentuneisuuden yleiset kriteerit ovat kaikissa ikäluokissa samat. (Kivelä 2001: 111.)

Masennustilan diagnostinen määrittely on keskeisenä tekijänä ohjaamassa myös masentuneen henkilön hoitoa, ja on tärkeä määrittelevä tekijä arvioitaessa erilaisten hoitomuotojen tarvetta. Erityisesti masennustilan vaikeusaste on yksi keskeisimmistä tiedoista, ja sen arviointi ja määrittely haastattelun ja kyselyiden muodossa on hoidon kulmakiviä. (Isometsä 2008: 157-160.) Juuri tässä masennustilan määrittelyllisessä vaiheessa on hoitotyön tekijöillä, ja heidän kyvyllään tunnistaa masennusta tärkeä rooli.

2.1 Masennuksen oireet ja ulottuvuudet

Masennustilaan liittyy useita sille hyvin tyypillisiä oireita, joiden määrä ja voimakkuus vaihtelevat masennustilan vakavuudesta ja muista yksilöllisistä tekijöistä riippuen. Näiden oireiden perusteella masennustilat myös tunnistetaan ja luokitellaan Suomessa diagnostisesti ICD - 10 - asteikon mukaan. (Käypähoito - Depressio 2010.) Kaikki masentuneet henkilöt eivät välttämättä koe mielialaansa masentuneeksi, ja oireet voivatkin olla hyvin monimuotoisia ja harhaanjohtavia. Varsinkin nuorilla ja vanhuksilla masennus voi helposti naamioitua

monenlaisiksi somaattisiksi, sosiaalisiksi sekä käyttäytymisen oireiksi. (Nevalainen 2006: Depressio-alueellinen hoitomalli.)

Masennuksesta kärsivän henkilön mieliala on masentunut, ja hänen tunnevireensä on suurimman osan ajasta hyvin alakuloinen. Lievemmissä tapauksissa huomion kohdistaminen muualle tai muu toiminta voi hetkellisesti poistaa masentuneen tunnetilan, mutta mitä syvemmin mieliala on masentunut, sitä vaikeampi tunnetilasta on päästä edes hetkellisesti eroon. Masentunut on myös menettänyt kykynsä saada mielihyvää hänelle aiemmin mielihyvää tuottaneista asioista. Syvemmissä masennuksissa mielihyvän kokemuksen menetys voi olla täydellistä, lievemmissä taas mielihyvän tunteet voivat olla vaimenneet jonkin verran. (Isometsä 2008: 158 - 159.)

Masentuneella voi olla toistuvia itsemurhaan ja kuolemaan liittyviä ajatuksia, sekä itsetuhoista käytöstä (Käypähoito - Depressio 2010). Hänen ajatuksensa pyörivät voimakkaasti kuoleman ja monenlaisten pessimististen teemojen ympärillä, ja hänellä voi olla ajatuksia itsensä aktiivisesta tai passiivisesta vahingoittamisesta. Hän voi olla myös jo yrittänyt masennusjakson aikana itsemurhaa, tai hänellä on suunnitelmia siihen liittyen. (Isometsä 2008: 159.)

Erilaiset arvottomuuden, syyllisyyden, ja kohtuuttoman itsekritiikin tunteet ovat yleisiä masentuneelle henkilölle (NIMH - Depression 2008). Masentunut on menettänyt itsearvostuksensa, ja hänen luottamuksensa selviytyä elämässään on selvästi alentunut. Lievästi masentuneilla itsearvostus sekä itseluottamus ovat alentuneet. Vakavasti masentuneet voivat jopa tuntea olonsa täysin arvottomaksi ja vailla ihmisarvoa olevaksi. Omien tekojen sekä persoonan kritisointi ja väheksyminen sekä kohtuuton syyllisyydentunne ovat yleisiä masentuneen persoonan oireita. Näidenkin kohdalla on lievissä tapauksissa tunteet vain korostuneita, mutta vaikeamman masennuksen ollessa kyseessä syyllisyydentunteet voivat olla usein jopa harhaluuloisia ja luonteeltaan psykoottisia. (Isometsä 2008: 159.)

Päättämättömyden tunne, ja keskittymiskyvyn sekä yksityiskohtien muistamisen vaikeudet ovat yleisiä ongelmia masentuneelle (NIMH - Depression 2008). Masentunut henkilö on usein epäröivä ja hyvin epävarma tilanteissa, jotka ovat arkipäiväisiä ja joista hän normaalisti selviytyy helposti. Hänellä voi olla lisäksi vaikeuksia keskittyä esimerkiksi lukemiseen tai johonkin muuhun ajatustyötä ja keskittymistä vaativaan askareeseen. Vaikeimmillaan keskittymiskyvyn puute voi näyttäytyä jopa vaikeutena seurata keskustelua. (Isometsä 2008: 159.)

Myös erilaiset fyysiset oireet ovat hyvin yleisiä masentuneilla henkilöillä. Epämääräiset säröt ja kivut voivat usein jopa olla ainoita pinnalla olevia oireita masennuksesta. Oireet voivat olla hyvinkin erilaisia: kroonista nivelkipua, kipua raajoissa, selkäkipua, ruuansulatusvaikeuksia, väsymystä ja unihäiriöitä, psykomotorisen aktiviteetin vaihtelua, sekä ruokahalun ja painon muutoksia. Suuri osa näistä ongelmista kärsivistä tulee terveydenhuollon piiriin juuri somaattisten oireiden vuoksi, näin alla vaikuttava masennus voi jäädä helposti havaitsematta. (Trivedi 2004: 12.)

Uupumuksesta kärsivä kokee olevansa jatkuvasti väsynyt, ja pienetkin fyysiset ponnistukset tuntuvat vievän kohtuuttomasti voimia ja väsyttävän entisestään. Psykomotorinen hidastuminen ilmenee yleensä toiminnan hitautena, jähmeytenä, ja pysähtyneisyytenä. Olemukseltaan henkilö voi vaikuttaa vanhentuneelta ja ilmeettömältä. Psykomotorinen kiihtyneisyys taas agitaatiota ja tuskaisuuden tunteeseen liittyvää levottomuutta, joka voi ilmetä raajojen levottomina tai pakonomaisina liikkeinä, ja tuskasekaisena huokailuna. Unihäiriöt ilmenevät yleensä iltayön nukahtamisvaikeuksina, unen pinnallisuutena ja katkonaisuutena, tai aamuyön valvomisena. Monella esiintyy myös edellä mainittuja oireita yhdistelmänä. Joissain tapauksissa ilmenee myös hypersomniaa, eli liiallista nukkumista eri vuorokaudenaikoihin. Ruokahalun ja painon muutokset ovat myös yleisiä oireita. Masentunut henkilö voi olla hyvin ruokahaluton ja kokea ruuan jopa vastenmielisenä, tähän liittyy yleensä selvää painon laskua. Joillain taas ruokahalua kasvaa selvästi, ja tämä johtaa painon nousuun. (Isometsä 2008: 159.)

Masennukseen liittyy useita sen kanssa vuorovaikutuksessa olevia tai sitä voimistavia tekijöitä, joiden huomioon ottaminen on olennaista masennuksen tunnistamisessa ja hoidossa (Käypähoito - Depressio 2010). Masennustilat johtavat myös usein muihin haitallisiin komplikaatioihin, kuten toimintakyvyn heikkenemisen aiheuttamaan työkyvyttömyyteen, sekä itsetuhoiseen käyttäytymiseen ja kohonneeseen itsemurhariskiin (Isometsä 2008: 165-167). Työkyvyttömyys tai vajaatehoiset työsuoritukset, sekä hoidosta aiheutuneet kustannukset aiheuttavat seurauksina hyvin suuria taloudellisia menetyksiä (Käypähoito - Depressio 2010).

Masennus esiintyy usein rinnakkain muiden psyykkisten ja fyysisten häiriöiden kanssa. Ne voivat edeltää masennusta, olla sen aiheuttavia tekijöitä, tai olla seuraamusta masennuksesta. (NIMH - Depression 2008). Masennuksen yhteydessä usein esiintyviä psyykkisiä häiriöitä ovat mm. päihde- ja persoonallisuushäiriöt, sekä erilaiset ahdistuneisuushäiriöiden muodot, kuten paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, ja eräät muut pelkotilat (Käypähoito - Depressio 2010). Masennuksen kanssa samaan aikaan vaikuttavat ahdistuneisuushäiriöt yleensä heikentävät masentuneen henkilön psykososiaalista toimintakykyä ja hänen elämänlaatuaan (Mittal 2006: 1731 - 7). Ahdistuneisuushäiriöitä esiintyy noin puolella masentuneista henkilöistä, ja samoissa määrin esiintyy masennuksen

rinnalla myös erilaisia persoonallisuushäiriöitä (Melartin 2002: 126 - 34). Näistä yleisimpiin kuuluvat estynyt, epävakaa, ja vaativa persoonallisuus (Fava 1996: 1308 - 12). Myös PTSD, eli traumaperäinen stressihäiriö, on yksi erityisesti masennuksen syntyyn johtavista psyykkisistä häiriöistä (NIMH - Depression 2008).

Masennus myös esiintyy ja vuorovaikuttaa usein erilaisten fyysisten sairauksien, kuten sydän- ja verisuonitautien, halvauksien, syöpien, HIV/AIDSin, diabeteksen, ja Parkinsonin taudin kanssa. Tutkimusten mukaan ihmisillä, jotka masennuksen lisäksi sairastavat jotakin fyysistä sairautta ovat yleensä vaikeammat oireet masennuksen että fyysisen sairautensa suhteen ja tällöin enemmän vaikeuksia sopeutua sairauteensa. (NIMH - Depression 2008.)

Masennustiloihin liittyvä itsemurhariski on huomattava. Psykiatrisilla masennuspotilailla riski on noin 20 -ertainen normaaliväestöön verrattuna, ja perusterveydenhuollon piiriin kuuluvilla masentuneilla hieman pienempi, mutta silti merkittävä. Erään Suomalaisen tutkimusprojektin mukaan Suomessa kuolee vuosittain noin 600 - 700 henkilöä masennukseen liittyviin itsemurhiin. Miehillä riski on suurempi kuin naisilla, ja miessukupuoli onkin yksi keskeisimmistä riskitekijöistä: masentuneiden miesten itsemurhakuolleisuus on kaksinkertainen naisiin verrattuna. (Isometsä 2008: 165 - 166.)

