



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

AIKUISPSYKIATRISEN AVO- HOITOPOTILAAN HOITON SITOUTUMINEN

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

TEKIJÄT: Jenni Miettinen
Miia Vammelvirta

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Jenni Miettinen, Miia Vammelvirta	
Työn nimi Aikuispsykiatrisen avohoitopotilaan hoitoon sitoutuminen	
Päiväys	09.04.2018
Sivumäärä/Liitteet	47/4
Ohjaaja(t) Marja-Liisa Rissanen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Väestötutkimukset osoittavat, että mielenterveysongelmien esiintyvyys on Suomessa jatkuvassa kasvussa. Suomessa aikuisista arviolta 20–25 prosenttia kärsii mielenterveydenhäiriöstä, joista yleisimpiä ovat masennus ja ahdistuneisuushäiriöt. Mielenterveyslain (11.12.2009/1066, 4§) mukaan psykiatrinen hoito tulisi ensisijaisesti järjestää avopalveluina. Julkisen terveydenhuollon tarjoamaa psykiatrista erikoissairaanhoitoa avohoidossa sai vuonna 2014 yhteensä 160 605 avohoidon asiakasta. Aikuispsykiatristen avohoidon potilaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä on tutkittu vähän, vaikka mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys on yleistä Suomessa.</p> <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata aikuispsykiatrisen avohoitopotilaan hoitoon sitoutumista. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää keinoja ja apuvälineitä aikuispsykiatrisen avohoitopotilaan hoitoon sitoutumiseen. Tutkimuksen tavoitteena oli myös kehittää tutkijoiden ammatillista kasvua ja osaamista, teoretietoa, tutkimustiedon soveltamiskykyä sekä taitoa hyödyntää kirjallisuuskatsausta tutkimusmuotona.</p> <p>Tutkimus toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsauksen aineiston haku suoritettiin loka-kuussa 2017. Aineistoa haettiin Medic-, Cinahl- ja PubMed-tietokantoja käyttäen. Tutkimukseen valikoitui 12 aineiston kokonaisuus vuosilta 2007-2017, joka sisälsi yhden suomalaisen tutkimuksen ja 11 kansainvälistä tutkimusta. Tutkimukseen valikoitunut aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysi menetelmin.</p> <p>Tutkimuksessa tehtyjen havaintojen perusteella johtopäätöksenä voidaan todeta, että aikuispsykiatristen avohoitopotilaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tärkeimpiä tekijöitä ovat sosiaalinen tuki, lääkkeiden haittavaikutukset, hoidon puutteet, asenteet ja uskomukset sekä unohdukset.</p> <p>Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää terveydenhuollon yksiköissä aikuispsykiatristen potilaiden hoitoon sitoutumisen edistämiseksi. Hoitoon sitoutumista edistävien ja rajoittavien tekijöiden selvittäminen tämän tutkimuksen tuloksena antaa tietoa monipuolisesti hoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Tulevaisuudessa tutkimus mahdollistaa pohjan jatkotutkimuksille, kuten psykiatriseen avohoitoon sitoutumiseen vaikuttavien tekijöiden tarkempaan selvittelyyn ja potilaiden käsityksiin siitä, kuinka hoitoon sitoutumista olisi mahdollista parantaa.</p>	
Avainsanat hoitoon sitoutuminen, mielenterveys, avohoito, psykiatrinen sairaanhoitaja, lääkehoitoon sitoutuminen	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author Jenni Miettinen, Miia Vammelvirta			
Title of Thesis The adherence of adult psychiatric outpatient to treatment			
Date	09.04.2018	Pages/Appendices	47/4
Supervisor Marja-Liisa Rissanen			
Client Organisation /Partners Kuopio University Hospital			
<p>Abstract</p> <p>According to population studies, mental health problems are constantly increasing in Finland. About 20-25% of Finnish adults suffer from mental health disorders, mainly depression and anxiety. According to the mental health act (11.12.2009/1066, 4§) psychiatric treatment should primarily be arranged as outpatient care. Special psychiatric care, arranged by public health care, was received by 160 605 outpatients in 2014. Reasons affecting the adherence of adult psychiatric outpatients to treatment has been studied very little, even though mental health disorders are common in Finland.</p> <p>The purpose of this study was to describe the adherence of an adult psychiatric outpatient to treatment. The aim of the study was to produce information, which helps to develop means and utilities to adherence of an adult psychiatric patient. The purpose of this study was also to develop the professional growth of the researchers and their skills, as well as their theoretical knowledge, and the ability to apply research information and skills to utilize literature research as a research method.</p> <p>The study was implemented as a descriptive literature research. The data was gathered in October 2017. Medic-, Cinal- and PubMed-databases were used. A total number of 12 scientific publications and studies 2007-2017, including one Finnish and 11 international studies, were selected to our study. The selected data was analysed by using the inductive content analysis.</p> <p>As a conclusion according to findings, it can be stated that the most important facts influencing adult psychiatric outpatients' adherence to treatment were social support, negative experiences in medical treatment, lack of care, attitudes and beliefs as well as oblivions.</p> <p>The results of this study can be used in the future in health care units to promote an adult psychiatric patient's adherence to treatment. This study gives multiple information about facts influencing on promoting and restricting adherence to treatment. This study offers possibilities for further research, such as more detailed examination on facts influencing on a psychiatric patient's adherence to treatment and patients' perceptions about improving the adherence to treatment.</p>			
Keywords adherence, mental health, outpatient care, psychiatric nursing, medication adherence			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	5
2	MIELENTERVEYS JA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT.....	7
2.1	Mielialahäiriöt.....	8
2.2	Psykoottiset häiriöt.....	8
2.3	Ahdistuneisuushäiriöt.....	9
2.4	Syömishäiriöt.....	10
2.5	Neuropsykiatriset häiriöt.....	11
3	MIELENTERVEYSHOITOTYÖ.....	13
4	HOITON SITOUTUMINEN.....	14
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE.....	16
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA AINEISTON KERUU.....	17
6.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	17
6.2	Tutkimusaineiston keruu ja valinta.....	17
6.3	Aineiston analysointi.....	21
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	24
7.1	Hoitoon sitoutumista edistävät tekijät.....	24
7.2	Hoitoon sitoutumista rajoittavat tekijät.....	25
8	POHDINTA.....	29
8.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	29
8.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	31
8.3	Tutkimuksen eettisyys.....	33
8.4	Ammatillinen kehitys ja työn eteneminen.....	33
8.5	Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet.....	35
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT.....	36
	LIITE 1. KIRJALLISUUSKATSAUKSEEN VALITUT TUTKIMUKSET.....	43
	LIITE 2. PELKISTETTYJEN ILMAISUJEN ESIINTYMINEN (SITOUTUMISTA EDISTÄVÄT TEKIJÄT),	45
	LIITE 3. PELKISTETTYJEN ILMAISUJEN ESIINTYMINEN (SITOUTUMISTA RAJOITTAVAT TEKIJÄT)	46

1 JOHDANTO

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja viranomaistahon yhteistyöllä teetetyt väestötasoiset Terveys 2000 ja Terveys 2011 tutkimukset osoittavat, että mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys Suomessa on ollut jatkuvassa kasvussa. Näiden tutkimuksien mukaan esimerkiksi masennuksen esiintyvyys Suomessa on noussut vuodesta 2000 vuoteen 2011 2,3 prosenttia. (Suvisaari, Joukamaa ja Lönnqvist 2017, 727.) Tutkimuksissa havaittu väestön mielenterveyshäiriöiden lisääntyminen ei välttämättä ole merkki ongelmien kasvusta vaan ongelmien paremmasta tunnistamisesta ja siitä, että ihmiset uskaltauvat nykyään helpommin hakea apua ongelmiinsa (Reini 2016, 7).

Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys on yleistä Suomessa. Aikuisista arviolta noin 20-25 prosenttia kärsii mielenterveyshäiriöistä. Yleisimpiä aikuisväestöllä tavattavia mielenterveyshäiriöitä ovat ahdistuneisuushäiriöt ja masennus. Näistä yleisempi on masennus, jota esiintyy lähes kymmeksellä aikuisista. (Reini 2016, 6-7.) Naisilla ahdistuneisuushäiriön ja masennuksen esiintyvyys on yleisempi (Suvisaari ym. 2017, 727). Vaikeampia mielenterveyden häiriöitä, kuten esimerkiksi skitsofreniaa ja erilaisia psykooseja, tavataan vähemmän kuin masennusta ja ahdistusoireita (Reini 2016, 6).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus hänen terveydentilansa vaatimaan hoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Lain mukaan jokaisella potilaalla on oikeus hyvään hoitoon, joka on järjestettävä hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L1992/785.) Mielenterveyslain mukaan kuntien tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laadultaan sellaisiksi kuin alueella tarve edellyttää. Laki määrittää myös sen, että sairaanhoitopiirien kuntayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten on yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluita tarjoavien kuntayhtymien kanssa huomioitava siitä, että tarjottavista mielenterveyspalveluista koostuu toimiva kokonaisuus. (Mielenterveyslaki L1990/111.)

Ensisijaisesti psykiatrinen hoito tulisi mielenterveyslain mukaan järjestää avopalveluina (Mielenterveyslaki L1990/1116). Julkisen terveydenhuollon tarjoamaa psykiatrista erikoissairaanhoidon avo- tai sairaalahoidossa sai 165 615 potilasta vuonna 2014, joista 160 605 oli avohoidon asiakkaita. Masennuspotilaita avohoidossa oli 49 500 ja ahdistuneisuushäiriöstä sekä sopeutumis-/stressihäiriöistä kärsiviä 33 500 potilasta. Psykoosipotilaita tavattiin avohoidossa yhteensä 21 300, joista skitsofreniaa sairastavia oli 10 200 potilasta ja skitsoaffektiivisiä psykooseja sairastavia 3 300 potilasta. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä esiintyi avohoidossa 10 700 potilaalla. (Lönnqvist, Moring ja Vuorilehto 2017, 764-765.)

Huono hoitoon situminen on yleistä etenkin psykiatristen potilaiden kohdalla. Syitä tähän on monia, yleisesti ottaen mielenterveyshäiriöistä kärsivien mieliala on matalampi, he ovat sairaudentunnottomia, he eivät saa läheisiltä tarvittavaa tukea, he eivät sitoutudu myöskään lääkehoitoonsa kunnolla sekä he eivät koe saavansa tarpeeksi yksilöllistä hoitoa aikuispsykiatrian poliklinan avovastaanotolla. (Pitkälä ja Savikko 2007; Kyngäs ja Hentinen 2008, 27-172; Oksanen 2015.)

Hoitoon sitoutumisesta on käytetty monia erilaisia määritelmiä, jotka ovat ajan saatossa muuttuneet ja tarkentuneet. Ensimmäiset määritelmät hoitoon sitoutumisesta on tehty jo 1950-luvulla, mutta suomenkielisiä määritelmiä on tehty vasta myöhemmin. Yksi vanhimmista sekä eniten käytetyistä määritelmistä on kehittänyt Haynes vuonna 1979: "Compliance is the extent to which a person's behavior (in terms of taking medication, following diets, or executing life-style changes) coincides with medical or health advice", joka suomennettuna tarkoittaa; "Sitoutuminen on sitä, missä määrin henkilön käyttäytyminen (lääkkeiden ottamisen, ruokavalion noudattamisen tai elämäntapa muutosten kannalta) vastaa lääketieteellistä tai terveydellistä neuvontaa". Myöhemmin määritelmää on kuitenkin muokattu niin, että se korostaa enemmän potilaan omaa osuutta ja omaa toimintaa hoitoon sitoutumisessa, sekä niin, että hoitoon sitoutuminen tulisi olla yhteistyötä ja vuorovaikutusta potilaan ja hoitohenkilöstön välillä. Helvi Kyngäs ja Maija Hentinen ovatkin sittemmin antaneet hoitoon sitoutumiselle seuraavanlaisen määritelmän: "Hoitoon sitoutuminen on asiakkaan aktiivista ja vastuullista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa". Edellä mainitussa määritelmässä yhteistyö tarkoittaa tavoitteiden asettamista, hoidon suunnittelua, ongelmien mahdollista ratkaisemista sekä vastuunottoa potilaan hoidosta. Yhteistyön tulee olla rehellistä ja luotettavaa sekä potilaan että hoitohenkilökunnan puolelta. Vuorovaikutuksella tarkoitetaan sitä, että sekä hoitaja että potilas ovat tasavertaisia ja molemmat tuovat omat näkemyksensä esille yhteisissä tapaamisissa. (Kyngäs ja Hentinen 2008, 17.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata aikuispsykiatrisen avohoitopotilaan hoitoon sitoutumista. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää keinoja ja apuvälineitä aikuispsykiatrisen avohoitopotilaan hoitoon sitoutumiseen. Tutkimuksen tavoitteena on myös kehittää tutkijoiden ammatillista kasvua ja osaamista, teoretietoa, tutkimustiedon soveltamiskykyä sekä taitoa hyödyntää kirjallisuuskatsausta tutkimusmuotona.

2 MIELENTERVEYS JA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT

Mielenterveys on aina ollut monimerkityksellinen termi, jolle on ollut haastavaa antaa yhtä tiivistä ja yksiselitteistä määritelmää. Psykoanalytikko Sigmund Freud määritteli aikoinaan mielenterveyden hyvinkin yksinkertaisesti; mielenterveys on kyky rakastaa ja kyky tehdä töitä (Hirvijärvi-Okkonen 2013, 2). Ajan saatossa mielenterveyden määritelmä on kehittynyt ja muuttunut moniulotteisemmaksi. Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen tiedostaa omat kykynsä sekä pystyy sietämään normaalia elämän tuomaa stressiä ja kykenee työskentelemään tuottavasti sekä tuomaan oman panostuksensa yhteisöön (WHO 2013).

Mielenterveys ei ole muuttumaton tila vaan se kehittyy ja muovaantuu läpi elämän. Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät ovat moninaisia ja sen edistävästä tekijöistä huomattava osa on perintötekijöiden kanssa vuorovaikutuksessa toimivia ympäristötekijöitä, jotka muokkaavat ihmisistä ainutkertaisia yksilöitä. Varhaislapsuudessa biologiset perustarpeet luovat pohjan mielenterveydelle ja kehityksen edetessä tärkeät sosiaaliset suhteet sekä ympäristönormit alkavat vaikuttamaan mielenterveyden kehitykseen entistä voimakkaammin. (Lönqvist ja Lehtonen 2017, 19, 23, 31; Lindberg, Louheranta, Mustonen, Salo ja Stenius 2015, 26.)

Mielenterveydelle tunnusomaisina piirteinä voidaan pitää kykyä ihmissuhteisiin, toisista välittämiseen sekä halukkuutta vuorovaikutukseen. Elämässä tapahtuvien vaikeuksien kohtaaminen, niistä selviytyminen ja muutoksien sekä menetyksien sieto ovat myös tärkeitä ominaisuuksia mielenterveydelle. Hyvän mielenterveyden perusta on todellisuudentaju, jolloin ihminen kykenee erottelamaan todelliset kokemukset epätodellisista ja realiteetin rajat ovat pysyviä. Mielenterveys on suhteellinen asia ja onkin syytä muistaa, että kukaan meistä ei ole koskaan täysin terve tai sairas. (Lönqvist ja Lehtonen 2017, 23, 32.)

Mielenterveyden häiriöllä kuvataan monia, toisistaan hyvinkin paljon poikkeavia psykiatrisia häiriöitä, jotka koostuvat erilaisista oirekokonaisuuksista. Mielenterveyden häiriöissä ilmenevät psyykkiset oireet aiheuttavat kärsimystä tai haittaa ja heikentävät näin ihmisen toimintakykyä ja elämänlaatua. (Lönqvist ja Lehtonen 2017, 19; Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert ja Seuri 2017, 224.) Mielenterveyden häiriöiksi ei määritellä tavanomaisia elämään sisältyviä mielentiloja, kuten esimerkiksi surun mukana tuomaa normaalia reaktiota (Hämäläinen ym. 2017, 224). Mielenterveyden häiriöiden diagnosoiminen perustuu luokitukseen, oireiden määriin ja oireiden kuvauksiin. Suomessa on ollut käytössä vuodesta 1996 Maailman terveysjärjestön virallinen tautiluokitus ICD-10 (International Classification of Diseases), jossa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt on jaettu kymmeneen eri pääluokkaan (F00-F99). ICD -10:n lisäksi psyykkisistä häiriöistä on julkaistu myös tarkempi kuvailu sekä kriteeristö. (Hämäläinen ym. 2017, 224-225.)

2.1 Mielialahäiriöt

Mielialahäiriöissä ilmenee mielialaan ja mielenvireyteen liittyviä pitkäaikaisia muutoksia (Huttunen 2017). Mielialahäiriöt voidaan jakaa masennushäiriöihin sekä kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Mielialahäiriöistä yleisin on masennushäiriö eli depressio, jota sairastaa arviolta noin 5 prosenttia suomalaisista. Masennuksen oireita esiintyy myös 20–60 prosentilla fyysisesti sairaista. (Hämäläinen ym. 2017, 269.) Lyhytaikainen masentunut mieliala ei ole osoitus masennustilasta, mutta sen pitkittyessä ja oireiden jatkuessa vähintään kaksi viikkoa, voidaan puhua masennusdiagnoosista. Masennustilat voidaan luokitella lievään, keskivaikeaan, vaikeaan sekä psykoottiseen masennukseen. Masennus voi ilmetä pitkäaikaisena, toistuvana, synnytyksen jälkeisenä sekä vuodenaikaan liittyvänä masennustilana ja se saattaa kestää parista viikosta useisiin vuosiin. Biologisten ja psykologisten tekijöiden lisäksi ihmisen elämässä tapahtuvat negatiiviset kokemukset kuten esimerkiksi läheisen vakava sairastuminen tai kuolema voivat laukaista masennuksen ja vaikuttaa sen ennusteeseen. (Hämäläinen ym. 2017, 269.) Masennuksen oireet ilmenevät ihmisen mielialan laskuna ja fyysisen toimintakyvyn muutoksina (Heikkinen-Peltonen, Innamaa ja Virta 2008, 146). Masentunut ihminen kokee usein voimakkaita riittämättömyyden ja syyllisyyden tunteita (Hämäläinen ym. 2017, 269).

