

Tiina Silvennoinen

# TUNNISTATKO MASENNUKSEN?

Masennuksen varhaisoireiden tunnistaminen  
perusterveydenhuollossa

Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutusohjelma


Marraskuu 2011



**MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU**


Mikkeli University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>	<p><b>Opinnäytetyön päivämäärä</b></p> <p>Marraskuu 2011</p>
<p><b>Tekijä(t)</b> Silvennoinen Tiina</p>	<p><b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b> <b>Hoitotyön koulutusohjelma</b> <b>sairaanhoitaja AMK</b></p>
<p><b>Nimeke</b></p> <p>Opinnäytetyö</p>	
<p><b>Tiivistelmä</b></p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa niitä asioita, jotka liittyvät masennuksen varhaisoireiden tunnistamiseen sekä masennuspotilaiden kohtaamiseen perusterveydenhuollossa. Tavoitteena on tuottaa tietoa masennuksen varhaisoireiden tunnistamisen ja masennuspotilaiden kohtaamisen toteutumisesta ja tärkeydestä. Tietoa voidaan hyödyntää masennuksen varhaisoireiden tunnistamisen kehittämistyössä, koulutusten suunnittelussa ja hoitotyöntekijöiden osaamisen vahvistamisessa. Opinnäytetyön tilasi Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus, avosairaanhoito.</p> <p>Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muodostettiin aiheeseen liittyvistä tutkimuksista, kirjallisuudesta sekä hoitosuosituksista. Opinnäyte toteutettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Aineisto kerättiin kesä-heinäkuussa 2011 strukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi myös avoimen kysymyksen. Aineiston keruussa kohderyhmän muodostivat Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskusten vastaanottotyötä tekevät lääkärit ja hoitajat (94).</p> <p>Saatujen tulosten mukaan perusterveydenhuollon vastaanottotyötä tekevät tunnistivat hyvin masennuksen psyykkiset ja fyysiset oireet. Masennuspotilaiden hoitoon osallistuminen koettiin osaksi omaa työtä ja asiakas- ja potilaslähtöinen mielenterveystyön ajateltiin kuuluvan osaksi perusterveydenhuollossa toteutettua hoitotyötä. Sen sijaan yhteistyö organisaation ulkopuolella tai masentuneen perheen ja läheisten kanssa eivät toteutuneet vastaajien mielestä aivan niin hyvin. Kuitenkin näitä kaikkia mielenterveystyön osa-alueita pidettiin tärkeänä masennuspotilaiden tunnistamisen ja vuorovaikutuksen onnistumisen kannalta.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten avulla on mahdollista kehittää masennuksen varhaisoireiden tunnistamisen osaamista ja masennuspotilaiden hoitotyötä, ainakin paikallisesti. Haasteina kehittämistyössä on muun muassa yhteistyön lisääminen potilaan perheen ja läheisten sekä eri viranomaisten kanssa. Perusterveydenhuollossa on myös tarpeen lisätä Depression Käypä hoito-suosituksen käyttöä arjen työn tueksi ja työyhteisöjen toimintatapojen kehittämiseksi. Depression hoidon kolmiomallia täytyy tehdä tutummaksi ja sen käyttöön ottoa tulee vahvistaa, ja siten lisätä myös depressiohoitajien ja perusterveydenhuollon työntekijöiden välistä yhteistyötä.</p>	

<b>Asiasanat (avainsanat)</b> Mielenterveystyö, perusterveydenhuolto, masennus, tunnistaminen ja varhaisoireet		
<b>Sivumäärä</b> 42 + 8	<b>Kieli</b> suomi	<b>URN</b>
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b>		
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b> Kuismin Riitta & Pihlaja Leila	<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b> Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus; avosairaanhoito	

## DESCRIPTION

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>	<p>Date of the bachelor's thesis</p> <p>November 2011</p>
<p>Author(s)</p> <p>Silvennoinen Tiina</p>	<p>Degree programme and option</p> <p>Health Care, Nurse, University of Applied Sciences</p>
<p>Name of the bachelor's thesis</p> <p><b>DO YOU RECOGNIZE DEPRESSION?</b> The identification of depression in basic health care</p>	
<p><b>Abstract</b></p> <p>The purpose of the thesis was to survey things that relate to recognizing early symptoms of depression and to encountering depressive patients in basic health care. The intention was to produce knowledge of the realisation and the importance of recognizing early symptoms of depression and to encountering depressive patients. The knowledge can be exploited in the development of recognizing early symptoms of depression, planning the education and strengthening the savviness of nursing workers. The thesis was ordered by the health centre of united action area of Jyväskylä, open health care.</p> <p>The theoretical frame of reference of the thesis was formed of researches, literature and recommendation to treatment which relate to the subject. The thesis was executed by using quantitative research method. The material was collected in June-July in 2011 with a structured questionnaire which also included an open question. In collecting the material, the target group was formed by the doctors and nurses doing receiving work in the health centre of united action area of Jyväskylä.</p> <p>According to the results received, those who do receiving work in basic health care recognized well the physical and mental symptoms of the depression. Taking part in the treatment of depressive patients was seen as a part of one's own work and customer- and patient-oriented work was seen as a part of treatment work realised in basic health care. Instead, co-operating outside the organisation or with a family and near people didn't realise so well in answerers' opinion. However, all these sectors of the mental health work were found important for recognizing depressive patients and for successful interaction.</p> <p>With the results of the thesis, it is possible to develop the savviness of the recognizing the early symptoms of depression and the treatment work of depressive patients, at least locally. Challenges in the development work are for example increasing co-operating with patient's family and near people and different authorities. In basic health care, it is important to increase the use of Depression Käypä Hoito -recommendation for supporting work in everyday life and for developing the courses on action in work communities. The triangle model of depression treatment must be made more familiar and its introducing must be strengthened, and that way also to increase co-operating between depression managers and basic health care employees.</p>	

<b>Subject headings, (keywords)</b> mental health, basic health care, depression, identification, early symptoms		
<b>Pages</b> 42 + 8	<b>Language</b> Finnish	<b>URN</b>
<b>Remarks, notes on appendices</b>		
<b>Tutor</b> Kuismin Riitta & Pihlaja Leila	<b>Bachelor's thesis assigned by</b> The health centre of united action area of Jyväskylä, open health care	

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	1
2	MIELENTERVEYSTYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA .....	2
2.1	Mielenterveyden edistäminen perusterveydenhuollossa .....	3
2.2	Asiakas- ja potilaslähtöisyys mielenterveyden lähtökohtana .....	5
3	MASENNUS SAIRAUTENA .....	7
3.1	Masennuksen luokittelu .....	8
3.2	Masennus yksilön sairautena .....	10
3.3	Masennus omaisten ja yhteisön kokemana.....	11
4	MASENNUKSEN VARHAISOIREIDEN TUNNISTAMINEN.....	14
5	MASENTUNEEN POTILAAN HOITOTYÖ .....	16
5.1	Masentuneen potilaan kohtaaminen ja vuorovaikutus.....	17
5.2	Masennuksen ehkäisy-, hoito- ja tukitoimenpiteet .....	19
5.3	Perusterveydenhuollon rooli masennuksen hoidossa .....	19
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSY- MYKSET.....	21
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	21
7.1	Tutkimusmenetelmä .....	22
7.2	Tutkimusympäristö .....	22
7.3	Kyselylomake ja sen laatiminen .....	23
7.4	Opinnäytetyönaineiston keruu, käsittely ja analysointi .....	25
8	TULOKSET JA NIIDEN TARKASTELU.....	26
8.1	Vastaajien taustatiedot .....	26
8.2	Depressio käypä hoito -suositus .....	27
8.3	Masennuspotilaiden kohtaaminen perusterveydenhuollossa.....	28
8.4	Masennuksen varhaisoireiden tunnistaminen .....	29
8.5	Depressiopotilaiden hyvä hoitoympäristö perusterveydenhuollossa.....	31
8.6	Yhteistyö masennuspotilaiden tunnistamisessa ja hoidossa.....	31
8.7	Depressiohoitajatoiminta .....	33
8.8	Masennuspotilaan hoidon kehittämishaasteita perusterveydenhuollossa....	34
8.9	Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa.....	35
8.10	Vastaajien toiveet ja vapaamuotoiset kommentit .....	36

9	POHDINTA .....	37
9.1	Tulosten arviointia .....	37
9.2	Opinnäytetyön toteuttamiseen liittyviä eettisiä näkökohtia.....	39
9.3	Opinnäytetyön luotettavuus .....	40
9.4	Kehittämissuhteita ja haasteita jatkokutkimukselle.....	41
	LÄHTEET .....	43

## LIITTEET

Liite 1 Tutkimuslupahakemus

Liite 2 Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Liite 3 Kyselylomakkeen saatekirje

Liite 4 Kyselylomake

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia masennuksen varhaisoireiden tunnistamista ja sen haasteita perusterveydenhuollossa. Nykykäsityksen mukaan viisi prosenttia suomalaisista kärsii sairausasteisesta masennuksesta eli depressiosta. Perusterveydenhuollon potilaista noin 10 %:lla arvioidaan olevan depressio, mutta vain osa potilaista hakee sairauteensa aktiivisesti hoitoa. Hoitoa haetaan sitä todennäköisemmin, mitä pitkäkestoisempi ja vaikeampi masennus on ja mitä suurempi on siihen liittyvä toimintakyvyttömyys. Hoitoon hakeutumista lisää myös monihäiriöisyys, erityisesti samanaikainen ahdistuneisuushäiriö. (Riihimäki 2010, 9-10.)

Masennus aiheuttaa yksilötasolla paljon inhimillistä kärsimystä, mutta myös yhteiskunnallisia kustannuksia. Depressio aiheuttaa työ- ja toimintakyvyttömyyttä sekä heikentää elämänlaatua. Suomessa depression vuoksi alkaneiden sairaspäiväraha-kausien ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrät ovat kaksinkertaistuneet 1990-luvulta alkaen. Kustannuksia kertyy myös vajaatehoisista työsuorituksista ja hoitojärjestelmän kuluista. (Riihimäki 2010, 10.)

Masennuksesta tiedetään jo paljon, sen diagnosointi on helppoa ja hyvää hoitoa on yleisesti saatavilla. Depressio on kansanterveysongelma. Kuitenkin vain alle puolet masennuspotilaista tunnistetaan. Depressiosta kärsivät potilaat hakeutuvat yleensä perusterveydenhuoltoon somaattisin oirein masentuneen mielialan sijasta. Potilaat aliarvioivat oireitaan ja toisaalta myös pelkäävät leimaantumista mielenterveysongelmaiseksi. Masennuksen tunnistaminen on usein vaikeaa, jos potilas ei itse hahmota kärsivänsä masennuksesta. Lyhytkestoiset potilaskontaktit vaikeuttavat masennuksen tunnistamista. Tunnistaminen helpottuu, jos hoitokontaktit jatkuvat samalla työntekijällä ja silloin, kun vastaanottokäynnit ovat riittävän pitkiä. Riskiryhmiin on suositeltavaa käyttää kohdennettua seulontaa. Valtaosa masennuspotilaista voidaan tunnistaa ja hoitaa perusterveydenhuollossa. Jokaisella masennukseen hoitoa hakevalle potilaalla on oikeus saada jotakin vaikuttavaksi osoitettua hoitoa sairauteensa. (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 7-12.)

Toimeksiannon mukaan opinnäytetyö on rajattu koskemaan ainoastaan Jyväskylän yhteistoiminta-alueen avosairaanhoidon vastaanottotyötä. Aiheen valintaan vaikutti



tekijän oma työ depressiohoitajana kyseisessä organisaatiossa sekä kiinnostus perehtyä perusterveydenhuollossa tehtävään mielenterveyshoitotyöhön.

## **2 MIELENTERVEYSTYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA**

Mielenterveystyöhön kuuluu sekä mielenterveyden edistäminen että mielenterveysongelmien hoito. Mielenterveystyön tärkein tehtävä on ihmisten hyvinvoinnin ja toimintakyvyn lisääminen sekä persoonallisuuden kasvun edistäminen. Mielenterveystyöhön kuuluu myös mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäiseminen, parantaminen ja oireiden lievittäminen. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 mennessä linjaavat Suomessa keskeiset mielenterveystyön periaatteet ja painopistealueet. Suunnitelmassa korostetaan potilaan aseman vahvistamista, mielenterveyden ja päihitteettömyyden edistämistä, ongelmien sekä haittojen ehkäisyä ja hoitoa. Suunnitelmassa on myös ehdotus siitä, että kunnat laatisivat mielenterveys- ja päihdestrategian osaksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen suunnitelmaa. Usein ajatellaan, että mielenterveystyö on ensisijaisesti sairauksien ehkäisemistä, mutta tärkeintä on kuitenkin mielenterveyden edistäminen. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 25.)

Mielenterveystyön ja mielenterveyspalveluiden perusta on peruspalveluissa. Kunnat tai kuntaliitot on veloitettu järjestämään mielenterveyspalvelut kunnan omana toimintana tai sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoitona. Kuntien tehtävänä on huolehtia siitä, että niiden asukkailla on mahdollisuus saada ammatillista apua mielenterveysongelmiinsa joustavasti ja tarkoituksenmukaisesti. Kuntalaisilla on oikeus hyvään palveluun ja hoitoon sekä oikeus tulla kohdelluksi kunnioittavasti. Kuntalaisilla on myös oikeus tiedonsaantiin, itsemääräämisoikeuteen, valinnanvapauteen ja vaihtoehtoihin omien hoitajensa osalta. Kun yksittäinen henkilö kokee tarvitsevansa apua, hän voi halutessaan hakeutua terveyskeskuslääkärin tai esimerkiksi työterveyshuollon lääkärin vastaanotolle, jolloin hoidon sekä tuen tarve tulee arvioida ja henkilö voidaan ohjata tarkoituksenmukaisen palvelun piiriin. (Noppiari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 9.)

Perusterveydenhuolto vastaa omalta osaltaan kunnissa tarjottavista mielenterveystyön palveluista. Mielenterveysongelmista kärsivän henkilön ensisijainen hoitopaikka on

perusterveydenhuollon peruspalveluissa ja sen jälkeen tarpeen niin vaatiessa perusterveydenhuollon erityispalvelujen tai erikoissairaanhoidon järjestämässä avohoidossa. Sairaalahoittoa järjestetään, jos muut palvelut eivät riitä. Terveyskeskusten vuodeosastoja on myös mahdollista käyttää erilaisten kriisien hoidossa. (Kuhanen ym. 2010, 179–181.)

Hoitoon pääsyn kannalta merkittävää on palveluiden saatavuus, mikä korostuu erityisesti avohoidon ensivaiheen kontakteissa. Päihde- ja mielenterveysalan suositusten mukaisesti asiakkaita tulee hoitaa siellä, mihin he ensisijaisesti hakeutuvat. Palvelujärjestelmän tulee olla työnjaoltaan ja jatkuvuudeltaan toimiva. Perusterveydenhuollossa päihde- ja mielenterveyspotilaan hoitoketjuun kuuluvat avohoito, vastaanotot, kuntoutus sekä jatkohoito avohoidossa. Hyvä hoitoympäristö tarjoaa turvallisen ja toipumista edistävän ilmapiirin, jossa potilaita kohdataan yksilöinä ja huomioidaan osana sosiaalista verkostoa. Kaikissa palveluja tuottavissa järjestelmissä on tärkeintä hoitohenkilökunnan riittävä ammattitaito, hoidon jatkuvuus sekä potilaan motivoiminen ja hoitoon sitouttaminen toteaa Anu Vähäniemi (2008, 101–105) teoksessa Tämä potilas kuuluu meille.

## **2.1 Mielenterveyden edistäminen perusterveydenhuollossa**

Senja Hyvönen (2004) on tutkinut perusterveydenhuollon mielenterveystyötä. Mielenterveystyö oli 1990-luvulle asti erikoissairaanhoidokeskeistä ja sairaalahoitopainotteista. Kunnat ovat 1990-luvulta alkaen alkaneet siirtää mielenterveyspalveluita, erityisesti avohoittoa sekä paikoin myös avohoidon tukitoimintoja, sairaanhoitopiireiltä omaksi toiminnakseen. Perusterveydenhuollon vastuu potilaista on entistä suurempi. Väestövastuuperiaatteen mukaan toimivassa perusterveydenhuollossa eri henkilöstöryhmien muodostama tiimi on asiakastyön perusta. Mielenterveystyö toteutuu parhaiten moniammatillisena yhteistyönä. Siten perusterveydenhuollossa on hyvät mahdollisuudet kantaa kokonaisvastuu useista mielenterveystyön osa-alueista.

Mielenterveyden edistäminen ja häiriöiden ehkäisy liittyvät perusterveydenhuollon arjessa toisiinsa. Mielenterveyden edistämisen tavoitteena on suojella, vaalia ja parantaa kaikkien kuntalaisten mielenterveyttä. Häiriöiden ehkäisyssä painopiste on mielenterveysongelmien ja – häiriöiden ennaltaehkäisyssä, jolloin pyritään vaikuttamaan

erityisesti eri riskiryhmiin. Ehkäisevä mielenterveystyö on toimintaa, josta valtaosa toteutuu lääketieteellisten perustein toteutettavien mielenterveyspalveluiden ulkopuolella esimerkiksi perheissä, päivähoitossa, kouluissa, työpaikoilla, kulttuuri- ja ympäristötoimissa sekä erilaisissa järjestöissä. Silti on tärkeää, että mielenterveyttä edistävä ja ongelmia ehkäisevä työote sisältyy myös kaikkeen hoitoon ja kuntoutukseen perustasolla. (Stengård, Savolainen, Sipilä & Nordling 2009.)

Mielenterveyden ongelmat ja häiriöt kehittyvät vähitellen. Tilanne, joka lopulta ilmenee yksilön oireina, kehittyy usein kauan ja kehityskulkuun sisältyy monenlaisia yksilöllisiä sekä olosuhteisiin liittyviä tekijöitä. Ehkäisevässä mielenterveystyössä on tärkeää ennakoida sairauden kehitystä ja estää ongelmiin johtava kehityskulku puuttamalla osatekijöihin sekä prosessiin mahdollisimman varhain. Mielenterveydenhäiriöt ovat kansantautiryhmä, jonka ennaltaehkäisyyn tulee panostaa. Voimavarojen painopiste perusterveydenhuollossa tulee siirtää korjaavasta työstä mielenterveyttä edistävään ja häiriöitä ehkäisevään toimintaan. Ehkäisevän mielenterveystyön vaikuttavuudesta on yksilö- ja ryhmätasolla näyttöä. Mielenterveyttä voidaan edistää ja mielenterveysongelmia ehkäistä kaikissa elämän vaiheissa tehokkailla toimintamalleilla esimerkiksi lapsiperheiden vanhempiin kohdistuvalla tuella sekä nuorten syrjäytymistä ehkäisemällä. Ehkäisevä mielenterveystyö on kustannustehokasta. Taloudelliset vaikutukset näkyvät myös epäsuorasti tuottavuuden kasvuna, haittojen vähenemisenä, tapaturmien ja kuolleisuuden laskuna sekä yksilön ja perheiden elämänlaadun paranemisenä. (Ks. Stengård ym. 2009, 7-10; Solin 2011, 4-5.)