Itsemurhariski kasvaa sen mukaan mitä vaikeammasta masennuksesta on kyse, ja mitä kauemmin se kestää. Oleellisia tekijöitä riskiä arvioitaessa ovat mahdolliset aikaisemmat itsemurha-ajatukset tai -yritykset, yleinen toivottomuus tulevaisuutensa suhteen, sekä lähiomaisilta opitut käyttäytymismallit tai perinnöllinen alttius itsetuhoiseen käytökseen. Myös monihäiriöisyys lisää itsemurhan riskiä. Lähes kaikilla itsemurhan tehneillä masentuneilla henkilöillä on ollut myös samanaikainen somaattinen sairaus, tai mielenterveydellinen ongelma. Merkittävimpiin kuuluvat luultavasti etenkin päihdeongelmat, epävakaa persoonallisuushäiriö, tai vaikea ahdistuneisuushäiriö. Itsetuhoisen masentuneen henkilön itsemurhavaara on aina hyvin todellinen. Itsetuhoajatuksista on tärkeää kysyä henkilöltä itseltään klinisen haastattelun yhteydessä, masennustilaa kartoitettaessa. Hänen tilansa vaatii välitöntä hoitoa ja seurantaa, ja tarvittaessa henkilö tulee ohjata tai toimittaa psykiatriseen sairaanhoitoon. (Isometsä 2008: 166 - 167.)

Päihderiippuvuuden lisäksi päihteiden käyttöön liittyy usein monia mielenterveyden häiriöitä, joiden oireita päihteidenkäyttö aiheuttaa ja pahentaa (Pirkola 2005: 7). Alkoholin ja muiden päihteiden liikkakäyttö on yleinen samanaikaisesti esiintyvä ongelma mielialahäiriöiden, kuten masennuksen rinnalla (Conway 2006: 247 - 257). Samanaikaista päihdehäiriötä esiintyy noin 10-30%:lla masentuneista henkilöistä, ja yleisintä on alkoholin väärinkäyttö. Yleensä naisilla masennus edeltää päihteiden väärinkäyttöä, kun taas miehillä useammin päihdeongelma edeltää masennusta. (Käypähoito - Depressio 2010.)

Erityisesti laillisen päihteen, eli alkoholin käytön haittoja ja yhteyttä masennukseen on tutkittu paljon. Aiheesta tehtyjen uusien tutkimusten perusteella jo runsas kertakäyttö liittyy ja voi johtaa masennukseen, vaikka kulutettu pidemmän aikavälin kokonaismäärä olisikin vähäinen. (Kansanterveys 2006: 18 - 19.) Alkoholi riippuvuus huonontaa masennuspotilaiden ennustetta, ja lisää itsemurhariskiä. Alkoholin on osoitettu laskevan terveidenkin henkilöiden mielialaa, ja tutkimusten mukaan lähes jokainen alkoholi riippuvainen on ollut masentunut jossain elämänsä vaiheessa. Suomalaisen 1995 toteutetun A - klinikoiden asiakaskyselyn perusteella 55 % vastanneista oli oman arvionsa mukaan masentuneita, ja Beckin depressioasteikon mukaan 57 % oli vaikeasti tai keskivaikeasti masentuneita. Katkaisuhoidon tarvitsevista potilaista keskivaikeasti tai vaikeasti masentuneita oli 75 %, ja pidempää hoitoa tarvitsevista 83 %. Jos alkoholin rinnalla oli käytetty myös muita päihteitä, olivat masentuneiden osuudet suurempia. (Mäkelä 2003: 185 - 187.)

Erilaisiin masennushäiriöihin liittyy yleensä lähes aina psykososiaalisen toimintakyvyn heikkenemistä, jonka voimakkuus on melko suorassa suhteessa masennuksen vaikeusasteeseen ja pitkäaikaisuuteen. Toimintakyvyttömyys palautuu hitaasti, ja voi olla heikentynyt vielä viikkoja muiden masennuksen oireiden hävittyä. Varsinkin toistuvassa masennuksessa oireet vaikuttavat kasaantuvan ja jatkuvan masennusjakson jälkeen, ja neuropsykologisten tutkimusten mukaan toiminnanhäiriöt vaikuttavat jälkioireena masennuksen kliinisten oireiden jo hälvettyä. (Isometsä 2008: 167). Masennushäiriöihin liittyvistä kognitiivisen toiminnan ja erityisesti toiminnanohjauksen häiriöistä on tutkimusnäyttöä, ja ne saattavat olla yhteydessä yleiseen psykososiaaliseen toimintakyvyn heikkenemiseen. Kognitiivisten häiriöiden jatkuminen tai jopa pysyvyys masennusjakson jälkeen saattaa altistaa masennuksen uusiutumislle. (Castaneda 2009: 161 - 166.)

Suuri osa etenkin erikoissairaanhoidon piiriin kuuluvista masennuspotilaista on masennuksen vuoksi jonkin aikaa sairauslomalla, ja noin 20 % jää pysyvästi työkyvyttömiksi (Noppiari ym. 2007). Masennukseen liittyvä työkyvyttömyys on yleisimpiä työkyvyttömyyden syitä Suomessa, ja siitä johtuvia uusia työkyvyttömyyseläkkeitä myönnetään vuosittain yli 4000 (Isometsä 2008: 167). Maailmanlaajuisesti arvioiden vakava masennus on neljänneksi yleisin työ- ja toimintakyvyttömyyden syy. Vuonna 2002 Suomessa maksettiin lähes 2,2 miljoonaa sairauspäivärahopäivää, joista kertyi päivärahoina 85,6 miljoonaa euroa. (Raitasalo 2004: 2799.)

Sairauspäiväraha-kausien ja työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärät Suomessa ovat kaksinkertaistuneet 1990 - luvulta lähtien. Vuonna 2007 työkyvyttömyyseläkkeelle jäi masennuksen takia jo 4600 henkilöä, ja sairauspäiväraha-kausia alkoi yli 32 000. Työ- ja toimintakyvyttömyyden lisäksi myös yleisestä toimintakyvyn heikkenemisestä johtuvat

vajaatehoiset työsuoritukset, sekä hoitojärjestelmän kulut lisäävät masennuksesta aiheutuvia kustannuksia yhteiskunnalle. (Käypähoito - Depressio 2010.)

2.2 Masennuksen syyt ja yleisyys

Depressiivisten tilojen syntyä ja vaikutuksia on tutkittu jo pitkään. Nyky - yhteiskunnassa masennuksen yleisyyttä selittää osaltaan se, että ihminen rasittuu tietoyhteiskunnassa enemmän psyykkisesti kuin fyysisesti. Stressitila taas altistaa monille erilaisille häiriötiloille, kuten depressiolle. (Viinamäki ym. 2009: 3655.) 1960-luvulla masennusta selittämään kehitettiin monomiiniteoria, jonka mukaan masennuksen keskeinen selittävä tekijä on hermosolujen dopamiinin, serotoniinin, ja noradrenaliinin hermovälityksen vajaatoiminta (Isometsä 2008: 169). Masennustilojen taustamekanismeja on sittemmin selventänyt teoria glukokortikoideista (kortikosteroideista), ja niiden vaikutuksesta masennustilojen patogeneesiin (Viinamäki 2009: 3655). On saatu myös vankkaa tutkimustietoa lapsuuden traumaattisten kokemusten vaikutuksesta aikuisiän masennusalttiuteen (Aguilera ym. 2009).

Masennustilojen synty on ymmärrettävissä ajassa etenevänä monitekijäisenä prosessina, jossa perimä, varhaiset traumat, temperamentti, ja ajankohtainen stressi sekä näiden kumulatiiviset vaikutukset ovat altistavia tekijöitä. Masennukselle altistava temperamentti voi näkyä aivokuvantamistutkimuksissa limbisen järjestelmän ylireagointina emotionaalisesti merkittäviin ärsykkeisiin. Masennustilan laukaiseva tekijä on yleensä jokin kielteinen elämänmuutos, jonka henkilö yksilöllisesti kokee raskaaksi. Masentuneilla on usein lieviä rakenteellisia aivomuutoksia, ja masennustilan aikana esiintyviä aivojen neurokemiallisia ja aineenvaihdunnallisia muutoksia, sekä neuroendokrinologisia poikkeavuuksia. Ne korjaantuvat yleensä depressiosta toipumisen myötä. (Melartin & Isometsä 2009: 1771.)

Masennustila vaikuttavaa myös muovaavasti masentuneen sosiaaliin suhteisiin, ja mitä kauemmin masennus kestää, sitä voimakkaammin se alkaa vaikuttaa niihin aiheuttaen kielteisiä seuraamuksia. Myös masentuneen kognitiiviset vääristymät vahvistavat ja ylläpitävät omalta osaltaan masentunutta tunnetilaa. (Isometsä 2009: 180.)

Suomessa arviolta noin joka viides eli 5 % väestöstä sairastuu elämänsä aikana kliinisesti masennukseen (Melartin, T. 2005). Tämä tarkoittaa noin 200 000 masentunutta henkilöä yhteiskunnassamme kaiken aikaa. Luku ei ole suurempi kuin muuallakaan maailmassa eikä taipumustamme masennukseen kannata etsiä suomalaisen identiteetin rakennuspalikoista. Masennuksen vuoksi joka vuosi jää uudelle työkyvyttömyyseläkkeelle noin 4 500 henkilöä ja kaikkiaan masennuksen vuoksi on noin 30 000 henkilöä työkyvyttömyyseläkkeellä. Tämä on nähtävissä terveydenhuollon jokapäiväisessä työssä. Joka kymmenes terveyskeskuksen potilas,

sairastaa masennusta ja erikoissairaanhoidon avohoidossa puolet käynneistä muodostuu masennusta sairastavista asiakkaista. (Karila & Kokko 2008: 7 - 8.) Naisilla on miehiä suurempi riski sairastua masennukseen (Lindeman ym. 2000). Yhtenä syynä voidaan pitää naisten tunteiden pohdintaa sekä tyytymättömyyttä ulkonäköön varsinkin teini-iällä (Tuohela 2008).

Nuoruusiässä vakavaa masennusta on todettu esiintyvän noin 3 - 10 %:a ja pitkäaikaista masennusta 1 - 2 %:a. Nuoruusiän huippu sairastua masennukseen on 15 - 18 vuotiailla. Nuoruusiä käsittää 12 - 22 vuotiaat. (Nuorten depressio 2008.) Aikuisväestöstä joka viides sairastaa masennusta (Tuohela 2008). Yli 65 - vuotta täyttäneistä sairastaa useammin lievää kuin vakavaa masennusta. Lievää tai keskivaikeaa masennusta sairastaa miehistä 9,3 % ja naisista 13, 6 %. Vakavaa masennusta yli 65 - vuotta täyttäneistä henkilöistä sairastaa 2 %. (Vallejo Medina ym. 2006, 305.)