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on jaettu kahteen päätyyppiin amerikkalaisen DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) -luokituksen mukaan. Tyyppin I kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy maanisten jaksojen lisäksi masennus -ja sekamuotoisia jaksoja. Tyyppin II sairaudenkuvassa esiintyy masennus -ja hypomaanisia jaksoja, muttei varsinaisia manioita. (Isometsä 2017, 229.) Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyvät vaihdellen maaniset, hypomaaniset, depressiiviset ja sekamuotoiset sairauden jaksot. Edellä mainittujen vaiheiden lisäksi esiintyy myös vähäoireisia ja oireettomia jaksoja. (Isometsä 2017, 229.) Maanisilla jaksoilla tarkoitetaan muutamasta viikosta, viiteen kuukauteen kestävästä sairauden jaksosta, jolloin potilaalla ilmenee mielialan voimakasta nousua ja ylienergisyyttä. Psykoottisesta maniasta puhutaan, kun siihen sisältyy aistiharhoja, psykoottisuutta ja harhaluuloja. Hypomania tarkoittaa lieväasteista mielialan nousua joka on kuitenkin erotettavissa potilaan normaalista mielentilasta. Hypomaniassa potilaalla esiintyy useista päivistä viikkoihin kestävästä ylivilittynyyttä. Sekamuotoisissa jaksoissa maanisia ja masennuksen oireita ilmenee potilaalla lähes yhtäaikaaisesti ja ne saattavat vaihdella hyvinkin nopeasti. (Hämäläinen ym. 2017, 270-271.)

2.2 Psykoottiset häiriöt

Psykoosissa olevan ihmisen ajatus -ja havainnointikyky on vääristynyt, jonka seurauksena henkilö tulkitsee ulkopuolista todellisuutta ja muita ihmisiä poikkeavalla tavalla. Psykoosissa ihmisen todellisuudentaju on häiriintynyt, eikä hän kykene erottamaan mikä on todellista ja mikä ei. (Hämäläinen ym. 2017, 253-254.) Suomessa psykoottisia häiriöitä esiintyy arviolta 3,5 prosentilla väestöstä (Suvisaari, ym. 2012, 677). Psykoottiset oireet ilmenevät erilaisina aistiharhoina eli hallusinaatioina. Psykoosissa ilmenee myös ajatteluun ja puheeseen liittyviä häiriöitä sekä erilaisia harhaluuloja ja ne aiheuttavat usein myös ahdistuneisuutta, unihäiriöitä sekä pelkotiloja. (Hämäläinen ym. 2017, 253-254.) Psykoottisiin häiriöihin luetaan skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö sekä harhaluuloisuushäiriö

(Suvisaari, ym. 2017, 142; Hämäläinen ym. 2017, 255). Lisäksi psykoottisiksi häiriöiksi voidaan nimetä myös esimerkiksi synnytyksen jälkeinen psykoosi, muistitoiminnan häiriöön liittyvät sekavuustilat sekä huumausaineisiin liittyvät vieroitusoireet (Hämäläinen ym. 2017, 255).

Skitsofrenia on tavallisesti nuorella aikuisiällä puhkeava vakava mielenterveyden häiriö. Sairautena skitsofrenia on hyvinkin monitekijäinen ja sen sairastumiseen altistaa perimä ja ympäristötekijät. (Suvisaari ym. 2017, 142-143.) Skitsofrenian oireet voidaan jakaa positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisista oireista puhuttaessa tarkoitetaan normaalien psyykkisten toimintojen häiriintymistä, kuten erilaisia aistiharhoja ja harhaluuloisuutta. Negatiivisissa oireissa puolestaan normaalit psyykkiset toiminnot ovat häiriintyneet tai puutteelliset. Negatiiviset oireet voivat näyttäytyä esimerkiksi tunteiden latistumisessa, puheen köyhtymisessä sekä tahdottomuutena. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 161.)

Skitsofrenia on jaoteltu oireiden mukaisesti paranoidiseen, hebefreeniseen ja hieman harvinaisempaan katatoniseen skitsofreniaan. Paranoidisessa skitsofreniassa sairaudelle oleellisia oireita ovat aistiharhat, kuten kuuloharhat, ja harhaluulot. (Suvisaari ym. 2017, 143.) Lisäksi tyypillisiä oireita ovat myös epäluuloisuus, pelokkuus sekä arvaamattomuus (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 254-255). Hebefreenisessä eli hajanaisessa skitsofreniassa oirekuvassa korostuu puheen ja käyttäytymisen hajanaisuutta sekä epäasianmukaisuutta. Katatoniselle skitsofrenialle tyypillisiä oireita on huomattavat psykomotoriset häiriöt, jotka voivat vaihdella merkittävästi äärimmäisyydestä toiseen. (Suvisaari ym. 2017, 143-144.)

Muita psykoosisairauksia ovat skitsoaffektiivinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriö. Skitsoaffektiivisestä häiriöstä puhuttaessa tarkoitetaan sairautta, jossa ilmenee samanaikaisesti piirteitä sekä mielialahäiriöstä että skitsofreniasta. Häiriössä ilmenee maanisten ja depressiivisten jaksojen lisäksi psykoottisia jaksoja. (Hämäläinen ym. 2017, 255.) Harhaluuloisuushäiriöissä harhaluulot eivät ole yhtä eriskummallisia, kun skitsofreniassa, mutta ne luovat potilaalle vääristyneitä uskomuksia ja käsityksiä ympäristöstään (Hämäläinen ym. 2017, 255.)

2.3 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöstä puhutaan silloin kun ahdistuneisuus on pitkäkestoista ja voimakasta sekä sillä on vaikutusta sekä fyysiseen, että psyykkiseen toimintakykyyn. Ahdistus ilmenee pelon kaltaisena voimakkaana tilana ilman ulkoista uhkaa tai vaaraa. (Isometsä 2017, 295-296.) Voimakkaan ahdistuksen lisäksi esiintyy usein erilaisia fyysisiä oireita, joista yleisimpiä ovat sydämen tykytykset, tärinä ja hikoilu (Hämäläinen ym. 2017, 247; Isometsä 2017, 309-310). Ahdistuneisuushäiriöt ovat kaikista yleisimpiä mielenterveydenhäiriöitä. Noin 5 prosenttia väestöstä kärsii elämänsä aikana jonkinasteisesta ahdistuneisuushäiriöstä (Huttunen 2016). Ahdistuneisuushäiriöistä yleisimmät ovat paniikkihäiriö, agorafobinen pelko, sosiaalisten tilanteiden pelko, määräkohteinen pelko sekä yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (Isometsä 2017, 295).

Paniikkihäiriössä potilas kokee erittäin voimakkaita ahdistuskohtauksia, jonka seurauksena potilas alkaa vältellä tilanteita, jotka hän kokee ahdistaviksi ja pelottaviksi (Hämäläinen ym. 2017, 247). Kohtaukset voivat kestää muutamista minuuteista useisiin tunteihin ja aiheuttavat jälkioireita, jotka pääsääntöisesti ilmenevät käyttäytymisen muutoksina kohtauksen jälkeen. Kohtauksia voi ilmetä täysin odottamattomasti tai vastaavasti ne voivat olla tilannesidonnia johonkin ympäristötekijään. (Isometsä 2017, 296.)

Agorafobia eli julkisten paikkojen pelko tarkoittaa tilaa, jossa henkilö kokee voimakasta ahdistusta sellaisista julkisista paikoista tai tilanteista, joista pois pääseminen on hankalaa tai noloa eikä paikassa ole saatavilla apua odottamattomiin ahdistusoireisiin (Isometsä 2017, 307). Pelkojensa seurauksena henkilö alkaa vältellä tilanteita, joissa uskoo ahdistusoireiden voimistuvan (Huttunen 2016).

Sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivä kokee toistuvaa ahdistusta yksittäistä tai useampaa sosiaalista tilannetta kohtaan. Henkilö pelkää joutuvansa häpeän tai nöyryytyksen kohteeksi esimerkiksi työelämässä tai keskustellessa vieraiden ihmisten kanssa. Sosiaalisten tilanteiden pelkoon liittyy usein myös julkisten paikkojen pelkoa. (Isometsä 2017, 309-310.)

Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä potilaan kokema pelko ja ahdistuneisuus ovat pitkäkestoista. Ahdistuksen oireiden lisäksi potilailla ilmenee ylikorostunutta huolehtimista ja murehtimista esimerkiksi terveydentilastaan ja talousasioistaan. Liiallinen huolen kantaminen elämään sisältyvistä asioista heikentää potilaan toimintakykyä ja aiheuttaa näin merkittävää psyykkistä ja fyysistä kuormituvuutta. (Koponen 2017, 317-318.)

2.4 Syömishäiriöt

Syömishäiriöt ovat vakavia mielenterveyden häiriöitä, joissa esiintyy poikkeavan syömiskäyttäytymisen lisäksi vakavia ongelmia psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn alueilla. Sairautta tavataan etenkin aikuisväestössä nuorilla aikuisilla ja arviolta noin 7 prosenttia suomalaisista naisista sairastaa syömishäiriön ennen 30. ikävuotta. Yleisimpiä syömishäiriöitä ovat anorexia nervosa eli laihuushäiriö sekä bulimia nervosa eli ahmimishäiriö. (Suokas ja Rissanen 2017, 403.)

Laihuushäiriöön tunnusomaisina piirteinä havaitaan voimakas pelko painon noususta ja ylipainosta sekä häiriintynyt suhde omaan kehoon ja painoon (Lönngqvist 2017, 80). Laihuushäiriössä laihdutusyritys on muuttunut pakkomielteeksi eikä se ole enää hallinnassa. Sairastuneen ruokailutottumukset ovat äärimmäisen niukat ja liikunta on muuttunut pakonomaiseksi osaksi arkea. Kehon pyrkiessä säilyttämään tärkeät elintoiminnot fyysisinä muutoksina voidaan havaita raajojen sinertävyys, kuiva iho, sydämen harvavyöntisyys, kuukautisten loppuminen, matala verenpaine sekä lanugokarvoituksen kasvu (Suokas ja Rissanen 2017, 403-404).

Ahmimishäiriön keskeinen piirre on laihuushäiriön tavoin lihavuuden ja lihomisen pelko (Suokas ja Rissanen 2017, 413). Ahmimishäiriötä sairastavien tyypillisenä oireena ovat toistuvat ahmimiskoh-
taukset, joissa sairastunut ei enää hallitse syömistään (Käypä hoito 2014). Tyypilliseen taudinkuvaan
kuuluu suurten, runsasenergistien ja helposti sulavien ruokien ahmiminen salassa (Suokas ja Rissa-
nen 2017, 413). Ahmimisen jälkeen sairastunut kokee masentuneisuutta ja itseinhoa sekä hänelle
tulee pakonomainen tarve päästä syömästään ruuasta eroon, yleisimmin oksentamalla (Keski-Rah-
konen ym. 2007; Käypä hoito 2014). Ahmimishäiriöön liittyy myös useita erilaisia psyykkisiä oireita,
kuten masennusta ja itsetuhoisuutta (Keski-Rahkonen ym. 2007). Fyysisinä muutoksina voidaan
usein havaita sylkirauhasten suurenemista ja hammaseroosiota sekä mahdollisesti myös lihasheik-
koutta, kouristelukohtauksia, rytmihäiriöitä ja kuukautisten poisjääntiä (Suokas ja Rissanen 2017,
414).

Ahmimishäiriöstä on olemassa myös epätyypillinen muoto, binge eating disorder eli ahmintahäiriö.
Ahmintahäiriöissäkin ihminen ahmii toistuvasti, mutta tässä muodossa ei tule bulimialle ominaista
oksentamisreaktiota. Vaikka sairastunut kärsiikin ahmimisesta itsehalveksuntaa, hän ei yritä päästä
syömästään ruuasta eroon ja tästä seuraa ajan kuluessa lihominen. (Keski-Rahkonen ym. 2007;
Käypä hoito 2014.)

2.5 Neuropsykiatriset häiriöt

Neuropsykiatrisissa häiriöissä psyykkisten oireiden taustalla on aivojen vaurion tai toiminnan poik-
keavuuden aiheuttamat muutokset mieleen, tunteisiin, havainnointikykyyn ja käyttäytymiseen (Va-
taja 2011, 17). Neuropsykiatrisena aivosairauksena voidaan pitää aktiivisuuden ja tarkkaavuuden
häiriötä eli ADHD:ta joka aiheuttaa pitkäkestoisia tai pysyviä vaikeuksia säädellä tarkkaavaisuuttaan
ja impulsiivisuuttaan. Tarkkaavuushäiriö ja sen oireet ilmenevät muiden kehityksellisten häiriöiden
tavoin lapsuudessa ja ne voivat jatkua aikuisikään saakka. WHO:n vuonna 2007 julkaiseman kat-
sauksen mukaan 3,4 prosentilla aikuisista esiintyi ADHD:tä. Miehillä ADHD:n esiintyvyys on 1,5 ker-
taa yleisempää, kun naisilla. (Korkeila, Leppämäki, Niemelä ja Virta 2011, 206–208.) Noin 75–80
prosentilla tarkkaavaisuushäiriötä sairastavista aikuispotilaista esiintyy psykiatrisia sairauksia. Päih-
dehäiriön esiintyminen ADHD:ta sairastavilla aikuisilla on arviolta 12–15 prosenttia. (Korkeila ja Lep-
pämäki 2017, 116–117.) Psykiatrisen monihäiriöisyyden vuoksi aikuisella sairauden luonne saattaa
vaihdella paljon (Korkeila ym. 2011, 208).

ADHD:ssä tavataan kolme esiintymismuotoa. Yhdistetyssä muodossa havaitaan ongelmia tarkkaa-
mattomuudessa, yliaktiivisuudessa ja impulsiivisuudessa. Tarkkaamattomassa muodossa ei ilmene
yliaktiivisuutta eikä impulsiivisuutta. Yliaktiivisimpulsiivisessa muodossa tarkkaamattomuuden oireet
puuttuvat. (Tarnanen ym. 2017.) Tarkkaavaisuushäiriössä ilmenevä ylivilkkaus vähenee useimmiten
iän myötä tai se saattaa jopa kokonaan hävitä (Korkeila ja Leppämäki 2017, 120). Impulsiivisuus
puolestaan ei juurikaan vähene ikääntyessä vaan useimmiten se jopa lisääntyy. Tämä aiheuttaa
useimmiten huomattavasti enemmän toiminnallista haittaa ja vaikeuksia etenkin sosiaalisissa tilan-
teissa. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön DSM-IV diagnostisissa kriteereissä mainitaan impulsiiv-
visina oireina esimerkiksi jonottamisen vaikeus ja malttamattomuus odottaa omaa vuoroaan. Nämä

oireet eivät kuvaa erityisen hyvin tarkkaavaisuushäiriöstä kärsivän aikuisen impulsiivisuutta, sillä aikuiset kykenevät hallitsemaan niitä lapsia paremmin. (Korkeila ym. 2011, 208.) Impulsiivisuus voi aikuisilla näyttäytyä hermostumisena, holtittomana liikennekäyttäytymisenä ja ihmissuhteiden nopeina muutoksina (Koski ja Leppämäki 2014). Tarkkaavaisuuden ylläpitäminen on yksi häiriön yleisin ongelma. On kuitenkin syytä muistaa, että potilaat usein kykenevät keskittymään syvällisesti heitä kiinnostaviin asioihin. Tunnesäätelyn ongelmat ja haasteet arjessa, kuten sovittujen asioiden noudattaminen rasittaa sosiaalisia suhteita, vaikkei potilaat itse välttämättä ongelmia huomaa. (Korkeila ym. 2011, 209.)

3 MIELENTERVEYSHOITOTYÖ

Mielenterveyshoitotyön tarkoituksena on edistää yksilön psyykkistä hyvinvointia, toimintakykyä sekä persoonallista kasvua. Mielenterveyshoitotyöllä myös ehkäistään, parannetaan ja lievitetään mielisairauksia ja mielenterveyshäiriöitä. Lisäksi mielenterveyshoitotyöhön kuuluu väestön elinolosuhteiden kehittäminen niin, että ne ennaltaehkäisevät erilaisten mielenterveyshäiriöiden syntyä ja kehittävät mielenterveyshoitotyötä sekä tukevat mielenterveyspalveluiden järjestämistä. (Mielenterveyslaki L1990/1116.)

Mielenterveyttä edistävän toiminnan tarkoituksena on mielenterveyttä vahvistavien ja sitä suojaavien tekijöiden lisääminen (THL 2014; Hämäläinen ym. 2017, 29–30). Edistävän toiminnan tavoitteena on myös tukea niiden ihmisten toimintaa -ja selviytymiskykyä, joilla uskotaan olevan riski sairastua mielenterveyshäiriöön. Ehkäisevän mielenterveyshoitotyön tarkoituksena on mielenterveyttä edistävän tiedon lisääminen, varhainen tunnistaminen ja tuki sekä mielenterveyshäiriöiden uusiutumisen ehkäiseminen. Korjaava toiminta pitää sisällään psyykkisten häiriöiden tunnistamisen ja tutkimukset, sairauden hoidon ja kuntoutuksen. (Hämäläinen ym. 2017, 29–30.)