Perusterveydenhuollon mielenterveystyö on monipuolista ja moniulotteista työtä. Lääkäreiden työ on muutakin kuin sairauksien tunnistamista ja hoitoa. Hoitajilla on itsenäinen ja keskeinen rooli perusterveydenhuollon mielenterveystyössä. Lääkärit ja hoitajat voivat käyttää monipuolista välineistöä työssään. Perusterveydenhuollon mielenterveystyöntekijät ovat avainasemassa väestön mielenterveyden edistämässä. Yhteistyö on niin työn kuin kehittämisen työväline mielenterveystyössä, jota tehdään laajoilla alueilla ja johon tarvitaan tekijöitä yhteiskunnan kaikilta aloilta. Vastuuta mielenterveyden edistämisestä mikään taho ei voi yksinään kantaa. (Hyvönen 2004, 143.)

Mielenterveystyön tärkein instrumentti ja voimavara on työntekijä itse. Hyvösen (2004) tutkimuksen mukaan työntekijöiden oman mielenterveyden edistäminen palve-

lee parhaiten asiakkaiden mielenterveyden edistämistä. Perusterveydenhuollon mielenterveyden edistämistyö voi toteutua vain, jos niin potilas kuin työntekijäkin ymmärretään kokonaisvaltaisesti. Työntekijän ammattitaidon ja mielenterveyden edistämiseksi erityisesti mielenterveystyötä tekevillä tulee olla mahdollisuus työnohjaukseen. Mielenterveystyö ansaitsee arvostusta, jonka tulee näkyä esimerkiksi niin koulutusmahdollisuuksissa kuin työn resursseissa. (Hyvönen 2004, 143.)

## **2.2 Asiakas- ja potilaslähtöisyys mielenterveyden lähtökohtana**

Käytännön työkentillä on keskusteltu paljon siitä, millä tavoin palvelujen piirissä olevaa ihmistä tulee kutsua. Asiakas on luonnollinen henkilö, henkilöryhmä tai organisaatio, joka vastaanottaa tarvitsemansa palvelun. Potilas on puolestaan terveydenhuollon asiakas, jolla on terveydentilaa koskevia ongelmia. Asiakas-käsite kuvaa kaikkia sosiaali- ja terveyshuollon yksilöitä, jotka ovat asiakkaina; myös potilaita. Asiakaslähtöisyys ja – keskeisyys nähdään rinnakkaiskäsitteinä. Potilaslähtöisyyttä tai -keskeisyyttä käytetään usein kuvaamaan laitoksessa tapahtuvaa asiakaslähtöistä työskentelyä. (Kokkola, Kiikkala, Immonen & Sorsa 2002, 16–17.)

Asiakkaiden tarinat ovat aina erilaisia ja yksilöllisiä, vaikka he kärsisivät samasta ongelmasta tai eläisivät samantyyppisissä elämäntilanteissa. Yleistyksiä ei voi tehdä, eikä myöskään oletuksia ihmisten elämänhistorian, elämäntilanteen tai ongelmien pohjalta, koska samat asiat tai ongelmat voivat synnyttää ihmisissä hyvin erilaisia merkityksiä. Mielenterveys- ja päihdeongelmiin ajatellaan kuitenkin liittyvän joitakin seikkoja, jotka ilmenevät yleisesti näistä ongelmista kärsivien kohdalla, vaikka yksilöllinen kokemus voi vaihdella. Mielenterveys- ja päihdeongelmista toipuminen ja ongelmien ratkaiseminen on aikaa vievää sekä pitkäjänteistä ja koskettaa ihmisenä olemisen kaikkia eri puolia. (Vuori-Kemilä 2007, 46.)

Asiakaslähtöisessä hoitotyössä perusterveydenhuollon mielenterveystyössä mielenterveys tulee käsittää dynaamisena ja positiivisena ihmisyyden ominaisuutena. Mielenterveys asiakastyön lähtökohtana tukee ja ohjaa perusterveydenhuollon työntekijää toiminaan niin, että hän voi uskoa työssään ihmiseen ja hänen selviytymiseensä. Asiakkaiden itsetunnon vahvistaminen on olennaista auttamistyössä, sillä ne ihmiset, joilla on hyvä itsetunto, kokevat itsensä merkityksellisiksi ja arvokkaiksi sekä uskovat

voivansa vaikuttaa myönteisesti omaan elämäänsä. Itsetunnon vahvistamista on ihmisen omista lähtökohdista lähtevä, asiakaslähtöinen toiminta. (Noppiari ym. 2007, 32.)

Yhteistyösuhte potilaan ja hoitajan välillä on merkittävä mielenterveyshoitotyön menetelmä. Lähtökohtana on potilaan mielenterveyden edistäminen ja sen hoitaminen. Potilaslähtöisyys tarkoittaa sellaista hoitoa ja yhteistyötä, jossa potilas on itse mukana vaikuttamassa oman hoitonsa suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Potilaslähtöisessä yhteistyösuhteessa tärkeää on lähellä oleminen, rohkeus ja osallisuus. Riittävän tuen avulla potilaat voivat löytää toimintatapoja oman elämänsä hallintaan. Hoitajan ja potilaan välisen yhteistyösuhteen tavoitteena on auttaa potilasta löytämään omia voimavarojaan. (Kuhanen ym. 2010, 150–151.)

Potilaslähtöisessä mielenterveyshoitotyössä vuorovaikutus on osallistuvaa vuoropuhelua eli dialogia, jossa yhdessä etsitään ratkaisua tai hahmotellaan ongelmaa tai kokonaisuutta (Kuhanen ym. 2010, 151). Dialogisuus viittaa aitoon vuorovaikutteiseen yhteistyösuhteeseen, jossa potilasta autetaan ja kohdataan hänet ilman ennakkoletuksia. Vuorovaikutus ja dialogisuus ovat sekä asiakkaalle että työntekijälle yhdessä oppimista ja toiseen tutustumista. Dialogisen vuorovaikutuksen perustana on herkkyys toisen ihmisen lähtökohdille. Asiakkaan tulee saada kokemus hänelle tärkeään asiaan osallistumisesta ja vaikuttamisesta. Työntekijän tulee olla herkkävaistoinen ja hän tarvitsee kykyä, jonka avulla pyritään asettumaan toisen ihmisen maailmaan edes hetkeksi. (Kokkola ym. 2002, 22–23.)

Asiakaslähtöinen toiminta alkaa asiakkaan tai potilaan asiasta, johon työntekijä ottaa asiantuntijana kantaa, kommentoi sitä, ehdottaa asioita, tuo esiin teoreettisia tietoja ja reflektoi käyttäen hyväksi aikaisempaa kokemustaan ja osaamistaan. Asiakaslähtöisyys merkitsee työskentelyä eri organisaatioiden rajoja ylittäen, jotta asiakas voisi saada kaiken tarvitsemansa tuen. Asiantuntijuuteen liittyy se, että työntekijöillä on sekä valtaa että tietoa tulkita asiakkaiden kertomaa ja heidän toimintaansa. Asiakaslähtöisen toiminnan tulee perustua aina ihmisarvoon ja tasavertaisuuteen. Tärkeää on, että asiantuntija ei tulkitse kuulemaansa tai näkemäänsä oman viitekehänsä kautta, koska tällöin on vaarana se, että potilaan tai hänen läheistensä kertomuksille ei jää tilaa, eivätkä he pysty kuvaamaan riittävästi tuntemuksiaan, esimerkiksi sairastumiseen liittyviä pelkoja tai mahdollista häpeää. (Noppiari ym. 2007, 34–35.)

Hyvä mielenterveystyö kuuluu osaksi yhteiskunnan toimintaa. Siihen sisältyy niin yhdyskuntien suunnittelu mielenterveyttä edistävasti kuin yhteiskunnan kulttuurisen ilmapiirin kehittäminen niin, että se tukee ihmisten mielenterveyttä. Hyvä mielenterveystyö pohjautuu arvo- ja toimintaperustaan, jossa keskeistä ovat ihmisarvo ja ihmisen kunnioittaminen. Sen pohjalta vahvistuu asiakaslähtöisyys, kuuleminen, luottamus ja palvelualttius. Ihmisen tulee saada apua juuri silloin, kun hän sitä tarvitsee. Potilaan asemaa ja oikeuksia sekä hoidon eettisiä näkökulmia on erityisesti pohdittava psykiatrisessa sairaanhoidossa, jossa hoito ei aina perustu vapaaehtoisuuteen. (Kokkola ym. 2002, 31.)

Asiakaslähtöisen työtteen katsotaan edistävän mielenterveyttä. Potilaat haluavat usein aktiivisemman roolin terveydenhuollossa ja yleensä he myös hyötyvät siitä. Potilaiden osallisuuden lisääminen tukee heidän itsetuntoaan ja kohentaa mielenterveyttä. Asiakaslähtöinen hoitotyö vähentää erillisyyden tunteita ja rohkaisee ihmisiä vastuullisempaan asennoitumiseen omasta terveydestä, mikä taas voi kohottaa yksilöiden elämänlaatua. (Kokkola ym. 2002, 31.)

### **3 MASENNUS SAIRAUTENA**

Vielä nykyäänkään ei masennuksen syitä tunneta tarkasti. Tiedetään, että hyvin monet asiat, kuten psykologiset, sosiaaliset ja biologiset tekijät, vaikuttavat yhdessä masennuksen syntyyn. Masennusta arvioidaan esiintyvän 5-10 %:lla Suomen väestöstä. Ajatellaan, että se on kaksi kertaa yleisempää naisilla kuin miehillä. Masennusta esiintyy kaiken ikäisillä, mutta kaikkein eniten myöhäisessä keski-ikässä. Jopa pienillä vauvoilla voi esiintyä lääkehoitoa vaativaa masennusta. (Saano, toim. 2002, 6.)

Maailmassa on noin 330 miljoonaa vakavasta masennuksesta kärsivää ihmistä, joista vain 10 % saa asianmukaista hoitoa (Saano, toim. 2002, 6). Masennus on maailmanlaajuisesti yleinen työ- ja toimintakykyä alentava psykiatrinen sairaus, joka johtaa usein hoitamattomana työkyvyttömyyseläkkeelle tai jopa itsemurhaan (Karila & Kokko 2008, 5). Masennus aiheuttaa kuolleisuutta. Joka vuosi noin 10–30 ihmistä 1000 000 ihmistä kohden tekee itsemurhan, vaikka luvuissa on toki paikallisia eroja. Muu kuin itsemurhista johtuva kuolleisuus on masentuneilla korkeampi kuin muulla väestöllä, sillä tutkimusten mukaan masennus voi heikentää toipumista monista vakavista

sairauksista. On hyvä muistaa, että hetkellisesti esiintyvä masennus tai alakulo kuuluu normaaliin elämään. Lähes jokainen ihminen sairastuu elämänsä aikana lievään masennustilaan, mikä voi liittyä tilapäiseen vaikeaan elämäntilanteeseen, jolloin tilaa ei vielä edes luokitella masennukseksi. Masennuksen kokemus on lähes jokaiselle tuttu. Se on normaali seuraus vastoinkäymisestä tai kohtaloniskusta. Masennus ilmenee tavallisesti surun, toivottomuuden tai huonommuuden tunteina. Ihminen ei haluaisi niitä kokea, mutta tuntee, että niihin ei voi omalla tahdolla edes vaikuttaa. Useimmiten kokemus menee ohi. Synkkä mieliala ja ilottomuus voi jatkua jopa viikkojen ajan, jolloin kysymyksessä on varsinainen masennus eli depressio. (Kopakkala 2009, 9-13.)

Suomessa mielenterveyshäiriöt ovat suurin syy työkyvyttömyyseläkkeisiin. Mielenterveyssyistä alkaneissa eläkkeissä kaikkein yleisin diagnoosi on masennus. Yli puolella mielenterveyssyiden vuoksi eläkkeelle siirtyneistä on ensimmäisenä diagnoosina masennus (F32 tai F33). Vuonna 2006 masennuksen vuoksi eläkkeelle siirtyi Suomessa 3892 henkilöä. (Gould, Grönlund, Korpiluoma, Nyman & Tuominen 2007, 35–36.)

### **3.1 Masennuksen luokittelu**

Depressio on monen erilaisen oireen yhdistelmä, mikä ilmenee ihmisissä yksilöllisesti. Oireiden merkitys sairastuneen elämänlaadussa ja arjessa selviytymisessä vaihtelee myös suuresti. Masentuneen on usein vaikea tietää, mistä aloittaa vointinsa ja oireidensa kuvaamisen. (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 7.)

Depression Käypä hoito-suosituksessa (2009) masennus on määritelty ICD-10:n oirekriteerien mukaisesti. Masennustila on määritelty oireyhtymäksi, jonka diagnostiikassa keskeistä on yksittäisten masennusoireiden tunnistaminen, mutta myös itse oireyhtymän toteaminen. Masennustilojen muodot jaetaan tautiluokitus ICD-10:ssä masennustiloihin (F32) ja toistuvaan masennukseen (F33). Oleellista on, että oireita on esiintynyt yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan ja että oireet ovat vaikeusasteeltaan merkittäviä. Masennusdiagnoosi edellyttää, että kymmenestä kriteerioireesta potilaalla esiintyy vähintään neljä. Masennustilat jaotellaan oireiden vaikeusasteen ja laadun perusteella ICD-10 – luokituksen mukaan niin, että jos oireista täyttyy 4-5, on kyseessä lievä masennus. Keskivaikeassa masennuksessa oireita on 6-7 ja vaikeassa masennuksessa 8-10. Psykoottinen masennus on vaikea sairaus, johon liittyy usein harhaluuloja ja aistiharhoja. (Saano, toim. 2006, 7.)

Masennusoireet vaikuttavat ihmisen tunteisiin, ajatteluun, käyttäytymiseen sekä fyysiseen olemukseen. Päälimmäisenä tunteissa ovat surumielisyyys, ahdistuneisuus, syyllisyys, avuttomuus ja toivottomuus. Ajatuksissa korostuu itsekriittisyys, itesyytökset, synkkyys, keskittymiskyvyn puute, itsetuhoiset ajatukset ja kuoleman ajatteleminen. Masentunut voi itkeä paljon, eristäytyy helposti muista, lyö laimin velvollisuuksiaan eikä jaksu huolehtia itsestään. Ihminen voi olla jatkuvasti väsynyt, nukkuu tai syö liikaa tai ei juuri lainkaan ja hänellä voi olla monenlaisia kipuja tai särkyjä. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 132–133.)

Masennusta pyritään seulomaan nopeasti, yksinkertaisin menetelmin, jotka voivat olla osa terveystarkastuksia tai osa riskiryhmille suunnattua seulontaa. Tällainen menetelmä on esimerkiksi kahden kysymyksen seula, jonka kysymykset esitetään potilaalle suullisesti. Kysymykset ovat:

1. Oletko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi tuntemastasi alakulosta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta?
2. Oletko viimeisen kuukauden aikana ollut usein huolissasi kokemastasi mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta?

Yksi myöntävä vastaus tarkoittaa todennäköisesti masennusta. (Tuisku & Rossi 2010, 14–15.)

Mitkä oireet haittaavat potilasta eniten ja miten ne vaikuttavat hänen elämänlaatuunsa? Näillä kysymyksillä potilasta voidaan auttaa pohtimaan, minkä hän toivoisi muuttuvan juuri nyt voinnissaan. Potilaan nykyoireista yleiskuvaa voidaan kartoittaa BDI-21-kyselyllä (Beckin depressioasteikko), minkä avulla voidaan seurata myös potilaan toipumista ([www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)). Depressioon usein liittyvästä päihdeongelmasta saa viitteitä AUDIT-kyselyllä ([www.paihdelinkki.fi](http://www.paihdelinkki.fi)). Useilla potilaista on ollut masennusjaksoja myös aiemmin elämänsä aikana. Pienellä osalla potilaista on ollut kohonneen mielialan jaksoja. Näitä jaksoja voi tarkastella MDQ-kyselyllä (mielialahäiriökysely) (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 7–8). Suomessa kehitetty DEPS-seula ([www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)) on nopea ja yksinkertainen testi, joka annetaan potilaalle kirjallisesti täytettäväksi. Se sopii hyvin masennuksen varhaisoireiden tunnistamisen välineeksi esimerkiksi terveystarkastuksiin. (Tuisku & Rossi 2010, 14.)



Masennustilan diagnoosi (ICD-10:n mukaan) edellyttää seuraavia samaan aikaan esiintyviä oireita:

- Vähintään kaksi seuraavista masennuksen oireista on kestänyt vähintään kahden viikon ajan ja ilmennyt suurimman osan ajasta:
  1. Masentunut mieliala.
  2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat aikaisemmin kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää.
  3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys.
- Jokin tai jotkut seuraavista oireista ovat kestäneet vähintään kahden viikon ajan ja ilmenneet suurimman osan ajasta niin, että oireita on yhteensä vähintään neljä:
  1. Unihäiriöt.
  2. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, joihin liittyy muutos painossa.
  3. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen.
  4. Kohtuuttomat tai perusteettomat itsesyytökset.
  5. Keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jähkailuna.
  6. Fyysinen kiihtymys tai hidastuneisuus, joka voi olla koettu tai havaittu.
  7. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen. (Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen 2009, 30.)

### 3.2 Masennus yksilön sairautena

Masennuksella tarkoitetaan arkikäytössä hyvin usein mielipahaa ja alakuloisuutta. Suru, stressi, ahdistus ja työuupumus ovat kaikille ihmisille vaikeita ja ikäviä kokemuksia sekä tunteita. Masennus on kuitenkin jotakin ihan muuta. Se on pitkäaikainen ja sitkeä sairaus, joka alkaa usein menetyksen jälkeen. Masennukseen liittyy alemmuudentunteita, syyllisyyttä, häpeää ja toivottomuutta. Elämä muuttuu ilottomaksi ja uteliaisuus heikkenee. (Kopakkala 2009, 9.) Masennukseen sairastuminen ei merkitse sitä, että sairastunut olisi heikko tai huono, vaikka sairastunut itse usein niin ajattelee. Masennus ei ole itseaiheutettu sairaus eikä tahdonalainen tila, josta voisi yhtäkkiä päätöksen voimalla tai toisen kehotuksesta parantua. (Tuisku & Rossi 2010, 63.)

Suonsivun (2003) tutkimuksessa tarkasteltiin hoitotyöntekijöiden kokemaa masennusta suhteessa organisaatio- ja työyhteisötekijöihin. Masennusta on tutkittu paljon

tarkastelemalla yksilöllisiä syitä masennukselle. Yksilön omat voimavarat, elämäns historia kokemuksineen, geneettinen tausta, nykyinen elämäntilanne sekä käytössä olevat tukimuodot ovat merkittäviä masennuksen syiden tarkastelussa. Yksilö ei ole irrallinen elämäntilanteestaan, johon kuuluvat sekä yksityis- että työelämä. Masennuksen syiden tarkastelun tulee olla laajaa ja peilautua sen hoitomuotojen etsintään. Masennukselle ei yleensä löydy yhtä syytä, vaan syiden kasauma, jonka joku yksittäinenkin tekijä voi laukaista. (Suonsivu 2003, 30.)