2.3 Masennuksen kulku ja ennuste

Masennustila alkaa useimmiten prodromaali- eli esioireilla, joiden pahetessa masennustila saavuttaa lopulta huippunsa. Ne ovat tyypillisimmillään samanlaisia kuin masennuksen ydinoireetkin. Aiemmin depressiosta kärsineet voivat tunnistaa oireet, mikä nopeuttaa hoitoon hakeutumista. Masennustilojen keskimääräinen kesto on 5 - 6 kuukautta, mutta osalla masentuneista tila jälkioireineen voi kestää vuosia. Kaikista masennustiloista pitkäaikaisia ja vakavia lienee vajaa 10 % kaikista masennustiloista. (Huttunen 2008.) Osa masennustiloista jää terveydenhuollossa tunnistamattomiksi, tai niistä kärsivä henkilö ei hakeudu hoitoon. Ne ovat kuitenkin epidemiologisten tutkimusten perusteella lievempiä ja lyhytkestoisempia, ja niihin liittyy vähäisempi itsemurhan riski tai toimintakyvyn heikkeneminen. Masennuksen oireiston lievittyessä alkaa remissio- eli toipumisvaihe. Täydellisessä remissiossa kaikki oireet ovat hävinneet, mutta usein potilailla esiintyy jälkioireita eli remissio jää osittaiseksi. Tähän liittyy huomattava masennuksen uusiutumisen riski. (Isometsä 2008: 163.)

Masennustilan ennustetta huonontavia tekijöitä ovat mm. tilan vaikea-asteisuus, aikaisempien masennusjaksojen suuri määrä, psykoottiset piirteet, masennustilan aikaiset kielteiset elämäntapahtumat, sosiaalisen tukiverkoston puute tai kielteinen suhtautuminen, muut mielenterveyden häiriöt tai somaattiset sairaudet, hoitoon hakeutumisen viivästyminen, ja hoidon huono laatu tai puute. Keskeisin yleinen ennustekijä on depression vaikeusaste. Potilaan ennusteen ja toipumisen arvioimiseksi onkin tärkeää, että vaikeusastetta arvioidaan systemaattisesti ja säännöllisin väliajoin jonkin oireasteikon avulla. (Isometsä 2008: 164 - 165.)

Useimmat masennustilat alkavat jonkin laukaisevan tekijän vaikutuksesta. Tällaisia ovat tyypillisesti pettymykset ihmissuhteissa tai sosiaalisissa rooleissa, etenkin jos henkilö kokee menettäneensä jotain korvaamatonta, tai kokee tullessa nöyryytetyksi. Laukaisevia tekijöitä olennaisempia ennusteen kannalta ovat masennustilan aikana vaikuttavat ja tapahtuvat elämänmuutokset. Kielteiset hidastavat toipumista, ja myönteiset voivat edesauttaa sitä. Sosiaalisella tukiverkostolla on tässä merkityksellinen rooli. Sen tuki kriisien keskellä on merkittävää, mutta sen heikentyminen usein juuri masennuksen laukaiseva tekijä, ja masentuneen vaikea käytös usein johtaa sen heikentymiseen entisestään. (Isometsä 2008: 164.)

Yksilön temperamentin ja persoonallisuuden piirteillä on havaittu olevan selkeä yhteys mielenterveyden häiriöihin, myös masennustiloihin ja niiden ennusteeseen (Jylhä 2008: 98). Persoonallisuushäiriöistä kärsivien masennustilat ovat pitkäkestoisempia ja uusiutuvampia, ja depressiopotilaista arvioidaan yleisesti noin 30 - 50 %:n kärsivän persoonallisuushäiriöistä. Useilla potilaista on myös ennusteeseen vaikuttava muu mielenterveyden häiriö tai päihdeongelma. (Isometsä 2008: 165.)

Masennustiloilla on havaittu olevan selkeä uusiutumisriski. Suurin osa hoitoon hakeutuvista masennuspotilaista kärsii toistuvasta masennuksesta, ja useat aiemmat masennusjaksot lisäävät uusiutumisriskiä. Uusiutumisriski on sitä suurempi mitä vaikeammasta depressiosta on kyse, ja mitä enemmän muita samanaikaisia mielenterveyden häiriöitä potilaalla on. (Isometsä 2008: 165.)

2.4 Masennustilojen kliinisiä alaryhmiä

Psykoottinen masennus on yleensä yksi kaikkein vaikeimpia masennustiloja. Vaikeiden masennusoireiden ohella siihen liittyy yleensä myös psykoottisia oireita, kuten harhaluuloja ja aistiharhoja. Yleensä pelkkä psykoterapia tai lääkehoito ei auta psykoottisen masennuksen hoidossa, lääkehoitona käytetään antipsykoottisen ja antidepressiiviseen lääkkeen yhdistelmää. Tehokkain hoitomuoto on aivojen sähköhoito eli ECT. Melankolinen depressio liittyy usein psykoottiseen masennukseen. (Isometsä 2008: 160.)

Somaattinen oireyhtymä eli melankolinen depressio on aikaisempina vuosikymmeninä sisäsyntyiseksi masennukseksi nimetty masennustila. Se on yleensä vaikea-asteinen. Oireisiin kuuluu mm. aamuyön unettomuus, masentuneen mielialan vaihtelu vuorokauden ajan mukaan, psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys, ruokahalun menetys ja laihtuminen, libidon lasku, ja voimakkaat syyllisyydentunteet. Hoitona ovat yleensä biologiset hoidot, tai

hieman normaalista masennuksen hoidosta poikkeava lääkehoito. (Luhtasaari 2010: Terveyskirjasto - Masennus.)

Epätavalliselle masennukselle ovat ominaisia ns. käänteiset vegetatiiviset oireet, eli liikaunisuus, lisääntynyt ruokahalu, sekä lihominen. Ympäristön kielteiset ja myönteiset tekijät vaikuttavat selvästi mielialaan. Diagnoosi on edelleen kiistanalainen, se on hyväksytty DSM - IV - luokitukseen, mutta ICD - 10 ei vielä tunnusta sitä. (Isometsä 2008: 161.)

Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsii noin 10 - 15 % synnyttäneistä naisista, ja sen taustalla vaikuttavat erilaiset psykososiaaliset ja hormonaaliset tekijät. Niistä suurin osa on hoidettavissa neuvolan antamalla psykososiaalisella tuella. Lääkehoitokin on mahdollista, se ei yleensä estä imetystä. Hoidoista suositeltavimpia ovat psykoterapeuttiset hoitomuodot, etenkin jos äidin elämäntilanteessa on masennukselle altistavia tekijöitä. (Käypähoito - Depressio 2010.)

Vuodenaikaan liittyvä masennus on kaamosmasennukseksikin nimetty talvikauteen ja pimeyteen liittyvä masennustila. Se on ominainen osalle varsinkin pohjoisten ja eteläisten leveysasteiden asukkaista. Sen laukaisee kirkkaan päivänvalon puute, ja sen syyksi on epäilty sisäisen ja ulkoisen vuorokausirytmien epätahdistumista. Päivän lyhetessä valomäärä on riittämätön tahdistamaan sisäistä vuorokausirytmää, ja joka alkaa "jättämään" sisäisen kellon mukaisesti. Keskeisenä tekijänä ja häiriön aiheuttajana on käpylisäke, joka säätelee rytmiä sekä vaikuttaa aivojen melatoniini- ja serotoniinitoimintaan. Hoitona kaamosmasennuksessa käytetään kirkasvalohoitoa. (Luhtasaari 2010.)

Pitkäaikainen masennus on masennustila, jota Suomessa käytettävä ICD - 10 - luokittelu ei erottele olleenkaan omaksi masennuksen alaryhmäkseen. DSM - IV:ssä sillä tarkoitetaan pitkäaikaista ja vakavaa, kroonistunutta masennustilaa, joka on kestänyt yhtäjaksoisesti vähintään kahden vuoden ajan. (Isometsä 2008: 161.)

3 Masennuksen hoito ja preventio

Masennustilojen syyt ja luonne ovat monitekijäisiä, ja niiden oireet on havaittavissa psykologisesti potilaan käyttäytymisen ja sosiaalisen toiminnan lisäksi myös keskushermoston sekä hormonaalisten järjestelmien toiminnassa. Myös niiden hoidossa voidaan käyttää biologisia, psykologisia, tai potilaan sosiaalisen ympäristön kautta vaikuttavia hoitomuotoja. Yleensä paras tulos saadaan yhdistelemällä eri hoitomuotoja, erityisesti kroonisissa ja vaikeissa masennustiloissa. (Salokangas 1997.) Yleisimpiä hoitomuotoihin kuuluvat antidepressiivinen lääkehoito, erilaiset psykoterapiat, aivojen sähköhoito eli ECT, sekä

kirkasvalohoito (Isometsä 2008: 181 - 192). Hoidon pohjana on depression diagnosointi (Käypähoito - Depressio 2009). Erityisesti depression vaikeusaste ja tarjolla olevat vaihtoehdot määrittelevät käytettävät hoitomuodot. Muita tekijöitä on mm. potilaan muut psykiatriset häiriöt, mahdolliset aiemmat hoitokokemukset, itsemurhariski, toimintakyky, somaattinen terveydentila, sekä potilaan oma tahto. (Isometsä 2008: 182.)

Masennuksen hoito jaetaan kolmeen eri vaiheeseen. Akuuttihoitovaiheessa tavoitteena on oireettomuus, ja hoitovaihe kestää niin kauan kuin tavoitteeseen pääseminen vaatii. Jatkohoidon tavoitteena on estää relapsi, eli oireiden nopea palaaminen. Ylläpitovaiheessa päämääränä on ehkäistä masennuksen uudelleenpuhkeaminen. (Käypähoito - Depressio 2009.)

Keinoja depression ehkäisyyn on tutkittu pitkään. Tietyille riskiryhmille, kuten työttömäksi jääneille ja depressiosta kärsivien vanhempien lapsille, on jo olemassa. Vaikka näitä voidaankin soveltaa myös muihin tapauksiin, on vaikea löytää yksittäisiä preventiomenetelmiä, joita voisi soveltaa väestön masennuksen ehkäisyyn laajemmassa mittakaavassa. Kaikkein keskeistä on masennustilan havaitseminen perusterveydenhuollossa ja hoidon laatu ja vaikuttavuus erikoissairaanhoidossa, mutta myös depressioniin liittyvän sairastavuuden rajoittaminen ylläpitoehdoilla. Nämä ovat keskeisiä tekijöitä myös masennuksen aiheuttaman psykososiaalisten toimintakyvyttömyyden ja itsemurhien ehkäisyssä. (Isometsä 2008: 193 - 194.)

Masennustilojen ilmaantumista on mahdollista ehkäistä mm. erilaisten psykologisten interventioiden avulla, mutta niiden vaikutus jää enintään vain kohtalaiseksi. Myös elintavat näyttelevät roolia depression ehkäisyssä. Sen kehittymistä ehkäisee esimerkiksi kohtalainen määrä liikuntaa, stressin ja kuormituksen vähentäminen, sekä alkoholin liikakäytön ja humalahakuisen juomisen välttäminen. (Käypähoito - Depressio 2009.)