Mielenterveyshoitotyön lähtökohtana on potilaan voimavarojen ja selviytymisen tukeminen. Läheisen sairastuminen vaikuttaa myös perheen ja omaisten jaksamiseen, jonka vuoksi psykiatrisessa hoitotyössä yhteistyön tavoitteena on myös perheen ja omaisten voimaantuminen. Potilaiden hoidosta mielenterveyshoitotyössä vastaa moniammatillinen työryhmä, joka koostuu terveydenhoitoalan ammattilaisista kuten esimerkiksi psykiatreista, psykiatrisista sairaanhoitajista, toimintaterapeuteista ja psykologeista. (Hämäläinen ym. 2017, 33–35.)

Psykiatristen sairauksien hoito on suurimmaksi osaksi pitkäaikaishoitoa ja sen takia sairaalahoitoa käytetään vain viimeisenä vaihtoehtona vaikeissa tai akuuteissa sairauden vaiheissa. Mielenterveyslaissa sekä laatusuosituksissa on määritetty, että psykiatristen potilaiden hoito tulisi ensisijaisesti toteuttaa avohoitona ja nykyään valtaosa mielenterveyshoitotyöstä toteutetaan avohoidossa. Ensisijaisena avohoitona kunnan tulee tarjota apua perusterveydenhuollossa, mutta vaativimmissa ongelmissa erikoissairaanhoidossa. (Kuhanen, Oittinen, Kanera, Seuri ja Schubert 2012, 46-47.) Avohoitomahdollistaa psykiatrisen hoidon toteutuksen vastaanotolla potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Vastaanotolla tai vaihtoehtoisesti kotikäynnäin tapahtuvaa avohoittoa voidaan toteuttaa keskusteluavun ja lääkehoidon lisäksi erilaisten toiminnallisten hoitomuotojen avulla. Avohoittoa tarjoaa myös erilaisia kuntouttavia asumispalveluita. (Kuhanen ym. 2012, 47; Mielenterveysseura 2017.)

4 HOITON SITOUTUMINEN

Hoitoon sitoutumattomuus on noussut terveydenhuollossa keskeiseksi huolenaiheeksi ja se nähdään merkittävänä ongelmana maailmanlaajuisesti. WHO:n teettämän tutkimuksen mukaan kehittyneissä maissa hoitoon sitoutuu 50 prosenttia. Kehitysmaissa sitoutuneiden määrä on vielä alhaisempi, sillä hoitoon pääsy on usein haastavampaa. (Lääketietokeskus 2004, 7.) Hoitoon sitoutuminen on tärkeää, sillä se merkitsee potilaalle parempaa elämänlaatua, elinvoimaisia vuosia sekä turvallisuutta. Hoitoon sitoutuminen ei vaikuta pelkästään potilaaseen, vaan myös yhteiskuntaan sekä terveydenhuoltoon. Yhteiskunnan kannalta hoitoon sitoutumisen merkitys näkyy väestön terveystason nousemisessa, työ- ja toimintakyvyn paranemisessa, työssäolovuosien lisääntymisessä sekä säästöissä, jotka syntyvät hoidon tarpeen ja sairauspoissaolojen vähentyessä. (Kyngäs ja Hentinen 2008, 18, 24; Lunnela 2011, 41.)

Mielenterveyden häiriöistä kärsivillä potilailla on todettu olevan huonompi sitoutuminen hoitoonsa kuin muilla sairausryhmillä ja merkittävin syy hoitoon sitoutumattomuuteen on usein sairaudesta johtuen potilaan mieliala. Alhaisen mielialan lisäksi muita sitoutumattomuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat myös, että sairaus on vasta todettu, oireet eivät ole kestäneet kauaa, potilas ei tunnista oireitaan, on sairaudentunnoton ja kokee hoidon tarpeettomaksi tai hoitoon ei ole vastetta. Monet potilaat voivat myös tuntea häpeää, pelkoa tai toivottomuutta tai kokea syyllisyyttä sairaudestaan ja sen oireista. (Kyngäs ja Hentinen 2008, 169–172.)

Yksilövastuinen hoitotyö ja luottamuksellinen hoitosuhde nähdään ensiarvoisen tärkeänä potilaan hoitoon sitoutumisen kannalta (Pitkälä ja Savikko 2007; Kyngäs ja Hentinen 2008, 17-18; Huttunen 2017). Hoitohenkilökunnalta vaaditaan hyviä tiedollisia, taidollisia sekä asenteellisia valmiuksia, jotta he saavat luotua luottamuksellisen hoitosuhteen potilaan kanssa (Välimäki, Holopainen ja Jokinen 2000, 14). Luottamuksellisuuden lisäksi vuorovaikutukseen ja ammatillisuuteen perustuva hoitosuhde saa potilaan tuntemaan olonsa turvalliseksi ja potilas kokee helpompana kertoa henkilökohtaisia asioita omasta elämästään, sairaudestaan ja sen tuomista ongelmista. Potilasohjauksen on oltava potilaslähtöistä, vuorovaikutukseltaan hyvää sekä sen täytyy perustua potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää hoitosuhteessa huomiota aktiiviseen kuunteluun sekä rakentavaan keskusteluun potilaan kanssa. Sairastuneen perhe ja läheiset tulisi ottaa huomioon hoidossa sekä kertoa heille potilaan sairaudesta, sen oireista ja hoidosta. Näin he voivat olla osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa sekä varmistetaan siitä, että potilaan sosiaalinen verkosto säilyy hoidon aikana. (Kyngäs ja Hentinen 2008, 165-172.)

Psykiatrisille potilaille yksi tärkeimmistä hoitoon sitoutumisen edellytyksistä on se, että potilas saa tarpeeksi tietoa sairaudesta ja hoidosta. Potilaalle tulee antaa kattavasti tietoa hänen terveydentilastaan, sairaudesta, sen oireista ja hoidosta ja muihin niihin liittyvistä asioista. Näin potilas pystyy mahdollisimman paljon osallistumaan omaan hoitoonsa, tekemään päätöksiä tai ainakin omalla tavallaan vaikuttamaan hänen hoitoaan koskeviin päätöksiin. Potilaan kokemus tuen saamisesta ja hoi-

don yksilöllisyydestä sekä kuulluksi tulemisesta ovat edellytyksiä hoitoon sitoutumiselle. Hoitoon sitoutuminen mahdollistaa potilaalle mahdollisimman täysipainoisen elämän psyykkisestä sairaudesta huolimatta. (Pitkälä ja Savikko 2007; Kyngäs ja Hentinen 2008, 161-162.)

Hoitohenkilökunnan asenteita potilaan osallisuutta hoitoa kohtaan on tutkittu. Aikaisemmin psykiatrista hoitoa ovat ennemminkin kuvanneet sanat laitoskeskeisyys ja pakkohoito. Sittemmin hoitohenkilökunnan asenteet ovat muuttuneet potilaskeskeisimmiksi ja potilaan osallisuutta tukevammiksi. Hoitohenkilökunnan mielestä osallisuutta vahvistavia tekijöitä ovat esimerkiksi asenteet, arvot, myönteinen vuorovaikutus, toimiva kommunikaatio sekä muuttunut hoitokulttuuri. Mitä samankaltaisempi henkilökohtainen ja ammattia ohjaava arvoperusta hoitajalla on verrattuna potilaan arvomaailmaan, sitä helpommin potilas kokee osallisuutta omaan hoitoonsa. (Tiainen 2016, 7-8.)

Lääkehoito on keskeisessä asemassa mielenterveyshäiriöiden hoidossa ja sitoutuminen lääkehoitoon nähdään usein puutteellisena psykiatrisilla potilailla. On arvioitu, että pitkäaikaisissa hoidoissa olevista potilaista vain noin puolet sitoutuvat lääkehoitoonsa, ja sen takia voidaankin ajatella lääkekielteisyyden olevan yksi hoitoon sitoutumattomuuden ilmenemismuodoista (2006, 1575). Sorvaniemen ja Kampmanin (2000, 277) mukaan lääkärit yliarvioivat potilaiden lääkehoitoon sitoutumista ja sanoivatkin, että vain noin 10 prosenttia potilaista olisi hoitoon sitoutumattomia. Todellinen arvio on kuitenkin suurempi, koska potilaat aliarvioivat hoitoon sitoutumisen merkitystä.

Lääkehoitoon sitoutumattomuuteen on monia eri syitä kuten lääkkeisiin liittyvät haittavaikutukset, lääkehoitoon kohdistuvat asenteet, päihteiden käyttö, hoitosuhteen heikko laatu ja kognition puute. Suurin osa mielenterveyden häiriöistä kärsivistä eivät sitoudu lääkehoitoonsa kunnolla, jolloin sairauden tila huononee, itsestään huolehtiminen unohtuu, eivätkä he jaksaa tai muista tulla sovituille poliklinikkakäynneille. Mitä vaikeampi sairaus ja tilanne potilaalla on, sitä monimutkaisempi yleensä on myös potilaan lääkitys. Lääkärin on mietittävä tarkkaan millainen lääkitys kullekin potilaalle olisi parhain, jotta hoitoon sitoutuminen toteutuisi myös lääkehoidon osalta. (Oksanen 2015.)

Kurikkala, Kääriäinen, Kyngäs ja Elo (2015, 3-17) ovat tutkineet hoitoon sitoutumisen edistämiseksi erilaisia interventioita ja niiden vaikutuksia ikääntyneiden kohdalla. Tutkimuksessa tutkittiin yksilö- ja ryhmäohjausinterventioiden sekä teknologiapainotteisten ohjausinterventioiden vaikutusta hoitoon sitoutumiseen. Tulokset osoittavat, että yksilö- ja ryhmäohjausinterventiot sekä teknologiapainotteiset ohjausinterventiot edistivät ikääntyneiden hoitoon sitoutumista monipuolisesti. Etenkin yksilöohjausintervention sisältämä motivoiva haastattelu koettiin edistävän hoitoon sitoutumista vaikuttamalla merkittävästi iäkkäiden elämänlaatuun. Ryhmäohjausinterventiot ja niissä käytetyt toimintatavat auttoivat ikääntyneitä näkemään oman vastuun terveydentilastaan sekä ne vahvistivat osallistujien itsevarmuutta. Teknologiapainotteisten ohjausinterventioiden havaittiin tutkimuksessa lisäävän ikääntyneen tietoa sairaudesta ja vahvistavan käsitystä kyvyistään suoriutua annetuista tehtävistä.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata aikuispsykiatrisen avohoitopotilaan hoitoon sitoutumista. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää keinoja ja apuvälineitä aikuispsykiatrisen avohoitopotilaan hoitoon sitoutumiseen. Tutkimuksen tavoitteena on myös kehittää tutkijoiden ammatillista kasvua ja osaamista, teoretietoa, tutkimustiedon soveltamiskykyä sekä taitoa hyödyntää kirjallisuuskatsausta tutkimusmuotona.

Tutkimustamme ohjaavat kysymykset ovat

1. Mitkä tekijät edistävät aikuispsykiatristen avohoitopotilaiden hoitoon sitoutumista?
2. Mitkä tekijät rajoittavat aikuispsykiatristen avohoitopotilaiden hoitoon sitoutumista?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA AINEISTON KERUU

6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Tutkimusmenetelmänä käytämme tutkimuksessamme kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, joka on yleiskatsaus. Kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella voidaan kuvata laajoja kokonaisuuksia ilman tiukkoja rajoja. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus toimii itsenäisenä tutkimusmenetelmänä eikä tutkittavaa aineistoa määrittele tarkat metodiset säännöt. Laaja tutkimusaineisto mahdollistaa myös tutkimusaiheen ilmaisemisen laajana kokonaisuutena. (Salminen 2011, 6.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on koota tutkimus tutkittavasta aiheesta aikaisempia tutkimuksia hyödyntäen. Kirjallisuuskatsausta ohjaa tutkimuskysymys ja se etenee tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Laadukas ja kuvaileva vastaus tutkimusongelmaan syntyy tutkimukseen valitun aineiston pohjalta. (Kangasniemi ym. 2013, 295.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan Niela-Vilénin ja Kauhasen (2015, 23) mukaan jakaa vaiheidensa mukaisesti viiteen eri vaiheeseen. Ensimmäinen ja tärkeä vaihe on kirjallisuuskatsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen. Toinen vaihe koostuu kirjallisuuden hakemisesta ja aineiston valinnasta. Seuraavaksi on tarkoitus arvioida alkuperäistutkimuksista saadun tiedon kattavuutta ja edustavuutta. Kolmas vaihe käsittelee aineiston analyysia, jonka tarkoituksena on järjestää ja tehdä yhteenvedoja valikoituneiden tutkimuksien tuloksista. Viimeiseksi tarkastellaan tuotettuja tuloksia. Kirjallisuuskatsausta voidaan pitää luotettavana, jos koko tutkimusprosessi on läpinäkyvä ja toistettavissa. Tutkimuksen tekijät tekevät prosessin lopuksi yhteenvedon, jossa tutkittavasta ilmiöstä tarjotaan tiivistetty ja luotettava tutkimus. (Niela-Vilén ja Kauhanen 2015, 23-33.)

6.2 Tutkimusaineiston keruu ja valinta

Ennen varsinaisen tutkimuksen tekoa määriteltiin tutkimuksen tarve ja tutkimuskysymykset. Tutkimus nähtiin tarpeellisenä sen ajankohtaisuuden ja vähäisen aiemman tutkimustiedon vuoksi. Tutkimuskysymyksiksi asetimme: Mitkä tekijät edistävät aikuispsykiatristen avohoitopotilaiden hoitoon sitoutumista? Mitkä tekijät rajoittavat aikuispsykiatristen avohoitopotilaiden hoitoon sitoutumista?

Kirjallisuuden haku ja aineiston valinta aloitettiin määrittelemällä sisäänottokriteerit, jotka mahdollistavat tutkimuskysymyksiin vastaavien aineistojen löytymisen ja suunnitelmallisen hakuprosessin. (taulukko 1.) Jotta saisimme mahdollisimman ajantasaista ja tuoretta tietoa tutkittavasta ilmiöstä, asetimme julkaisuajaksi vuodet 2007–2017. Tutkimuksien tuli sisäänottokriteereiden mukaan olla englanniksi tai suomeksi ja olla saatavilla kokotekstiversiona (full text) ilmaiseksi. Mikäli tutkimusta ei ollut saatavilla tietokannasta kokoteksti versiona, yritimme etsiä sitä hyödyntäen muun muassa Google Scholaria. Tutkimuksemme keskittyy aikuispsykiatristen avohoitopotilaiden hoitoon sitoutumiseen, joten olennaista oli, että tutkimuksen tuli koskea avohoidossa olevia potilaita. Tutkimusaineiston avulla haluttiin saada tietoa aikuispsykiatristen avohoitopotilaiden hoitoon sitoutumisesta, jonka

vuoksi rajasimme myös tutkittavien iän 18–65 -vuotiaisiin. Tutkimusten tuli myös olla alkuperäistutkimuksia.

TAULUKKO 1. Artikkelien sisäänottokriteerit

Sisäänottokriteerit
Julkaisuaikaväli 2007–2017
Tutkimus englanniksi tai suomeksi
Koskee psykiatristen avohoitopotilaiden hoitoon sitoutumista
Tutkimusjoukko 18–65 -vuotiaita
Alkuperäistutkimus
Tutkimus saatavilla ilmaiseksi

Oikeiden asiasanojen löytämiseksi hyödynsimme oppilaitoksemme informaattikkoa, jonka avustuksella saimme koottua keskeisimpiä asiasanoja relevanttien tutkimustulosten saamiseksi. Hakusanat käännettiin myös englanniksi, mikä mahdollisti aineiston hakemisen myös kansainvälisten tietokantojen kautta. Tavoittelimme kirjallisuuskatsaukseen mukaan tutkimuksia syömishäiriöpotilaiden hoitoon sitoutumisesta, jonka mahdollistaaksemme teimme vielä omat hakulausekkeet löytääksemme myös näitä tutkimuksia.

Muodostettuumme hakusanat -ja lausekkeet aloitimme varsinaisen tutkimushakuprosessin. Tutkimuksen tiedonhankinta suoritettiin lokakuussa 2017. Tiedonhaku toteutettiin PubMedin, EBSCO Cinahlin ja Medicin sähköisiä tietokantoja käyttäen. Opastusta kirjallisuuden hakuprosessissa käytettävien tietokantojen käyttöön saimme oppilaitoksemme informaattikolta. Ensimmäisessä vaiheessa tarkastelimme tietokannoista tehtyjen hakujen hakutuloksia otsikoittain. Tarkempaan tarkasteluun päätyi ne tutkimukset, jotka otsikon perusteella voisivat vastata tutkimuskysymykseemme. Otsikoiden perusteella valikoidut tutkimukset tarkasteltiin seuraavassa vaiheessa abstraktien perusteella, jonka jälkeen abstraktien perusteella valikoituneet tutkimukset luettiin kokonaisuudessaan. (taulukko 2.) Tutkimusten vastaamista tutkimuskysymyksiin arvioitiin tarkasti hakuprosessin jokaisessa vaiheessa.