Kuka tahansa voi sairastua masennukseen. Yksilön sairastuminen elämän kolhujen jälkeen näyttää ulkopuolisesta asianmukaiselta ja ymmärrettävältä. Aina ei kuitenkaan ole niin. Joskus masennus voi tulla hiljaa hiipien. Ihmisillä on erilainen alttius masentua. Masennukselle erityisen altis on ihminen, joka tarvitsee muilta paljon tukea itseltunnon ja joka kaipaa erityisesti arvostusta sekä kannustusta. (Kopakkala 2009, 13–14.)

Masentunut potilas kärsii usein menetyksen tai muun katastrofin seurauksista: sietämättömästä ja kokonaisvaltaisesta ahdistuksesta sekä epämääräisestä kivusta. Masentunut voi olla avuton ja lamaantunut. Sairastunut ei aina riittävässä määrin edes käsitä, mitä hänelle on tapahtumassa. Koettu kipu tai tuska voi olla hahmotonta, eikä sitä voi aina edes ymmärtää. Sairastunut kokee, että ei voi itse tehdä mitään masennukselleen. Ihminen voi pelätä olevansa kuolemansairas, koska koettu kipu ei ole vain henkistä, vaan myös kokonaisvaltaisesti ruumiillista. (Myllärniemi 2009, 24–25.)

Depressio on myös fyysisesti kivulias tila, johon voi liittyä päänsärkyä, sydämentykytystä, lihaskipuja, vatsa- ja selkävaivoja sekä ihon kuivumista. Sairastuneen läheiset voivat huomata masennuksen jähkailuna, aikaansaamattomuutena ja päättämättömyytenä. Sairastunut voi olla ärtynyt, tuskainen, stressaantunut ja äkkipikainenkin. Masentunut on usein äärimmäisen tarvitseva, mutta hän ei saa otetta tarjotusta tuesta. Psykkisistä ongelmista kärsiville on tyypillinen itsekeskeisyys, minkä vuoksi muiden ihmisten voi olla vaikea kestää tai sietää masentunutta henkilöä. (Kopakkala 2009, 11.)

### **3.3 Masennus omaisten ja yhteisön kokemana**

Suppeasti määriteltynä omaisilla tarkoitetaan ydinperheen jäseniä ja biologisia sukulaisia sekä heidän puolisoitaan. Mielenterveystyössä potilaan hoidossa olisi tärkeää

olla mukana muitakin sairastuneelle merkittäviä ihmisiä, joita voivat olla esimerkiksi sukulaiset, ystävät, naapurit tai työkaverit. Omaiseksi voidaan näin määritellä kaikki ne henkilöt, joilla on keskeinen asema sairastuneen ihmissuhdeverkostossa. (Stengård 2007, 154.)

Omaissuhde eroaa asiakas- ja potilassuhteesta sekä kestossa että laadussa. Omaissuhde on pitkäaikainen tunnesuhde, johon sitoudutaan vahvasti ja jossa omainen on tuntenut asiakkaan jo pidemmän aikaa sekä tietää, millainen hän on ollut ennen sairastumistaan. Omaisen läheiseen suhtautumiseen vaikuttavat menneisyyden kokemukset ja sairastumisen aiheuttamat muutokset sekä mahdolliset menetykset. Asiakassuhdetta kuvaavat ammatillisuus, määräaikaisuus ja pyrkimys katsoa sairastuneen asioita ulkopuolisen näkökulmasta. Työntekijän tehtävänä voi olla asiakkaan verkoston selvittäminen ja hänen tulee tukea asiakasta ihmissuhteiden luomiseen ja ylläpitoon. (Stengård 2007, 154–155.)

Ihminen saa identiteetin jäsenyydestään erilaisissa yhteisöissä. Joitakin vuosikymmeniä sitten identiteetti rakentui suvun, ammattikunnan, seurakunnan ja asuinpaikan mukaan. Ihminen syntyi osaksi yhteisöä, joka tarjosi jäsenilleen perusturvallisuuden. Nykyään näiden perusyhteisöjen merkityksen ajatellaan rapistuneen. Ihmiset joutuvat etsimään itselleen tunnustusta yhteisön jäsenenä erityisesti työyhteisöistä. (Kopakkala 2009, 67.) Omaisten merkitys masentuneen elämässä on suuri. Masentunut vetäytyy herkästi pois kontakteista ja haluaa olla yksin. Sairastunutta ei kuitenkaan saa jättää yksin, vaan hän tarvitsee kaiken mahdollisen tuen ja välittämisen läheisiltään. Sairastunut tarvitsee kokemuksen siitä, että hänestä välitetään ja että häntä ei hylätä vaikeuksien vuoksi. Vaikka sairastunut haluaa välttää vuorovaikutusta, hänestä ei saa päästää irti. (Myllärniemi 2009, 157.)

Psykiatrisen hoitojärjestelmän arvioidaan muuttuneen huomattavasti viimeisten kahden vuosikymmenen aikana. Psykiatristen sairaalapaikkojen vähentäminen ja potilaiden hoidon siirtäminen avohoitoon ovat vaikuttaneet huomattavasti potilaiden, mutta myös heidän omaistensa ja läheistensä elämään. Avohoito ei ole pystynyt vastaamaan kaikkien potilasryhmien osalta riittävästi haasteisiin, jolloin hoitovastuuta on siirtynyt enenevässä määrin omaisille ja kolmannelle sektorille. Omaisten osallistuminen huolenpitotehtävään aiheuttaa heille monenlaisia kustannuksia. Ajan ja rahan menetyksen

lisäksi huolenpitotehtävä verottaa omaisen voimavaroja ja voi pahimmillaan johtaa uupumiseen. (Nyman & Stengård 2001, 5.)

Potilaan ja perheen hyvinvointia ja terveyttä ei voi erottaa toisistaan. Sairastuneen hyvinvoinnille on merkitystä sillä, kuinka hänen läheisensä voivat, ja toisaalta perheen terveyteen vaikuttaa myös sen muiden perheenjäsenten terveydentila. Perhekeskeisyyttä pidetään tänä päivänä hyvän hoidon ominaisuutena, ja se on keskeinen lähestymistapa mielenterveyshoitotyössä. Potilaan ja hänen perhetilanteensa hyvä tunteminen mahdollistaa hyvän hoitosuhteen syntymisen potilaan, perheen ja henkilökunnan välille. Potilasta tulee kannustaa siihen, että perhe saa osallistua hänen hoitoonsa, ja potilaalle on tärkeää perustella, miksi läheisten mukanaoloa pidetään niin tärkeänä. Läheiset tulee ottaa huomioon esimerkiksi potilaan arvioinnissa, tiedon saamisessa läheisiltä, läheisten tukemisessa ja auttamisessa, tiedottamisessa ja hoitosuunnitelman laatimisessa. (Kuhanen ym. 2010, 94.)

Omaisten hyvinvointia lisäämällä ja tukemalla parannetaan perheiden valmiuksia huolehtia jäsenistään. Samalla se on myös ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä, jolla pyritään vähentämään läheisiin kohdistuvaa räsitusta. Perheen ja läheisten huomiointi koostuu pienistä asioista, esimerkiksi heidät voidaan kutsua hoitoneuvotteluun, jolloin kaikkia voidaan kuulla tasapuolisesti. Perheille ja läheisille tiedottaminen lisää luottamusta ja vahvistaa kokemusta siitä, että apua on saatavilla. (Kuhanen ym. 2010, 96–97.)

Mielenterveysongelmista kärsivän läheisille sairastuminen ja sairaus on aina järkytys. Sairastuminen voi lisätä leimaantumista. Oikean diagnoosin löytyminen on tärkeää, koska se tarkoittaa sitä, että työntekijät voivat auttaa sairastunutta. Läheisen sairastuessa tieto ja keskustelut työntekijöiden kanssa auttavat omaisia hyväksymään tapahtuneen. Työntekijän tulee antaa läheisille realistista ja tutkimukseen perustuvaa tietoa sairaudesta, hoitovaihtoehdoista ja selviytymisestä tai parantumisesta. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2007, 108.)

#### 4 MASENNUKSEN VARHAISOIREIDEN TUNNISTAMINEN

Terveyden yleisiä edellytyksiä ovat rauha, turvallisuus, tasapainoinen ekosysteemi, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, tasa-arvo ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus. Ajatellaan, että niiden pohjalta syntyy terveyden voimavaratekijät esimerkiksi tulot, ravinto, koulutus, työ ja ihmissuhteet. Konkreettinen näkökulma terveyden edistämiseen on sairauksien ehkäisy. Sairauksien ehkäisyllä pyritään lievittämään yksilön inhimillistä kärsimystä ja lisäämään sekä yksilön että yhteisön toimintakykyä sekä säästämään kustannuksissa. (Koskenvuo & Mattila 2003, 16–17.)

Terveyden edistämisen konkreettinen näkökulma on siis sairauksien ehkäisy eli preventio, jolla tarkoitetaan keinoja, joilla pidetään yllä terveyttä vaikuttamalla tautien ilmaantumiseen ja minimoimalla sairauksien aiheuttamat haitat. Primaaripreventio on toimintaa ennen taudin esiasteen kehittymistä. Preventio vähentää sekä yksilön että yhteisön alttiutta sairastua tautiin. Primaariprevention toimenpiteillä estetään riskitekijän vaikutus jo ennen kuin se on ehtinyt aiheuttaa sairauteen johtavia muutoksia. Primaariprevention tärkeimpiä keinoja ovat rokotukset ja terveysneuvonta, jota voi olla esimerkiksi ravitsemus- tai seksuaalineuvonta. (Koskenvuo & Mattila 2003, 18–19.)

Depressio ja stressi ovat käsitteitä, joilla arkikielessä kuvataan usein myös yksilön mielenterveyttä ja hyvinvointia. Eriasteinen depressiivisyys on väestössä hyvin yleistä. Sen kansanterveydellinen merkitys liittyy sairaudesta johtuvan toimintakyvyn ja elämän laadun heikkenemiseen. Depressio-oireyhtymä voi myös ennakoita vaikeampien mielenterveyshäiriöiden kehittymistä, minkä vuoksi sen ennaltaehkäisy on tärkeää sekä yksilö- että väestötasolla. Depressiota ollaan nostamassa mielenterveyspolitiikassa erityisen huomion kohteeksi. Eräs syy siihen, että masennuksen yleisyyteen ja hoitoon on kiinnitetty huomiota lisääntyvässä määrin, on se, että masennusta ilmenee yhä nuoremmissa ikäryhmissä. Depressio on yleisin nuorten ihmisten mielenterveyden häiriö. (Lönnqvist 2003, 127.)

Masennuksen varhainen tunnistaminen on tärkeää. Masennuspotilaiden hoitoon hakeutuminen on ongelmallista niin masennuksen itsensä kuin siihen liittyvien syyllisyyden ja häpeän takia. Sairastunut voi hakeutua lääkärin vastaanotolle fyysisten oireiden vuoksi ja kuvata sillä tavoin pahaa oloaan, koska usein fyysiset oireet koetaan hyväksyttävämpinä. Sen vuoksi masennuksen tunnistaminen voi olla terveydenhuol-

tohenkilöstölle vaikeaa. Haastavaa on myös erottaa, mikä on normaalia mielialan vaihtelua ja mikä puolestaan hoitoa vaativaa masennusta. Perusterveydenhuollon henkilökunnalla tulee olla valmiudet tunnistaa masentunut potilas sekä taito ohjata, seurata ja tukea potilasta. (Kuhanen ym. 2010, 204–205.)

Masentuneen mieliala sekä oireet ovat tapauskohtaisia ja yksilöllisesti hyvin erilaisia. Masennuksen varhaisoireiden tunnistamisessa on tärkeintä asiakkaan huolellinen haastattelu. Turvallinen, kiireetön ja vapaa ilmapiiri auttavat sairastunutta ilmaisemaan ajatuksiaan ja tunteitaan. Masennus jää kuitenkin usein hoitamatta, jos potilaat kertovat vastaanotolla vain fyysisistä oireistaan. Työntekijän tulee muistaa, että erilaiset ruumiilliset oireet ja tuntemukset, joihin ei liity elimellistä syytä, ovat myös depressiolle tyypillisiä oireita. Esimerkiksi kivut voivat hallita ihmistä, eikä varsinaista mielialan laskua aina havaita. Toisaalta on myös erittäin tärkeää selvittää kipujen mahdollinen syy, ennen kuin asiakkaalle tehdään masennusdiagnoosi. (Södervall, Heikkinen & Maikkula 2007, 120–121.)

Useat mielenterveysongelmat tulevat esiin jo nuorena, mutta hoitoon hakeudutaan vasta aikuisena. Masennus alkaa usein nuorella iällä, ja sen vaikutus ulottuu pitkälle elämänkaareen. Sairauden puhkeaminen nuorena haittaa opiskelua, työelämään siirtymistä ja työuran luomista. (Riihimäki 2010, 9.) Masennuksen arvioidaan olevan nuorten yleisin mielenterveydenhäiriö Suomessa. Se on myös yksi yleisemmistä sairaslomien syistä nuorilla ja yleisin ennenaikaiselle eläkkeelle siirtymisen syy. Ongelman vakavuutta lisää se, että kaikki masentuneet nuoret eivät ole minkään hoidon piirissä ja että moni puolestaan joutuu odottamaan hoitoon pääsyä liian pitkään. Erityisen tärkeää myös nuorille on ennaltaehkäisevä tuki, jota he voivat saada lähiympäristöltään jo ennen masennukseen sairastumista. Erityisen tärkeää on varhaisoireiden tunnistaminen. (Lämsä 2011, 7.)

Masennusoireista kärsivän henkilön tulee saada apua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Masennusta kokevan ihmisen hoidossa tärkeää on ennaltaehkäisy, ja sen tulee alkaa ihmisen kokemusten ja huolien kuulemisella. Hoitoa laajennetaan potilaan ja hänen läheistensä voimavarojen etsimiseen ja vahvistamiseen. Masennuksen ja sairauden pahenemisen ehkäisyä on jo se, että stressaavat elämäntilanteet huomioidaan ajoissa ja asiakas ohjataan lepoon, rentoutukseen ja voimavarojen vahvistamiseen. (Noppari ym. 2007, 202.)

Yleisesti ajatellaan, että masennukselle altistavia tekijöitä ovat mm. vastoinkäymiset ja epäonnistumiset. Vakavat sairaudet tai loukkaantumiset sekä stressi voivat altistaa masennukselle. Alkoholin runsas käyttö pitkään jatkuessaan voi aiheuttaa ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta. On myös arvioitu, että perinnöllisyydellä olisi merkitystä depression sairastuville. Vaikka perimä ei olekaan yksin syy depression sairastumiseen, voidaan silti puhua perinnöllisyystaipumuksesta, periytyvästä alttiudesta sairastua. Perimän ohella tai sitä ilmankin taudin puhkeamiseen vaikuttavat monet muut tekijät kuten psykologiset ja sosiaaliset tekijät ihmisen kehityksen eri vaiheissa. (Tamminen 2002, 71.)

Voidaan myös ajatella, että nykyinen terveydenhoitojärjestelmämme epäonnistuu pahoin masennuksen hoidossa. Tärkeää olisi miettiä masentuneen potilaan hoitotyötä kriittisesti uudestaan, koska masennusta diagnosoidaan yhä liian vähän. Tarkka diagnostiikka on masennuksen suhteen välttämätöntä. Masentuneen on saatava heti, jo alustavankin diagnoosin jälkeen, hoitojärjestelmästä hoitava henkilö, jonka tehtävä on seurata pitkäkestoisesti hoidon toteutumista. Masentunut katoaa helposti hoidon piiristä, jollei sitä estetä. Potilas ei itse jaksa kantaa vastuuta hoidostaan, jolloin vaarana on masennuksen syveneminen tai uusiutuminen. (Kopakkala 2009, 172.)

Kaikkien sosiaali- ja terveystoimen työntekijöiden tulee pyrkiä tunnistamaan masennuksen oireet asiakkailtaan ja kannustaa heitä hakemaan apua. Henkilöihin, jotka ottavat yhteyttä ahdistuneisuuden, kriisien, uupumuksen tai päihdeongelmien vuoksi, kannattaa erityisesti kiinnittää huomiota. Tärkeää on muistaa, että normaaliin vanhemmiseen ei kuulu masennus. Riskiryhmien oireita kannattaa seuloa. Näitä ryhmiä ovat mm. vastikään synnyttäneet, kroonisia sairauksia potevat, päihteiden käyttäjät ja epämääräisiä fyysisiä oireita potevat. Seulaan jääneitä varten on järjestettävä riittävästi lisätutkimus- ja hoitomahdollisuuksia. (Melartin & Vuorilehto 2009, 31.)

## **5 MASENTUNEEN POTILAAN HOITOTYÖ**

Masennuspotilaiden hoidossa suunnittelun perustana ovat masennustilan vaikeusasteen arviointi ja sen selvittäminen, onko kysymys ensimmäisestä elämän aikana esiintyvistä vai toistuvasta masennustilasta. Masennuksen hoidossa käytetään biologisia,

psykologisia ja sosiaalisia menetelmiä. Eri hoitomuodot ovat yhtä tehokkaita lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa. Hoitomuotoja voidaan käyttää joko vaihtoehtoisesti tai yhtäaikaisesti potilaan hoidossa. Keskivaikea ja vaikea masennustila edellyttävät yleensä lääkehoitoa ja huolellista paneutumista potilaan kokemuksiin sekä oireisiin keskustellen ja aikaa antaen. (Noppari ym. 2007, 57–58.)

Psykoterapian, lääkehoidon ja sosiaalisen tuen yhdistämisellä saavutetaan erinomaisia tuloksia masentuneen potilaan hoidossa. Kopakkalan (2009) mukaan työterveyshuollossa voitaisiin hoitaa kaikki sen piirissä olevat, ensimmäistä kertaa depression sairastuneet, terveiksi noin kolmessa kuukaudessa sopivalla terapian, lääkehoidon ja sosiaalisen tuen yhdistelmällä (Kopakkala 2009, 170).

Masennuksen hoito tulee suunnitella jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. Hoito perustuu potilaan oireisiin sekä perhe- ja muun elämäntilanteen selvittämiseen. Depression Käypä hoito- suositus ohjeistaa lääkehoidossa ja muiden hoitomuotojen valinnassa. Potilaan hoitoa suunnitellessa tulee huomioida potilaan toimintakyky, mahdollinen itsemurhavaara, aiemmat hoidot ja niistä saadut kokemukset, monihäiriöisyys, somaattinen terveydentila ja potilaan omat toiveet hoitonsa suhteen. Hoidon jatkuvuus ja luottamuksellinen yhteistyösuhde ovat erittäin tärkeitä. (Kuhanen ym. 2010, 206.)