3.1 Masennuksen tunnistaminen hoitotyössä

Masennuksen tunnistaminen on haasteellista käsitteen epämääräisyys. Vastaanotolle tuleva potilas voi puhua alakuloisuudesta, väsymyksestä tai tuoda esille jonkun fyysisen oireen. Masennuksen tunnistamisessa on tärkeää erottaa normaali mielialan vaihtelu hoitoa vaativasta masennuksesta. Masennus saattaa esiintyä hyvin erilaisin oirein, joten olisi tärkeää varata riittävä aika diagnoosin varmistamiseen. Masennusta tulisi epäillä, jos potilaalla on pitkään jatkunut epämääräiset psyykkiset ja fyysiset oireet. Potilas valittaa usein arkielämän vaikeutta. Esimerkiksi työt eivät suju ja elämä tuntuu tylsältä tai ahdistavalta. Yleensä myös läheiset ovat huomanneet muutoksia potilaan käyttäytymisessä. (Isometsä ym 1994.)

Potilaan kliininen haastattelu on yksi tärkeimmistä psykiatrisen työskentelyn perusvälineistä. Kliinisen haastattelun avulla pystytään tunnistamaan masennuksen taustatekijät sekä kartoittamaan masennuksen kulku ja nykytilanne. Kliininen haastattelu sisältää yleensä ongelman, johon haastattelulla pyritään vastaamaan. Ongelma tulee usein potilaalta ja näin ollen haastattelulle saadaan päämäärä. Haastattelun tavoitteena on saada kokonaiskuva potilaan tilasta ja mitkä syyt ovat potilaan tilaan johtaneet. (Lönqvist 2001: 22 - 23.) Kliinisessä haastattelussa käydään läpi potilaan elämänkaarta sekä hoitoon hakeutumisen syitä. Kliininen haastattelu tähtää potilaan tutkimus- ja hoitotavoitteiden luomiseen. (Sinkkonen 2006: 136.)

Kliiniseen haastatteluun vaikuttavat ennakkokäsitykset, kuten oireiden ja häiriöiden synty sekä miten niihin voidaan vaikuttaa. Kyseiset tekijät ohjaavat haastattelijan ja haastateltavan käyttäytymistä. Haastattelijan ennakko-oletukset voivat ohjata haastattelua liikaa, jolloin potilaalle tulee käsitys, ettei häntä ymmärretä. Pahimmassa tapauksessa potilas voi tuntea, ettei hänen vastauksillaan ole minkäänlaista arvoa, jolloin haastattelu voidaan katsoa epäonnistuneeksi. Taitavan haastattelijan tulee pystyä käyttämään vapaata haastattelun muotoa, missä otetaan huomioon potilaan yksilölliset tarpeet. Haastattelun edetessä tulisi edetä vapaasti, mutta samalla antaa selkeät vastaukset potilaan kysymyksiin. (Lönqvist 2001: 22 - 23.)

Kliininen haastattelu on hyvä aloittaa avoimilla kysymyksillä. Joiden avulla potilaalla on luontevaa aloittaa oma kertomuksensa. Haastattelijan tulee näyttää kiinnostuksensa potilaan kertomusta kohtaan, jotta potilaalle välittyy kuva aidosta kiinnostuksesta häntä kohtaan. Näin ollen haastattelu tilanteesta tulee luontevampi ja pystytään saavuttamaan asetetut tavoitteet paremmin. Haastattelijan esittämät kysymykset tulisi olla riittävän laajoja, jotta potilaan kertomus voisi täydentyä ja jatkua. Haastattelijan on tärkeää seurata potilaan olemusta, kertomuksen edetessä. Tämä palvelee varsinaista psykiatrista tutkimusta. Lisäksi haastattelijan tulisi miettiä miksi potilas kertoo juuri näitä asioita ja miksi potilas jättää tietyt asiat kertomatta. Näin ollen haastattelijalla pystyy hahmottamaan kertomusta ainakin osittain ”mitä”, ”miten” ja ”miksi”. (Lönqvist 2001: 23 - 24.)

Kliinisen haastattelun edetessä potilaalta kysytyt kysymykset muuttuvat tarkemmiksi. Näin ollen saadaan rakennettua aikajanaa oireiden ja elämäntilanteiden välille. Haastattelijan ei pidä hyväksyä potilaan tarjoamia vastauksia suoraan vaan haastattelijan tulee kysyä tarkemmin, esimerkiksi: ”Mitä tarkoittatte, kun kerrotte olevan masentunut.” Haastattelussa pyritään löytämään spesifisiä oireita, joiden avulla voidaan selvittää sairastaako potilas vakavaa - vai keskivaikeaa masennusta. Haastattelussa tulee huomioida potilaan voimavarat sekä selviytymiskeinot. (Lönqvist 2001: 23 - 24.)

Ensimmäinen tapaaminen potilaan kanssa tulee olla mahdollisimman ihanteellinen. Ulkoiset tekijät tulisi pyrkiä pois sulkemaan haastattelutilanteesta. Potilaan ensivaikutelma on erittäin tärkeä, koska haastattelun edetessä kokonaisuus peittää allensa yksityiskohdat. Haastattelutilannetta ei välttämättä tarvitse suunnitella etukäteen, kunhan olosuhteet ovat riittävän turvalliset ja tukea haastattelun vuorovaikutusta. Haastattelun ei pidä seurata tiettyjä muotoja, kunhan sillä saavutetaan halutut olosuhteet ja tavoitteet. (Lönnqvist 2001: 25 - 26.) Parhaimmillaan onnistunut kliininen haastattelu, luo alustavan hoitomyönteisyydelle sekä luottamukselle, joilla on olennainen merkitys hoidon tavoitteiden saavuttamiselle ja onnistumiselle (Sinkkonen 2006: 136).

3.2 Työvälineitä masennuksen tunnistamiseen

Masennuksen epäily tulee usein henkilöltä itseltään. Vastaanotolle tuleva henkilö valittaa usein pitkään kestäneitä psyykkisiä tai fyysisiä, kuten unettomuutta ja toimintakyvyn heikkenemistä. Oireiden monimuotoisuuden takia, masennuksen tunnistaminen voi olla joskus haastavaa. Toisaalta tavallisimmat oireet ovat helppo tunnistaa kysymällä ja havainnoimalla. (Depression hyvän hoidon malli 2004.) Riskitekijöiden kartoitus sisältyy osana masennuksen tunnistamiseen. Riskitekijöihin kuuluu sukupuoli, somaattiset sairaudet, koulutustaso, työttömyys, päihteiden käyttö sekä tupakointi. (Acta Psychiatr Scand 2000.)

Kun epäillään henkilön sairastavan masennusta, on kliininen haastattelu tärkein osa masennuksen toteamista. Kliinisen haastattelun tueksi on kehitetty erilaisia mittareita, kuten BDI Beckin depressiokysely, MDQ Mielialahäiriökysely sekä MDI Major Depression Inventory. Edellä mainittujen mittareiden lisäksi voidaan tehdä kartoitus päihteiden käytöstä tai ahdistuneisuudesta. (Suomen Lääkärilehti 45/2002.) Edellä mainittujen mittarien käyttö vaatii aina asianmukaista koulutusta.

Mittareiden käyttö soveltuu parhaiten seulontaan, ei diagnoosin tekemiseen. Arviointimittareiden ongelma on vastaajan epäluotettavuus. Vastaaja saattaa kieltää ongelmansa, jolloin mittareiden antama kuva ei vastaa todellisuutta. Toisaalta vastaaja saattaa liioitella vastauksissaan, jotta vastaaja saisi parasta mahdollista hoitoa ongelmiinsa. Paras tapa nostaa arviointimittareiden luotettavuutta, on käydä annetut vastaukset vastaajan kanssa läpi. Vastaajalta tulisi kysyä täsmentäviä kysymyksiä, joiden avulla varmistutaan vastaajan antamista vastauksista. Arviointimittareita tulisi aina käyttää osana laajempaa tutkimusta, esimerkiksi kliinisen haastattelun yhteydessä. (Roivainen, E 2008.)

4 Vantaan työntekijöiden asenteet masennusta ja sen hoitoa kohtaan.

Asenteita masennusta ja sen hoitoa kohtaan on mitattu Suomessa kyselynä vuonna 2007-2008, Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveydenhoitoalan työntekijöiltä. Tutkimukseen vastanneet olivat lääkäreitä, terveydenhoitajia, sosiaaliohjaajia, ja kotihoidon työntekijöitä. (Hätönen ym. 2011.)

Suurin osa kyselyyn vastanneista (70 %) oli sitä mieltä, että masennusoireisten potilaiden määrä on kasvanut viime vuosien aikana. 19 % vastanneista koki tarvitsevansa apua kliinisen masennuksen erottamiseen esimerkiksi surusta. 55 % vastanneista piti masentuneiden kanssa tehtävää työtä raskaana, mutta toisaalta 58 % koki siihen käytetyn ajan myös palkitsevaksi. Hieman yli puolet vastannaista (54 %) oli sitä mieltä että psykologiset hoitomenetelmät tulisi jättää asiantuntijoille, ja masennuslääkkeistä saatavaan hyvään hoitotulokseen uskoi 47 % vastanneista. Alle puolet (43 %) uskoi rajauksetta saatavilla olevan psykoterapian olevan hyödyllisempää kuin masennuslääkitys. (Hätönen ym. 2011.)

Kyseisen tutkimuksen tulosten mukaan vastanneilla työntekijöillä oli pääosin myönteiset asenteet masennusta ja sen hoitoa kohtaan, ja suurin osa koki heistä tunnistavansa masennuksen. Ja vaikka vastaajilla oli halukkuutta siirtää masentuneiden hoitoa mielenterveystyön ammattilaisille, on heillä myös myönteinen kokemus masentuneiden hoidosta ja sen palkitsevuudesta. Suhtautuminen masennuksen lääkehoitoa kohtaan oli osin varauksellista, ja vastausten jakaantumisen arveltiin selittyvän osin eri ammattikuntien välisillä näkemyseroilla. (Hätönen ym. 2011.)

Joidenkin kansainvälisten tutkimusten mukaan masennuspotilaan hoitamista perusterveydenhuollossa pidetään melko raskaana, ja asenteet tätä potilasryhmää kohtaan ovat osin negatiivisiakin. Myös halukkuus masennuspotilaiden hoidon siirtämiseksi erityisterveydenhuollon vastuulle on varsin samansuuntainen linja kansainvälisten tutkimusten perusteella. (Hätönen ym. 2011.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ammattikorkeakoulun terveysalan opiskelijoiden asenteita masennusta ja sen hoitoa kohtaan. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan pohtia opiskelijoiden asenteita masennusta ja sen hoitoa kohtaan, jotta terveysalan koulutusta voidaan kehittää.

Asenteita masennusta ja sen hoitoa kohtaan on mitattu Suomessa kyselynä vuonna 2007 - 2008, Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveydenhoitoalan työntekijöiltä, jonka tuloksia voidaan verrata tämän kyselyn tuloksiin. Tarkoituksena on verrata kyselyiden tuloksia toisiinsa ja poimia huomion arvoiset kohdat. Opinnäytetyön tulososassa kuvataan opiskelijoiden positiivisia, neutraaleja ja negatiivisia asenteita masennusta ja sen hoitoa kohtaan.