Sähköisen Medic-tietokannan kautta haettaessa käytimme kolmea erilaista suomenkielistä hakusanayhdistelmää. Haut teimme 10.10.2017 ja käytimme aikarajauksena vuosiväliä 2007–2017. Ensimmäisenä hakusanayhdistelmänä käytimme "mielenterve* psykiatri* AND avohoi*". Osumia hausta tuli yhteensä 67, joista otsikon perusteella valitsimme kolme ja abstraktin perusteella kaksi. Lopullisen tarkastelun jälkeen mukaan ei valittu yhtäkään julkaisua. Lisäksi teimme haun myös hakusanayhdistelmällä "mielenterve* psykiatri* AND avohoi* AND hoitomyöntyvyvy* sitoutumi*", josta osumia tuli 3. Näistä otsikon perusteella tarkempaan tarkasteluun valitsimme yhden tutkimuksen, joka oli sama, kun ensimmäisessä Medic -haussa. Tämä tutkimus otettiin mukaan abstraktin tarkastelun jälkeen, mutta jäi pois lopullisen tarkastelun yhteydessä. Viimeiseksi kokeilimme hakua "mielenterve* psykiatri* AND hoitomyöntyvyvy* sitoutumi*". Hakulauseke tuotti 16 osumaa, joista otsikon

perusteella mukaan valikoitui 6 tutkimusta. Abstraktin mukaan valikoitui viisi tutkimusta, joista yksi otettiin mukaan kokotekstin lukemiseen.

Teimme aineistojen hakuja myös kansainvälisistä tietokannoista. PubMed -tietokannassa rajasimme aineiston Last 10 years ja kielellä englanti. Ensimmäisen haun teimme 3.10.2017 hakulausekkeella (((("mental disorders" OR "psychiatric patients" OR "mentally ill patients"))) AND ("patient compliance" OR "medication adherence")) AND ("ambulatory care" OR outpatient*) josta tuli osumia 145. Näistä otsikon perusteella valitsimme 35 ja abstraktin perusteella 28. Kirjallisuuskatsauksemme näistä päätyi lopulta seitsemän julkaisua.

Toinen kansainvälinen tietokanta, jota hyödynsimme etsiessämme tutkimuksia, oli EBSCO Cinahl. Rajasimme julkaisujen aikavälin tarkemman rajauksen kautta tammikuusta 2007 lokakuuhun 2017. Lisäksi tarkensimme hakuja rajaamalla aineiston tutkimusartikkeleihin sekä englannin kielisiin julkaisuihin. Hakusanoina käytimme ("mental disorder*" or "psychiatric patient*" or "mentally ill patient*") AND ("patient compliance" or "medication compliance") AND ("ambulatory care" or outpatient*). Haku tällä lausekkeella tehtiin 2.10.2017. Osumia hakulausekkeella ja edellä mainituilla rajauksilla tuli 73, joista otsikoinnin perusteella valitsimme 22 julkaisua. Abstraktin perusteella tutkimuskysymyksiimme mahdollisesti vastaavia tutkimuksia valikoitui 14, joista lopullisen tarkastelun jälkeen otimme mukaan kolme julkaisua.

Halusimme myös nähdä tuloksia syömishäiriötä sairastavien potilaiden hoitoon sitoutumisesta, jonka vuoksi muokkasimme hakulausekkeitä tietokannoittain niin, että se mahdollistaisi myös tätä potilasryhmää koskevien tutkimusten löytämisen. Haimme PubMedistä lausekkeella "eating disorders" AND ("patient compliance" OR "medication compliance" OR "medication adherence"). Tämä haku suoritettiin 24.10.2017. Hakutuloksia tuli 80 julkaisua, joista otsikoinnin perusteella valikoitui yhdeksän julkaisua. Abstraktin perusteella mukaan otettiin kolme julkaisua. Kokotekstin lukemisen jälkeen mukaan otettiin yksi julkaisu. EBSCO Cinahlista haimme 24.10.2017 lausekkeella "eating disorders" AND ("patient compliance" or "medication compliance" or "medication adherence"). Julkaisuja tällä lausekkeella tuli 36, joista otsikon perusteella tarkasteluun valikoitui 14 julkaisua. Näistä abstraktin perusteella valitsimme seitsemän julkaisua, joista yksikään ei päätynyt tähän kirjallisuuskatsaukseen.

TAULUKKO 2. Käytetyt tietokannat, hakusanat ja -aika, rajaukset ja osumat

Tietokanta	Hakusanat ja haku-aika	Rajaukset	Osumat	Otsikon perusteella	Abstraktin perusteella	Tekstin perusteella
Medic	mielenterve* psykiatri* AND avohoi* 10.10.2017	2007–2017	67	3	2	0
Medic	mielenterve* psykiatri* AND avohoi* AND hoitomyöntyvyvy* sitoutumi* 10.10.2017	2007–2017	3	1	1	0
Medic	mielenterve* psykiatri* AND hoitomyöntyvyvy* sitoutumi* 10.10.2017	2007–2017	16	6	5	1 Kauppi, 2016.
PubMed	((("mental disorders" OR "psychiatric patients" OR "mentally ill patients")) AND ("patient compliance" OR "medication adherence")) AND ("ambulatory care" OR outpatient*) 3.10.2017	Last 10 years, Englanti	145	35	28	7 De las Cuevas, Leon, Peñate & Moisés Betancort, 2017. Lucca, Ramesh, Parthasarathi & Ram, 2015. De Las Cuevas, Peñate & de Rivera, 2014. Tsfay, Girma, Negash, Tsfaye & Dehning, 2013. Adelufosi, Adebowale, Abayomi & Mosanya, 2011. Adewuya, Owoeye, Adebayo Erinfolami, Coker, Ogun, Okewole, Dada, Eze, Bello-Mojeeed, Akindipe, Olagunju & Etim, 2008. Velligan, Diamond, Mintz, Maples, Li, Zeber, Ereshefsky, Lam, Castillo & Miller, 2008.
EBSCO Cinahl	("mental disorder*" or "psychiatric patient*" or "mentally ill patient*") AND ("patient compliance" or "medication compliance") AND ("ambulatory care" or outpatient*) 2.10.2017	Tammikuu 2007- lokakuu 2017. Englanti. Tutkimusartikkeli.	73	22	14	3 Beck, Cavelti, Kvirgic, Kleim & Vauth, 2011. Baby, Gupta & Sagar, 2008. Sharma, Kumar, Chakraborti, Sinha, Kumari & Gajendragad, 2012.
Pubmed	"eating disorders" AND ("patient compliance" OR "medication compliance" OR "medication adherence") 24.10.2017	Last 10 years, Englanti	80	9	3	1 Gatt, Jan, Mondraty, Horsfield, Hart, Russell, Laba & Essue, 2014.
EBSCO Cinahl	"eating disorders" AND ("patient compliance" or "medication compliance" or "medication adherence") 24.10.2017	Tammikuu 2007- lokakuu 2017. Englanti. Tutkimusartikkeli.	36	14	7	0

Kirjallisuuskatsauksemme valikoitui näin 12 tutkimusta, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiimme aikuispsykiatristen avohoitopitilaiden hoitoon sitoutumisesta. Aineisto koostui 11 kvantitatiivisesta eli määrällisestä tutkimuksesta ja yhdestä väitöskirjasta, jossa käytettiin sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Valitut tutkimukset ja niiden tarkoitukset sekä tavoitteet on esitetty tarkemmin liitteessä 1.

6.3 Aineiston analysointi

Tutkimusaineisto analysoitiin laadullisella induktiivisella sisällönanalyysilla. Sisällönanalyysilla tarkoitetaan valitun aineiston tiivistämistä niin, että tutkittavasta ilmiöstä saadaan kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Se on tieteellinen metodi, jonka avulla dokumentteja voidaan analysoida systemaattisesti sekä objektiivisesti. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan Milesin ja Hubermanin (1994) mukaan jakaa vaiheidensa mukaan karkeasti kolmivaiheiseksi prosessiksi. Se koostuu aineiston redusoinnista eli pelkistämisestä, aineiston klusteroinnista eli ryhmittelystä sekä abstrahoinnista eli teoreettisten käsitteiden luomisesta. Aineistolähtöisen analyysin tekemiseen liittyy melko paljon ongelmia. Analyysia tehdessä täytyy tutkijoiden olla tarkkana, etteivät heidän omat ennakkoluulonsa ohjaa kirjoittamista vaan aineisto. Tutkijoiden täytyy pyrkiä ymmärtämään aineistoa analyysin jokaisessa vaiheessa. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 109, 117, 122, 127.)

Aineiston pelkistämisessä eli redusoinnissa aineistolta kysytään tutkimusongelman mukaisia kysymyksiä. Ensimmäiseksi on tärkeä tunnistaa aineistoista ne asiat, joista tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita. Näin karsitaan pois kaikki tutkimukselle epäolennainen tieto. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 114, 123.) Aineistosta saadut vastaukset eli pelkistetyt ilmaisut kirjataan aineiston termien mukaisesti (Janhonen ja Nikkonen 2003, 36). Aineiston redusoinnin jälkeen vuorossa on aineiston klusterointi eli ryhmittely. Aineiston klusteroinnissa aineiston alkuperäisilmaukset käydään läpi huolellisesti etsien niistä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa ilmiötä kuvaavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi sekä ne nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Aineiston klusteroinnin jälkeen vuorossa on aineiston abstrahointi, jonka tarkoituksena on erotella tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja näin muodostaa valikoidun tiedon perusteella teoreettisia käsitteitä. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 124-125.)

Tämän tutkimuksen aineiston analysointi aloitettiin tarkastelemalla 12 valittua artikkelia yksitellen. Tarkastelun yhteydessä valituista tutkimuksista taulukoitiin artikkelin tekijä(t), julkaisuvuosi, maa, tutkimusjoukon määrä, tietokanta, artikkelin nimi, tutkimuksen tarkoitus ja keskeiset tutkimustulokset (LIITE 1.)

Aineistot luettiin ja englanninkieliset artikkelit suomennettiin molempien tutkijoiden toimesta. Samassa yhteydessä aineistoista kerättiin tutkimuskysymyksiimme vastaavat avoitoipotilaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät. Tutkimuksista nousseet keskeiset asiat listattiin ylös hyödyntäen apuna tekstinkäsittelyohjelman taulukointia. Tämän jälkeen aineisto redusoiitiin, jossa aineistoista saadut ilmaisut kirjattiin pelkistetyiksi ilmaisuiksi, kuten esimerkiksi ”lääkkeiden helppo saataavuus”, ”tieto sairaudesta, hoidosta ja lääkehoidosta” ja ”lääkkeiden korkeat hinnat”.

Aineiston klusteroinnin yhteydessä aineiston pelkistettyjen ilmausten luokittelun apuna käytettiin värikoodeja. Näin samankaltaisuuksien ja eroavaisuuksien hahmottaminen helpottui. Lisäksi apuna käytettiin taulukointia, jonka avulla voitiin havaita samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Tämän jälkeen redusoidut ilmaisut yhdistettiin ja nimettiin sisältöä kuvaavilla käsitteillä ja niistä muodostui 23

alaluokkaa: ideaali lääkehoito, läheiseltä saatu tuki, hoitoon osallistaminen, lyhyt hoitajakso, sairau-
den muoto, ikä, naissukupuolisuus, yksineläjät, työelämässä olo, korkea-asteen koulutus, lääkehoi-
toon liittyvät negatiiviset kokemukset ja seikat, tuen puute, hoidon- ja ohjausprosessin puutteelli-
suus, asenteet ja uskomukset, pelot, sairaus, arkielämään liittyvät unohdukset ja haasteet, taloudel-
linen tilanne, iäkkäämpi henkilö, miessukupuolisuus, avioliitto, työelämässä olo ja matala koulutus-
aste. Alaluokat yhdistettiin abstrahoinnin yhteydessä pääluokkiin, jotta saatiin muodostettua kaksi
yhdistävää luokkaa. Yläkategorioiksi muodostui: hoitoon sitoutumista edistävät tekijät ja hoitoon si-
toutumista rajoittavat tekijät. Lisäksi oli joukko tekijöitä, jotka luokittuivat molempiin yläkategoroi-
hin. Kyseiset tekijät on merkitty taulukkoon boldaamalla. (taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Kategorioiden muodostaminen

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> Vähäinen lääkkeiden määrä Lääkehoidosta saadut hyödyt 	Ideaalilääkehoito	Hoitoon sitoutumista edistävät tekijät
<ul style="list-style-type: none"> Läheisen tuki Läheisen valvoma lääkkeenotto 	Läheiseltä saatu tuki	
<ul style="list-style-type: none"> Tieto sairaudesta, hoidosta ja lääkehoidosta Hyvä hoitosuhde Yksilöllinen hoito Potilaan huomioiminen päätöksenteossa Hoitomuodot Tyytyväisyys hoitoon Muistutukset 	Hoitoon osallistaminen	
<ul style="list-style-type: none"> Lyhyempi hoitoaika Ei aikaisempaa hoitojaksoa 	Lyhyt hoitojakso	
<ul style="list-style-type: none"> Lievä sairauden muoto Masennusdiagnoosi 	Sairauden muoto	
<ul style="list-style-type: none"> Korkeampi ikä Nuori ikä 	Ikä	
<ul style="list-style-type: none"> Naiset 	Naissukupuolisuus	
<ul style="list-style-type: none"> Naimattomat Eronneet 	Yksineläjät	
<ul style="list-style-type: none"> Työssä käynti 	Työelämässä olo	
<ul style="list-style-type: none"> Korkea koulutus 	Korkea-asteen koulutus	
<ul style="list-style-type: none"> Lääkkeiden suuri määrä Lääkkeiden korkeat kustannukset Lääkehoidon hyödyttömyys Lääkkeiden haittavaikutukset Lääkkeisiin ja niiden käyttöön liittyvät pelot Monimutkainen lääkehoito 	Lääkehoitoon liittyvät negatiiviset kokemukset ja seikat	
<ul style="list-style-type: none"> Läheisen tuen puute hoidossa ja lääkehoidossa 	Tuen puute	
<ul style="list-style-type: none"> Negatiivinen hoitosuhde ja kommunikaation puute Hoitoon osallistuvien ammattilaisten ja organisaatioiden moninaisuus Hoidon kesto Hoidon epäsäännöllinen seuranta Hoito ei ole potilaskeskeistä Vaikea hoitoon pääsy Pitkä etäisyys sairaalaan Liian pitkä aika hoitoon pääsyyn Puutteellinen tieto sairaudesta, hoidosta ja lääkehoidosta 	Hoito -ja ohjausprosessin puutteellisuus	
<ul style="list-style-type: none"> Negatiiviset asenteet ja suhtautuminen sairauteen Kulttuurilliset myytit ja uskomukset Kokeilu oireiden uudelleen ilmaantumisesta Tunne voivansa paremmin Kokeilu pärjätä ilman lääkitystä 	Asenteet ja uskomukset	
<ul style="list-style-type: none"> Self -stigma Pelko osastohoidosta 	Pelot	
<ul style="list-style-type: none"> Ahdistuneisuushäiriödiagnoosi Pitkä sairauden kesto Sairauden vaikea muoto Aikaisempi sairaalahoito 	Sairaus	
<ul style="list-style-type: none"> Unohdukset Arkielämän ongelmat 	Arkielämään liittyvät unohdukset ja haasteet	
<ul style="list-style-type: none"> Huono taloudellinen tilanne 	Taloudellinen tilanne	
<ul style="list-style-type: none"> Korkeampi ikä 	Iäkkäämpi henkilö	
<ul style="list-style-type: none"> Miehet 	Miessukupuolisuus	
<ul style="list-style-type: none"> Avioliitto 	Avioliitto	
<ul style="list-style-type: none"> Työssä käynti 	Työelämässä olo	
<ul style="list-style-type: none"> Alhainen koulutus 	Matala koulutusaste	

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Hoitoon sitoutumista edistävät tekijät

Hoitoon sitoutumista edistävinä tekijöinä havaittiin olevan ideaali lääkehoito, läheiseltä saatu tuki, hoitoon osallistaminen, lyhyt hoitajakso, sairauden muoto, ikä, naissukupuoli, yksineläminen, työelämässä olo ja korkea-asteen koulutus.

Adelufosin ym. (2011) tutkimuksen mukaan potilaat, joilla oli vähäinen määrä lääkkeitä, sitoutuivat lääkehoitoon paremmin. Samaa tutkimustulosta tukee myös Luccan ym. (2015) tutkimus, jonka mukaan potilaat, joilla oli vähemmän kuin kaksi lääkettä sitoutuivat hoitoonsa paremmin, kuin potilaat, joilla oli enemmän. Beckin ym. tutkimuksen (2011) mukaan tieto lääkkeiden välttämättömyydestä ja hoidosta vaikuttavat positiivisesti lääkehoitoon sitoutumiseen. Lääkkeistä saadun hyödyn nähtiin myös edistävän hoitoon sitoutumista (Beck ym. 2011).

Sosiaalisen tuen merkitys havaittiin aineistossa edistävän hoitoon sitoutumista. Kaupin (2016) tutkimuksen mukaan potilaat, joilla on hyvä sosiaalinen verkosto ja läheisten tuki, sitoutuivat hoitoon paremmin, kuin he, joilla ei ollut samanlaista sosiaalista tukea. Myös Sharman ym. (2012) tutkimuksessa ilmenee, että vanhemmilta ja läheisiltä saatu sosiaalinen tuki vaikutti lääkehoitoon sitoutumiseen positiivisesti. Läheisen valvoman lääkkeenoton katsottiin edistävän potilaiden lääkehoitoon sitoutumista (Adelufosi ym. 2011.)