### **5.1 Masentuneen potilaan kohtaaminen ja vuorovaikutus**

Mielenterveystyön ominaisena piirteenä on se, että keskeinen työn väline on työntekijä itse. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen tulee ymmärtää ammatilliseen yhteistyösuhteeseen vaikuttavat tekijät, jotka liittyvät omaan itseen, asiakkaaseen ja tilanteeseen. (Kiviniemi ym. 2007, 9.)

Potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta kuvataan dialogisuutena, jossa korostuu vastavuoroisuus ja molemminpuolisuus. Hoitajalta se edellyttää kiinnostusta potilasta kohtaan ja hänen hyväksymistään. Dialogisuus edellyttää hoitajan eläytymistä potilaan asemaan, mutta silti hoitajan ei tarvitse olla kaikkietävä. Hoitaja on asiantuntija teoreettisen tiedon ja kokemuksen kautta, mutta masentunut potilas on oman sairautensa asiantuntija. (Kuhanen ym. 2010, 153.) Työntekijä kuuntelee potilaan tuottamaa kertomusta, tekee kysymyksiä ja samalla auttaa häntä oivaltamaan uusia näkökulmia sai-



rauteensa. Dialoginen kertomus on dialogisen vuorovaikutussuhteen tärkein määrittäjä. (Kiviniemi ym. 2007, 83–84.)

Masennuspotilaan ja hoitajan kohtaaminen yhteistyösuhteessa tulee olla sairastuneen kokonaisvaltaista huomioimista. Tällöin hoitajalla on mahdollisuus saada ymmärrys siitä, mitä potilas oikeastaan tarvitsee ja miten häntä voidaan auttaa. Avoin ja aito kohtaaminen mahdollistaa potilaan kasvun, muutoksen ja kehityksen. Kokonaisvaltaisuus edellyttää työntekijältä kykyä asettua masentuneen asemaan ja katsella maailmaa sairastuneen näkökulmasta. Kokonaisvaltaisessa yhteistyösuhteessa potilas kokee tulevansa hyväksytyksi ja pystyy ehkä paremmin ymmärtämään itseään. (Kuhanen ym. 2010, 154.)

Masentuneen hoidon onnistumisen edellytys on luottamus potilaan ja työntekijän välillä. Luottamuksellisuuden kehittymiseen vaikuttavat esimerkiksi potilaan persoonallisuus ja aikaisemmat kokemukset. Työntekijä voi lisätä luottamusta aidolla, rehellisellä ja avoimella käytöksellä sekä aidolla läsnäolollaan ja kuuntelemalla. (Kuhanen ym. 2010, 155.) Luottamuksen luomiseen kannattaa käyttää paljon aikaa, ja sitä pystytään lisäämään myös ulkoisten tekijöiden avulla, esimerkiksi kertomalla potilaalle työntekijää koskevasta vaihtolovelvollisuudesta, voidaan lisätä potilaan luottamuksen tunnetta. (Kiviniemi ym. 2007, 106.)

Masennuspotilaiden kohtaamisessa on toivon merkitys hyvin suuri. Toivo kuvaa positiivisuutta ja antaa uskoa tulevaisuuteen. Se saa potilaan uskomaan itseensä ja selviytymiseensä. Työntekijän tehtävänä on tukea potilasta säilyttämään vuorovaikutussuhteensa potilaalle tärkeiden ihmisten kanssa. Masentuneen on tärkeää saada palautetta selviytymisestään, jotta hän voisi saada kokemuksia onnistumisesta. (Kiviniemi ym. 2007, 108.) Kun masentuneen tasapaino on järkkynyt ja elämä on usein luhistunut, parantuminen ei ole aina aivan helppoa. Tärkeintä masennuksen korjaantumiselle on sairastuneen toiveikkuuden viriäminen. (Kopakkala 2009, 175.)

Masennuksen menestyksenkäs hoito ja potilaan kohtaaminen edellyttää hoitohenkilökunnalta aktiivista ja määrätietoista otetta. Se edellyttää myös pitkäkestoista ja sitkeää välittämistä, silti potilasta kunnioittaen. (Kopakkala 2009, 174.)

## 5.2 Masennuksen ehkäisy-, hoito- ja tukitoimenpiteet

Masennuksen ehkäisy-, hoito- ja tukitoimenpiteet voidaan jaotella yksilöllisiin, organisatorisiin ja yhteiskunnallisiin toimenpiteisiin. Masennuksen hoitaminen on hyvin monimuotoista ja perustuu yksilölliseen hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Masennuksen hoito vaatii sairastuneelta vahvan sitoutumisen ja motivaation itsensä hoitamiseen. Hoito on pitkäaikaista; se voi kestää kuukausia tai jopa vuosia. Jos masennus jatkuu hoitamattomana pitkään, on arvioitu, että siitä kärsivien elinikä on lähes 5 % lyhyempi kuin muulla väestöllä keskimäärin. Vain pieni osa masennuspotilaista saa tarpeellisenä pidettävää ja oikea-aikaista hoitoa. Suurin syy siihen on masennuksen puutteellisessa tunnistamisessa, jonka parantamiseksi tarvitaan lisää tietoa. Hoitohenkilökunta tarvitsee kykyä masennuksen varhaisoireiden tunnistamiseen, hyviä vuorovaikutus- ja asiakaskeskeisiä haastattelutaitoja sekä riittävästi vastaanottoaikaa masennuspotilaiden hoitoon. (Suonsivu 2003, 37.)

Hoitotyöntekijöiden ja organisaatioiden on vahvistettava mielenterveys- ja päihdetyön osaamista; erityisesti ehkäisevää työtettä. Hoitotyön osalta suurin osa palveluista tarjotaan kunnalliselta sektorilta. Keskusteluissa tulee usein esiin se, että palveluja ei ole riittävästi tai ei lainkaan. Potilaiden asioiden ja sairauksien hyvä hoito edellyttää poikkihallinnollista työtettä ja yhteisten tavoitteiden asettamista. Hyvään hoitotulokseen voidaan päästä, jos otetaan käyttöön kaikki resurssit ja hyvät työtavat. Resurssit tarkoittavat mm. omaisia sekä kolmatta sektoria. Ehkäisevää työtettä tulee toteuttaa kaikkialla, missä tehdään hoitotyötä. Hyvin toteutettu ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö vähentää korjaavan työn tarvetta, kustannuksia ja mikä tärkeintä, inhimillistä tuskaa ja kärsimystä. (Kylmänen 2008, 50.)

## 5.3 Perusterveydenhuollon rooli masennuksen hoidossa

Perusterveydenhuollolla on merkittävä rooli masennuspotilaiden tunnistamisessa, mutta myös hoidossa. Yhä useampi masentuneeksi itsensä kokeva on saanut asianmukaista hoitoa terveydenhuollon peruspalveluissa. Depression Käypä hoito- suosituksessa (2009, 2–4) todetaan, että perusterveydenhuollossa tarvitaan koulutettua ja erikoistunutta henkilökuntaa masennuspotilaiden ohjaukseen, seurantaan ja psykososiaaliseen tukemiseen. Vuorilehto (2008) on tutkinut perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden vakavaan masennustilaan liittyviä eroja ja yh-

teneväisyyksiä. Vuorilehdon mukaan perusterveydenhuoltoon tarvitaan depression hoidon seurantaan erikoistunutta henkilökuntaa. Sen lisäksi mielekkääseen työnjakoon tulee panostaa, jotta depressiopotilaat saavat mahdollisimman tehokasta apua. (Vuorilehto 2008, 11–12.)

Masennukseen perehtyneiden psykiatristen sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien työpanos on jo osoitettu hyödylliseksi. Erityisen toimivaa työ on ollut silloin, kun psykiatrista konsultaatiotukea on ollut työntekijän saatavilla säännöllisesti. Depressiohoitajien työpanos tekee mahdolliseksi sen, että voidaan käyttää enemmän aikaa depressiopotilaan hoitoon. Työ tukee potilaiden säännöllistä seuranta ja lisää psykososiaalisen tuen tarjoamista. Lisäksi se auttaa potilasta sitoutumaan ja motivoitumaan paremmin omaan hoitoonsa. (Depression Käypä hoito-suositus 2009, 24.)

Depressiopotilaita voidaan hoitaa tehokkaasti ja potilaskeskeisesti perusterveydenhuollossa depressiohoitajatoiminnan avulla. Depression hyvä hoito vaatii monialaista yhteistyötä, jossa hoidon keskipiste on potilas itse. Depressiohoitaja, omalääkäri ja psykiatri muodostavat yhteistyökolmion. Depression hoidossa kolmiomalli tehostaa varhaista hoitoa ja aktiivista seuranta. (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 2.)

Depressiohoitajat työskentelevät perusterveydenhuollossa projektinjohtajina, jotka toteuttavat masennuspotilaiden hoidon seuranta, Psykoedukaatiota, psykososiaalisen tuen antamista ja perheen lasten huomioimista. Depressiohoitajien työn tavoitteena on nopeuttaa masennuksen tunnistamista ja sairaudesta toipumista, vähentää potilaiden sairauslomia sekä tasa-arvoistaa potilaiden hoitoa. (Kuhanen ym. 2010, 209.)

Depressiohoitajat ovat koulutukseltaan psykiatrisesti suuntautuneita sairaanhoitajia, joiden työ on itsenäistä ja tiivistä yhteistyötä potilaan, terveyskeskuslääkärin ja konsultoivan psykiatrin kanssa. Lääkäri vastaa potilaan kokonaishoidosta ja tekee hoitoa toivovasta potilaasta lähetteen depressiohoitajalle. Potilas tapaa depressiohoitajaa tavallisimmin yksi-kuusi kertaa. Tapaamiset ovat potilaan kuuntelua, neuvontaa, ohjausta ja erilaisten selviytymiskeinojen vahvistamista. Toipumisen seurannan apuna käytetään esimerkiksi BDI-21- ja DEPS – asteikkoja. (Tauriainen 2010, 29.)

## **6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät liittyvät masennuksen varhaisoireiden tunnistamiseen perusterveydenhuollossa terveysasemien ja – keskusten vastaanottotyössä sekä mitkä tekijät liittyvät masennuspotilaiden kohtaamiseen samassa toimintaympäristössä.

Tutkimuskysymykset opinnäytetyössä olivat seuraavat:

1. Mitkä tekijät liittyvät masennuksen varhaisoireiden tunnistamiseen perusterveydenhuollossa?
2. Mitkä tekijät liittyvät masennuspotilaiden kohtaamiseen perusterveydenhuollossa?

Tavoitteena oli tuottaa tietoa masennuksen varhaisoireiden tunnistamisen sekä masennuspotilaiden kohtaamisen mahdollisista haasteista perusterveydenhuollossa. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää masennuksen hoidon kehittämisessä perusterveydenhuollossa ja sen hoitohenkilökunnan psykiatrisen osaamisen vahvistamisessa.

## **7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN**

Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikuttivat kaksi seikkaa: henkilökohtainen, työhön liittyvä kiinnostus aiheeseen sekä työn tarpeellisuus myös laajemmassa toimintaympäristössä. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen avosairaanhoidon tilaamassa opinnäytetyössä toteutuivat molemmat aiheen valintaan vaikuttaneet seikat. Opinnäytetyön tilaajan mukaan tutkimuksesta saatuja tietoja voidaan käyttää esimerkiksi silloin, kun tilaajaorganisaatiossa luodaan viitekehyksiä tulevaisuuden kehitys- ja koulutushankkeille.

## 7.1 Tutkimusmenetelmä

Ihmisellä on yleisesti tavoitteena ymmärtää, mitä hänen ympärillään tapahtuu. Ihminen pyrkii tekemään havaintoja ymmärtääkseen. Näitä tehtyjä havaintoja voidaan luokitella tai seurata, jolloin pyritään löytämään säännönmukaisuuksia. Uteliaisuuden tyydyttämisen ja älyllisen mielihyvän lisäksi ihminen pyrkii varautumaan tulevaisuuteen ennakoimalla sitä. Tieteellisten menetelmien avulla kerätään järjestelmällisesti tietoa ihmisestä, luonnosta ja yhteiskunnasta. Tietojen keräämisen jälkeen tulee osasta tehdä johtopäätöksiä, joista voidaan tuottaa uusia otaksumia tai malleja. (Holopainen & Pulkkinen, 2002, 13.) Tämän opinnäytetyön pyrkimyksenä oli mitata eri asteikoilla niitä asioita, jotka liittyvät masennuksen varhaisoireiden tunnistamiseen sekä niitä asioita, jotka liittyvät masennuspotilaiden kohtaamiseen perusterveydenhuollossa.

Opinnäytetyössä on käytetty kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää, joka vastaa kysymykseen kuinka paljon, kuinka monta tai johonkin muuhun määrää tarkoittavaan kysymykseen (Karjalainen 2010, 19). Kvantitatiivista tutkimusta käytetään melko paljon sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä. Sen keskeisiä piirteitä ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teorit, hypoteesien esittäminen, käsitteiden määrittely, aineiston keruun suunnitelmat, tutkittavien henkilöiden valinta, aineiston muokkaaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon sekä johtopäätelmien teko tilastollisen analyysin pohjalta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 139–140.) Tutkimusaineistot ovat usein suuria ja tuloksia kuvataan numeerisesti. Ilmiöitä voidaan havainnollistaa esim. taulukoiden muodossa. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 21.)

## 7.2 Tutkimusympäristö

Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus syntyi 1.1.2011 Jyväskylän, Muuramen, Hankasalmen ja Uuraisten kunnan alueelle. Terveyspalvelut järjestetään yhdessä kuntien noin 150 000 asukkaalle. Jyväskylän kaupunki järjestää yhteistoimintasopimuksen mukaisesti terveydenhuollon palvelut kuntien alueella. Sopimuksen mukaan Jyväskylä huolehtii sopimuskuntien kansanterveystyön ja siihen liittyvien sosiaalipalveluiden sekä erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisestä. Yhteistoiminta perustuu lakiin kunta- ja palvelurakennemuutuksesta (169/2007). Erikoissairaanhoidon

palveluja kuntalaiset saavat Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kautta, eikä yhdistymisestä tullut erikoissairaanhoidon palvelumuutoksia. ([www.jyvaskyla.fi](http://www.jyvaskyla.fi).)

Depressiohoitajatoiminta käynnistyi lokakuussa 2006, jolloin työnsä aloitti yksitoista depressiohoitajaa eri terveysasemilla sijoittuen ympäri Keski-Suomea. Opinnäytetyön tutkimuksen ajankohtana depressiohoitajia oli neljätoista ja lähes koko Keski-Suomi oli toiminnassa mukana. Palvelun piirissä oli tällöin maakunnassa 260 000 asukasta. Opinnäytetyön tutkimusta ei tehty kuitenkaan kaikkien neljätoista depressiohoitajan toiminta-alueilla, vaan ainoastaan työn tilaajan omissa toimipisteissä eli kuuden depressiohoitajan vastuualueella. Tutkimus rajattiin tilaajaorganisaation toiveesta. Opinnäytetyön tutkimuksen tuloksiin vaikutti joiltakin osin se, että kahdessa Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa depressiohoitaja aloitti työnsä vasta tammi-kuussa 2011, kun taas toisilla terveysasemilla depressiohoitajat ovat tehneet työtään jo useamman vuoden ajan.

### **7.3 Kyselylomake ja sen laatiminen**

Kyselytutkimuksessa selvitetään ihmisten mielipiteitä, asenteita ja tottumuksia. Tällöin ei aina saada selville reaalimaailman todellisuutta. Voidaan siis selvittää, miten ihmiset kokevat jonkin asian olevan tai mitä he ajattelevat jostakin tietystä ilmiöstä. Vastausten perusteella tavoitteena on muodostaa johtopäätöksiä vastaajien mielipiteiden jakautumisesta tutkittavan asian suhteen. Kyselytutkimusten tarkoituksena on usein hyödyntää tuloksia erilaisten toimintojen suunnittelussa. (Karjalainen 2010, 11.) Tilaajan on tarkoituksena käyttää tämän opinnäytetyön kyselyn tuloksia mm. koulutusten tarpeen arviointiin sekä suunnitteluun. Tässä opinnäytetyössä päädyttiin käyttämään kyselytutkimusta siksi, että tutkimukseen saataisiin paljon vastaajia ja että voitaisiin kysyä monia asioita masennuksen varhaistunnistamiseen ja masennuspotilaiden kohtaamiseen liittyviä asioita. Kyselytutkimus oli myös tehokas, koska se säästi opinnäytetyöntekijän aikaa ja vaivannäköä.

Tässä opinnäytetyössä tutkimusstrategiana on käytetty pääosin survey-tutkimusta. Survey-tutkimukselle on tyypillistä, että tietystä ihmisjoukosta poimitaan otos, jolta aineisto kerätään tutkimusta varten strukturoidussa muodossa. Tavallisesti käytetään

kyselylomaketta tai strukturoitua haastattelua. Tällä tavalla saadun aineiston avulla kuvataan, vertaillaan ja selitetään tutkittavaa ilmiötä. (Hirsjärvi ym. 2010, 134.) Kerätty aineisto voidaan analysoida useilla eri menetelmillä (Holopainen & Pulkkinen 2002, 21).

Opinnäytetyön toteuttamiseen tarvitaan tutkittavaa ilmiötä kattavasti ja halutulla tavalla mittaava kyselylomake. Kyselylomakkeet ovat yleisemmin käytetty aineistonkeruumenetelmä määrällisessä tutkimuksessa. Mittausvälineen laatiminen on kriittisin vaihe kvantitatiivisessa tutkimuksessa, koska sen tulee olla sisällöltään tutkimusilmiötä laajasti mittaava ja riittävän täsmällinen. Kyselylomakkeen perustana tulee olla kattava ja luotettava katsaus kirjallisuudesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 87.)

Aikaisemmissa suomenkielisissä tutkimuksissa masennusta ja sen hoitoa on tutkittu lähinnä kvalitatiivisesti, eikä masennuksen varhaisoireiden tunnistamiseen ja masennuspotilaiden kohtaamisen mittaamiseen ole kehitetty Suomessa kyselylomaketta kvantitatiivista tutkimusta varten. Valmiin kyselylomakkeen puuttuminen teki opinnäytetyöstä haastavan, koska tutkimusta varten tuli ensin laatia kyselylomake. Tutkija voi siis tehdä sen itse, jolloin mittarin laatinut on sen tekijänoikeuksien haltija. Muut saavat ottaa mittarin käyttöön vasta pyydettyään luvan sen alkuperäiseltä laatijalta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 90.)