6 Opinnäytetyön empiirinen osa

Kyselylomakkeen rakentaminen lähti muokkaamalla alkuperäisen mittarin kysymyksiä terveysalan opiskelijoille sopiviksi. Aineiston keruuta varten sovimme tarkat päivämäärät yhdessä oppituntien pitävien opettajien kanssa. Kyselylomakkeen tulokset analysoitiin käyttäen tilastollista tietojenkäsittely ohjelmistoa.

6.1 Opinnäytetyön aineiston kerääminen

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kyselyllä, jota varten luotiin lomake. Kyselyssä käytimme lomakkeena opiskelijoille sopivaksi muokattua suomenkielistä versiota Depression Attitude Questionnairesta (Liite 3), jonka alkuperäisversio löytyy internetistä ja on vapaasti saatavilla. Kyseinen mittari on alun perin suunniteltu keräämään tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden asenteista masennusta ja sen hoitoa kohtaan. Alkuperäisen mittarin muokkasimme terveysalan opiskelijoille sopivaksi yhdessä opinnäytetyön yhteistyökumppanimme, Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveystalveluiden projektipäällikön Lauri Kuosmasen kanssa.

Kyselylomake perustuu Osgoodin asenneasteikkoon, jossa asteikko on kuvattu graafisesti. Osgoodin asteikko antaa vastaajalle mahdollisuuden merkitä oman suhtautumisensa sopivaan kohtaan janaa. Graafisen asteikon heikkouksia on vastausten hankala syöttäminen. Syöttötarkuus sekä asteikko on mietittävä etukäteen. (Heikkilä 2004:3 54 - 55.) Kyselylomake sisältää 20 masennukseen liittyvää kysymystä väittämän muodossa. Jokaisen väittämän alla on 100 mm pitkä jana, jonka vasemmassa reunassa on arvo "Täysin eri mieltä" ja oikeassa reunassa "Täysin samaa mieltä". Kyselylomakkeessa vastaajaa pyydetään laittamaan kyseiselle janalle pystyviiva sille arvolle, joka parhaiten vastaa hänen omaa asennettaan. Tämän lisäksi ennen varsinaisia väittämiä lomakkeessa on kahdeksan erilaista taustakysymystä, joiden päätarkoituksena on tuoda esiin tiettyjä masennukseen kohdistuvia tiedollisia tai asenteellisia muuttujia, kuten vastaajan ikä, aikaisempi kokemus mielenterveystyöstä sekä keski - vai loppuvaiheen opiskelija. Ensimmäinen taustakysymys on avoin kysymys (Ikä), johon vastataan numeraalisesti, ja loput taustakysymyksistä ovat dikotomisista, joista ympyröidään oikea vaihtoehto (a tai b). Aineiston keräämistä varten saimme tutkimusluvan Laurea ammattikorkeakoulun Tikkurilan toimipisteen johtajalta.

Aineisto kerättiin vuonna 2010 touko - ja kesäkuun aikana Laurea ammattikorkeakoulun Tikkurilan toimipisteen terveysalan opiskelijoilta. Aineiston keruu päivämäärät olivat tiistai 11.06.2010 ja perjantai 04.07.2010. Kyselyyn vastanneet olivat toisen ja viimeisen lukuvuoden sairaanhoitaja- tai terveydenhoitaja opiskelijoita, sekä aikuis-, että nuorisopuolelta. Kävimme

keräämässä aineiston oppituntien lopussa. Menetelmien käyttöön liittyy oleellisesti valinnaisuus ja tietoon perustuva suostumus. Tutkittavilla kohdehenkilöillä on oikeus yksityisyyteen ja vastaamisen tulee olla vapaaehtoista. Saatuja tietoja tulee käyttää yksityisyyttä kunnioittaen. Kohdehenkilön nimeä tai muuta yksilötunnistetta ei liitetä tutkimukseen nimettömyyden varmistamiseksi. (Heikkilä 2004:1 31.) Kyselylomakkeeseen opinnäytetyössämme vastattiin nimettöminä ilman tunnistetietoja ja vastaaminen oli vapaaehtoista. Kaikki opinnäytetyön aineisto koottiin kyselylomakkeen paperiversiota käyttäen, ja kyselyyn vastasi yhteensä 121 opiskelijaa.

6.2 Opinnäytetyön aineiston analyysi

Aineiston analyysi aloitettiin nimeämällä janan sisältämät arvot, joiksi valittiin kolme eri luokkaa ”Täysin eri mieltä”=1, ”Neutraali”=2 ja ”Täysin samaa mieltä”=3. Vastaukset välillä 0 - 33 mm muodostivat luokan ”Täysin eri mieltä”, 34 - 67 mm luokan ”Neutraali”, ja 68 - 100 mm luokan ”Täysin samaa mieltä”. Aineisto käsiteltiin mittaamalla kunkin kysymyksen janalle merkityn pystyviivan paikka millimetrin tarkkuudella. Tämän jälkeen millimetrit aseteltiin oikeisiin luokkiin, jonka jälkeen tuloksista luotiin havaintomatriisi SPSS for Windows 17.0 -ohjelmalla. Taustamuuttujista ikä merkittiin SPSS for Windows -ohjelmaan numeraalisesti sellaisenaan, mutta jäljelle jääneiden taustakysymysten vaihtoehdoille (a ja b) annettiin arvot 1 ja 2.

Tulokset analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin SPSS for Windows 17.0 -ohjelmalla. Laskimme muuttujien frekvenssit, prosentit, keskiarvon, keskihajonnan ja moodin. Laskimme muuttujista myös korrelaatiokertoimet, ja ristiintaulukoimme merkittävimmät muuttujat taustamuuttujien kanssa. Tarkistimme korrelaatioiden p - arvon t - testin avulla. Ristiintaulukoidut tulokset tarkistimme Khiin neliö - testin avulla. Tutkimuksen ja tulosten luotettavuudesta pyrimme ottamaan selkoa ottamalla esille nousseita kysymyksistä Cronbachin alfa-kertoimet. (Heikkilä 2004: 83, 90, 203 - 206, 210, 212.)

7 Tulokset

Kaikki kyselyyn vastanneet (n=121) henkilöä vastasivat kaikkiin kysymyksiin. Vastanneiden ikä sijoittui 22 - 26 vuoden iälle. Naisia oli 112. Kyselyyn vastanneista (n=121), 115 oli nuorten koulutuslinjalla. Loppuvaiheen opiskelijoita oli 88 ja keskivaiheen opiskelijoita 33. Aikaisempi sosiaali - tai terveydenhuoltoalan koulutus oli 37. Oletko ollut hoitotyön käytännön harjoittelussa terveysaseman tai terveyskeskuksen vastaanotolla, tai onko sinulla vastaavaa

työkokemusta, vastasi ”kyllä” 53 opiskelijaa. Aikaisempaa työkokemusta mielenterveystyöstä oli 92 opiskelijalla.

Opiskelijoiden vastauksista positiivisen suhtautumisen saivat kysymykset 12, 15, 17 ja 20 (Taulukko 1). Vastaajista 86 (71,0 %) vastasi terveysaseman depressiohoitajan olevan tärkeä masentuneiden potilaiden hoidossa ja 67 (55,4 %) vastasi masennuspotilaiden hoitamiseen käytettävän ajan olevan palkitsevaa. Vastaajista 64 (52,9 %) oli täysin samaa mieltä väittämän ” Jos masennuspotilaat tarvitsevat masennuslääkkeitä, on parempi, että he ovat psykiatrin kuin perusteveydenhuollon hoidossa” kohdalla. Vastaajista 75 (62,0 %) vastasi rajoituksetta saatavan psykoterapian olevan hyödyllisempää kuin masennuslääkitys. Korkein keskihajonta oli kysymyksellä 15 (Jos masennuspotilaat tarvitsevat masennuslääkkeitä, on parempi, että he ovat psykiatrin kuin perusteveydenhuollon hoidossa) kohdalla.

Taulukko 1: Opiskelijoiden positiivinen suhtautuminen

Positiivinen suhtautuminen	Täysin eri mieltä (fr)	Neutraali (fr)	Täysin samaa mieltä (fr)	Keskiarvo (ka)	Keskihajonta (kh)
Kys.12 Terveysaseman depressiohoitaja on tärkeä masentuneiden potilaiden hoidossa.	2	33	86	2,69	,497
Kys.15 Masennus potilaiden hoitamiseen käytetty aika on palkitsevaa.	6	48	67	2,50	0,593
Kys.17 Jos masennuspotilaat tarvitsevat masennuslääkkeitä, on parempi, että he ovat psykiatrin kuin perusteveydenhuollon hoidossa.	15	42	64	2,40	0,702
Kys. 20 Jos psykoterapiaa olisi saatavissa rajoituksetta, se olisi useimpien masennuspotilaiden kannalta hyödyllisempää kuin masennuslääkitys	6	40	75	2,57	0,589

Arvot:1 = Täysin eri mieltä (0 - 33 mm), 2 = Neutraali (34 - 67 mm), 3 = Täysin samaa mieltä (68 - 100 mm)

Opiskelijoiden vastauksista, negatiivisen suhtautumisen saivat kysymykset 7, 11 ja 16 (Taulukko 2). Vastaajista 90 (74,4 %) oli täysin eri mieltä väittämän ”Ihmiset, joilla ei ole sisua, reagoivat vaikeuksiin masennuksella” kohdalla. 92 (76,0%) vastaajista ei pitänyt masennusta luonnollisena osana vanhuutta. Vastaajista 73 (60,3 %) koki psykoterapian auttavan masennuspotilaita. Eniten keskihajontaa oli väitteen ”Ihmiset, joilla ei ole sisua, reagoivat vaikeuksiin masennuksella” kohdalla

Taulukko 2: Opiskelijoiden negatiivinen suhtautuminen

Negatiivinen suhtautuminen	Täysin eri mieltä (fr)	Neutraali (fr)	Täysin samaa mieltä (fr)	Keskiarvo (ka)	Keskihajonta (kh)
Kys.7 Ihmiset, joilla ei ole sisua, reagoivat vaikeuksiin masennuksella.	90	20	11	1,35	,642
Kys.11 Masentuminen on luonnollinen osa vanhuutta.	92	21	8	1,31	,589
Kys.16 Psykoteraapia ei useinkaan auta masennuspotilaita.	73	46	2	1,41	,527

Arvot:1 = Täysin eri mieltä (0 - 33 mm), 2 = Neutraali (34 - 67 mm), 3 = Täysin samaa mieltä (68 - 100 mm)

Opiskelijoiden vastauksista, neutraalin suhtautumisen saivat kysymykset 4 ja 6 (Taulukko 3). Vastaajista 73 (60,3 %) suhtautui neutraalisti väittämään ” Vakavien masennusten taustalla on aivojen biokemiallinen häiriö” kohdalla. Kyselyyn vastanneista 83 (68,6 %) vastasi neutraalin väittämään ”Masennuksessa on erotettavissa kaksi pääryhmää: psyykkistä alkuperää oleva ja toisaalta biokemiallisen häiriön aiheuttama masennus”. Eniten keskihajontaa oli väitteen ”Vakavien masennusten taustalla on aivojen biokemiallinen häiriö” kohdalla.