De las Cuevasin ym. (2014) tutkimukseen osallistuneiden itseraportoitu sitoutuminen oli huomattavasti korkeammalla niillä potilailla, joiden mieltymykset ja kokemukset hoidosta on otettu huomioon päätöksenteossa. De las Cuevasin ym. (2014) tutkimuksen mukaan potilaiden tyytyväisyys hoitoon nähtiin myös vaikuttavan hoitoon sitoutumiseen sitä edistäen. Adelufosin ym. (2011) tutkimuksessa osallistujat raportoivat vahvempaa sitoutumista hoitoonsa, kun he mielsivät olleensa erittäin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Positiivisen luottamussuhteen psykiatriin nähtiin vahvistavan lääkehoitoon sitoutumista. (De las Cuevas ym. 2017.)

Velliganin ym. (2008) tutkimuksessa tutkittiin CAT-terapiamuotoa, joka on psykososiaalinen hoitomuoto kotiin, jossa käytetään erilaisia muistutuksia ja hälytyksiä parantamaan potilaiden lääkehoitoon sitoutumista. CAT-ohjelma jaetaan kahteen eri muotoon, Full-CAT ja Pharm-CAT. Full-CAT keskittyy lukuisiin yhteisöllisiin sopeutumisen näkökulmiin mukaan lukien hoitotyö, asunnon hoito, vapaa-ajan taidot, sosiaaliset taidot sekä lääkehoito. Pharm-CAT keskittyy vain lääkehoidon ja tapaanmisiin sitoutumiseen. Tutkimuksessa havaittiin, että potilaat, jotka osallistuivat CAT-ohjelmaan, sitoutuivat lääkehoitoon paljon paremmin kuin potilaat, jotka osallistuivat tavalliseen hoitoon.

Hoidon keston merkitystä hoitoon sitoutumiseen tutkittiin muutamassa tutkimuksessa. Luccan ym. (2015) tutkimuksessa ilmenee, että mitä lyhyemmän aikaa potilaat ovat olleet hoidossa, sitä pa-

remppi sitoutuminen lääkehoitoon on. Potilailla, joilla ei ollut taustalla aikaisempaa hoitojaksoa, sitoutuivat hoitoonsa paremmin kuin potilaat, jotka olivat aikaisemmin olleet hoitojaksolla. (Baby ym. 2008; Sharma ym. 2012.)

Sharman ym. (2012) tutkimuksessa ilmenee, että potilaat, joilla oli lievempi sairauden muoto, sitoutuivat paremmin lääkehoitoon. Luccan ym. (2015) tutkimuksessa ilmenee, että masennusta sairastavat potilaat sitoutuvat lääkehoitoonsa paremmin kuin kaksisuuntaista mielialahäiriötä, ahdistuneisuushäiriötä ja skitsofreniaa sairastavat.

Adelufosin ym. (2011) tutkimuksesta voidaan havaita, että 30–44 vuotiaiden ikäryhmästä oli prosentuaalisesti eniten sitoutuneita lääkehoitoonsa. Sharman ym. (2012) tutkimuksessa puolestaan havaitaan, että nuori ikä oli yhteydessä hyvään lääkehoitoon sitoutumiseen. Myös Luccan ym. (2015) mukaan nuorempi väestö 18–29 vuotiaat sitoutuivat hoitoon parhaiten. Korkeammalla iällä oli myös jonkin verran vaikutusta parempaan lääkehoitoon sitoutumiseen De las Cuevasin ym. (2017) tutkimuksen mukaan. Naisten havaittiin sitoutuvan lääkehoitoon miehiä paremmin (Lucca ym. 2015; De las Cuevas ym. 2017). Adelufosin ym. (2011) tutkimuksesta ilmeni, että naimattomat ja eronneet olivat prosentuaalisesti parhaiten hoitoon sitoutuneita.

7.2 Hoitoon sitoutumista rajoittavat tekijät

Tutkimuksemme aineistosta ilmenee, että hoitoon sitoutumista rajoittivat lääkehoitoon liittyvät negatiiviset kokemukset ja seikat, tuen puute, hoidon- ja ohjausprosessin puutteellisuus, asenteet ja uskomukset sekä pelot. Myös sairauden, arkielämään liittyvien unohduksien ja haasteiden, taloudellisen tilanteen, korkeamman iän, miessukupuolisuuden, avioliiton, työelämässä olon ja matalan koulutustason katsottiin vaikuttavan heikompaan hoitoon sitoutumiseen.

Lääkkeiden haittavaikutuksien pelon nähtiin vaikuttavan usean tutkimuksen mukaan lääkehoitoon sitoutumiseen sitä rajoittavasti. Kaupin (2016) tutkimuksen haastatteluiden mukaan lääkehoitoon sitoutumattomuuteen vaikutti potentiaaliset ja todelliset haittavaikutukset. Myös Baby ym. (2008), Tesfay ym. (2013) ja Lucca ym. (2015) havaitsivat tutkimuksissaan, että potilaiden pelko lääkkeiden haittavaikutuksista vaikutti lääkehoitoon sitoutumiseen sitä rajoittaen. Sharman ym. (2012) mukaan lääkkeiden aiheuttama väsymys oli eniten raportoitu haittavaikutus, joka huononsi lääkehoitoon sitoutumista.

Lääkehoidon tehottomuuden vaikutus lääkehoitoon sitoutumattomuuteen tuli myös esiin aineistossa. Kaupin (2016) tutkimuksessa osallistujien ajatus siitä, ettei lääkehoito ole tarpeeksi tehokasta, vaikutti osallistujien haluttomuuteen ottaa lääkkeitään. Yksi yleinen syy huonoon lääkehoitoon sitoutumiseen oli Babyn ym. (2008) tutkimuksessa se, ettei potilaat havainneet lääkkeiden käytössä päivitäistä hyötyä. Lääkkeiden tehottomuus havaittiin myös Tesfayn ym. (2013) tutkimuksessa vaikuttaneen jonkin verran rajoittavasti lääkehoitoon sitoutumiseen.

Lääkehoitoon liittyviä pelkoja havaittiin myös useissa tähän kirjallisuuskatsaukseen valituissa tutkimuksissa. Lääkehoitoon liittyvien pelkojen havaittiin rajoittavan potilaiden hoitoon sitoutumista. Kaupin (2016) tutkimuksen mukaan osallistujien kokemana pelko ylläkkästä ja riippuvuudesta vaikuttivat sitoutumiseen sitä rajoittaen. Lääkkeiden käyttöön liittyvä yleinen pelko heikensi lääkehoitoon sitoutumista (Lucca ym. 2015). Potilaiden pelko lääkkeiden väärinkäytöstä vaikutti myös lääkityksen toteutumiseen ja niin lääkehoitoon sitoutumiseen (Baby ym. 2008). Tesfayn ym. (2013) tutkimuksessa raportoitiin potilaiden yrityksistä selviytyä ilman lääkitystä. Tämän katsottiin vaikuttavan myös lääkehoitoon sitoutumiseen ja se nähtiin hoitoon sitoutumista rajoittavana tekijänä. Lääkehoitoon sitoutumista katsottiin rajoittavan potilaiden kokeilu oireiden uudelleen ilmaantumisesta jättämällä sairauden hoidon edellyttämä lääkitys (Lucca ym. 2015). Monimutkaisen lääkityksen katsottiin myös ennustavan heikkoa lääkehoitoon sitoutumista (Tefayn ym. 2013). Lääkkeiden kustannuksien vaikutus korostui Luccan ym. (2015) tutkimuksessa, jonka mukaan lääkityksestä koituvat kustannukset heikensivät lääkehoitoon sitoutumista.

Sosiaalisen tuen puutteen nähtiin vaikuttavan vahvasti hoitoon sitoutumista rajoittavana tekijänä. Potilaat kokivat Kaupin (2016) tutkimuksessa, että yksinäisyydestä ja tuen puutteesta johtuen heidän oli vaikea noudattaa ja selviytyä hoidosta itsenäisesti. Adelufosin ym. (2011) ja Adewuyanin ym. (2008) tutkimuksissa huonoon lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä oli perheen ja sosiaalisen tuen puute. Perheen tuen puute katsottiin myös olevan Luccan ym. (2015) tutkimuksessa lääkehoitoon sitoutumista rajoittava tekijä. Myös hoitohenkilökunnan ja läheisten lääkityksen vastustaminen vaikutti Baby ym. (2008) mukaan huonoon lääkehoitoon sitoutumiseen. Perheen ja sosiaalisen tuen merkitys korostui myös Tesfayn ym. (2013) tutkimuksessa, jonka mukaan tuen puute ennusti heikkoa lääkehoitoon sitoutumista. Vaikeudet perheen tai puolison kanssa havaittiin rajoittavan lääkehoitoon sitoutumista (Baby ym. 2008).

Riittämätön hoitoprosessi ja se, ettei hoito ollut tarpeeksi yksilöllistä eikä potilaille ollut mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa, aiheutti ongelmia hoitoon sitoutumisessa. Potilaat kokivat riittämättömän hoitoprosessin johtuvan hoitoon pääsyyn puutteesta, hoidon muutoksista, vaihtuvista ammattilaisista sekä potilaat kokivat sekavaksi sen, että hoitoon osallistui liian monia eri organisaatioita ja terveydenhuollon ammattilaisia. (Kauppi 2016.) Luottamusta psykiatriin ja hoitohenkilökuntaan pidettiin tärkeänä. Kommunikointi puutteesta (Kauppi 2016) ja negatiivisen suhteen hoitavaan psykiatriin (Baby ym. 2008) katsottiin aiheuttavan ongelmia hoitoon sitoutumisessa. Vähäisen tiedon sairaudesta havaittiin rajoittavan hoitoon sitoutumista (Sharma ym. 2012; Lucca ym. 2015). Tietoisuuden puute hoidon kuluista (Sharma ym. 2012) ja lääkityksestä (Kauppi 2016) rajoittivat hoitoon sitoutumista.

Kaupin (2016) tutkimuksessa havaittiin, että lääkehoitoon sitoutumista rajoitti se, että sairaalasta pääsyn jälkeen ensimmäiseen avohoidon käyntiin oli liian pitkä aika. Gatin ym. tutkimuksen (2014) mukaan pitkä aika diagnoosista avohoidon pääsemiseen heikensi myös hoitoon sitoutumista. Myös pitkät välimatkat sairaalaan nähtiin vaikeuttavan Adelufosin ym. tutkimuksessa (2011) hoitoon sitoutumista. Tesfayn ym. (2013) mukaan epäsäännöllinen seuranta vaikeutti lääkehoitoon sitoutumista.

Aikaisemmalla sairaalahoidolla katsottiin olevan merkitystä sitoutumiseen. Babyn ym. (2008) mukaan lääkehoitoon sitoutumista havaittiin rajoittavan sen, jos potilaat pelkäsivät sairaalan osastohoitoa.

Tutkimuksiin osallistujien mukaan negatiiviset asenteet hoitoa ja lääkehoitoa kohtaan vaikutti merkittävästi hoitoon sitoutumiseen. Kaupin (2016) tutkimukseen osallistuneet terveydenhuollon ammattilaiset raportoivat, että potilaiden negatiiviset asenteet hoitoa kohtaan voivat ennustaa puutteellista lääkehoitoon sitoutumista. Terveydenhuollon ammattilaisten mukaan potilaiden negatiivisiin asenteisiin vaikuttivat tiedon puute tai alhainen motivaatio. (Kauppi 2016.) Huono asenne lääkehoitoa kohtaan rajoitti lääkehoitoon sitoutumista myös Beckin ym. (2011) tutkimuksessa. Oman sairauden kieltämisen katsottiin myös tuovan haasteita lääkehoitoon sitoutumiseen (Baby ym. 2008).

Hengellisten, kulttuurillisten sekä erilaisten uskomuksien nähtiin vaikuttavan hoitoon ja lääkehoitoon sitoutumiseen. Adewuyan ym. (2008) mukaan lääkehoitoon sitoutumista rajoitti hengelliset syyt. Eri-laiset kulttuurilliset myytit sekä uskomukset puoltavat Luccan ym. (2015) mukaan vaihtoehtoista lääkitystä, jonka takia sitoutuminen psykiatriisiin hoitoihin ja lääkitykseen huononevat. Myös Tesfayn ym. (2013) näkivät uskonnollisiin tai perinteisiin lääkkeisiin siirtymisen vaikuttavan rajoittaen lääkehoitoon sitoutumista.

Tunne paremmasta olostä (Tsfay ym. 2013; Lucca ym. 2015) ja tunne olevansa terve (Kauppi 2016) vaikuttivat huonoon lääkehoitoon sitoutumiseen. Kaupin (2016) mukaan tunne, että on terve ja oireettomuus sai potilaat lopettamaan hoidon ja lääkityksen, sillä he kokivat sen tarpeettomana. Tesfayn ym. (2013) tutkimuksen mukaan osallistujat pitivät myös oloansa parempana ilman lääkitystä, joka johti lääkehoitoon sitoutumattomuuteen.

Self-stigma eli leimaantumisen pelko psyykkisesti sairaaksi rajoitti hoitoon sitoutumista. Adewuyanin ym. (2008) tutkimuksessa ilmenee, että huonoon lääkehoitoon sitoutumiseen vaikutti leimaantumisen pelko. Samaa tutkimustulosta tukee myös Babyn ym. (2008) tutkimus, jossa leimaantumisen pelko, joka liittyi hoitoon tai lääkkeisiin, vaikutti hoitoon sitoutumiseen negatiivisesti. Leimaantumisen pelon katsottiin myös vaikuttavan potilaan käsitykseen lääkkeitä, jolloin lääkitys ei potilaiden mukaan ollut tarpeen (Baby ym. 2008).

Paranoidisten ajatusten sekä masennus -ja ahdistusoireiden esiintyminen voi Kaupin (2016) mukaan johtaa tilanteeseen, jossa potilaat kokevat lääkehoitoon sitoutumisen vaikeaksi, vaikka he ovat tietoisia siitä, että heidän tulisi sitoutua hoitoonsa. Sharman ym. tutkimuksen (2012) mukaan potilaat, joilla oli lievempi sairauden muoto, olivat paremmin sitoutuneita lääkehoitoon. De las Cuevasin ym. (2017) mukaan ahdistuneisuushäiriödiagnoosi rajoitti hoitoon sitoutumista, mutta masennusdiagnoosin merkitys hoitoon sitoutumiseen ei ollut merkittävä. Syömishäiriön hoitoon sitoutumista Gatin ym. (2014) mukaan rajoitti myös se, kuinka kauan potilas oli sairastanut syömishäiriötä. Mitä kauemmin potilas oli sairastanut, sitä huonompi sitoutuminen oli.

Unohdukset nähtiin myös yhtenä hoitoon sitoutumista rajoittavana tekijänä. Kaupin (2016) ja Tesfayn ym. (2013) tutkimuksien mukaan yleisimpinä syinä huonoon lääkehoitoon sitoutumiseen pidettiin unohduksia. Unohdukset nähtiin myös jonkin verran merkitseväenä tekijänä lääkehoitoon sitoutumiseen Luccan ym. (2015) tutkimuksessa.

Kaupin (2016) tutkimuksessa osallistujat raportoivat, että jokapäiväisestä toiminnasta on vaikea selviytyä sekä, että jokapäiväisessä elämässä esiintyvät vaikeudet (esim. epäsäännöllinen päivärytmi) vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. Adelufosin ym. (2011) mukaan huono elämänlaatu rajoitti lääkehoitoon sitoutumista. Potilaasta johtuvista syistä henkilökohtaiset velvoitteet vaikuttivat merkittävästi lääkehoitoon sitoutumattomuuteen (Lucca ym. 2015). Vaikeudet perheen tai puolison kanssa havaittiin myös rajoittavan lääkehoitoon sitoutumista (Baby ym. 2008).

Huonon taloudellisen tilanteen nähtiin vaikuttavan hoitoon sitoutumattomuuteen. Baby ym. (2008) havaitsivat tutkimuksessaan, että taloudelliset esteet olivat syitä huonoon sitoutumiseen. Gatin ym. (2014) mukaan lääkehoitoon sitoutumista rajoitti huono taloudellinen tilanne ja sen vuoksi suuri taloudellinen taakka hoidosta.

Iän merkitystä hoitoon sitoutumista rajoittavana tekijänä havaittiin yhdessä tutkimuksessa. Luccan ym. (2015) mukaan sitoutumattomuutta havaittiin 30-39 vuotiailla määrällisesti enemmän. Miehet sitoutuvat lääkehoitoon huonommin potilaista johtuvien syiden takia, joita ovat esimerkiksi potilaiden velvollisuudet, perheen tuen puute, lääkepelko sekä välinpitämättömyys. Naiset sitoutuvat lääkehoitoon huonommin tautiin liittyvien syiden takia, joita ovat esimerkiksi oireiden itsetarkastelu, paremman olon kokeminen sekä huono sairauden ymmärrys. (Lucca ym. 2015.)

Adewuyan ym. (2008) tutkimuksesta ilmenee, että työelämässä olevat sitoutuivat lääkehoitoon huonommin kuin työttömät. Alhaisen koulutustason katsottiin vaikuttavan hoitoon sitoutumista rajoittavana tekijänä. (Baby ym. 2008; Lucca ym. 2015)

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tässä kirjallisuuskatsauksessa kokosimme yhteen kansainvälistä tutkimustietoa siitä, mitkä tekijät edistävät ja rajoittavat aikuispsykiatristen potilaiden hoitoon sitoutumista. Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvata aikuispsykiatristen avohoitopotilaan hoitoon sitoutumista ja tuottaa tietoa siihen vaikuttavista tekijöistä. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitujen artikkelien analysoinnin yhteydessä saatiin lupaavaa näyttöä hoitoon sitoutumista edistävästä ja rajoittavista tekijöistä.