Lehtori Leila Pihlaja Mikkelin Ammattikorkeakoulusta antoi tutkimuslomakkeen laadinnan eri vaiheissa oman asiantuntijalausuntonsa kyselylomakkeesta, mikä auttoi osaltaan opinnäytetyöntekijää lomakkeen tekemisessä ja sen muokkauksessa. Kysymysten sisältöjen laadinnassa opinnäytetyöntekijä sai tukea Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä perusterveydenhuollon yksikön asiantuntijalääkäri Anneli Kuusiselta ja saman toimintayksikön projektityöntekijä Sirpa Sundgreniltä Kanerva-KASTE Hankkeesta. Webropol-ohjelma oli opinnäytetyöntekijälle vieras. Ohjelman käytössä ja kyselylomakkeen teknisessä toteutuksessa opinnäytetyöntekijä sai apua osastonhoitaja, terveyden edistämisen koordinaattori Nina Peräseltä (TtM) Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä. Peräsen suosituksesta kyselylomakkeessa alun perin käytetty sana *depressio* vaihdettiin vielä viime hetkellä ennen lomakkeen lähetystä vastaajille sanaksi *masennus*.

Mittarin esitestaaminen tarkoittaa, että sen luotettavuutta ja toimivuutta testataan varsinaista tutkimusotosta vastaavalla pienemmällä vastaajajoukolla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 154). Opinnäytetyön tutkimuslomakkeen osalta päädyttiin siihen, että varsinaista esitestaamista ei tehty. Näin haluttiin varmistaa, että tutkimusotoksesta saadaan kaikki mahdollinen vastausmateriaali opinnäytetyön tekijän käyttöön. Tutkimuslomakkeesta pyydettiin kuitenkin sen laadinnan aikana kommentteja opinnäytetyön tekijän työelämäohjaajilta ja opinnäytetyön tilaajan edustajilta. Saatujen kommenttien perusteella tutkimuslomaketta muokattiin ja kysymyksiä tarkennettiin. Kyselylomakkeen Webropol-ohjelmaan viennin jälkeen tarkistettiin vielä lomakkeen tekninen toimivuus, eikä ongelmia siinä vaiheessa ollut nähtävissä.

#### **7.4 Opinnäytetyönaineiston keruu, käsittely ja analysointi**

Toukokuussa 2011 ennen aineiston keruun aloittamista haettiin asianmukaista tutkimuslupaa (LIITE 1) Jyväskylän kaupungin Sosiaali- ja terveystalokeskuksen vastualuejohtajalta Jarmo.J. Koskelta. Tutkimuslupa (LIITE 2) myönnettiin 7.6.2011 ja aineiston kerääminen aloitettiin 13.6.2011. Aineisto opinnäytetyöhön kerättiin kesä-heinäkuussa 2011. Opinnäytetyön tutkimuksen kohderyhmän muodostivat Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskukset; avosairaanhoidon vastaanottotyötä tekevät eriasteisen koulutuksen saaneet hoitajat sekä lääkärit (182 henkilöä).

Kyselylomakkeen lähettivät vastaajille sähköisesti vastualuejohtaja Jarmo.J. Koski ja hoitotyönjohtaja Anu Mutka 13.6.2011. Hoitajia ja lääkäreitä informoitiin tutkimuksesta ja sen toteuttamisesta heille suunnatussa saatekirjeessä (LIITE 3). Täytetyn kyselylomakkeen vastaaja palautti sähköisesti Webropol-ohjelmaan. Tavoitteena oli, että kyselylomake (LIITE 4) tavoittaa kaikki kesä-heinäkuussa työssä olleet hoitajat ja lääkärit. Aineiston keruun ajankohtana työssä oli 182 työntekijää. Huomioitavaa on, että tutkimusta tehtiin kesäloma- ja osittain myös toiminnan supistusten aikana. Kyselyyn vastanneita oli 94. Vastausprosentti oli 52.

Palautetut kyselylomakkeet käytiin läpi Webropol-ohjelmassa. Kaikki kyselylomakkeet otettiin mukaan tutkimukseen, vaikka osa vastaajista ei ollut vastannut kaikkiin kysymyksiin. Kyselylomakkeiden tulokset taulukoitiin ja analysoitiin Webropol-ohjelmassa olevissa Excel-tiedostoissa. Tuloksen analysoinnissa hyödynnettiin tietokoneohjelman tarjoamia valmiita mahdollisuuksia esimerkiksi Text Mining – työkalu-



ja, joita käytetään avointen kysymysten ja tekstikenttäkysymysten vastausten käsitteilyyn sekä Insight-ohjelmaa, jonka avulla voidaan tarkastella riippuvuuksia, tilastoarvoja, vertailla ryhmiä sekä ennustaa muutoksia. Aluksi ohjelmassa kuitenkin luotiin tuloksista peruseraportti, josta saatiin keskiarvoja ja lukumääriä. Joidenkin kysymysten kohdalla tehtiin ristiintaulukointia ja verrattiin muun muassa lääkäreiden ja hoitajien vastauksia toisiinsa.

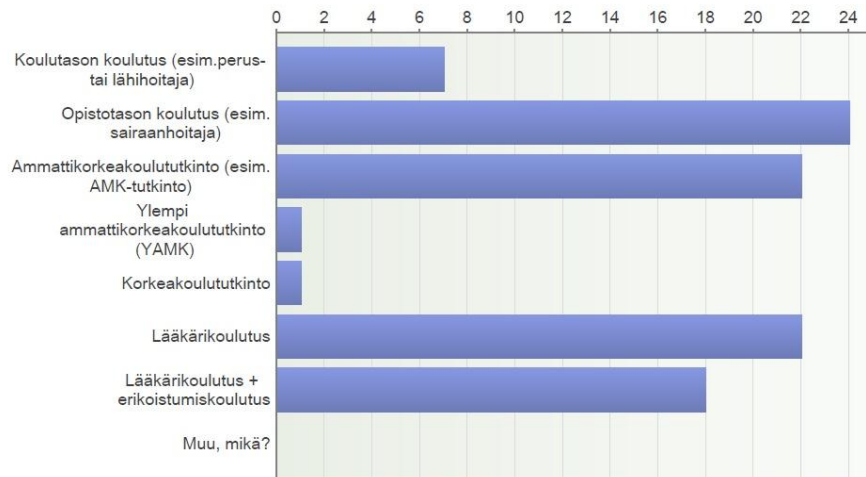
## **8 TULOKSET JA NIIDEN TARKASTELU**

### **8.1 Vastaajien taustatiedot**

Kyselylomakkeeseen vastasi yhteensä 94 perusterveydenhuollon työntekijää, joista 21,5 % oli miehiä (20) ja 78,5 % oli naisia (73). Yksi vastaajista ei ollut vastannut sukupuolta koskevaan kysymykseen.

Ikää koskevaan kysymykseen vastasivat kaikki 94. Vastaajista 36,2 % eli 34 vastaajaa oli iältään 50–59- vuotiaita. Heitä oli eniten. 40-49- ja 30–39- vuotiaita oli kumpiakin 22 eli 23,4 %. 20–29-vuotiaita vastaajia oli 14 (14,9 %). Alle 20-vuotiaita ei ollut lainkaan ja kaksi vastaajaa oli 60 vuotta tai yli (2,1 %).

Ammatillista koulutusta kysyttäessä pyydettiin kertomaan ylin koulutustaso (Kuvio 1). Koulutason koulutuksen (esim. perus- tai lähihoitaja) oli saanut seitsemän vastaajaa (7,4 %). Opistotason koulutus (esim. sairaanhoitaja) oli 24 vastaajalla (25,5 %). Ammattikorkeakoulututkinto (esim. sairaanhoitaja) oli 22 vastaajalla (23,4 %). Yhdellä vastaajista oli ylempi ammattikorkeakoulututkinto, samoin yhdellä vastaajalla oli korkeakoulututkinto. Lääkärikoulutuksen oli saanut 22 vastaajaa (23,4 %). Lisäksi vastaajissa oli 18 lääkäriä, joilla oli lääkärikoulutuksen lisäksi erikoistumiskoulutus (19,1 %).

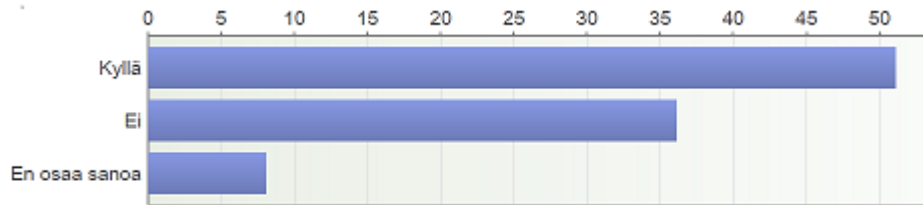


KUVIO 1. Vastaajien ammatillinen koulutustausta

Kysymyksiin ”Kuinka monta vuotta olet työskennellyt terveydenhuoltoalalla?” ja ”Kuinka monta vuotta olet työskennellyt perusterveydenhuollossa?” vastasi kumpaankin 93 vastaajaa. Pisimpään terveydenhuollossa työskennellyt henkilö oli ollut työssä 37 vuotta ja lyhyimmän ajan työskennellyt puoli vuotta. Myös perusterveydenhuollossa pisimpään työskennellyt oli ollut työssään 37 vuotta ja lyhyimmän ajan työssä ollut oli ollut työssään puoli vuotta.

## 8.2 Depressio käypä hoito -suositus

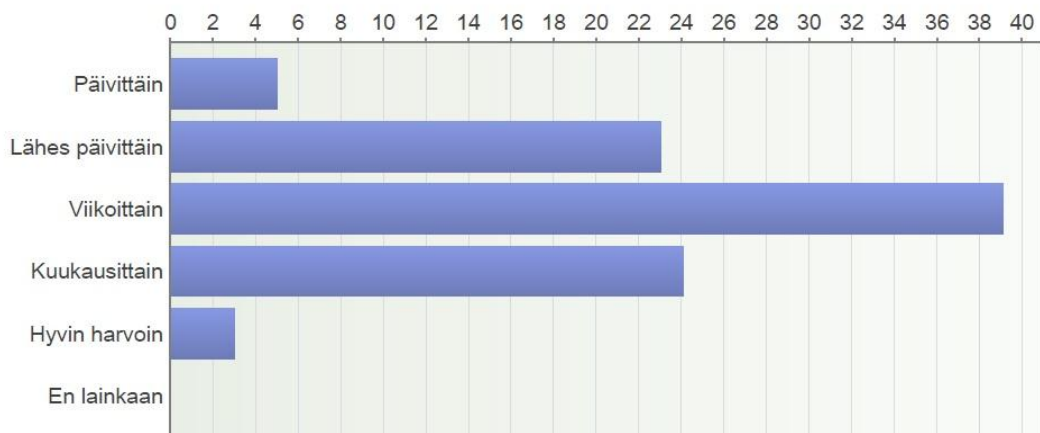
Depressio käypä hoito -suositukseen oli tutustunut yli puolet (54,3 %) (Kuvio 2). Kahdeksan vastaajaa (8,5 %) ei osannut sanoa, olivatko he tutustuneet yllä mainittuun suositukseen lainkaan. Depressio käypä hoito -suositusta käytettiin hyvin harvoin (39,4 %) tai ei lainkaan (36,2 %) työn tueksi perusterveydenhuollossa. Kukaan ei käyttänyt suositusta päivittäin työssään apuna ja vain seitsemän vastaajaa käytti sitä viikoittain. Opistotason koulutuksen saaneiden vastaajien ja ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden vastaajien muissa vastauksissa ei merkittäviä eroja ollut juurikaan, mutta AMK-tutkinnon suorittaneista 54,5 % oli tutustunut Depressio käypä hoito -suositukseen ja vastaavasti 27,3 % tutustuneista oli opistotason koulutus.



KUVIO 2. Depressio käypä hoito – suositukseen tutustuminen

### 8.3 Masennuspotilaiden kohtaaminen perusterveydenhuollossa

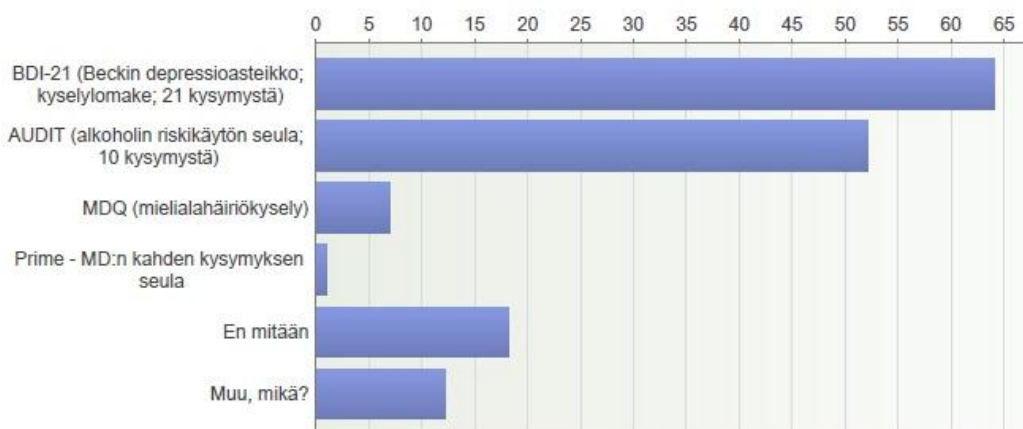
Masennuspotilaiden tunnistaminen koettiin kuuluvan osaksi omaa perustyötä perusterveydenhuollossa. 76,6 % vastaajista oli siitä täysin samaa mieltä ja vain yksi henkilö oli täysin eri mieltä. Kuitenkin vain viisi (5,3 %) vastaajaa kohtasi päivittäin potilaita, joilla oli heidän mielestään masennus. Valtaosa vastaajista (41,5) kohtasi masennuspotilaita viikoittain. Kaikki vastaajat olivat kohdanneet masennuspotilaita työssään perusterveydenhuollossa (Kuvio 3). Masennuspotilaiden hoitoon osallistuminen koettiin kuuluvaksi omaan työhön; 65 vastaajaa (69,9 %) oli täysin samaa mieltä ja 25 vastaajaa (26,9 %) oli osittain samaa mieltä siitä. Yhden henkilön työhön ei kuulunut lainkaan masennuspotilaiden hoitoon osallistuminen. Vastaajien iällä ei ollut merkitystä masennuspotilaiden kohtaamiseen tiheyteen ( $p=0,58$ ). Ne vastaajat, jotka kohtasivat työssään usein masennuspotilaita, kokivat myös masennuspotilaiden hoitoon osallistumisen kuuluvan omaan työhönsä ( $p=0,03$ ).



KUVIO 3. Masennuspotilaiden kohtaaminen perusterveydenhuollossa

#### 8.4 Masennuksen varhaisoireiden tunnistaminen

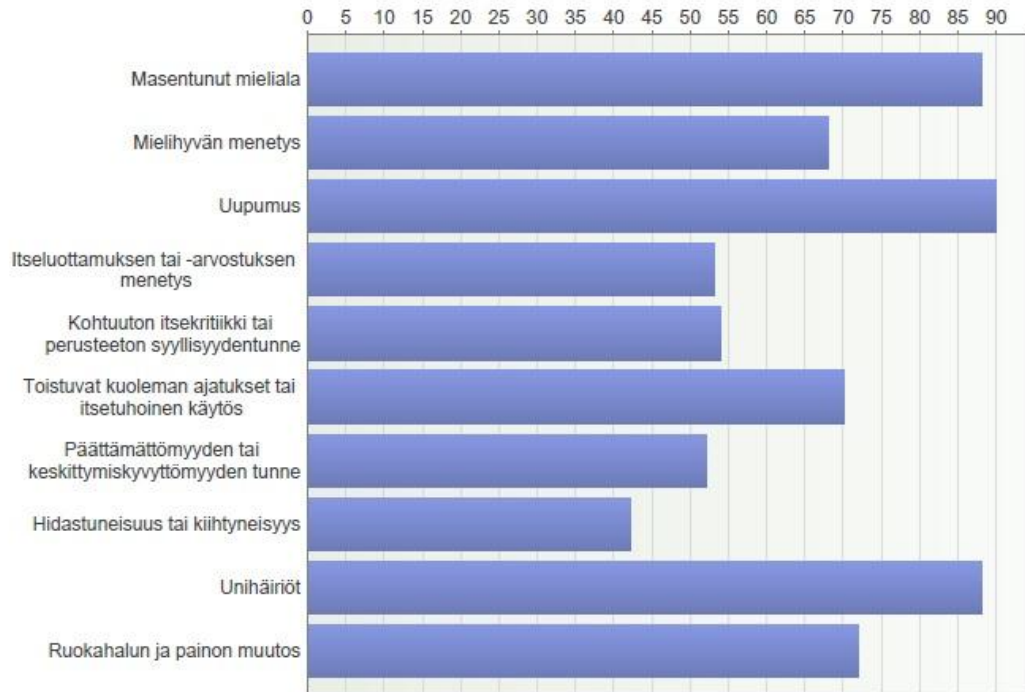
Masennuksen tunnistamisessa käytettiin pääsääntöisesti kahta seulaa tai testiä (Kuvio 4). BDI-21 (Beckin depressioasteikko) oli käytössä 64 vastaajalla (68,1 %). BDI-21 oli käytössä lääkäreistä 80 % ja hoitajista 67,4 %. AUDIT (alkoholin riskikäytön seula) oli käytössä puolestaan 52 vastaajalla (55,3 %). MDQ (mielialahäiriökysely) oli käytössä seitsemällä henkilöllä. Prime-MD kahden kysymyksen seulaa (masentunut mieliala ja mielihyvän menetys) käytti vastaajista yksi ja kahdeksantoista vastaajaa (19,1 %) ei käyttänyt mitään mittaria työnsä tueksi (kuvio 4). Lisäksi osalla vastaajista (12,8 %) oli käytössä BAI-ahdistuneisuushäiriötesti, vanhusten tutkimista varten tarkoitettut BASDEC- ja GDS-15-testit sekä MMSE-muistitesti. Neljä vastaajaa käytti työssään myös DEPS-testiä, joka on suomalainen testi.