Taulukko 3: Opiskelijoiden neutraali suhtautuminen

Neutraali suhtautuminen	Täysin eri mieltä (fr)	Neutraali (fr)	Täysin samaa mieltä (fr)	Keskiarvo (ka)	Keskihajonta (kh)
Kys.4 Vakavien masennusten taustalla on aivojen biokemiallinen häiriö.	18	73	30	2,10	,625
Kys.6 Masennuksessa on erotettavissa kaksi pääryhmää: psyykkistä alkuperää oleva ja toisaalta biokemiallisen häiriön aiheuttama masennus.	13	83	25	2,10	,554

Arvot:1 = Täysin eri mieltä (0 - 33 mm), 2 = Neutraali (34 - 67 mm), 3 = Täysin samaa mieltä (68 - 100 mm)

Ristiintaulukoinnin arvot taustakysymyksen 6 ja kysymyksen 15 välillä (Taulukko 4). Vastaaajista 86 (71,1 %) oli esiintynyt masennusta lähiomaisilla tai tuttavapiirissä. ”Kyllä” vastanneiden 52 (60,5 %) mielestä masennuspotilaiden hoitamiseen käytetty aika on palkitsevaa.

Taulukko 4: Masennuspotilaiden hoitamiseen käytetty aika on palkitsevaa lähiomaisilla tai tuttavapiirissä esiintyvän masennuksen mukaan

		Onko lähiomaisillasi tai tuttavapiirissäsi esiintynyt masennusta?		Yhteensä
		Kyllä	Ei	
Masennuspotilaiden hoitamiseen käytetty aika on palkitsevaa.	Täysin eri mieltä	3	3	6
	Neutraali	31	17	48
	Täysin samaa mieltä	52	15	67
Yhteensä		86	35	121

Arvot:1 = Täysin eri mieltä (0 - 33 mm), 2 = Neutraali (34 - 67 mm), 3 = Täysin samaa mieltä (68 - 100 mm)

Ristiintaulukoinnin arvot taustakysymyksen 8 ja kysymyksen 15 välillä (Taulukko 5). Vastanneista 92 (76 %) oli ollut harjoittelussa mielenterveystyössä tai ollut vastaavaa

työkokemusta. ”Kyllä” vastanneista 54 (58,7 %) koki masennuspotilaiden hoitamiseen käytetyn ajan olevan palkitsevaa.

Taulukko 5: Masennuspotilaiden hoitamiseen käytetty aika on palkitsevaa käytännön harjoittelun mielenterveystyössä tai vastaavan työkokemuksen mukaan

		Oletko ollut hoitotyön käytännön harjoittelussa mielenterveystyössä, tai onko sinulla vastaavaa työkokemusta?		Yhteensä
		Kyllä	Ei	
Masennuspotilaiden hoitamiseen käytetty aika on palkitsevaa.	Täysin eri mieltä	4	2	6
	Neutraali	34	14	48
	Täysin samaa mieltä	54	13	67
Yhteensä		92	29	121

Arvot:1 = Täysin eri mieltä (0 - 33 mm), 2 = Neutraali (34 - 67 mm), 3 = Täysin samaa mieltä (68 - 100 mm)

Kaikkien kysymysten frekvenssit, keskiarvot, keskihajonnat ja moodit on koottu liitteeseen 2.

8 Pohdinta

8.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa ammattikorkeakoulun opiskelijoiden asenteista masennusta ja sen hoitoa kohtaan. Vuonna 2007 - 2008 on tehty tutkimus Vantaalla sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden asenteista masennusta ja sen hoitoa kohtaan, ja opinnäytetyön tavoitteena on myös verrata saatuja tuloksia työntekijöillä tehdyn tutkimuksen tuloksiin. Tavoitteenamme on myös saatujen tulosten pohjalta pohtia opiskelijoiden mielenterveyshoidon koulutuksen riittävyttä.

Verrattaessa tutkimustuloksia Vantaan kaupungin toteuttamaan aiempaan tutkimukseen, nousi esiin jonkin verran eroja. Depressiohoitajan tärkeysaste aleni opiskelijoilla verrattaessa aikaisemman tutkimuksen sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöihin, ja opiskelijat kokivat myös masennuksen hoidon palkitsevuuden vähäisemmäksi kuin työntekijät. Työntekijät suhtautuivat opiskelijoiden positiivisen kannan sijaan hieman neutraalimmin lääkkehoidollisen masennuksen keskittämiseen erikoissairaanhoidon piiriin. Opiskelijat mielsivät rajoituksetta saatavilla olevan psykoterapian lääkehoitoa tehokkaammaksi suuremmissa määrin kuin

työntekijät, ja psykoterapia myös koettiin opiskelijoiden parissa samaan tapaan yleisestikin masentuneita tehokkaasti auttavaksi hoitomuodoksi. Opiskelijoiden neutraali suhtautuminen kasvoi molemmissa masennuksen taustatekijöitä mittaavissa kysymyksissä verrattaessa Vantaan työntekijöillä tehdyn tutkimuksen tuloksiin. (Hätönen ym. 2011.)

Enemmistö vastanneista opiskelijoista on asenteellisesti sillä kannalla, että masennus on sairaustila jota on tärkeää ja palkitsevaa hoitaa, eikä se kuulu oleellisena osana vanhuuteen. Aiempi kokemus masennuksesta joko lähipiirin tai työkokemuksen kautta lisäsi positiivisia mielipiteitä masennuksen hoidon palkitsevuuden suhteen. Omakohtainen kosketus depression näyttäisi siis vahvistavan asenteita masennuksen hoidon merkittävydestä. Suurin osa vastanneista näyttäisi mieltävän masennuksen tilaksi, johon sairastuminen ei ole vain henkilökohtaisten ”vahvan psyykeen” ominaisuuksien puutetta vaikeuksien edessä.

Psykoterapian tehoon uskoo enemmistö vastanneista, ja se mielletään tulosten perusteella masennuslääkitystä tehokkaammaksi hoitomuodoksi jos sitä olisi rajattomasti saatavilla. Huomionarvoista on myös että suurin osa opiskelijoista luottaisi mieluiten erikoissairaanhoidolliseen osaamiseen, etenkin lääkeshoidollisessa masennuksessa. Tätä asennetta tukee myös se että depressiohoitaja koetaan enemmistön mielestä oleelliseksi. Kokonaisuudessaan syntyy voimakas kuva siitä, että suurimmalla osalla vastanneista on hyvin ymmärtävä ja ajantasainenkin mielikuva ja asenne masennuksesta. Ja että enemmistön mielestä erityishoidon kohdentaminen on toivottavaa ja hyödyllistä.

Masennuksen alkuperää ja luonnetta käsittelevät kysymykset saivat korkeat neutraalit vastauskeskittymät, joista voinee päätellä että opiskelijoilta puuttuu vielä opintojensa loppuvaiheessakin tarkempi kuva masennuksen taustalla vaikuttavista biopsyykkisistä tekijöistä. Tulosten perusteella opiskelijoilla on koulutuksensa puolesta varsin ymmärtävä ja ajantasainen kuva masennuksesta sairautena, ja asenteet sitä ja sen hoitoa kohtaan ovat pääosin positiivisia.

8.2 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusehdotukset

Tarpeellista olisi kehittää terveysalan opiskelijoiden valmiuksia tunnistaa masennuksen taustalla vaikuttavat tekijät sekä avata masennuksen luonnetta opiskelijoille. Tätä tosin ei välttämättä voida laskea hoitoalalla opetukselliseksi puutteeksi, koska kyseinen tieteenalue elää jatkuvassa muutoksessa. Lisäksi alan tutkimuksessa on monialaisestikin nähtävissä useita erilaisia tutkimuslinjoja (Isometsä 2008: 168).

DAQ - mittari on kokemamme perusteella varsin käyttökelpoinen ja muokattavissa oleva mittari asenteiden tutkimiseen masennusta kohtaan. Jatkotutkimuksia mietittäessä nousee mielestämme esiin selkeä tilaus vastaavan kaltaisten tutkimusten tekemiseksi entistä suuremmalle ja moniammatillisemmalle tutkimusryhmälle, joka keskittyisi taustakysymysten avulla luokitellen vertailemaan ryhmien välisiä asenne-eroja suhtautumisessa masennukseen ja sen hoitoon. Tutkimuslomakkeen jatkokäyttöä ajatellen mielestämme olisi kuitenkin tulosten ja asenteiden tarkemman suunnan selvittämiseksi käytettävä jatkossa 3 - jakoisen vastausluokittelun sijaan 4 - jakoista luokittelua. Tämä lisäisi osaltaan myös tutkimuksen luotettavuutta.

8.1 Luotettavuus ja eettisyys

Hyvän tutkimuksen perusvaatimuksena on tuottaa luotettavia vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksesta ei pidä aiheutua vastaajalle haittaa ja tutkimus tulee tehdä rehellisesti ja puolueettomasti. Tutkimuksen luotettavuutta mitataan validilla ja reliabiliteetilla. Tutkimusta voidaan pitää validina eli pätevänä, kun tutkimukselle on täsmälliset tavoitteet. Tutkimuksen tulee myös mitata, mitä oli tarkoituskin mitata. Reliabiliteetti eli luotettavuus tarkoittaa tulosten tarkkuutta. Tutkimuksen tulee tuottaa mahdollisimman paljon ei - sattumanvaraisia tuloksia. (Heikkilä 2004: 29, 187- 188.)

Tutkimuksen validi määritellään huolellisella suunnittelulla ja tarkoin harkitulla aineiston keruulla (Heikkilä 2004: 29). Opinnäytetyömme pohjautui Vantaalla tehtyyn tutkimukseen vuosina 2008 - 2009, jonka pohjalta käytettyä kyselylomaketta pääsimme muokaamaan ja soveltamaan kyselylomaketta paremmin opiskelijoille sopivammaksi. Pystyimme vaikuttamaan opinnäytetyöhömme koko prosessin ajan ja tarkistamaan työn tavoitteiden toteutumisesta.

Alhainen realibiliitti saattaa alentaa kyselylomakkeen validiteettia. Käytetyin realibiliittia mittava kerroin on Cronbachin alfa. Alfa kertoimen arvo tulisi olla yli 0,7. (Heikkilä 2004: 29, 187- 188.) Kyselylomakkeen Cronbachin alfa - arvot osoittautuivat lopulta melko huonoiksi, mikä kielisi ongelmista mittarin sisäisessä luotettavuudessa. Alpha arvot olivat selvästi alle viitearvojen. Merkittävin syy tähän oli, että kysymykset mittasivat eri asioita. Myös vastaajien tietynlainen taipumus vastata kysymykseen hieman oman mielipiteensä vastaisesti yleisten ”kulttuurisidonnaisten asennelinjausten” mukaisesti, voi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen joissain määrin. Kuten myös se että osa vastaajista on mahdollisesti vastannut kysymyksiin hieman vähäisemmällä vakavuudella, ja kysymättä selvyyttä vaikka ei olisi ymmärtänyt tutkimuskysymystä kokonaisvaltaisesti.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan kyselyn jälkeen sillä, kuinka moni kohdehenkilöistä vastasi kyselyyn (Hirsjärvi ym.2009:135,231). Opinnäytetyöhön osallistuminen oli vapaaehtoista, mutta kukaan ei kieltäytynyt vastaamasta kyselylomakkeeseen. Tämän lisäksi kaikki vastaajat vastasivat kaikkiin kysymyksiin.