Läheisiltä saatu tuki ja tuen puutteen nähtiin tutkimuksemme tuloksissa tärkeänä osana lääkehoitoon ja hoitoon sitoutumisessa. Se mainitiin kuudessa valitussa artikkelissa, jolloin sitä voidaan pitää merkittävänä tekijänä. Läheisiltä ja hoitohenkilöstöltä saatu tuki korostui ja sen puutteen nähtiin vaikuttavan hoitoon sitoutumiseen sitä heikentävänä tekijänä. Sosiaalisen tuen merkitys hoitoon sitoutumisessa on osoitettu myös muiden potilasryhmien kohdalla. Lunnela (2011, 71) on tutkimuksessaan havainnut sosiaalisen tuen edistävän glaukoomaa sairastavien potilaiden hoitoon sitoutumista. Sen on myös havaittu vaikuttavan sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden hoitoon sitoutumiseen positiivisesti pallolaajennuksen jälkeen (Kähkönen 2017, 42-43). Samaista tutkimustulosta tukee myös Koiviston (2000, 53) tutkimus, jossa sosiaalisen tuen katsottiin vaikuttavan positiivisesti myös päihdeongelmaisten hoitoon sitoutumisen edistämässä. Hoitoon sitoutumisen katsotaan useasti olevan riippuvainen potilaasta itsestään, mutta tämän tutkimuksen aineiston pohjalta voidaan päätellä, että se tarvitsee toteutuakseen tukea ja kannustusta läheisiltä.

Tutkimukseen valikoitujen artikkelien perusteella voidaan todeta, että lääkehoitoon liittyvien negatiivisten kokemusten ja seikkojen katsottiin tutkimuksessa vaikuttavan merkittävästi potilaiden hoitoon sitoutuneisuuteen. Etenkin lääkkeiden haittavaikutukset nousivat aineistoista vahvasti esiin ja niiden voidaan havaita rajoittavan lääkehoitoon sitoutumista merkittävästi. Tutkimuksien osallistujat kokivat muun muassa todellisten ja potentiaalisten haittavaikutusten rajoittavan lääkehoidon toteutusta ja näin vaikuttavan sitoutumiseen. Arvilommi (2016, 84) on tutkinut lääkkeiden haittavaikutusten yhteyttä lääkehoitoon sitoutumiseen psykiatristen sairaala- ja avohoitopotilaiden kohdalla. Tutkimuksen mukaan lääkkeiden haittavaikutusten katsottiin rajoittavan lääkehoitoon sitoutumista. Myös Kellyn, McCarthyn ja Sahmin (2014, 1426) sekä Akintunden ym. (2015) tutkimuksissa esitettyjen tuloksien mukaan lääkkeiden käytöstä aiheutuvien haittavaikutusten esiintyminen vaikuttaa merkittävästi potilaiden lääkehoitoon sitoutumiseen.

Tutkimuksen aineiston mukaan lääkkeisiin ja niiden käyttöön liittyvien pelkojen havaittiin rajoittavan hoitoon sitoutumista sekä myös jos lääkkeiden käytöstä ei katsottu olevan päivittäistä hyötyä. Osassa mielenterveyshäiriöiden hoidossa lääkehoito on merkityksellistä ja hoidon toteuttamiseksi välttämätöntä. Potilaan ohjauksessa huomiota on kiinnitettävä myös lääkehoitoon ja siitä mahdollisesti aiheutuviin haittavaikutuksiin. Tutkimuksen aineiston pohjalta voidaankin havaita, että lääkkeiden käyttöön liittyvät negatiiviset kokemukset ja seikat heikentävät potilaiden lääkehoidon toteuttamista.

Hyvän ja yksilöllisen hoidon voidaan tuloksissa havaita edistävän potilaiden hoitoon sitoutumista. Potilaiden hoitoon osallistamisen merkitys korostui ja siihen vaikuttavien tekijöiden tukemista voidaan pitää merkittävänä sitoutumisen edistämisessä. Puolestaan hoidon ja ohjausprosessin puutteellisuuden katsotaan valituissa aineistoissa rajoittavan sitoutumista. Aineistosta voidaan muunmuassa havaita, että puutteellinen tieto sairaudesta, sen hoidosta ja siihen liittyvästä lääkehoidosta vaikeuttaa potilaiden hoitoon sitoutumista. Kyngäksen ja Hentisen (2008, 29) mukaan potilaan tieto sairaudesta, tilanteesta ja hoidosta ovat edellytys hyvään hoitoon sitoutumiseen. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että yksilöllinen hoitoprosessi ja tiedonsaanti ovat keskeisessä asemassa hoitoon sitoutumisessa. Mielenterveyshäiriöitä voidaan luonnehtia pitkäaikaissairauksina, jolloin yksilöllisen ja hyvän hoidon merkitys korostuu sekä luottamussuhde hoitohenkilökunnan kanssa on oleellinen. Kun hoito ja ohjaus toteutetaan yksilöllisesti ja laadukkaasti, on hoitoon sitoutuminenkin potilaalle helpompaa.

Aineistossa havaittiin myös potilaiden asenteiden ja uskomuksien vaikutus hoidon toteuttamiseen. Negatiivisten asenteiden, sairauden oireiden ilmaantumisen kokeilu ilman lääkitystä, tunne voivansa paremmin ja kokeilu pärjätä ilman lääkitystä vaikuttivat huonoon hoitoon sitoutumiseen. Sairauteen sekä hoitoon liittyvien kulttuurillisten uskomuksien ja myyttien vuoksi osa tutkimusaineiston potilaista siirtyi vaihtoehtoihin hoitoihin. Tutkimukset joissa hoitoon sitoutumista rajoitti vaihtoehtoihin hoitoihin siirtyminen, ovat toteutettu aliehkittyneissä maissa, jolloin näihin hoitomuotoihin siirtymistä voitaisiin mahdollisesti perustella tietoisuuden puutteena sekä maissa ilmenevänä vahvana uskonnollisuutena.

Arkielämän vaikeudet ja sen tuomat haasteet nähtiin rajoittavan hoitoon sitoutumista. Aineiston mukaan haasteita hoitoon sitoutumiselle aiheutti esimerkiksi epätasapainoinen päivärytmi, perheen sisäiset ongelmat sekä arkielämän haasteet. On loogista, että mikäli potilailla esiintyy ongelmia arkielämässä ja niistä selviytyminen tuottaa omia haasteitaan, on hoitoon sitoutuminenkin heikompaa.

Unohduksien havaittiin tutkimusaineistossa olevan melko yleisiä ja niiden katsottiinkin rajoittavan lääkehoitoon sitoutumista. Lääkehoitoon sitoutumista on tutkittu myös HIV -potilaiden osalta ja tutkimuksesta käy ilmi, että potilaiden sitoutumista ART -lääkitykseen heikensi merkittävästi unohdukset (Croome, Ahluwalia, Hughes ja Abas, 2017). Unohduksien ollaan havaittu vaikeuttavan myös tuberkuloosia sairastavien potilaiden lääkehoitoon sitoutumista (Tsfahuneygn, Medhin ja Lessege, 2015).

Tutkimusaineistosta nousi esiin myös sitoutumiseen heikentävästi vaikuttavina tekijöinä esimerkiksi taloudellinen tilanne, avioliitto, työelämässä oleminen, alempi koulutustaso, aikaisempi sairaalajakso, pitkä etäisyys hoitopaikkaan sekä liian pitkä aika hoitoon pääsyyn. Aineistojen mukaan muita hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä oli muun muassa lääkehoidosta saadut hyödyt, lyhyt hoidon kesto, läheisen valvoma lääkkeenotto, korkeampi ikä sekä naissukupuoli

Tutkimuksessa ilmeni useita hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksemme valikoidun aineiston mukaan päädyimme alla esitettyihin keskeisimpiin johtopäätöksiin. Tutkimuskysymyksemme olivat: Mitkä tekijät edistävät aikuispsykiatristen avohoitopotilaiden hoitoon sitoutumista?

Mitkä tekijät rajoittavat aikuispsykiatristen avohoitopotilaiden hoitoon sitoutumista? Tutkimustuloksien avulla saimme vastauksia tutkimuskysymyksiimme.

- Aikuispsykiatristen avohoidon potilaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttavien tekijöiden kirjo on moninainen. Se pitää sisällään potilaaseen, lääkehoitoon ja hoitoympäristöön liittyviä tekijöitä. Toteutuakseen hoitoon sitoutuminen edellyttää läheisen tukea, lääkehoidon ohjausta, hyvää ja yksilöllistä hoitoa, positiivista asennetta ja arkielämän sekä sen ongelmien hallintaa.
- Sosiaalisella tuella on suuri merkitys hoitoon sitoutumisessa. Perheeltä ja läheisiltä saadun tuen puute sekä heidän negatiiviset ajatukset sairautta ja lääkehoitoa kohtaan voivat näyttäytyä potilaiden hoitoon sitoutumattomuutena niin lääkehoidossa, kuin käytännön hoidossa.
- Lääkehoitoon liittyvien negatiivisten kokemusten ja seikkojen katsottiin olevan yksi tärkeä tekijä heikkoon hoitoon sitoutumiseen. Etenkin lääkkeiden potentiaalisia ja todellisia haittavaikutuksia voidaan pitää lääkehoitoon sitoutumista rajoittavina tekijöinä.
- Hoidon ja ohjausprosessin puuttellisuus nähdään hoitoon sitoutumista rajoittavana tekijänä. Tietoa sairaudesta, hoidosta ja lääkehoidosta voidaan pitää merkittävänä, jotta potilas kykenee sitoutumaan hoitoonsa.
- Negatiiviset asenteet ja uskomukset sairautta sekä sen hoitoa kohtaan rajoittavat potilaiden hoitoon sitoutumista. Väestöryhmien sisäisten kulttuurillisten uskomusten ja niihin liittyvien vaihtoehtoihin hoitoihin siirtyminen rajoittaa hoitoon sitoutumista.
- Hoitoon sitoutumista rajoitti potilaiden arkielämän vaikeudet. Haasteet elämässä ja vaikeudet läheisten kanssa osoittivat heikompaa hoitoon sitoutumista.
- Lääkehoidossa tapahtuvien unohduksien havaittiin olevan aineistoissa yleisiä. Lääkkeiden ottamisen suhteen tapahtuvien unohduksien voidaankin todeta heikentävän hoitoon sitoutumista.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tuomi ja Sarajärven (2018, 164) mukaan tutkijoiden tulee kuvailla riittävän tarkasti tutkimusprosessin aineiston haku, jotta lukijat kykenevät arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta. Tavoitteenamme oli saada kirjallisuuskatsauksesta mahdollisimman luotettava, jonka vuoksi aineistojen julkaisuajankohdaksi asetettiin 2007-2017, jotta valitut aineistot olisivat mahdollisimman tuoreita ja saataisiin mahdollisimman ajankohtaista tietoa. Aineiston hakua ohjasi etukäteen asetetut tutkimuskysymykset, joiden mukaan tutkimuksen kannalta olennainen tutkimusaineisto pyrittiin valitsemaan. Tutkimuksen aineiston haussa käytettiin kolmea eri tietokantaa. Tietokannoissa käytetyt tarkat hakulausekkeet saattoivat sulkea pois joitakin tutkimukseen relevantteja aineistoja. Käyttämällä väljempää hakulausekkeitä olisi mahdollisesti pystytty muodostamaan laajempi kokonaisuus ja näin luotetta-

vampi tutkimus. Kirjallisuuskatsauksessa käytettyjen aineistojen tuli olla saatavilla tietokannoista ve-
loituksetta eikä niiden luku-oikeuden saaminen edellyttänyt rekisteröitymistä. Maksullisten tai vaike-
asti saatavilla olevien tutkimusartikkelien poissulkemisen yhteydessä on saattanut jäädä ulkopuolelle
aineistoja, joilla olisi ollut vaikutusta sisällönanalyysissä saatuihin tuloksiin.

Tutkimuksemme kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi on kirjattu huolellisesti ja mahdollisimman tar-
kasti vaihe vaiheelta. Tutkimuksessa esitetyt kuviot ja taulukot on laadittu selventämään hakupro-
sessin hahmottamista. Oikeiden asiasanojen hahmottaminen helpottavat aineiston hakua sekä en-
naltaehkäisevät virheitä, jotka voivat johtaa vääristyneisiin johtopäätelmiin. Asiasanojen hahmotta-
miseksi ja näin tutkimuksemme luotettavuuden lisäämiseksi käytimme apuna Savonia ammattikor-
keakoulun tiedonhaunasiiantuntijaa. Asiantuntijan avulla pystyttiin varmistamaan se, että tiedonhaku
on johdonmukaista ja se pohjautuu luotettaviin tietokantoihin ja näin tutkimukseen soveltuviin ai-
neistoihin. Käytimme aineistojen hakemiseen ja tutkimiseen paljon aikaa, jotta saisimme koottua
tutkimuskysymyksiimme vastaavan aineiston. Axelinin, Stoltin ja Suhosen (2016, 28) mukaan tutki-
muksen arvioinnin luotettavuutta vahvistaa se, että arvioinnin suorittaa vähintään kaksi tekijää. Ai-
neiston haku suoritettiin yhtäaikaaisesti molempien tutkijoiden toimesta ja pystyimme siltä osin
varmistamaan sen, että tutkimukseemme valikoitui tutkimuskysymyksiimme vastaavia tutkimuksia.

Tutkittavaan aineistoon valikoitui 11 kansainvälistä ja yksi suomalainen tutkimusartikkeli. Aineistojen
vieraskielisyyden vuoksi luotettavuuden arvioinnissa on otettava huomioon mahdolliset käännösvai-
heissa tapahtuneet virheelliset tulkinnat. On siis mahdollista, että aineistojen vieraskielisyyden
vuoksi niiden tuloksia on tulkittu väärin ja aineiston hakuprosessin yhteydessä on saattanut karsiu-
tua pois tutkimustulokseen vaikuttavia kirjallisuuskatsauksen kannalta oleellisia tutkimusaineistoja.
Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui sisäänottokriteereiden mukaisesti ainoastaan englannin -ja suo-
menkielisiä julkaisuja. Tämä on saattanut mahdollisesti aiheuttaa kieliharhaa ja heikentää tutkimuk-
sen luotettavuutta muun kielisten tutkimuksen jäädessä pois tarkastelusta (Pudas-Tähkä ja Axelin
2007, 53).

Luotettavuuden arvioinnissa on syytä ottaa huomioon tutkimustuloksien siirrettävyys (Kylmä ja Ju-
vakka 2007, 127). Kirjallisuuskatsauksemme valikoituineista tutkimuksista kuusi on tehty alikehitty-
neissä maissa, joissa sosiodemografiset tekijät poikkeavat joissain määrin länsimaisesta väestöstä.
Etenkin kulttuurillisten uskomuksien voidaan katsoa vaikuttava vahvasti potilaan hoitoon sitoutumi-
seen näissä maissa (Adewuya ym. 2008; Tesfay ym. 2013; Lucca ym. 2015). Lisäksi alikehittyneiden
maiden hoito ja sen käytänteet poikkeavat jossain määrin Suomen terveydenhuollosta. Valtioiden
köyhyyden vuoksi terveydenhuolto on erittäin niukka ja sen tarjoamat palvelut ovat yleensä maksul-
lisiä, jolloin terveyspalveluiden käyttö on usein riippuvaista potilaiden varallisuudesta (Puska 2007).
Tämä tulee ottaa huomioon tutkimuksen siirrettävyyden arvioinnissa eivätkä tässä tutkimuksessa esi-
tetyt tulokset ole välttämättä täysin siirrettävissä suomalaisten psykiatristen potilaiden hoitoon.

Tutkimuksen yhdeksi haasteellisimmista vaiheista tutkijat nimeävät aineiston analysoinnin. Sisäl-
lönanalyysissä riskialttein vaihe on aineistojen pelkistäminen. Tutkijoiden on pelkistettävä aineisto
niin, ettei tutkittavan ilmiön sisältö tai informaatio muutu (Latvala ja Vanhanen-Nuutinen 2001, 36–

37). Vaikka sisällönanalyysi vaati tutkijoilta useita toistoja ja korjauksia, ollaan tutkimuksessa esitettyyn sisällönanalyysiin kaikin puolin tyytyväisiä. Mahdollisia aineistonanalyysin yhteydessä tulleita virheitä ei voida kuitenkaan tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa sulkea pois. Pرهdyimme valittuihin tutkimuksiin alusta asti huolellisesti, jotta osasimme poimia kirjallisuuskatsauksemme tutkimuskysymyksiin vastaavan tiedon. Pyrimme tarkastelemaan aineistoa mahdollisimman objektiivisesti sekä tasa-arvoisesti.