KUVIO 4. Depression tunnistamisessa käytetyt seulat ja testit

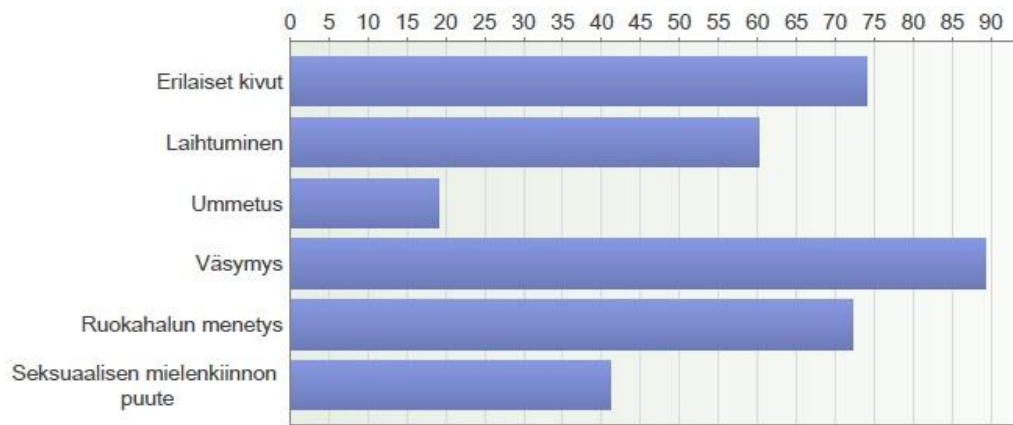
Potilastyössä kiinnitettiin huomiota seuraavasti masennuksen oireisiin (Kuvio 5). 88 vastaajaa (93,6 %) tunnisti potilaistaan masentuneen mielialan ja 68 vastaajaa (72,3 %) pystyi havainnoimaan potilaiden kokeman mielihyvän menetyksen. Uupumus tunnistettiin parhaiten (95,7 %), samoin unihäiriöiden tunnistaminen oli helppoa (93,6 %). Hidastuneisuutta tai vastaavasti kiihtyneisyyttä tunnistettiin masennuksen oireeksi vähiten (44,7 %). Ruokahalun ja painon muutokset sekä kuoleman ajatukset ja itsetuhoisen käytös oli myös hyvin tunnistettu (76,6 % ja 74,5 %). Yli puolet vastaajista

tunnisti päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunteet (55,3 %), kohtuuttoman itsekritiikin tai perusteettomat syyllisyyden tunteet (57,4 %) sekä itseluottamuksen tai – arvostuksen menetyksen (56,4 %). Kivun tunnistaminen tai epäilymasennuksen oireeksi sujui hyvin. 92,5 % vastanneista lääkäreistä huomioi erilaiset kivut masennuksen oireina, samoin 66,7 % kysymykseen vastanneista hoitajista.



KUVIO 5. Masennuksen oireet

Masennuksen fyysiset oireet tunnistettiin myös hyvin (Kuvio 6). 95,7 % pystyi havainnoimaan potilaiden kokeman väsymyksen myös mahdolliseksi masennuksen oireeksi. Vastaajista 79,6 (74) tunnisti erilaiset kivut masennuksen oireiksi. Ruokahalun menetykseen kiinnitti huomiota 77,4 % ja laihtumiseen 64,5 % vastaajista. Ummetusta ei erityisesti mielletty masennuksen oireeksi (20,4 %), mutta seksuaalisen mielenkiinnon puutteen huomioi 41 vastaajaa (44,1 %) (Kuvio 6). Tähän kysymykseen vastasi 93 vastaajaa.



KUVIO 6. Masennuksen fyysiset oireet

### 8.5 Depressiopotilaiden hyvä hoitoympäristö perusterveydenhuollossa

Yli puolet vastaajista koki, että heidän omassa työyksikössään toteutui mielenterveyspotilaiden hyvä hoitoympäristö riittävine valmiuksineen ainakin potilaiden hoitoon motivoimisen (64,7 %) ja hoidon jatkuvuuden turvaamisen osalta (55,3 %). Vastaajien mielestä huonoiten toteutui perhe- ja verkostokeskeinen työote (12,9 %) sekä potilaiden hoitoon sitouttaminen (20 %). Myös ennaltaehkäisevä työote on vastaajien mielestä jäänyt vähäiseksi (25,9 %). Hoitohenkilökunnan ammattitaito koettiin melko riittäväksi (45,9 %), samoin työyksiköiden ilmapiiri oli vastaajien kokemana potilaille turvallinen ja toipumista edistävä 30 vastaajan mielestä (35,3 %). Pisimpään perusterveydenhuollossa toimineet näkivät henkilökunnan ammattitaidon merkittävänä hyvän hoitoympäristön luomisessa ( $p=0,03$ ). Käypä hoito – suositukseen tutustumisella ei ollut merkitystä ( $p=0$ ) hyvän hoitoympäristön toteutumisessa.

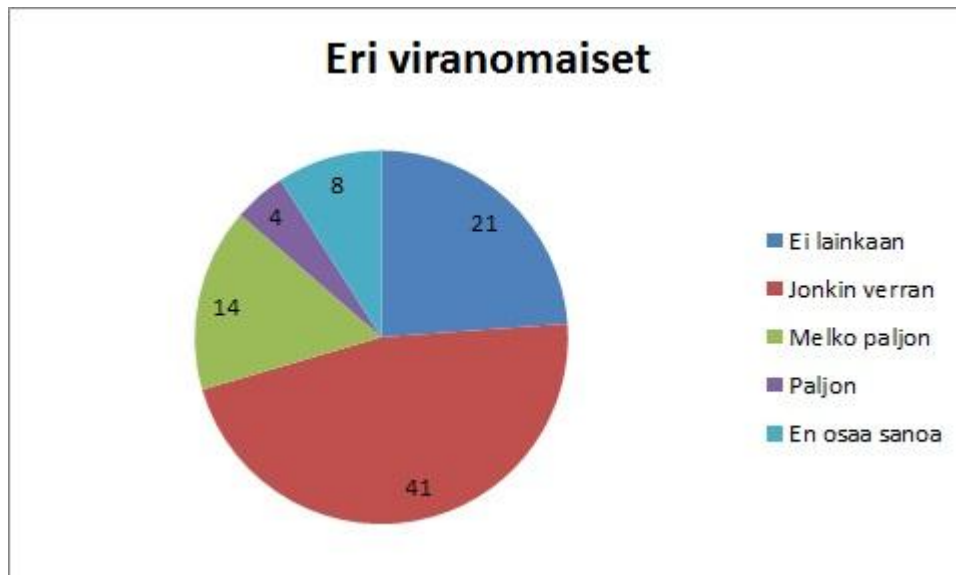
### 8.6 Yhteistyö masennuspotilaiden tunnistamisessa ja hoidossa

Vastaajien mielestä eniten yhteistyötä tehtiin eri ammattiryhmien välillä niin masennuspotilaiden tunnistamisessa kuin hoidossa. Eri viranomaisten kanssa yhteistyötä tehtiin melko vähän; masennuksen tunnistamiseen liittyvissä kysymyksissä 25 vastaajaa oli sitä mieltä, että yhteistyötä ei tehdä lainkaan ja 21 vastaajaa oli sitä mieltä myös masennuspotilaiden hoitoon liittyen (Kuvio 8). Ne vastaajat, jotka tekivät harvoin yhteistyötä eri viranomaisten kanssa, tekivät sitä harvoin myös depressiohoitajien kanssa ( $p=0,01$ ). Perheiden ja läheisten kanssa tehty yhteistyö oli vähäistä (Kuvio 7). Kah-

deksan vastaajan mukaan yhteistyötä ei tehty sairauden tunnistamiseksi lainkaan ja 58 vastaajan mukaan vain jonkin verran. Masennuspotilaiden hoidossa omaisten ja läheisten mukaan ottaminen oli myös vähäistä. Kuuden vastaajan mukaan sitä ei tehty lainkaan ja 61 vastaajan mukaan vain jonkin verran.



KUVIO 7. Masennuksen tunnistamisessa yhteistyö perheen ja läheisten kanssa

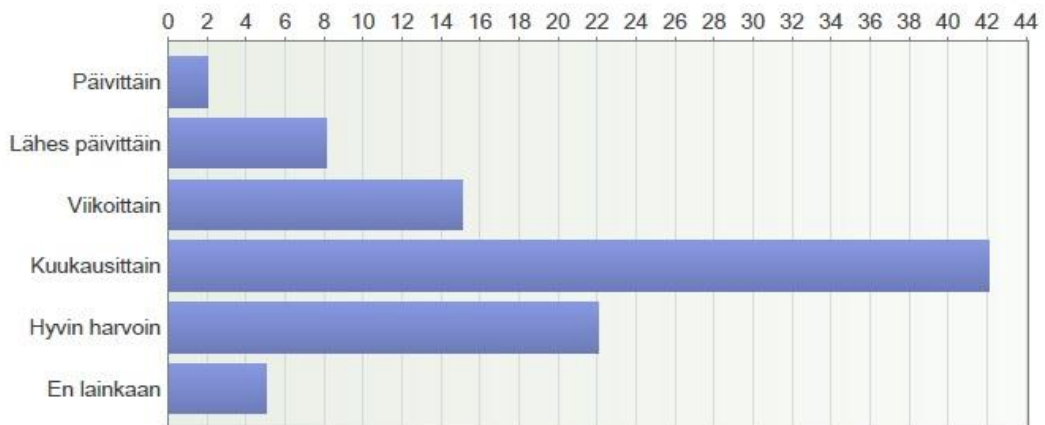


KUVIO 8. Masennuksen hoidossa yhteistyö viranomaisten kanssa

## 8.7 Depressiohoitajatoiminta

Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen avosairaanhoidon toimipisteissä toteutettavaan depressionhoidon kolmiomalliin ei ollut juurikaan tutustuttu; se oli vieras 67 vastaajalle (72 %). Yhdelletoista vastaajalle kolmiomalli oli tuttu ja 15 vastaajaa ei osannut sanoa, oliko tutustunut kolmiomalliin lainkaan. Depressionhoidon kolmiomalliin tutustuneet työntekijät olivat niitä työntekijöitä, jotka olivat tutustuneet myös Depressio käypä hoito-suositukseen ( $p=0,02$ ).

Yhteistyötä oman työpaikan depressiohoitajan kanssa tehtiin vaihtelevasti (Kuvio 9). Valtaosa vastaajista (45,2 %) teki yhteistyötä kuukausittain, mutta 22 vastaajaa (23,7 %) hyvin harvoin ja viisi vastaajista ei tehnyt yhteistyötä lainkaan. Päivittäin yhteistyötä teki kaksi vastaajaa ja lähes päivittäin kahdeksan. Viikoittain depressiohoitajalla oli yhteistyötä 15 vastaajan kanssa. Lääkärit tekivät vähän useammin yhteistyötä depressiohoitajien kanssa kuin hoitajat. Hoitajista 8 % ja lääkäreistä 10 % oli viikoittain yhteistyössä terveysasemansa depressiohoitajan kanssa.



KUVIO 9. Yhteistyö depressiohoitajan kanssa

Depressiohoitajan työpanos nähtiin melko myönteisenä perusterveydenhuollossa. 52 vastaajaa oli täysin samaa mieltä siitä, että depressiohoitajan työ tukee potilaiden seurantaan ja 23 vastaajaa oli siitä osittain samaa mieltä. Kaksi vastaajaa oli täysin eri mieltä depressiohoitajien työpanoksen merkityksestä seurannan tukemisessa. 16 vastaajaa ei osannut sanoa mielipidettään. Yli puolet vastaajista oli täysin samaa mieltä



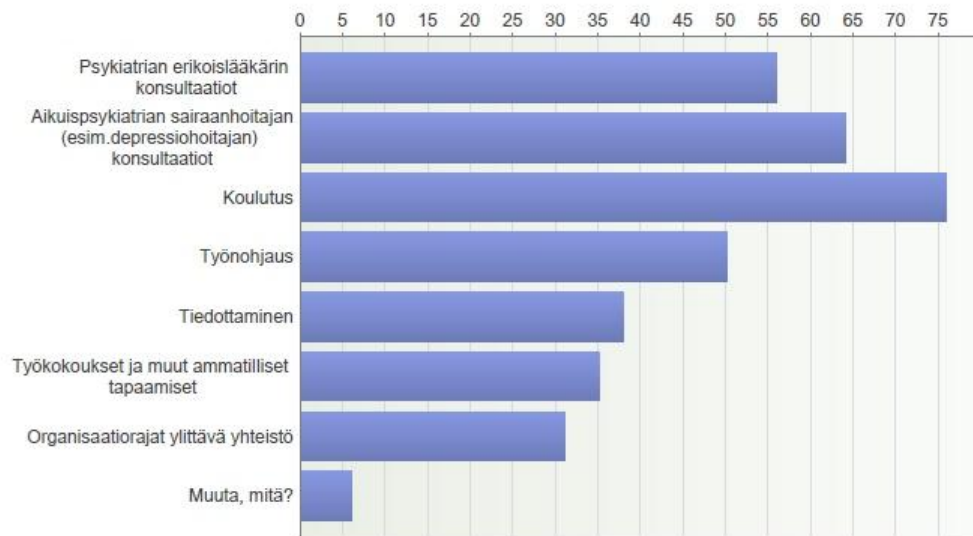
siitä, että depressiohoitajat antavat lisää aikaa potilaiden hoitoon ja parantavat potilaiden hoitoon sitoutumista. Kaksi vastaajaa oli myös näistä kohdista täysin eri mieltä. 47 vastaajan mielestä depressiohoitajien työpanos lisäsi potilaiden psykososiaalista tukea ja 29 vastaajaa oli osittain sitä mieltä. Edelleenkin kaksi vastaajaa oli myös tästä kohdasta täysin eri mieltä. Lääkäreiden mielestä depressiohoitajien työpanos näkyi parhaiten potilaiden seurannan tukemissa ja hoitajien mielestä potilaiden hoitoon sitoutumisessa.

### **8.8 Masennuspotilaan hoidon kehittämishaasteita perusterveydenhuollossa**

Suurin osa vastaajista (52) oli osittain sitä mieltä, että masennuksen tunnistamisessa on vielä kehittämishaasteita perusterveydenhuollossa ja 28 vastaajaa oli siitä täysin samaa mieltä. Diagnoosin kertominen potilaalle koettiin vaihtelevasti; 46 vastaajaa yhteensä oli täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä siitä, että potilaalle kertomisessa on vielä kehitettävää, kun taas kuusi vastaajaa oli siitä täysin eri mieltä. Vuoro-vaikutus- ja hoitosuhteen luomisessa koettiin selvästi olevan eniten kehitettävää; 68 vastaajaa oli siitä täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä. Lääkehoidon toteuttaminen sujui vastaajien mielestä paremmin kuin keskusteluhoidon toteuttaminen. Masennuspotilaiden lääkehoidon toteuttaminen oli haasteellisempaa niille vastaajille, jotka tekivät harvoin yhteistyötä depressiohoitajien kanssa ( $p=0,02$ ). Perheiden mukaan ottamisessa oli myös vastaajien mielestä kohtalaisen paljon kehittämishaasteita. Tähän kysymykseen tuli myös paljon en osaa sanoa-vastauksia; yhteensä 72 kaikista kuudesta kohdasta.

Sairaanhoitopiirin psykiatriselta avohoidolta toivottiin erilaisia toimia masennuksen tunnistamisen ja ensihoidon kehittämiseen perusterveydenhuollossa (Kuvio 10). Eniten toivottiin monipuolista koulutusta. Aikuispsykiatrian sairaanhoitajan (esim. depressiohoitajan) konsultaatioita toivoi 64 vastaajaa ja 56 vastaajaa puolestaan psykiatrian erikoislääkärin konsultaatioita. Myös työnohjaus nähtiin tärkeänä (50). Tiedottaminen, työkokoukset ja muut ammatilliset tapaamiset sekä organisaatorajat ylittävä yhteistyö nähtiin vähiten tärkeämpänä. Kohtaan ”Muuta, mitä?” oli vastannut kuusi vastaajaa. He toivovat lisää depressiohoitajia ja psykiatreja sekä hyvän työilmapiirin luomista. Avoin tiedonkulku nähtiin tärkeänä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Myös terveystieteiden omien osaajien käyttö mielenterveytyksessä

nostettiin esille. Hoitajien ja lääkäreiden toiveet erikoissairaanhoidon suuntaan olivat yhtenäiset.

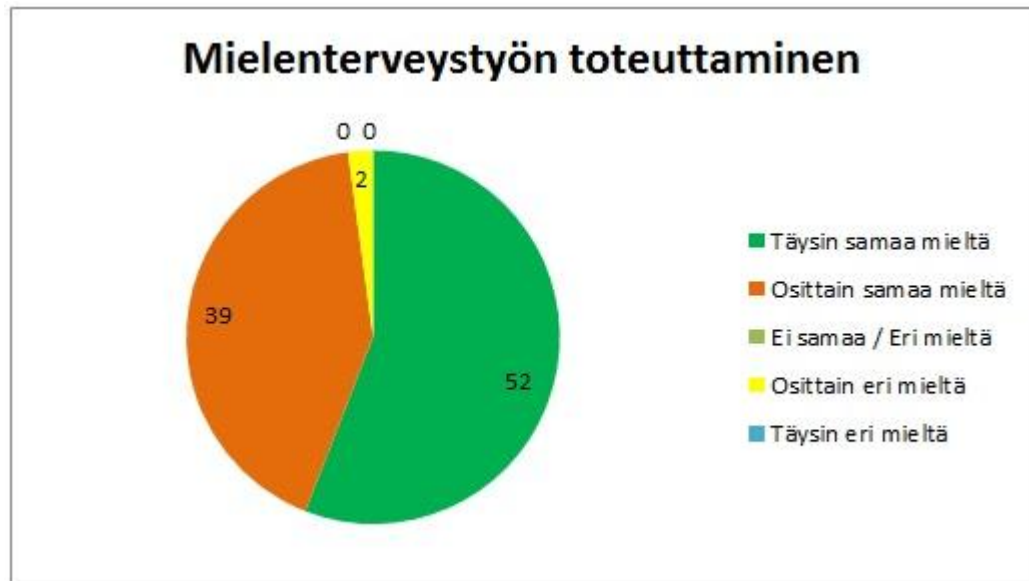


KUVIO 10. Perusterveydenhuollon kehittämistoiveet

### 8.9 Mielensterveystyö perusterveydenhuollossa

Yli puolet vastaajista (55,9 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että asiakas- ja potilaslähtöisen mielensterveystyön toteuttaminen kuuluu kaikille perusterveydenhuollon toimijoille ja 39 vastaajaa (41,9 %) oli siitä osittain samaa mieltä (Kuvio 11). Täysin eri mieltä ei ollut kukaan, joten mielensterveystyöhön suhtauduttiin myönteisesti perusterveydenhuollon toimipisteissä. Ne vastaajat, jotka käyttivät useimmin Depressio käypä hoito – suositusta työnsä tukena suhtautuivat myönteisimmin asiakas- ja potilaslähtöiseen mielensterveystyöhön perusterveydenhuollossa ( $p=0,05$ ). Kysymyksessä 23, jossa vastaajia pyydettiin kuvaamaan masennuspotilaiden hoitoa mitta-asteikolla, oli ainakin osalla vastaajista ollut teknisiä ongelmia vastaamisen kanssa, joten saatuja tuloksia ei voida pitää täysin varmoina, mutta niiden voidaan kuitenkin ajatella olevan vähintään suuntaa antavia. Masennuspotilaiden kohtaaminen oli nyt käytössä olevien tulosten valossa vastaajien enemmistön mielestä vaativaa. Masennuspotilaiden kohtaaminen ei kuitenkaan aiheuttanut epävarmuuden tunteita työssä juuri lainkaan vastaajien keskuudessa. Masennuspotilaiden hoito kuului lähes kaikkien tutkimukseen osallistuneiden mielestä kaikille työntekijöille perusterveydenhuollossa ja vain yhden vastaa-

jan mielestä masennuspotilaiden hoito kuuluisi vain siihen erikoistuneelle henkilökunnalle, mikä tässä tutkimuksessa tarkoitti depressiohoitajia.