Opinnäytetyöhön ja sen tuloksiin liittyy joitakin tekijöitä, jotka on hyvä huomioida tulosten luotettavuutta arvioitaessa. Koska vastaukset oli jaoteltu vain kolmeen luokkaan (eri mieltä, neutraali, samaa mieltä), vastaukset sattuivat helposti neutraaliksi vastaajan ollessa asiasta hieman epävarma. Tämä oli omalta osaltaan yksi suurista opinnäytetyön tulosten luotettavuuteen ja tulkittavuuteen vaikuttaneista seikoista. Vastaajilla on tätä voimistavana tekijänä vielä ymmärrettävästi taipumus antaa neutraaleja vastauksia asioista, joista heillä ei ole varmaa tietoa tai voimakasta mielipidettä.

Tutkimuksen eettisyydessä tulee pohtia tutkimuksen puolueettomuutta, avoimuutta ja tietosuojaa. Objektivisuus eli puolueettomuus tarkoittaa, ettei tutkimuksen tulokset riipu tukijasta. Tutkija ei saa antaa omien moraalisten näkemyksiensä vaikuttaa tutkimusprosessiin. Aineistoa kerätessä tulee tutkittaville kertoa tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet. Hyvän tutkimuksen perusvaatimukseen kuuluu tietosuojan säilyttäminen. Yksittäistä vastaajaa ei tule tunnistaa tulosten perusteella eikä tutkimukseen liittyviä tietoja tule luovuttaa tiedon käyttäjälle tunnistettavassa muodossa. (Heikkilä 2004: 29-32).

Ennen varsinaista aineiston keruuta, keroimme opiskelijoille opinnäytetyömme tarkoituksen ja tavoitteet sekä annoimme ohjeet kyselylomakkeen täyttämistä varten. Painotimme kyselyyn vastaamisen olevan vapaaehtoista. Vaikka kyselylomake sisälsi joitain tulosten kannalta olennaisia kysymyksiä vastaajien taustoista, niiden perusteella ei ole mahdollista päätellä vastaajan henkilöllisyyttä. Näin ollen vastaajien anonymiteetti on turvattu, ja varmistimme samalla mahdollisimman monen vastaajan osallistumisen, sekä mahdollisimman vapaan ja rehellisen näkemystensä ilmaisun. Hyvän tutkimuksen perusvaatimuksia ei ole loukattu vääristeltyjen tulosten esittämisellä eikä muiden tekstiä ole luvattomasti lainattu (Heikkilä 2004: 29).

Lähteet

- Aaltola, J., Jaakkola, L., Luutonen, S., Pölönen, R. & Riikonen, E. (2009). Masennuspotilaan psykoterapiat. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2009 ;125:1771-9. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Aguilera, M., Arias, B., Wichers, M., Barrantes-Vidal, N., Moya, J., Villa, H., Vanos, J., Ibanez, M., Ruiperez, M.A., Ortet, G., Fananas, L. 2009. Early adversity and 5-HTT/BDNF genes: new evidence of gene-environment interactions on depressive symptoms in a general population. *Psychol Med.* 39(9):1425-32.
- Castaneda, A., Tuulio-Henriksson, A.M. Marttunen, M. Suomen Lääkärilehti 3/2009 vsk 64. [PDF-dokumentti]
<<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2009/SLL32009-161.pdf>>
- Conway KP., Compton W., Stinson FS., Grant BF. 2006. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry* 672:247-257.
- Fava, M., Alpert, JE., Borus JS., Nierenberg AA., Pava JA., Rosenbaum JF. 1996. Patterns of personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression. *Am J Psychiatry* 153:1308-12
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy 10:148-149
- Herva, A. 2002. Depression varhainen toteaminen ja tunnistaminen. Suomen Lääkärilehti 45/2002 vks 57.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino.
- Huttunen, M. 2008. Psykyken lääkeopas. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Hätönen, H., Kuosmanen, L., Liukka, M., Melartin, T. 2011. Peruspalveluiden työntekijöiden asenteet masennusta ja sen hoitoa kohtaan. *Yleislääkäri* 1/2011, vsk 26
- Imatran kaupunki. 2006 Sosiaalinen -ja terveyskeskus Mielenterveyspalveluiden vastuualue. Depressio Tunnistaminen ja hoito perusterveydenhoidossa.
- Isometsä, E., Henriksson, M., Lönnqvist, J. 1994. Masennustilat ja itsemurha. *Duodecim* 110:341-6.
- Karila, I., Kokko, A-M. 2008. Krooninen masennus - mitä on tehtävissä? Edita Publishing Oy
- Kivelä, S-L. 2001. Geriatria Vanhusten masennustilat. Helsinki: Oy Duodecim
- Käypähoito - Depressio. 2010. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023>>
- Laurea Opinto-opas. 2008-2009. Opetussuunnitelma. Laurea - ammattikorkeakoulu.
<<https://opinto.laurea.fi/opas/opas.asp?opetussuunnitelmaID=54&kieli=fin&lan=fin>>
- Lindeman S., Hämäläinen J., Isometsä E., Laukkala T., Kaprio J., Poikolainen K., Heikkinen M., Aro H. 2000. The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 102:178-184.

Lindqvist, M., Kuvaja, T. & Rasilainen, A. 2006. Masennus Mustaa ja Valkoista. Therapie-säätiö.

Luhtasaari, S. 2010. Terveyskirjaston artikkeli: Masennus.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ama00013>

Lönngvist, J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M., Partonen T. 2001. Psykiatria. Hämeenlinna Oy Duodecim.

Lönngvist, J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M., Partonen T. 2008. Psykiatria. Helsinki Oy Duodecim.

Manninen, L., Vartiainen, E., Laatikainen, T., Poikolainen, K. 1/2006. Humalahakuinen juominen lisää masennusta. Kansanterveyslehti 18-19. [PDF-dokumentti]
<http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/pdf2006/kansanterveys1_www.pdf>

Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008-2011. Masennuksen ehkäisyyn ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävä Masto-hanke. Helsinki Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 72:41. [PDF-dokumentti]
<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3549.pdf>

Melartin, T. 2005. Comorbidity, outcome and treatment of DSM-IV major depressive disorder in psychiatric care. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Melartin, TK., Rytsälä, HJ., Leskelä, US., Lestela-Mielonen, PS., Sokero, TP., Isometsä, ET. 2002. Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. J Clin Psychiatry 63:126-34

Mittal, D., Fortney, JC., Pyne, JM., Edlund, MJ., Wetherell, JL. 2006. Impact of comorbid anxiety disorders on health-related quality of life among patients with major depressive disorder. Psychiatr Serv 57:1731-7

National Institute of Mental Health - Depression booklet. 2008. NIH publication No. 08 3561. Revised. (PDF-dokumentti)
<<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/nimhdepression.pdf>>

Nevalainen, V. 2006. Depressio - tunnistaminen ja hoito perusterveydenhuollossa. Alueellinen malli. Imatran kaupunki, sosiaali- ja terveyskeskus: Mielenterveyspalveluiden vastuualue. [PDF-dokumentti]
<<http://194.251.35.222/LiiteTiedostoNayta.asb?DokumenttiID=3823&TauluNimi=TiedoteKappale&NakymaID=355&KappaleID=5827>>

Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki Tammi.

Pekka, J., 2008. Depression Anxiety Psychiatric Comorbidity and Dimensions of Temperament and Personality. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, A6:137

Pirkola, S., Sohlman, P. 2005. Mielenterveysatlas - Tunnuslukuja Suomesta. Stakes. Helsinki. [PDF-dokumentti]
<<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/MielenterveysAtlas2005.pdf>>

Raitasalo, R., Salminen, J., Saarijärvi, S. & Toikka, T. Suomen lääkärilehti 30-32/2004 vsk 59.
<[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/060804094219MP/\\$File/SLL302004-2795.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/060804094219MP/$File/SLL302004-2795.pdf?openElement)>

Roivainen, E. 2008. Beckin depressioasteikon tulkinta. Oulun Diakonissalaitos. Duodecim. [PDF-dokumentti]
<http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_p_frompage=uusinnumero>

Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. Päihdelääketiede. 2003. Kustannus Oy Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Salokangas, R. 1997. Kliininen depressio. Mitä se on ja miten sitä hoidetaan. Porvoo: WSOY.

Terveysportti. 2004. Depression hyvän hoidon malli. Helsingin kaupunki.
<<http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti>>

Trivedi, M. 2004. The link between depression and physical symptoms. Primary Care Companion. Journal of Clinical Psychiatry 6:12-16. [PDF-dokumentti]
<<http://www.psychiatrist.com/pcc/pccpdf/v06s01/v06s0103.pdf>>

Tuohela, K. 2008. Huhtikuun tekstit: Kolmen naisen koettu ja kirjoitettu melankolia 1870-1900. Helsinki Tiede. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Toimituksia.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhustenhoito. WSOY. 71:172-4

Viinamäki, H., Hintikka, J., Lehto, S., Palvimo, J., Koivumaa-Honkanen, H. & Niskanen, L. 2009. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Suomen Lääkärilehti 43/2009 vsk 64.

Taulukot

Taulukko 1: Opiskelijoiden positiivinen suhtautuminen	24
Taulukko 2: Opiskelijoiden negatiivinen suhtautuminen	25
Taulukko 3: Opiskelijoiden neutraali suhtautuminen	26
Taulukko 4: Masennuspotilaiden hoitamiseen käytetty aika on palkitsevaa lähiomaisilla tai tuttavapiirissä esiintyvän masennuksen mukaan	26
Taulukko 5: Masennuspotilaiden hoitamiseen käytetty aika on palkitsevaa käytännön harjoittelun mielenterveystyössä tai vastaavan työkokemuksen mukaan	27

Liitteet

Vantaan kaupunki
Sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala
Lauri Kuosmanen
lauri.kuosmanen@vantaa.fi
040 574 1005

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

27.11.2009

Laurea ammattikorkeakoulu
Johtaja Taina Viiala

Sateenvarjo-projekti on osana Vantaan mielenterveystyön kehittämistä kerännyt eri työntekijäryhmien asenteita masennusta ja sen hoitoa kohtaan. Aineistoa on kerätty vuosina 2007-2009 käyttäen Depression Attitude Questionnaire (DAQ) mittaria, jonka projekti on kääntänyt suomeksi (Liite 1). Terveys- ja terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi olisi tärkeää kartoittaa myös terveydenhuollon ammattiin opiskelevien asenteita masennusta ja sen hoitoa kohtaan. Tällaista tutkimusta ei Suomessa ole aikaisemmin tehty ja kansainvälinenkin tutkimus on vähäistä.