8.3 Tutkimuksen eettisyys

Tuomen ja Sarajärven (2018, 153) mukaan tutkijoilla on eettinen vastuu jo tutkimusaiheen valinnassa. Tutkimusaiheeksemme valikoitui aikuispsykiatrisen avohoitopotilaan hoitoon sitoutuminen aiheen ajankohtaisuuden vuoksi. Tutkijoina näimme aiheen tärkeänä, sillä mielenterveyspotilaiden määrä on jatkuvassa kasvussa eikä aikuispsykiatristen avohoitopotilaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä ole Suomessa juurikaan tutkittu. Aiheen ajankohtaisuuden lisäksi tutkijat ovat kiinnostuneita psykiatrisesta hoitotyöstä, joten aiheen koettiin tukevan ammatillista kasvua ja valmiuksia toimia tulevaisuudessa sairaanhoitajina psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu tarvittavien tutkimuslupien hankkiminen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Tutkimuslupa tähän tutkimukseen haettiin Kuopion yliopistolaisesta sairaalasta ennen tutkimussuunnitelman aloittamista.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeen (2012) mukaisesti tutkimusta tehdessämme noudatimme hyvää tieteellistä käytäntöä, joka on edellytys sille, että tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava sekä tutkimustulokset ovat uskottavia. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvat rehellisyys, tarkkuus sekä yleinen huolellisuus. Tutkijoiden tekemän työn arvostaminen sekä heidän julkaisujensa kunnioittava kohtelu ovat myös tärkeitä hyvän tieteellisen käytännön asioita. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; Vilkkä 2015, 22.) Tutkimuksessamme olemme pyrkineet hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti kunnioittamaan viitattuja tutkijoita merkitsemällä tutkimuksessa käytetyt lähteet tarkasti sekä asiaankuuluvasti. Teksti- ja lähdeviitteet ovat merkitty Savonia-ammattikorkeakoulun lähteiden merkitsemisohjeita noudattaen.

Tutkimustuloksien raportoinnissa edellytetään avoimuutta, vastuullisuutta rehellisyyttä sekä tarkkuutta (Kylmä ja Juvakka 2007, 154; TENK 2012, 6). Tulosten raportoinnissa pyrimme esittämään tulokset mahdollisimman selkeästi ja todenmukaisesti sekä välttämään harhaanjohtavia ja puutteellisia ilmaisuja, joista lukija voisi saada virheellisiä käsityksiä tuloksista.

8.4 Ammatillinen kehitys ja työn eteneminen

Tutkijoiden ammatillista kehitystä tutkimuksen tekemisen aikana voidaan arvioida sairaanhoitajan ammatillisten kompetenssien kautta, joita ovat asiakaslähtöisyyden osaaminen, hoitotyön eettisyyden ja ammatillisuuden osaaminen, johtamisen osaaminen, näyttöön perustuvan toiminnan ja päätöksenteon osaaminen sekä terveyden ja toimintakyvyn edistämisen osaaminen (Eriksson, Korhonen, Merasto ja Moisio 2015).

Tutkimus on harjaannuttanut tutkijoita ymmärtämään asiakaslähtöisyyden osaamisen tärkeyttä. Molemmat tutkijat ovat työskennelleet psykiatrissa hoitoa vaativien potilaiden kanssa, joten aikaisempaa tietoa tämän asiakasryhmän asiakaslähtöisyyden tärkeydestä oli jo entuudestaan. Tutkimusprosessin aikana asiakaslähtöisyyden merkitys korostui ja tieto asiakaslähtöisyyden merkityksellisyydestä psykiatristen potilaiden hoitoon sitoutumisen tukemiseksi vahvistui.

Tutkimuksen eettisyyttä on arvioitu koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksen teko on edellyttänyt huolellista tutustumista terveydenhuolto-ohjaaviin lainsäädäntöihin ja sitä koskeviin eettisiin ohjeisiin. Perusteellinen tutustuminen terveydenhuolto-ohjaaviin lakeihin ja arvoihin on opettanut tutkijoille hoitotyön eettistä osaamista. Tutkimuksen tekeminen on vaatinut yhteistyötä monien eri tahojen kanssa. Yhteistyötä tehtiin aktiivisesti tutkimuksen tilaajan, ohjaavan opettajan sekä erilaisten asiantuntijoiden kanssa. Toimiva yhteistyö edellä mainittujen henkilöiden kanssa on ollut edellytys tämän tutkimuksen toteutumiselle. Monipuolinen yhteistyö on opettanut ammatillista osaamista, kykyä luoda uusia kontakteja sekä kykyä tehdä yhteistyötä uusien ihmisten kanssa.

Johtamisen osaaminen kasvoi merkittävästi organisoidessamme ajankäyttöämme sekä työskennellessämme tavoitteellisesti saadaksemme tutkimuksemme valmiiksi suunnitellussa aikataulussa. Tutkimuksen saattaminen valmiiseen muotoon asetetussa aikataulussa vaati tutkijoilta työhön sitoutumista, suunnitelmallisuutta ja työn organisointikykyä. Tutkijat ovat koko tutkimusprosessin ajan joutuneet priorisoimaan asioita sekä tekemään kompromisseja yhteen sovittaessaan omia henkilökohtaisia menojaan, koulun käyntiä, työtä sekä tutkimuksen tekemistä keskenään. Tutkimuksen tekeminen on ollut ajoittain raskasta ja haastavaa, mutta aito kiinnostus sekä tutkimuksen yhteydessä tulleet erilaiset oppimiskokemukset ovat motivoineet jatkamaan tutkimusprosessia määrätietoisesti.

Tutkimus on kehittänyt tutkijoiden näyttöön perustuvan toiminnan ja päätöksenteon osaamista. Tutkimus on harjaannuttanut tutkijoita tieteellisen tiedon hankintaan sekä lähdekriittisyyteen. Tutkimusprosessiin kuulunut aineistonhaku on opettanut tutkijoita etsimään ja käsittelemään tietoa erilaisista lähteistä. Tietokantoihin ja niiden hakutoimintoihin tutustuminen on ollut välttämätöntä kirjallisuuskatsausta tehdessä, jotta tutkimuksesta saadaan asetettuihin tutkimusongelmiin vastaava. Tutkimusaineiston luotettavuuden arviointi on ollut tärkeää tutkijoille, jotta tutkimus olisi mahdollisimman luotettava. Tutkimusta tehdessä tutkijat ovat oppineet rajaamaan tiedonhakuja hakusanojen avulla sekä etsimällä mahdollisimman tuoreita luotettavia tutkimuksia. Aineistonhakuja tutkijat varmasti hyödyntävät myös tulevaisuudessa työelämässä sekä mahdollisissa jatko-opinnoissa. Syvälinen perehtyminen tutkimusaineistoon on kasvattanut tutkijoiden tietoperustaa psykiatristen potilaiden hoitoon sitoutumisesta. Tutkijat voivat hyödyntää tutkimuksen kautta saamaansa tietoa tulevaisuudessa työelämässä potilaiden hoitoon sitoutumisen tukena.

Terveyden ja toimintakyvyn edistämisen osaaminen kasvoi koko tutkimusprosessin ajan. Huolellinen perehtyminen tutkimusaineistoon lisäsi käsitystä hoitoon sitoutumisen tärkeydestä terveyden ja toimintakyvyn edistämisen kannalta. Tutkimus on antanut tutkijoille uusia näkökulmia psykiatristen potilaiden hoitoon sitoutumisen edistämiseksi ja korostanut potilaskeskeisyyden sekä ohjauksen merkitystä mielenterveyshäiröitä sairastavien potilaiden hoidossa. Tutkijat ovat oppineet työn ansiosta

paljon erilaisista mielenterveyden ongelmista ja niiden hoitomuodoista. Tutkimuksessa tuotiin esille hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä ja näin olemme työn osalta voineet tukea terveyttä edistävää työtä myös yhteiskunnallisesti.

Työn eteneminen on sujunut ennalta suunnitellussa aikataulussaan tutkimussuunnitelman mukaisesti. Tutkimuksen aihe ja tutkimusmenetelmä valittiin keväällä 2017. Aineistonhakuprosessi aloitettiin lokakuussa 2017, jonka jälkeen aineistoa analysoitiin. Sisällönanalyysi aloitettiin joulukuussa 2017. Loppuraportin kirjoittaminen aloitettiin tammikuussa 2018 ja tutkimus esiteltiin seminaarissa kevään 2018 aikana.

8.5 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksessa saatuja tuloksia hoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä on mahdollista jatkossa hyödyntää potilaiden hoitoon sitoutumisen tukena. Tutkimus toimitetaan tilaajalle Kuopion yliopistolaisen sairaalan yleissairaalapysykiatrian poliklinikalle, jossa sitä voidaan hyödyntää psykiatristen avohoitopotilaiden hoitoon sitoutumisen tukemiseksi. Tutkimusta on mahdollista hyödyntää myös muissa terveydenhuollon yksiköissä potilaiden hoitoon sitoutumisen edistämiseksi. Tutkimus julkaistaan julkisessa opinnäytetyötietokannassa, josta sitä voi vapaasti käydä lukemassa kaikki aiheesta kiinnostuneet ja mahdollisesti hyödyntää tutkimuksesta saatuja tietoja omassa työssään.

Tämän tutkimuksen hyödynnettävyyttä lisää aiheen ajankohtaisuus. Kirjallisuuskatsauksen yhteydessä ilmeni, että psykiatristen potilaiden hoitoon sitoutumista avohoidossa ja siihen vaikuttavia tekijöitä on Suomessa tutkittu vähän. Aiheen ollessa ajankohtainen, näemme jatkotutkimukset sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä tarpeellisina. Tutkimustamme voidaan käyttää pohjana jatkotutkimuksissa hoitoon sitoutumiseen vaikuttavien tekijöiden tunnistamisessa.

Tutkimuksen pohjalta on mahdollista tehdä kyselytutkimus, jonka tarkoituksena on kartoittaa, kuinka potilaat itse kokisivat voivansa vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen. Näin saataisiin käsitys siitä, mitkä ratkaisut potilaat itse kokisivat merkittäviksi hoitoon sitoutumisen yhteydessä. Potilaille suunnatun kyselytutkimuksen avulla hoitoon sitoutumista voitaisiin edistää edelleen. Jatkotutkimukset aiheesta olisivat tärkeitä. Huonon hoitoon sitoutumisen voidaan havaita lisäävän terveydenhuollon kustannuksia jatkuvasti (WHO 2003, 13; Aarnio ja Martikainen 2016). Yksi merkittävä ongelma suomalaisessa terveydenhuollossa on psykiatristen avohoitopotilaiden hoitoon sitoutumattomuuden vuoksi peruuttamatta jätetyt avohoidon vastaanottokäynnit ja niistä koituvat kulut yhteiskunnalle. Peruuttamattomien vastaanottoaikojen määrää ja niiden vaikutusta terveydenhuollon kustannuksiin on tutkittu kansainvälisesti, mutta osaa tutkimustuloksista ei voida suoraan verrata Suomen terveydenhuoltoon, sillä esimerkiksi vastaanottokäyntien maksukäytänteet eroavat kansainvälisesti. Jotta hoitoon sitoutumattomuuden vaikutuksia peruuttamattomiin psykiatriisiin avohoidonkäynteihin ja terveydenhuollon kustannuksiin voitaisiin arvioida, tarvitaan aiheesta lisää tutkimuksia.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- AARNIO, E. & MARTIKAINEN, J. 2016. Lääkehoitoon sitoutumisella on merkittäviä yhteiskunnallisia vaikutuksia. [verkkodokumentti] Sic! Lääketietoa Fimeasta [Viitattu 2018-03-08.] Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130217/1_16%2048-49%20Laakehoitoon%20sitoutumisella%20on%20merkittavia%20yhteiskunnallisia%20vaikutuksia.pdf?sequence=1
- ADELUFOSI, AO., ADEBOWALE, TO., ABAYOMI, O. & MOSANYA, JT. 2012. Medication adherence and quality of life among Nigerian outpatients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry* [verkkodokumentti] 34, 72-79. [Viitattu 2018-01-04.] Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834311002908?via%3Dihub>
- ADEWUYA, AO., OWOEYE, OA., ERINFOLAMI, AR., COKER, AO., OGUN, OC., OKEWOLE, AO., DADA, MU., EZE, CN., BELLO-MOJEED, MA., AKINDIPE, TO., OLAGUNJU, AT. & ETIM, E. 2009. Prevalence and correlates of poor medication adherence amongst psychiatric outpatients in southwestern Nigeria. *General Hospital Psychiatry* [verkkojulkaisu] 32, 116. [Viitattu 2018-01-04] Saatavissa: https://ac.els-cdn.com/S0163834309002369/1-s2.0-S0163834309002369-main.pdf?_tid=e9eab522-5f54-43d1-be0b-da787162c7ee&cdnat=1520364972_b3d204ccf2fc302da43ccf1609f52373
- AKINTUNDE, O., SAMUEL, O., ADEMOLA, T., AMARACHUKWU, E., OLUWATOYIN, A. & OLUWATOSIN, A. 2015. Perceived family support and factors influencing medication adherence among hypertensive patients attending a Nigerian tertiary hospital. *Annals of Tropical Medicine and Public Health* [verkkojulkaisu] 8, 241-245. [Viitattu 2018-02-13.] Saatavissa: <http://www.atmph.org/article.asp?issn=1755-6783;year=2015;volume=8;issue=6;page=241;epage=245;aulast=Olowookere>
- ARVILOMMI, P. 2016. Treatment, Adherence, and Disability in Bipolar Disorder. Helsingin yliopisto. Psykiatrian laitos. Väitöskirja. [Viitattu 2018-02-13.] Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/163011/treatmen.pdf?sequence=3>
- AXELIN, A., STOLT, M. & SUHONEN, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto
- BABY, RS., GUPTA, S. & SAGAR, R. 2009. Attitudes and subjective reasons of medication compliance and noncompliance among outpatients with schizophrenia in India. *The Internet Journal of Epidemiology* [verkkojulkaisu] 7, 1-9 [Viitattu 2018-01-04.] Saatavissa: <http://is-pub.com/IJE/7/1/12323>
- BECK, EM., CAVELTI, M., KVRGIC, S., KLEIM, B. & VAUTH, R. 2011. Are we addressing the 'right stuff' to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of insight and attitudes towards medication. *Schizophrenia Research* [verkkodokumentti] 132, 42-49 [Viitattu 2018-01-04.] Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996411003902>
- CROOME, M., AHLUWALIA, M, HUGHES, LD & ABAS, M. 2017. Patient-reported barriers and facilitators to antiretroviral adherence in sub-Saharan Africa. *AIDS* [verkkojulkaisu] 31 (7), 995-1007 [Viitattu 2018-02-13] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28121707/>
- DE LAS CUEVAS, C., DE LEON, J., PEÑATE, W. & BETANCORT, M. 2017. Factors influencing adherence to psychopharmacological medications in psychiatric patients: a structural equation modeling approach. *Patient Preference Adherence* [verkkojulkaisu] 11, 681-690 [Viitattu 2018-01-04] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5378469/>

DE LAS CUEVAS, C., PEÑATE, W. & DE RIVIERA, L. 2014. To what extent is treatment adherence of psychiatric patients influenced by their participation in shared decision making? Patient Prefer Adherence [verkkojulkaisu] 8, 1547-1553 [Viitattu 2018-01-04.] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4226444/>

GATT, L., JAN, S., MONDRATY, N., HORSFIELD, S., HART, S., RUSSELL, J., LABA, TL. & ESSUE, B. 2014. The household economic burden of eating disorders and adherence to treatment in Australia. BMC Psychiatry [verkkojulkaisu] 14, 338. [Viitattu 2018-01-04.] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4262969/>

HEIKKINEN-PELTONEN, R. INNAMAA, M. & VIRTALA, M. 2008. Mieli ja terveys. Masennus. Helsinki: Edita Prima

HIRVIJÄRVI-OKKONEN, S. 2013. Kulttuurisia käsityksiä mielenterveydestä. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu -tutkielma. [Viitattu 2018-03-18.] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130616/urn_nbn_fi_uef-20130616.pdf

HUTTUNEN, M. 2017. Mielialahäiriöt. [verkkojulkaisu] Lääkärikirja Duodecim [Viitattu 2018-04-22.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00393

HUTTUNEN, M. 2016. Skitsofrenia. [verkkojulkaisu] Lääkärikirja Duodecim [Viitattu 2017-05-06.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148

HUTTUNEN, M. 2016. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. [verkkojulkaisu] Lääkärikirja Duodecim [Viitattu 2017-05-03.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00555

HUTTUNEN, M. 2017. Suhtautuminen psykiatriseen hoitoon. [verkkojulkaisu] Lääkärikirja Duodecim [Viitattu 2018-03-07] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00006

HÄMÄLÄINEN, K., KANERVA, A., KUHANEN, C., SCHUBERT, C. & SEURI, T. 2017. MIELENTERVEYSHOITOTYÖ. Helsinki: Sanoma Pro

ISOMETSÄ, E. 2017. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa: LÖNNQVIST, J., HENRIKSSON, M., MARTTUNEN, M. & PARTONEN, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 295-296, 307, 309-310.

ISOMETSÄ, E. 2017. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa: LÖNNQVIST, J., HENRIKSSON, M., MARTTUNEN, M. & PARTONEN, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 229.

JANHONEN, S. & NIKKONEN, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy

KAUPPI, K. 2016. Adherence to treatment in psychotic disorders - development of user-centered mobile health intervention. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. [Viitattu 2018-01-04.] Saatavissa:

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/123246/AnnalesD1227Kauppi.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

KANGASNIEMI, M., UTRJAINEN, K., AHONEN, S-M., PIETILÄ, A-M., JÄÄSKELÄINEN, P. & LIIKANEN, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö

KELLY, M., MCCARTHY, S. & SHAM, L. 2014. Knowledge, attitudes and beliefs of patients and carers regarding medication adherence: a review of qualitative literature. *European Journal of Clinical Pharmacology* [verkkojulkaisu] 70, 1423-1431 [Viitattu 2018-02-13.] Saatavissa:

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=efbdf1c9-2008-432d-9d0d-fb767782733c%40sessionmgr102>

KESKI-RAHKONEN, A., HOEK, H., SUSSER, E., LINNA, M., SIHVOLA, E., RAEVUORI, A., BULIK, C., KAPRIO, J., RISSANEN, A. 2007. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY* [verkkojulkaisu] 164, 1259-1265 [Viitattu 2018-02-19.] Saatavissa: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2007.06081388>

KOIVISTO, T. 2000. Irti koukusta - sosiaalisen tuen merkitys huumeriippuvuudesta. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu -tutkielma. [Viitattu 2018-02-13.] Saatavissa:

<http://tampub.uta.fi/handle/10024/87607>

KOPONEN, H. 2017. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Teoksessa: LÖNNQVIST, J., HENRIKSSON, M., MARTTUNEN, M. & PARTONEN, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 317-318.