KUVIO 11. Potilaslähtöisen mielenterveystyön toteuttaminen kuuluu kaikille

### 8.10 Vastaajien toiveet ja vapaamuotoiset kommentit

Kyselylomakkeen lopussa oli yksi avoin kysymys, johon vastaaja sai halutessaan esittää vapaamuotoisia kommentteja esim. kehittämisehdotuksia tai toiveita. Tähän kohtaan vastasi 19 vastaajaa. Vastauksista tarkasteltiin niin, että niistä pyrittiin löytämään säännönmukaisuuksia. Tavoitteena oli sisällön analyysin avulla muodostaa kategorioita ja tutkia tuotetun tekstin merkityksiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 51, 132–136). Sisältöä väljästi tarkastellessa kommentteista löytyi selkeästi neljä pääkohtaa, joita vastaajat olivat kommentoineet. Vastaajista neljä oli kommentoinut kysymystä 23, jossa osalla vastaajista oli ollut teknisiä ongelmia.

Viisi vastaajista oli kommentoinut depressiohoitajien työpanosta perusterveydenhuollossa; neljä heistä myönteisesti ja viides vastaus: ”Eikö olisi jo aika päästä tästä ”masennusta ei tunnusteta perusterveydenhuollossa” höpötyksestä. Ongelma on hyvin harvoin siinä että yksittäinen työntekijä ei näkisi potilaan huonoa oloa, vaan siinä mitä tapahtuu sen jälkeen vai tapahtuuko mitään?” kuvasi opinnäytetyöntekijän mielestä sitä, että perusterveydenhuollossa ei vielä riittävästi tunneta depressiohoitajien

työtä ja sen tuloksellisuutta. Muut neljä vastaajaa oli kokenut, että depressiohoitajat ovat ”erinomainen apu ja välttämättömyys” sekä ”depressiohoitajien työpanosta tarvitaan yhä enemmän perusterveydenhuollossa”.

Koulutukseen ja yhteistyön lisäämiseen oli kiinnitetty huomiota neljän vastaajan taholta. Mahdollisen lisäkoulutuksen sisältöihin oli esitetty toivomuksia: ”Kaipaen lisää työpaikalle: vuorovaikutus- ja potilaan kohtaamiskoulutusta.” Myös ryhmänohjaustaitoihin toivottiin lisää osaamista: ”Tietotaitoa ja yhteistyötä voisi laajentaa esim. masennuspotilaiden ryhmien ohjaustoimintaan.”

Lisäksi vapaamuotoisissa kommentteissa toivottiin lisää aikaa ja henkilökuntaa psykiatristen potilaiden hoitoon ja kohtaamiseen. ”Toivomme lisää psykiatreja ja psykiatrisia sairaanhoitajia.” ja ”Lisää apua tarvittaisiin, psykologi ei vedä, kelan terapiaan vaikea päästä, psykiatrille tuskin lainkaan pääsee.”

## 9 POHDINTA

### 9.1 Tulosten arviointia

Tuloksia tulkitessa tulee pitää mielessä otoksen koko (94). Kyselylomake lähetettiin 182 vastaajalle, joten tutkimukseen tuli katoa jonkin verran. Yksi syy katoon oli kyselytutkimuksen ajankohta, mutta vaikutusta oli myös arjen kiireellä, mikä ei aina mahdollista kaikkiin tutkimuksiin osallistumista. Tilaajaorganisaation edustajat lähettivät kyselylomakkeen suunnitelman mukaisesti niille työntekijöille, jotka toimivat tutkimuksen ajankohtana Jyväskylän yhteistoiminta-alueen avosairaanhoidon vastaanotto-työn toimipisteissä. Pohdittavaksi kuitenkin jäi, tavoittivatko kyselylomakkeet kaikki ne henkilöt, joiden toivottiin vastaavan opinnäytetyön kyselyyn.

Masennuksen varhaisoireiden tunnistamiseen ja masennuspotilaiden vuorovaikutukseen liittyvien tekijöiden tarkastelu nosti tutkimusaineistosta esille useita näkökohtia ja ulottuvuuksia. Tutkimus osoitti vastaajien tiedostavan depression yleisyyden ja olevan kyvykkäitä tunnistamaan masennuksen sekä psyykkisiä että fyysisiä oireita. Vastaajat tunnistivat hyvin kaikki depression varhaisoireet ja kiinnittivät huomiota myös

masennuksen fyysisiin oireisiin. Vastaaviin havaintoihin on päätenyt Marjo Kokko omassa väitöskirjassaan (1999).

Depression varhainen tunnistaminen ja hoito ovat tärkeä osa perusterveydenhuollossa tehtyä työtä. Vastaajista suurin osa koki masennuspotilaiden hoitoon osallistumisen osaksi omaa työtään. Tutkimusten mukaan masennuksen tunnistaminen terveyskeskuksessa onnistuu, jos potilaalle on tarjota hoitoa (Riihimäki 2010, 21). Vuorilehdon (2008) mukaan depressiohoitajamallin on todettu parantavan masennuksen tunnistusta ja hoitoa. Opinnäytetyön tutkimusten tulosten mukaan voidaan ajatella, että Jyväskylän yhteistoiminta-alueen avosairaanhoidon toimipisteissä masennuspotilailla on hyvät mahdollisuudet saada oikea-aikaista ja riittävää hoitoa sairauteensa.

Vantaalla kehitetty depression hoidon kolmiomalli on otettu käyttöön jo monilla paikkakunnilla. Keski-Suomessa mallia on toteutettu lokakuusta 2006. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskusten avosairaanhoidon toimipisteissä depression hoidon kolmiomalli ei ollut kuitenkaan kovinkaan tuttu. Tuloksia tarkastellessa täytyy huomioida, että kahdella tutkimukseen osallistuneella terveysasemalla depressiohoitajatoiminta ja kolmiomallin käyttö käynnistyi vasta tammikuussa 2011. Tilaajaorganisaation toiveesta johtuen kyseiset terveysasemat otettiin mukaan tutkimukseen. Toiminnan myöhäisempi käynnistyminen näkyy ilmeisesti erityisesti juuri tämän kysymyksen vastauksissa. Tutkimuksen tulosten valossa voidaan ajatella, että perusterveydenhuollon lääkäreille ja muulle henkilökunnalle täytyy järjestää lisää koulutusta toimintamallista sekä ylipäättään masennuksesta ja sen tunnistamisesta. Terveyskeskuslääkäri Puukon (2010, 35) kokemusten mukaan kolmiomallin toteutuessa masentunut potilas ei jää yksin vaille hoitoa. Puukko painottaa erityisesti sitä, että kolmiomalli on toteutuessaan vähentänyt tarvetta lähettää potilaita psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Kolmiomalli vastaa Depression Käypä hoito – suosituksen linjauksia.

Depression hoidon käynnistäminen kuuluu sille työntekijälle, joka on huomannut depression oireet, tai jonka kanssa potilas puhuu masennuksestaan ensi kerran. Perusterveydenhuollossa depressiopotilaan kokonaishoidosta vastaa kuitenkin terveyskeskuslääkäri, joka tekee tiivistä yhteistyötä depressiohoitajan kanssa. Opinnäytetyön tutkimuksessa ilmeni, että lääkärit tekevät useammin yhteistyötä depressiohoitajan kanssa kuin hoitajat. Tutkimuksessa ilmeni, että kovinkaan moni vastaajista ei tehnyt yhteistyötä depressiohoitajan kanssa edes viikoittain. Saatujen tulosten perustella yhteistyötä

olisi tärkeää lisätä. Se mahdollistaa sen, että kaikki hoitoa tarvitsevat ja haluavat depressiopotilaat saavat perusterveydenhuollossa asianmukaista ja hyvää hoitoa.

Depressio koskee ja koettelee masentuneen lähipiiriä. Sairastuneen kanssa eläminen voi olla hyvin turhauttavaa. Depressiivisten potilaiden läheisten on tärkeä erottaa masentunut ihminen ja masennus toisistaan. Perheen ja läheisten merkitys hoidon onnistumiselle on hyvin suuri. Terveystieteiden henkilöiden olisi hyvä huomioida masentuneen puoliso ja muut läheiset ihmiset. (Kopakkala 2009, 158–163.) Opinnäytetyön tutkimuksen tulosten mukaan yhteistyötä perheiden kanssa masennuspotilaiden tunnistamisessa ja hoidossa ei tehdä riittävästi. Vastaajat olivat itse nähneet kehittämissaasteena yhteistyön lisäämisen masennuspotilaiden perheiden ja läheisten kanssa.

Depression hoidossa tulee moniammatillista yhteistyötä monipuolistaa ja lisätä (Kokko 1999, 141). Samaan ajatukseen päädyttiin myös tämän opinnäytetyön tuloksia tarkasteltaessa. Kokon (1999) tutkimuksen mukaan moniammatillinen koulutus ja yhteistyöhankkeet perusterveydenhuollossa lisäävät luottamusta omiin valmiuksiin tunnistaa ja kohdata masentunut potilas. Opinnäytetyön tekijä nostaa tulosten pohjalta yhdeksi kehittämishaasteeksi monipuolisen koulutuksen ja konsultaatioiden lisäämisen.

Tutkimusten tuloksista oli nähtävissä kehityshaasteita myös vuorovaikutus- ja hoitosuhteen luomisessa. Vuorovaikutuksellisuuden tavoitteena on helpottaa yhteistyötä potilaan kanssa sekä ymmärtää potilasta yksilönä (Kiviniemi ym. 2007, 153). Potilaan ja hoitajan välisessä yhteistyösuhteessa korostuu vuorovaikutuksellinen elementti (Kuhanen ym. 2010, 161).

Opinnäytetyön tutkimuksen tulokset osoittivat, että Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskusten avosairaanhoidon vastaanottoimipisteissä tehdään valtaosin hyvää mielenterveyshoitotyötä. Moni masentunut potilas tulee kuulluksi, ymmärretyksi, autetuksi ja voi jatkaa elämässään eteenpäin.

## **9.2 Opinnäytetyön toteuttamiseen liittyviä eettisiä näkökohtia**

Hyvän tutkimuksen tekeminen niin, että eettiset näkökohdat tulevat riittävästi huomioidetuksi, on vaativa tehtävä. Tutkimukseen liittyvät haasteet voivat liittyä esimer-

kiksi tutkimuslupa-an, aineiston keruuseen, tutkimuskohteen hyväksikäyttöön, osallistujiin tai tuloksista tiedottamiseen. Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisten itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan antamalla heille mahdollisuus valita, haluavatko he osallistua tutkimukseen. (Hirsjärvi yms. 2010, 23–27.) Opinnäytetyön tutkimukseen osallistuminen oli vastaajille vapaaehtoista.

Vastaajat palauttivat kyselylomakkeet täytettyinä takaisin Webropol-ohjelmaan, jossa vastaukset säilytettiin salasanoilla suojattuna. Tutkimusaineisto oli vain opinnäytetyöntekijän omassa käytössä opinnäytetyötä varten. Opinnäytetyöntilaajan kanssa sovittiin sopimuksen tekovaiheessa, että aineistoa ei käytetä muuhun tarkoitukseen ja että tutkimuksessa saadut tiedot hävitettäisiin Webropol-ohjelmasta opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Opinnäytetyössä ei tuoda esille kenenkään vastaajan henkilöllisyyttä. Vastaukset kerättiin nimettöminä, joten vastaajien anonymius pystyttiin varmistamaan. Vastaajia ei voitu jäljittää missään tutkimusprosessin vaiheessa. Tulokset on esitetty niin, että yksittäisen vastaajan henkilöllisyyttä ei pystytä tunnistamaan.

### **9.3 Opinnäytetyön luotettavuus**

Opinnäytetyön aineisto ja tulokset kuvaavat Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskusten avosairaanhoidon toiminta-alueita. Opinnäytetyö oli pienimuotoinen (94 vastaajaa) ja tulokset koskevat vain tätä otantaa, eivätkä ne ole yleistettävissä muualle Suomeen. Tuloksia ei voida yleistää koskemaan perusjoukkoa, koska otos ei suunnitellusti ollut satunnainen. Opinnäytetyö oli edellä mainitun organisaation tilaustyö, joka kuvaa vain heidän omaa toimintayksikköään. Otosta voidaan näin ollen kutsua näytteeksi tai harkinnanvaraiseksi otokseksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 79). Tämän opinnäytetyön tuloksiin ovat vaikuttaneet Keski-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatriset avohoitopalvelut, erityisesti depressiohoitajatoiminta, mitä ei ole vielä muualla Suomessa pystytty toteuttamaan yhtä laaja-alaisesti kuin Keski-Suomen alueella.

Opinnäytetyön tulosten luotettavuutta tulee arvioida myös kadon merkityksen kautta. Kato viittaa tilanteeseen, jossa kaikkia haluttuja tutkittavia ei saada jostakin syystä osallistumaan tutkimukseen, jolloin osa tavoitelluista tutkittavista jää aineiston ulkopuolelle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 82–83). Opinnäytetyön tutki-

muksen vastausprosentti oli vain 52, mikä heikentää jonkin verran tulosten luotettavuutta.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta voi arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti viittaa siihen, onko tutkimuksessa mitattu sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152.) Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeen luotettavuutta lisää asiantuntijalausunnat sen toimivuudesta. Kyselylomakkeeseen tehtiin asiantuntijalausuntojen pohjalta tarvittavat muutokset. Reliabiliteetti viittaa tutkimuksen tulosten pysyvyyteen. Pysyvyyttä voidaan arvioida mittaamalla tutkimusilmiötä samalla mittarilla eri aineistossa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152.) Tämän opinnäytetyön tutkimusta ei ole toteutettu muualla kuin tilaajaorganisaation omassa toimintaympäristössä.

Opinnäytetyön eri vaiheissa on aineiston kokoamiseen, käsittelyyn sekä analysointiin vaikuttanut se, että opinnäytetyö on yhden opiskelijan laatima. Useamman opiskelijan yhdessä tekemä työ olisi voinut syventää työn tarkastelua useampien eri näkökulmien täydentäessä toisiaan yhteisen päämäärän tavoittelussa. Opinnäytetyön toteuttaminen oli aikaa vievää, koska tekijä joutui käyttämään aikaa myös opetellessaan tutkimuksen tekoon tarvittavia uusia taitoja perehtyen esimerkiksi Webropol-ohjelmaan.

#### **9.4 Kehittämisehdotuksia ja haasteita jatkotutkimukselle**

Masennuksen varhaisoireiden tunnistamista ja masennuspotilaiden kohtaamista perusterveydenhuollossa voidaan kehittää lisäkoulutuksen avulla, jolloin on mahdollista saada uusia näkökulmia sekä löytää entistä toimivampia työtapoja niin oireiden tunnistamiseen kuin potilaiden kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen. Jatkossa vastaavan kyselyn voisi toteuttaa siten, että opinnäytetyön tilaajaorganisaatio tai sairaanhoitopiirin psykiatrinen avohoito järjestäisi nyt tutkimukseen osallistuneille esimerkiksi koulutusta masennuksesta, sen varhaisoireista ja hoidosta sekä masennuspotilaiden kohtaamisesta. Tämän jälkeen kysely voitaisiin uusina samanmuotoisena. Saatuja tuloksia voitaisiin verrata keskenään ja kartoittaa, lisääkö koulutus perusterveydenhuollon toimijoiden valmiuksia masennuksen varhaisoireiden tunnistamiseen ja kokevatko työntekijät vuorovaikutuksen parantumisesta kontakteissa masennuspotilaiden kanssa.



Lopuksi todetaan kahta tutkimukseen osallistunutta lainaten:” *Koen, että perusterveydenhuollon hoitohenkilökuntaa koulutetaan aivan liian vähän liittyen masennus- ja muihin mielenterveysongelmiin ja lisäksi yhteistyö eri tahojen välillä on liian vähäistä tukemaan potilaan hoitoa ja kuntoutumista.*” Ja ”*Ensimmäinen vuoteni perusterveydenhuollossa on ollut varsin hektinen, ja opittavaa on ollut paljon – ja on edelleen. Täytyy seuraavassa vapaassa rakosessa lukaista (edes) tuo masennuksen Käypä hoito-suositus.*” Näiden kahden vastaajan ja muidenkin kommentteista saatiin opinnäytetyön kehittämisehdotukset. Tutkimus osoitti, että perusterveydenhuollon henkilöstö tiedostaa depression yleisyyden ja pystyy tunnistamaan masennuksen sekä psyykkisiä että fyysisiä oireita. Henkilöstöllä on valmiuksia ja motivaatiota oppia uusia toimintatapoja depressiopotilaiden auttamiseksi. Käytännön realiteetit usein kuitenkin rajoittavat asiakas- ja potilaslähtöistä hoitotyötä ja vuorovaikutusta. Kehittämistyöllä voitaisiin pyrkiä mahdollistamaan perusterveydenhuoltoon riittävästi aikaa, taloudellisia ja henkisiä voimavaroja depressiopotilaiden hoitoon sekä mahdollisuuksia moniammatilliseen organisaatioiden rajoja ylittävään yhteistyöhön.

## LÄHTEET

Depressio. Käypä hoito – suositus 2009. Päivitetty 21.10.2010.

Gould, Raija, Grönlund, Harri, Korpiluoma, Riitta, Nyman, Heidi & Tuominen, Kristiina 2007. Miksi masennus vie eläkkeelle? Eläketurvakeskuksen raportteja 2007: 1.

Heiskanen, Tarja, Salonen, Kristiina & Sassi, Pirkko 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura & Mielenterveystalkoot – hanke. SMS-Tuotanto Oy.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Holmberg, Jan, Hirschovits, Tanja, Kylmänen, Petri & Agge, Eva (toim.) 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.

Holopainen, Martti & Pulkkinen, Pekka 2002. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hyvönen, Senja 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Painettu väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1028. Tampere: Tampereen Yliopistopaino oy Juvenes Print.

Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveystakeskus. WWW-dokumentti. <http://www.jyvaskyla.fi/sote/jyte>. Päivitetty 12/2011. Luettu 3.9.2011.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro Oy.

Karila, Irma & Kokko, Anna-Maija 2008. Krooninen masennus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Karjalainen, Leila 2010. Tilastotieteen perusteet. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Kiviniemi, Liisa, Läksy, Marja-Liisa, Matinlauri, Timo, Nevalainen, Kaija, Ruotsalainen, Kari, Seppänen, Ulla-Maija & Vuokila-Oikkonen, Päivi 2007. Minä mielenterveyshäiriön tekijänä. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Kokkola, Anita, Kiikkala, Irma, Immonen, Tuula & Sorsa, Minna 2002. Mitä sinä elämältäsi haluat? Helsinki: Suomen Kuntaliitto & Stakes.

Kokko, Marja 1999. Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Perusterveydenhuollossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos ja Psykiatrian klinikka. Painettu väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis. Oulu: Oulu University Press.

Kopakkala, Aku 2009. Masennus. Porvoo: Edita Publishing oy & Mielenterveyden Keskusliitto.