Pyydän kohteliaimmin lupaa tutkia Laurea ammattikorkeakoulun Tikkurilan yksikön sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden asenteita masennusta ja sen hoitoa kohtaan. Aineisto kerätään DAQ -mittaria käyttäen kevään 2010 aikana. Aineiston keräämisestä ja tulosten raportoinnista vastaavat omana opinnäytetyönään opiskelijat Janne Laakkonen ja Juho-Pekka Mäkinen.

Opinnäytetyön aineistosta kirjoitetaan lisäksi tieteellinen tutkimusartikkeli yhdessä luvan hakijan ja opinnäytetyön tekijöiden kanssa. Artikkelin tarkoituksena on julkaistavaksi Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing -lehteen (impact factor 1.018), sen Research in Brief -palstalle. Julkaisun tavoitteena on tulosten lisäksi esitellä DAQ mittarin soveltuvuutta terveysalan opiskelijoiden asenteiden mittaamiseen.

Tutkimus on hyvin tärkeä Vantaan kaupungin ja Sateenvarjo-projektin kannalta ja se antaa uutta tietoa tulevien ammattilaisten asenteista ja auttaa työnantajaa varautumaan tulevaisuuden koulutustarpeisiin. Toivon, että voitte myöntää tutkimusluvan tälle selvitystyölle.

Lauri Kuosmanen
Projektipäällikkö, terveystieteiden tohtori

Kyselylomakkeen tulokset	Eri mieltä fr (%)	Neutraali fr (%)	Samaa mieltä fr (%)	Keskiarvo (ka)	Keskihajonta (SD)	Moodi (Mo)
1.Viimeisten kolmen vuoden aikana olen huomannut masennusoireisten potilaitten määrän lisääntyneen.	11 (9,1)	72 (59,5)	38 (31,4)	2,22	0,598	2
2.Suurin osa vastaanotoilla tavattavasta masennuksesta johtuu potilaiden viimeaikaisista vastoinkäymisistä.	26 (21,5)	77 (63,6)	18 (14,9)	1,93	0,602	2
3.Suurin osa vastaanotoilla tavattavista masennushäiriöistä paranee ilman lääkitystä.	52 (43,0)	57 (47,1)	12 (9,9)	1,67	0,650	2
4.Vakavien masennusten taustalla on aivojen biokemiallinen häiriö.	18 (14,9)	73 (60,3)	30 (24,8)	2,10	0,625	2
5.On vaikeaa erottaa ne potilaat, jotka ovat vain surullisia ja onnettomia ja toisaalta ne, joilla on hoitoa vaativa kliininen masennus.	33 (27,3)	56 (46,3)	32 (26,4)	1,99	0,736	2
6.Masennuksessa on erotettavissa kaksi pääryhmää: psyykkistä alkuperää oleva ja toisaalta biokemiallisen häiriön aiheuttama masennus.	13 (10,7)	83 (68,6)	25 (20,7)	2,10	0,554	2
7.Ihmiset, joilla ei ole sisua, reagoivat vaikeuksiin masennuksella.	90 (74,4)	20 (16,5)	11 (9,1)	1,35	0,642	1
8.Masentuneet potilaat ovat muita potilaita todennäköisemmin kokeneet hylkäämisiä ja pettymyksiä varhaisiällään.	15 (12,4)	52 (43,0)	54 (44,6)	2,32	0,686	3
9.Minusta on luontevaa työskennellä masentuneiden potilaiden kanssa.	30 (24,8)	42 (34,7)	49 (40,5)	2,16	0,796	3
10.Masentuneen potilaan tapaa ajatella on vaikeaa muuttaa.	23 (19,0)	61 (50,4)	37 (30,6)	2,12	0,697	2
11.Masentuminen on luonnollinen osa vanhuutta.	92 (76,0)	21 (17,4)	8 (6,6)	1,31	0,589	1
12.Terveysaseman depressiohoitaja on tärkeä masentuneiden potilaiden hoidossa.	2 (1,7)	33 (27,3)	86 (71,0)	2,69	0,497	3
13.Masentuneiden potilaiden kanssa tehtävä työ on raskasta.	20 (16,5)	44 (36,4)	57 (47,1)	2,31	0,740	3
14.Niille masennuspotilaille, jotka eivät saa apua vastaanotolla, on vain vähän tarjottavaa.	30 (24,8)	56 (46,3)	35 (28,9)	2,04	0,735	2

15.Masennuspotilaiden hoitamiseen käytetty aika on palkitsevaa.	6 (5,0)	48 (39,7)	67 (55,4)	2,50	0,593	3
16.Psykoterapia ei useinkaan auta masennuspotilaita.	73 (60,3)	46 (38,0)	2 (1,7)	1,41	0,527	1
17.Jos masennuspotilaat tarvitsevat masennuslääkkeitä, on parempi, että he ovat psykiatrin kuin perusteveydenhuollon hoidossa.	15 (12,4)	42 (34,7)	64 (52,9)	2,40	0,702	3
18.Masennuslääkkeillä saadaan yleensä hyvä tulos.	14 (11,6)	60 (49,6)	47 (38,8)	2,27	0,658	2
19.Masennuspotilaiden psykologiset hoitomenetelmät pitäisi jättää vain asiantuntijoille.	14 (11,6)	51 (42,1)	56 (46,3)	2,35	0,680	3
20.Jos psykoterapiaa olisi saatavissa rajoituksetta, se olisi useimpien masennuspotilaiden kannalta hyödyllisempää kuin masennuslääkitys.	6 (5,0)	40 (33,1)	75 (62,0)	2,57	0,589	3

TAUSTAKYSYMYKSIÄ (ympyröi oikea vaihtoehto)

1. Ikä

_____ vuotta

2. Sukupuoli

a) Nainen

b) Mies

3. Ammattikorkeakoulututkintoon johtava koulutus?

a) Aikuiskoulutus

b) Nuorten koulutus

4. Missä vaiheessa olet opintojasi?

a) Alkuvaiheessa

b) Keskivaiheessa

c) Loppuvaiheessa

5. Onko sinulla aikaisempi sosiaali- tai terveydenhuoltoalan koulutus?

a) Kyllä

b) Ei

6. Onko lähiomaisillasi tai tuttavapiirissäsi esiintynyt masennusta?

a) Kyllä

b) Ei

7. Oletko ollut hoitotyön käytännön harjoittelussa terveysaseman tai terveyskeskuksen vastaanotolla, tai onko sinulla vastaavaa työkokemusta?

a) Kyllä

b) Ei

8. Oletko ollut hoitotyön käytännön harjoittelussa mielenterveystyössä, tai onko sinulla vastaavaa työkokemusta?

a) Kyllä

b) Ei

Hyvä vastaaja,

Seuraavat väittämät kuvaavat erilaisia masennusta koskevia näkemyksiä. Jokaisen väittämän alla on jana, jonka ääripäissä lukee ”olen täysin eri mieltä” ja ”olen täysin samaa mieltä”.

Merkitse kunkin kysymyksen alla olevalle janalle se kohta, joka parhaiten vastaa omaan arkityöhösi perustuvaa kliinistä kokemustasi.

Esimerkki:

Perusterveydenhuollon työssä tulee vastaan masentuneita potilaita.

täysin _____ täysin
eri mieltä | samaa mieltä

Tämä merkintä osoittaisi vastaajan olevan enemmän eri mieltä kuin samaa mieltä, joskin tietyin varauksin.

1. Viimeisten kolmen vuoden aikana olen huomannut masennusoireisten potilaitten määrän lisääntyneen.

täysin _____ täysin
eri mieltä samaa mieltä

2. Suurin osa vastaanotoilla tavattavasta masennuksesta johtuu potilaiden viimeaikaisista vastoinkäymisistä.

täysin _____ täysin
eri mieltä samaa mieltä

3. Suurin osa vastaanotoilla tavattavista masennushäiriöistä paranee ilman lääkitystä.

täysin _____ täysin
eri mieltä samaa mieltä

4. Vakavien masennusten taustalla on aivojen biokemiallinen häiriö.

täysin _____ täysin
eri mieltä samaa mieltä

5. On vaikeaa erottaa ne potilaat, jotka ovat vain surullisia ja onnettomia ja toisaalta ne, joilla on hoitoa vaativa kliininen masennus.

täysin _____ täysin
eri mieltä samaa mieltä

6. Masennuksessa on erotettavista kaksi pääryhmää: psyykkistä alkuperää oleva ja toisaalta biokemiallisen häiriön aiheuttama masennus.

täysin _____ täysin
eri mieltä samaa mieltä

7. Ihmiset, joilla ei ole sisua, reagoivat vaikeuksiin masennuksella.

täysin _____ täysin
eri mieltä samaa mieltä

8. Masentuneet potilaat ovat muita potilaita todennäköisemmin kokeneet hylkäämisiä ja pettymyksiä varhaisiällään.

täysin _____ täysin
eri mieltä samaa mieltä

9. Minusta on luontevaa työskennellä masentuneiden potilaiden kanssa.

täysin _____ täysin
eri mieltä samaa mieltä

10. Masentuneen potilaan tapaa ajatella on vaikea muuttaa.

täysin _____ täysin
eri mieltä samaa mieltä

11. Masentuminen on luonnollinen osa vanhuutta.

täysin _____ täysin
eri mieltä samaa mieltä

12. Terveysaseman depressiohoitaja on tärkeä masentuneiden potilaiden hoidossa.

täysin _____ täysin
eri mieltä samaa mieltä

13. Masentuneiden potilaiden kanssa tehtävä työ on raskasta.

täysin _____ täysin
eri mieltä samaa mieltä

14. Niille masennuspotilaille, jotka eivät saa apua vastaanotolla, on vain vähän tarjottavaa.

täysin _____ täysin
eri mieltä samaa mieltä

15. Masennuspotilaiden hoitamiseen käytetty aika on palkitsevaa.

täysin _____ täysin
eri mieltä samaa mieltä

16. Psykoterapia ei useinkaan auta masennuspotilaita.

täysin _____ täysin
eri mieltä samaa mieltä

17. Jos masennuspotilaat tarvitsevat masennuslääkkeitä, on parempi, että he ovat psykiatrin kuin perusterveydenhuollon hoidossa.

täysin _____ täysin
eri mieltä samaa mieltä

18. Masennuslääkkeillä saadaan yleensä hyvä tulos.

täysin _____ täysin
eri mieltä samaa mieltä

19. Masennuspotilaiden psykologiset hoitomenetelmät pitäisi jättää vain asiantuntijoille.

täysin _____ täysin
eri mieltä samaa mieltä

20. Jos psykoterapiaa olisi saatavissa rajoituksetta, se olisi useampien masennuspotilaiden kannalta hyödyllisempää kuin masennuslääkitys.

täysin _____ täysin
eri mieltä samaa mieltä