KORKEILA, J. & LEPPÄMÄKI, S. 2017. Keskushermoston kehitykseen liittyvät häiriöt. Teoksessa: LÖNNQVIST, J., HENRIKSSON, M., MARTTUNEN, M. & PARTONEN, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki Duodecim, 116-117, 120.

KORKEILA, J., LEPPÄMÄKI, S., NIEMELÄ, A. & VIRTA, M. 2011. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD). Teoksessa: JUVA, K., HUBLIN, C., KALSKA, H., KORKEILA, J., SAINIO, M., TAMI, P. & VATAJA, R. (toim.) *Kliininen neuropsykiatria*. Helsinki: Duodecim, 206-208, 209.

KOSKI, A. & LEPPÄMÄKI, S. 2014. Aikuisen ADHD - diagnoosista hoitoon. *Lääkärilehti* [verkkojulkaisu] 48, 13 [Viitattu 2018-03-07.] Saatavissa:

<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/aikuisen-adhd-diaagnoosista-hoitoon/>

KUHANEN, C., OITTINEN, P., KANERVA, A., SEURI, T. & SCHUBERT, C. 2012. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro

KURIKALA, P., KÄÄRIÄINEN, M., KYNGÄS, H. & ELO, S. 2015. Hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutetut interventiot ja niiden vaikutukset ikääntyneillä – integroitu katsaus. *Hoitotiede* 2015

KYLMÄ, J. & JUVAKKA, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy

KYNGÄS, A. & HENTINEN, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY

KÄHKÖNEN, O. 2017. Adherence to Treatment of Patients with Coronary Heart Disease after A Percutaneous Coronary Intervention. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja. [Viitattu 2018-02-13.] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2658-6/urn_isbn_978-952-61-2658-6.pdf

KÄYPÄ HOITO. 2014. Syömishäiriöt. [verkkajulkaisu] [Viitattu 2018-01-31] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50101>

LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA. L 1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-04-28.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

LATVALA, E. & VANHANEN-NUUTINEN, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa: JANHONEN, S. & NIKKONEN, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy, 36-37.

LINDBERG, M., LOUHERANTA, O., MUSTONEN, K., SALO, O. & STENIUS, J. 2015. Psykoterapeuttinen hoitosuhde. Helsinki; Duodecim

LUCCA, JM., RAMESH, M., PARTHASARATHI, G. & RAM, D. 2015. Incidence and factors associated with medication nonadherence in patients with mental illness: A cross-sectional study. J Postgrad Med [verkkajulkaisu] 61, 251-256 [Viitattu 2018-01-04.] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4943371/>

LUNNELA, J. 2011. Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. [Viitattu 2018-02-13.] Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514294136.pdf>

LÄÄKETIETOKESKUS, 2003. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen - Näyttöä toiminnan tueksi. [verkkajulkaisu] [Viitattu 2018-03-08.] Saatavissa: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf

LÖNNQVIST, J. 2017. Mielenterveyden häiriöiden diagnostiikka ja luokittelu. Teoksessa: LÖNNQVIST, J., HENRIKSSON, M., MARTTUNEN, M. & PARTONEN, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 80

LÖNNQVIST, J. & LEHTONEN, J. 2017. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa: LÖNNQVIST, J., HENRIKSSON, M., MARTTUNEN, M. & PARTONEN, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 19, 23, 31, 32

LÖNNQVIST, J., MORING, J. & VUORILEHTO, M. 2017. Suomalainen hoitojärjestelmä. Teoksessa: LÖNNQVIST, J., HENRIKSSON, M., MARTTUNEN, M. & PARTONEN, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 764-765.

MIELENTERVEYSLAKI. L 1990/1116. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-04-28.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

MUSTAJOVI, P. 2006. Potilaan sitoutuminen lääkehoitoon. Suomen lääkäri-lehti 14.

NIELA-VILÉN H. & KAUKANEN, L. 2015. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa: STOLT, M., AXELIN, A. & SUHONEN, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Turku: Juvenes print, 23-33.

OKSANEN, J. 2015. Lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen psykiatriassa. Duodecim [verkkajulkaisu] 131 (16), 1437 [Viitattu 2018-02-19.] Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti///duo12385>

PUSKA, P. 2007. Miksi lääkkeitä kehitetään kaljuun mutta ei malariaan? Duodecim [verkkajulkaisu] 123 (15), 1792-3 [Viitattu 2018-03-30.] Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2007/15/duo96665>

PITKÄLÄ, K & SAVIKKO, N. 2007. Potilaan sitoutuminen hoitoon. [verkkajulkaisu] Duodecim & Terveysportti [Viitattu 2018-03-07.] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96322.pdf>

PUDAS-TÄHKÄ, S-M. ja AXELIN, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaaminen, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa: JOHANSSON, K., AXELIN, A., STOLT, M. ja ÄÄRI, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino, 53

REINI, K. 2016. Mielenterveyden taloudelliset vaikutukset. Nuorten miesten syrjäytymistä ehkäisevän Aikalisä -tukipalvelun arviointi. Vaasan yliopisto. [Viitattu 2017-04-28.]

SALMINEN, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Opetusjulkaisu. [Viitattu 2017-05-07.] Saatavissa: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

SHARMA, S., KUMAR, N., CHAKRABORTI, S., SINHA, S., KUMARI, S. & GAJENDRAGAD, JM. 2012. Prevalence and factors associated with medication compliance in Indian patients suffering from mental disorders. Tropical Doctor [verkkajulkaisu] 42, 28-31 [Viitattu 2018-01-04.] Saatavissa: https://www.researchgate.net/publication/51756854_Prevalence_and_factors_associated_with_medication_compliance_in_Indian_patients_suffering_from_mental_disorders

SORVANIEMI, M. & KAMPAN, O. 2000. Hoitomyöntyvyys skitsofreniassa ja mielialahäiriöissä. Duodecim [verkkajulkaisu] 116(3), 277-284 [Viitattu 2018-03-07.] Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2000/3/duo91324>

SUOKAS, J. & RISSANEN, A. 2017. Syömishäiriöt. Teoksessa: LÖNNQVIST, J., HENRIKSSON, M., MARTTUNEN, M. & PARTONEN, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 403, 404, 413, 414

SUOMEN MIELENTERVEYSSEURA. 2017. Mielenterveyspalvelut. [Viitattu 2017-05-08.] Saatavissa: <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/tukea-ja-apua/apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut>

SUVISAARI J., ISOHANNI M., KIESEPPÄ, T., KOPONEN, H., HIETALA, J. & LÖNNQVIST, J. 2017. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Teoksessa: LÖNNQVIST, J., HENRIKSSON, M., MARTTUNEN, M. & PARTONEN, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 142-144.

SUVISAARI J., PERÄLÄ J., VIERTIÖ S., SAARNI S., TUULIO-HENRIKSSON A., PARTTI K., SAARNI S., SUOKAS J., LÖNNQVIST J. 2012. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. Lääkärilehti [verkkajulkaisu] 67, 677-683. [Viitattu 2007-05-08.] Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/psykoosien-esiintyvyys-ja-alueellinen-vaihtelu-suomessa/>

SUVISAARI, J., JOUKOMAA, M. & LÖNNQVIST, J. 2017. Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. Teoksessa: LÖNNQVIST, J., HENRIKSSON, M., MARTTUNEN, M. & PARTONEN, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 727.

TARNANEN, K., PUUSTJÄRVI, A., TUUNAINEN, A., KÄYPÄ HOITO -TYÖRYHMÄ, BERGGREN, K. & KOIVUNEN, M. 2017. ADHD – varhaisella tuella arki toimivaksi. [verkkajulkaisu] Duodecim. [Viitattu 2018-03-07.] Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/khp/khp00071.pdf>

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS. 2014. Mielenterveyden edistäminen. [verkkajulkaisu] [Viitattu 2018-04-27.] Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen>

TESFAY, K., GIRMA, E., NEGASH, A., TESFAYE, M. & DEHNING, S. 2013. Medication Non-Adherence Among Adult Psychiatric Out Patients in Jimma University Specialized Hospital, Southwest Ethiopia. Ethiop J Health Sci [verkkajulkaisu] 23, 227-236. [Viitattu 2018-01-04.] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847532/>

TESFAHUNEYGN, G., MEDHIN, G. & LESSEGE, M. 2015. Adherence to Anti-tuberculosis treatment and treatment outcomes among tuberculosis patients in Alamata District, northeast Ethiopia. BMC Res Notes [verkkajulkaisu] 8, 503. [Viitattu 2018-02-13.] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4588463/>

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [verkkajulkaisu] [Viitattu 2018-02-16.] Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

TUOMI, J. & SARAJÄRVI, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

TIAINEN, I. 2016. Osallisuus aikuispsykiatrisen potilaan, omaisen ja henkilöstön näkökulmasta. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu –tutkielma. [Viitattu 2017-05-08].
Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20160474/urn_nbn_fi_uef-20160474.pdf

VELLIGAN, DI., DIAMOND, PM., MINTZ, J., MAPLES, N., LI, X., ZEBER, J., ERESHEFSKY, L., LAM, YW., CASTILLO, D. & MILLER, AL. 2008. The use of individually tailored environmental supports to improve medication adherence and outcomes in schizophrenia. Schizophr Bull [verkkojulkaisu] 34, 483-493. [Viitattu 2018-01-04] Saatavissa:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2632420/>

VATAJA, R. 2011. Mitä neuropsykiatria on? TEOKSESSA: JUVA, K. HUBLIN, C., KALSKA, H., KORKEILA, J., SAINIO M., TANI, P. & VATAJA, R. (toim.) Kliininen neuropsykiatria. Helsinki: DUODECIM, 17.

VILKKA, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus

VÄLIMÄKI, M., HOLOPAINEN, A. & JOKINEN, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health: a state of well-being. [Viitattu 2017-05-09.]
Saatavissa: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/

LIITE 1. KIRJALLISUUSKATSAUKSEEN VALITUT TUTKIMUKSET

Tekijät, vuosi, toteutusmaa, tutkittavien määrä	Otsikko	Tietokanta	Tutkimuksen tarkoitus	Keskeiset tutkimustulokset
Kauppi, 2016. Suomi N = 562	Adherence to treatment in psychotic disorders - development of user-centered mobile health intervention	Medic	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää psykoottisia häiriötä sairastavien hoitoon sitoutumista, kehittämällä käyttäjälähtöinen mobiiliteknologinen interventio	Käyttäytymiseen, ympäristöön ja sairauteen liittyvät tekijät rajoittivat sitoutumista. Sitoutuminen hoitoon edellytti arkielämän, sosiaalisten verkostojen ja positiivisten näkemysten tukemista.
De las Cuevas, de Leon, Peñate & Betancort, 2017. Espanja N = 966	Factors influencing adherence to psychopharmacological medications in psychiatric patients: a structural equation modeling approach	PubMed	Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida sosiodemografisten, kliinisten, asenteellisten ja terveydentilan vaikutusta lääkehoitoon sitoutumiseen.	Esimerkiksi korkeamman iän, naissukupuolen ja korkeakoulututkinnon todettiin edistävän lääkehoitoon sitoutumista.
Lucca, Ramesh, Parthasarathi & Ram, 2015. Intia N = 400	Incidence and factors associated with medication nonadherence in patients with mental illness: A cross-sectional study	PubMed	Tutkimuksen tavoitteena oli määrittää avohoitopotilaiden lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät ja esiintyvyyt	400 osallistujasta 48 % ei ollut sitoutuneita lääkehoitoonsa. Koulutuksen, lääkkeiden lukumäärän ja perheen tulon nähtiin vaikuttavan merkittävästi lääkehoitoon sitoutumattomuuteen. 172 osallisujasta ei ollut potilaasta johtuvien tekijöiden vuoksi (33,5 %) ja sairaudesta johtuvien tekijöiden vuoksi (31 %) sitoutunut hoitoonsa.
De Las Cuevas, Peñate & de Rivera, 2014. Espanja N = 967	To what extent is treatment adherence of psychiatric patients influenced by their participation in shared decision making?	PubMed	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida, kuinka osallistuminen hoitotyön päätöksen tekoon vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen.	Itseraportoitu sitoutuminen oli huomattavasti korkeampi niillä potilailla, jotka kokivat, että heidän mieltymyksensä ja kokemuksensa otettiin huomioon päätöksenteossa.
Tesfay, Girma, Negash, Tesfaye & Dehning, 2013. Etiopia N = 422	Medication Non-Adherence Among Adult Psychiatric Out Patients in Jimma University Specialized Hospital, Southwest Ethiopia	PubMed	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida lääkehoitoon sitoutumattomien määrää ja sitoutumattomuuteen vaikuttavia tekijöitä.	Lääkehoitoon sitoutumattomuus oli Lounais-Etiopiassa merkittävää. Tutkimus myös selvitti siihen vaikuttavia tekijöitä ja havaittiin, että sosiaalisen tuen puute ja monimutkainen lääkehoito.
Adelufosi, Adebowale, Abayomi & Mosanya, 2011. Nigeria N= 303	Medication adherence and quality of life among Nigerian outpatients with schizophrenia.	Pubmed	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia skitsofreniapotilaiden sitoutumista lääkehoitoon suhteessa heidän elämänlaatuun.	Skitsofreniapotilaiden huono sitoutuminen lääkehoitoon on yhteydessä huonoon elämänlaatuun, pitkiin välimatkoihin sairaalaan sekä perheen huonoon tukeen.
Adewuya, Owoeye, Erinfolami, Coker, Ogun, Okewole, Dada, Eze, Bello-Mojeed, Akindipe, Olagunju & Etim, 2008. Nigeria N=324	Prevalence and correlates of poor medication adherence amongst psychiatric outpatients in southwestern Nigeria	Pubmed	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida Nigerian psykiatristen avohoitopotilaiden lääkehoitoon sitoutumista ja tekijöitä, jotka liittyvät lääkehoitoon sitoutumattomuuteen.	Lääkehoitoon sitoutuminen on yhteydessä ihmisten tietoon ja käsitykseen lääkeshoidosta sekä sosiaaliseen tukeen. Hoitohenkilökunnan mielestä, potilailla on parempi hoitoon sitoutuminen, jos hoito on aloitettu ajoissa.
Velligan, Diamond, Mintz, Maples, Li, Zeber, Ereshefsky, Lam, Castillo & Miller, 2008. Yhdysvallat N=95	The use of individually tailored environmental supports to improve medication adherence and outcomes in schizophrenia	Pubmed	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia CAT-ohjelman eroavaisuuksia verrattuna "tavalliseen" hoitoon suhteessa hoitoon sitoutumiseen skitsofreniapotilailla.	CAT- ja pharm-CAT – ohjelmilla käyneillä potilailla on selkeästi parempi sitoutuminen lääkehoitoon kuin perinteiseen hoitoon osallistuneilla.
Beck, Cavelti, Kvrjic, Kleim & Vauth, 2011. Sveitsi N=150	Are we addressing the 'right stuff' to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of insight and attitudes towards medication.	Cinahl	Tutkimuksessa tutkittiin vaikuttavatko potilaiden negatiiviset asenteet lääkehoitoon sitoutumiseen.	Lääkehoitoon sitoutuminen oli parempaa, jos hoidossa keskityttiin hoitoon ja sairauteen negatiivisten asenteiden sijaan.
Baby, Gupta & Sagar, 2008. Intia	Attitudes and subjective reasons of medication compliance and	Cinahl	Tutkimuksen tavoitteena on arvioida skitsofreniapotilaiden asenteita ja syitä	Hoitoon sitoutumiseen rajoittavia tekijöitä oli mm. huono perheen tuki, sairauden vakavammat oireet sekä alhainen koulutustaso.

<i>N=75</i>	noncompliance among outpatients with schizophrenia in India.		lääkehoitoon sitoutumiseen ja sitoutumattomuuteen.	
Sharma, Kumar, Chakraborti, Sinha, Kumari & Gajendragad 2012. India <i>N=400</i>	Prevalence and factors associated with medication compliance in Indian patients suffering from mental disorders.	Cinahl	Tutkimuksessa tutkittiin lääkemäärien, sairauden, hoidon ja hoitohenkilökunnan liittymistä hoitoon sitoutumiseen.	Huono lääkitykseen sitoutuminen johtui tiedonpuutteesta ja sairauden luonteesta. Lääkehoitoon sitoutumista paransivat hyvä sosiaalinen tuki sekä lievemmat sairauden muodot.
Gatt, Jan, Mondraty, Horsfield, Hart, Russell, Laba, Essue, 2014. Australia <i>N=90</i>	The household economic burden of eating disorders and adherence to treatment in Australia.	Pubmed	Tässä tutkimuksessa selvitettiin kotitalouksien taloudellista taakkaa syömishäiriöiden hoidossa sekä kustannuksista johtuvaa hoitoon sitoutumattomuutta.	Tutkimukset osoittavat, että kotitalouksille koituu suuri taloudellinen taakka syömishäiriöiden hoidosta ja tätä taakkaa olisi saatava minimoitua, jotta saataisiin potilaat sitoutumaan hoitoon paremmin.