- Koskenvuo, Markku & Mattila, Kari 2003. Terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. Teoksessa Koskenvuo, Kimmo (toim.) Sairauksien ehkäisy. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kuhanen, Carita, Oittinen, Pirkko, Kanerva, Anne, Seuri, Tarja & Schubert, Carla 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOY pro Oy.
- Kylmänen, Petri 2008. Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö hoitotyön punaisena lankana. Teoksessa Holmberg, Jan, Hirschovits, Tanja, Kylmänen, Petri & Agge, Eva (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.
- Lämsä, Anna-Liisa (toim.) 2011. Mieli Maasta. Masentuneen nuoren kohtaaminen ja tukeminen. Helsinki: PS-kustannus.
- Lönnqvist, Jouko 2003. Stressi ja depressio. Teoksessa Koskenvuo, Kimmo (toim.) Sairauksien ehkäisy. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.
- Melartin, Tarja & Vuorilehto, Maria 2009. Masennus. Teoksessa Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas 5. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen 2009. Opas 5. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Myllärniemi, Jorma 2009. Masennus. Helsinki: Kirjapaja.
- Noppiari, Eija & Kiiltomäki, Aliisa & Pesonen, Arja 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Nyman, Markku & Stengård, Eija 2001. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Helsinki: Omaiset mielenterveystyöntukenä keskusliitto ry.
- Riihimäki, Kirsi 2010. Masennus sairautena. Teoksessa Haarala, Maria, Jääskeläinen, Anne, Kilpinen, Nina, Panhelainen, Maija, Peräköske, Hannele, Puukko, Outi, Riihimäki, Kirsi, Sundman, Merja & Tauriainen, Pia. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Saano, Susanna (toim.) 2002. Masennuksen varjossa. Kuopio: Kustantaja Farmasian opiskelijayhdistys Fortis ry.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Masto-hanke 2010. Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa. Painettu. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:1.
- Solin, Pia 2011. Mental Health from the Perspective of Health Promotion Policy. ACADEMIC DISSERTATION. University of Tampere. School of Health Sciences. Print. Acta Universitatis Tamperensis 1642. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print
- Stengård, Eija, Savolainen, Minna, Sipilä, Marianne & Nordling, Esa 2009. Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa. Mielenterveyden edistäminen – yksikkö ja WHO mielenterveysalan yhteistyökeskus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Suonsivu, Kaija (2003). Kun mikään ei riitä. Tampereen yliopisto. Hallintotieteen laitos. Painettu väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 926. Tampere: Tampereen yliopistopaino - Oy Juvenes Print.

Södervall, Riitta, Heikkinen Riitta-Liisa & Maikkula, Sirkku 2007. Masentuneen asiakkaan kohtaaminen. Teoksessa Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Tamminen, Tapani 2002. Mielet maasta. Depression tietokirja. Turku: Oy H.Lundbeck Ab.

Tuisku, Katinka & Rossi, Helena 2010. Masennuksen ehkäisy ja hoito. Helsinki: Työterveyslaitos.

Vuorila-Kemilä, Anne, Stengård, Eija, Saarelainen, Ritva & Annala, Tuula 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Vuorilehto, Maria 2008. Depressive Disorders in Primary Health Care. National Public Health Institute, Department of Mental Health and Alcohol Research & University of Helsinki, Department of Psychiatry. Print. Helsinki: Yliopistopaino.



JYVÄSKYLÄN KAUPUNKI  
1 (2)

Tutkimushakemus

Sosiaali- ja terveyspalvelukeskus

## ANOMUS SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUKESKUKSESTA SAATAVIEN TIETOJEN HANKINTAAN JA KÄYTTÖÖN TUTKIMUKSESSA TAI SELVITYKSESSÄ

1) **Tutkimuksen nimi:** Tunnistatko masennuksen? Masennuksen varhaisoireiden tunnistaminen perusterveydenhuollossa.

2) **Tutkimuksen toteuttaja, tekijät ja ohjaajat:** Sairaanhoidtaja (depressiohoitaja) Silvennoinen Tiina, Huhtasuon terveysasema, Nevakatu 1, 40340 JYVÄSKYLÄ, gsm.0400-836874, [tiina.silvennoinen@jkl.fi](mailto:tiina.silvennoinen@jkl.fi). Mikkelin ammattikorkeakoulu. Ohjaajat lehtorit Kuismin Riitta ja Pihlaja Leila, Mikkelin ammattikorkeakoulu, Patteristonkatu 3, PL 181, 50101 Mikkeli, puh.015-35561, [etunimi.sukunimi@mami.fi](mailto:etunimi.sukunimi@mami.fi). Työelämäohjaajat hankekoordinaattori Sundgren Sirpa ([sirpa.sundgren@ksshp.fi](mailto:sirpa.sundgren@ksshp.fi)) ja hoitotyönjohtaja Mutka Anu ([anu.mutka@jkl.fi](mailto:anu.mutka@jkl.fi)).

3) **Tutkimuksen tausta, tarkoitus ja ajoitus:** Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata niitä asioita, jotka liittyvät perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön (lääkärit + hoitajat) valmiuteen tunnistaa ja kohdata masentunut potilas. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietämystä masennuksesta ja masennuksen varhaisoireiden tunnistamisesta sekä mielenterveysongelmaisen potilaan kohtaamisesta. Opinnäytetyön tilaaja on Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus; avosairaanhoito ja toimeksiantaja on vastuualuejohtaja Jarmo J. Koski (JYTE). Tutkimusaineisto kerätään verkkokyselynä kesän 2011 aikana hoitohenkilökunnalta. Aineisto käsitellään syksyllä 2011 ja opinnäytetyön on tarkoitus valmistua marraskuussa 2011. Laajempi tutkimussuunnitelma hakemuksen liitteenä.

4) **Tutkimusaineisto:** Tutkimusaineisto kerätään verkkokyselynä. Kerättävä tieto on määrällistä, eikä yksittäistä vastaa pysty tunnistamaan kerätystä aineistosta tai valmiista aineistosta. Tutkimusaineistoa ei käytetä enää joulukuun 2011 jälkeen. Alusta tutkimuksen kyselylomake hakemuksen liitteenä.

5) **Tutkimusaineiston suojaus, säilyttäminen ja hävittäminen:** Tutkimusaineisto on vain opinnäytetyöntekijän omassa käytössä. Sitä säilytetään Webropol-ohjelmassa salasanoilla suojattuna. Tutkimuksessa saadut tiedot hävitetään sähköisesti opinnäytetyön valmistuttua.

6) **Palaute tuloksista:** Opinnäytetyön tilaajan kanssa on sovittu, että opinnäytetyö esitellään henkilöstölle ja julkaistaan tilaajan niin halutessa tilaajan verkossa.

### 7) Sitoumukset:

Sitoudun siihen, että en käytä saamiani tietoja muuhun kuin tutkimustarkoitukseen. En myöskään käytä saamiani tietoja potilaan/asiakkaan tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi taikka sellaisten etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus. En luovuta henkilötietoja sivulliselle. Tietoja käytän vain kohdassa 4 määriteltynä aikana ja suojaan, säilytän ja hävitän tiedot edellä kuvatusti.

Vapaudenkatu 28  
PL 275, 40101 Jyväskylä  
Puhelinvälitys: 0141 624 211  
Faksi: 0141 625 796  
[etunimi.sukunimi@jkl.fi](mailto:etunimi.sukunimi@jkl.fi)  
[www.jyvaskyla.fi/ote](http://www.jyvaskyla.fi/ote)

**ЛИТЕ 1 (2).**

JYVÄSKYLÄN KAUPUNKI

KIRJE

2 (2)

Sosiaali- ja terveyspalvelukeskus

27.5.2011

Päiväys 27 15 2011



**Allekirjoitus**

Lupa voidaan postittaa vain yhdelle henkilölle, jos on useampi hakija \_\_\_ei\_\_\_kyllä, kenelle:

Nimi ja osoite: Sairaanhoidaja / depressiohoitaja Silvennoinen Tiina, Huhtasuon terveysasema, Nevakatu 1, 40340 JYVÄSKYLÄ

**Liitteenä** Tutkimussuunnitelma

Tutkimuslupa myönnetty:

Jyväskylässä 7 16 2011

  
Sosiaali- ja terveyspalvelukeskus  
Vastuualuejohtaja

**LIITE 2**



**Sopijaosapuolet:**

Opinnäytetyön tilaaja: Jyväskylän yhteistoiminta -alueen  
terveyskeskus, avosainhoito  
ja Mikkelin ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveys laitoksen  
hoitotyön koulutusohjelman opiskelija(t) Silvennoinen Tiina  
(tutkinnon päivitys - sh/AMK)

**Opinnäytetyön aihe:** Tunnistatko masennuksen?  
Masennuksen varhaisoireiden tunnistaminen peruster-  
veydenhuollossa

**Opinnäytetyön ohjaajat:**

Ohjaava opettaja: Kuismin Riitta  
Työelämäohjaaja: Mutka Anu ja Sundgren Sinja

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika: 11 / 2011

**Opinnäytetyön TK-tavoitteet:**

Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata perusterveydenhuollon  
hoitohenkilöstön valmiuksia tunnistaa ja kohdata masen-  
tunut potilas. Tavoitteena on lisätä tietämystä masennukses-  
taja masennuksen varhaisoireiden tunnistamisesta sekä  
mielenterveyden olosuhteiden kohtaamisesta.  
TK-TAVOITTEET: Opinnäytetyön tuloksella tuetaan tutkimus- ja kehittämistoimintaa (TK) tavoitteena systemaattista tietoa terveyden tutkimisesta ja terveyden edistämistä mielen soveltavien menetelmien avulla. Tavoitteena on, että toiminnon tulokset saadaan oleellisesti nautittua (tutkimuskeskus). Tutkimus- ja kehittämistoiminta on yhteydessä perustutkimus, soveltava tutkimus sekä kehittäminen.  
Opinnäytetyö tuo viitekehityksen tulevaisuuden kehityshankkeille.

**Muut sopimusehdot:** Opinnäytetyö esitellään henkilöstölle ja  
julkaistaan mahdollisesti tilaajan verkossa

Aika ja paikka 24.3.11 JKL



Opiskelijan allekirjoitus

Opiskelijoiden allekirjoitukset

Opetuksen osasto 8.5.2011/11K



Toimeksiantajan allekirjoitus

Janne J. Koski  
Vastualuejohtaja  
Terveystieteiden palvelut  
JYTE



Arvoisa vastaaja

Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen avosairaanhoidon Mikkelin ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelijalta tilaaman opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietämystä masennuksesta ja masennuksen varhaisoireiden tunnistamisesta sekä mielenterveysongelmaisen potilaan kohtaamisesta.

Tällä kyselyllä selvitetään perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan valmiuksia tunnistaa ja kohdata masentunut potilas.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Kyselyn tiedot menevät sähköisesti ulkopuolisilta suojattuna Mikkelin ammattikorkeakoulun verkkoon ja jäävät opinnäytetyöntekijän käyttöön. Tutkimustulokset raportoidaan siten, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Tuloksia hyödynnetään toiminnan kehittämiseksi.

Kyselyyn vastaamiseen menee aikaa noin 10–15 minuuttia. Lomake täytetään kerralla, sillä tiedot eivät tallennu myöhempää täydentämistä varten. Ole hyvä ja vastaa kyselyyn kahden viikon sisällä.

Kyselyn tekijä on depressiohoitaja Tiina Silvennoinen (yhteystiedot alla). Annan mielelläni tarvittaessa lisätietoja kyselystä ja opinnäytetyöstä.

Vastaa kyselyyn tämän linkin kautta:

Depressiohoitaja

Tiina Silvennoinen

Huhtasuon terveysasema / Jyväskylä

[tiina.silvennoinen@ksshp.fi](mailto:tiina.silvennoinen@ksshp.fi)

p.0400-836874

## Tunnistatko masennuksen?

T. Joutsen

Tällä kyselyllä selvitetään perusterveydenhuollon henkilökunnan valmiuksia tunnistaa ja hoitaa masentunut potilas. Oie ystävällinen ja vastaa alleoleviin kysymyksiin. Vastauksina vie noin viisi minuuttia.

## 1. Sukupuoli

- Mies  
 Nainen

## 2. Iäsi

- 0-20 vuotta  
 20-29 vuotta  
 30-39 vuotta  
 40-49 vuotta  
 50-59 vuotta  
 60 vuotta tai yli

## 3. Ammatillinen koulutus, merkitse yllin koulutustasoa

- Koulutus koulutus (esim. perusterveydenhuollon hoitaja)  
 Upeutuksen koulutus (esim. sairaanhoitaja)  
 Ammatillinen koulutus (esim. PMK-talokas)  
 Ylempi ammatillinen koulutus (esim. VAMK)  
 Korkeakoulutus  
 Tohtori  
 Lisädiplomi + erikoiskoulutus  
 Muu, mikä? \_\_\_\_\_

## 4. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt terveydenhuollossa?

 - 

## 5. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt perusterveydenhuollossa?

 - 

## 6. Olet tutustunut Depression käypä hoito -suositukseen

- Kyllä  
 Ei  
 En osaa sanoa

## 7. Käytät Depression käypä hoito -suositusta työssäsi

- Päivittäin  
 Usein päivittäin  
 Viikoittain  
 Keskustellen  
 Hyvin harvoin  
 En lainkaan

## 8. Kohtaan potilaita, joilla on mielestäni masennus

- Päivittäin

- Oikea puoleinen
- Vasen puoleinen
- Oikeastaan
- Vasemmalla puolella
- Oikealle
- Vasemmalle

**9. Masennuspotilaiden tunnistaminen kuuluu työhöni perusterveydenhuollossa**

- Oikein
- Oikeastaan
- Vasemmalla puolella
- Oikealle
- Vasemmalle

**10. Potilasyhteistyö kiinnittää huomiota seuraaviin masennuksen oireisiin**

- Masennus oireita
- Hämmentyneisyys
- Uudistus
- Päättämisen tai eroamisen ajatukset
- Keskittymiskyky tai perustietojen muistaminen
- Terveystietojen ajatukset tai tutkimusten käyttö
- Käytännön toteutuksen tai hoitomenetelmien tunnistaminen
- Hämmentyneisyys tai väkijärjestely
- Muutokset
- Käytännön toteutuksen muuttaminen

**11. Potilasyhteistyö kiinnittää huomiota seuraaviin masennuksen fyysisiin oireisiin**

- Oikein
- Oikeastaan
- Vasemmalla puolella
- Oikealle
- Vasemmalle
- Käytännön toteutuksen muuttaminen
- Käytännön toteutuksen muuttaminen

**12. Masennuspotilaiden hoitoon osallistuminen kuuluu työhöni perusterveydenhuollossa**

- Oikein
- Oikeastaan
- Vasemmalla puolella
- Oikealle
- Vasemmalle

**13. Käytän seuraavia seuloja tai testejä apuna masennuksen tunnistamisessa**

- BDI-21 (Beckin depressioasteikko; kysymyksiä 21 kysymystä)
- AUDIT (alkoholin käyttöasteikko; 10 kysymystä)
- HADS (mielenterveysasteikko)
- HADS - HADS-käytännön kysymykset
- Ei mitään
- Muut, mikä? \_\_\_\_\_

**14. Perusterveydenhuollossa tarjotaan mielenterveyspotilaille hyvä hoitoympäristö riittävine välineineen, josta seuraavat toteutuvat työpöytäsiinä (voit valita yhden tai useampia vaihtoehtoja)**

- Tarvittavat ja tulotonta sisältävät materiaalit
- Hoitomenetelmien riittävä ammattitaito

## LIITE 4 (3).

- 
- Käden lämmittimen käyttäminen
- Käsitöiden tekeminen
- Käsitöiden tekeminen
- Perhe- ja vertaistukiryhmien käyttö
- Ennenkäsikirjoitus

### 15. Työpäivällä tehdyt yhteistyötä masennuspotilaiden tunnistamiseksi seuraavien taitojen kanssa

	Ei lainkaan	Jotkin vähyt	Melko paljon	Paljon	Ei osaa sanoa
Ennenkäsikirjoitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käsitöiden tekeminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perhe- ja vertaistukiryhmien käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 16. Työpäivällä tehdyt yhteistyötä masennuspotilaiden hoidossa seuraavien taitojen kanssa

	Ei lainkaan	Jotkin vähyt	Melko paljon	Paljon	Ei osaa sanoa
Ennenkäsikirjoitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käsitöiden tekeminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perhe- ja vertaistukiryhmien käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 17. Oletko tutustunut perusterveydenhuollossa toteutettavaan depressiohoidon kolmikomalliin

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

### 18. Kuinka usein teet yhteistyötä työpäivällä depressiohoitajien kanssa?

- Päivittäin
- Usein viikossa
- Viikossa
- Kuukausittain
- Usein kuukausittain
- En osaa sanoa

### 19. Depressiohoitajien työajansa perusterveydenhuollossa riittää omassa työssäni. Valitse jokaisesta kohdasta sopivin vaihtoehto asteikolla 1-5

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Työaika riittää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uusi potilaskäytäntö riittää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arhien tekeminen potilaiden kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perhe- ja vertaistukiryhmien käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 20. Niistä suhteista, jotka ovat masennuspotilaiden hoidossa terveyshuollossa on kehittämishaasteita? Valitse jokaisesta kohdasta sopivin vaihtoehto asteikolta 1-5

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Henkilöstön tunnistaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edistyneen tutkimuksen käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yhteistyö / hoitoalustan luominen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiantuntijoiden tunnistaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käsitöiden tekeminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perhe- ja vertaistukiryhmien käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 21. Asiakas- ja potilaskeskittelyn mielenterveytyksen toteuttaminen kuuluu perusterveydenhuollossa kaikille

- Täysin samaa mieltä

- Oletan sama mieltä
- En osaa sanoa mieltä
- Oletan eri mieltä
- Täysin eri mieltä

22. Niistä seuraavista toimista sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrisen avohoidon tukien määrittämiseen tunnistamista ja analyysointia kehittämissä perusterveydenhuollossa? (Voit valita useita vaihtoehtoja)

- Psykiatrisen erikoislääkinnän konsultit
- Aikuispsykiatrisen sairaanhoitopiirin (mukaan lukien) konsultit
- Keskus
- Työntekijät
- Tutkimus
- Työkalut ja muut ammattilaiset
- Ompeluseuran (MIEVI) yhteistyö
- Muuta, mikä? \_\_\_\_\_

23. Kuvaa määrittämistyökalujen helppoa käyttöä jokaisella rivillä sopivaa vaihtoehtoa asteikulla 1-5

- |   | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Määrittämistyökalujen käyttö on helppoa                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Määrittämistyökalujen käyttö on helppoa, kun otetaan huomioon erilliset | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Määrittämistyökalujen käyttö on helppoa, kun otetaan huomioon erilliset | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Määrittämistyökalujen käyttö on helppoa, kun otetaan huomioon erilliset | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

24. Tilaa vapaamuotoisilla kommentteilla

Kiitos vastauksestasi!



