

Salla Syrjä

PSYKIATRISEN HOIDON VAIKUTTAVUUS NUOREN ITSENSÄ
KOKEMANA

Hoitotyön koulutusohjelma
2011

PSYKIATRISEN HOIDON VAIKUTTAVUUS NUOREN ITSENSÄ KOKEMANA

Syrjä, Salla
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Tammikuu 2011
Ohjaaja: Flinck, Marja
Sivumäärä: 36
Liitteitä: 6

Avainsanat: nuori, psykiatrinen avohoito, psykiatrinen sairaalahoito, psykiatrisen hoidon vaikuttavuus

Tämän opinnäytetyön aiheena oli selvittää nuorten kokemuksia heidän saamastaan psykiatrisesta hoidosta ja sen vaikuttavuudesta. Vastausten perusteella oli tarkoitus pohtia hoidon mahdollisia kehittämissisältöjä.

Kvantitatiivisen tutkimuksen kohderyhmään kuului erään sairaanhoitopiirin 13–22-vuotiaat psykiatrasta hoitoa saavat nuoret. Kohteeksi päätettiin ottaa ne, jotka ovat lopettamassa tai lopettivat hoitonsa aineistokeruun aikana. Kyselylomakkeita vietiin kahdelle osastolle ja yhdelle poliklinikalle yhteensä 60 kappaletta. Tutkimusaineisto kerättiin marras- ja joulukuun 2010 sekä tammikuun 2011 aikana. Vastausprosentiksi tuli 25 prosenttia (15 vastausta).

Suurin osa vastaajista oli ensimmäisellä hoitojaksollaan ja päässyt sille alle kahdessa viikossa. Yleisin hoitomuoto oli lääkehoidon ja keskusteluterapian yhdistelmä. Tämä vaikutti olevan hyödyllisin hoitotapa, vaikka osa nuorista kokikin, että lääkehoitoa ei pitäisi heti tarjota. Vastanneista nuorista kaksi kolmasosaa oli sitä mieltä, että hoitojaksosta oli ollut hyötyä. Sama määrä uskoi pärjäävänsä tulevaisuudessa. Takaisin samankaltaiseen hoitoon tilanteen vaatiessa tulisi yhdeksän vastaajista.

THE EFFECTIVENESS OF PSYCHIATRIC CARE AS EXPERIENCED BY YOUNG PEOPLE THEMSELVES

Syrjä, Salla

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

January 2011

Supervisor: Flinck, Marja

Number of pages: 36

Appendices: 6

Keywords: young people, psychiatric out-patient, psychiatric ward, the effectiveness of psychiatric care

The purpose of this thesis was to find out young people's experiences of psychiatric care and its effectiveness. Based on the responses was also intended to determine possible development issues in the quality of care.

The research group of this quantitative survey was young people at the age of 13 to 22 involved in psychiatric care. The decided target group was young people who were at the end of their treatment period or who ended it during the data collection. 60 questionnaires were taken to two wards and one clinic. The data was collected during November and December 2010 and January 2011. The response rate was 25 percents (15 respondents).

Most of the respondents were at their first treatment period and got there within two weeks. The most common form of treatment was the mixture of psychotherapy and medication. This seemed to be the most efficient form of treatment, although some of the respondents thought that medication shouldn't be offered first. Ten of the respondents thought that the treatment period was effective. Ten people also thought that they would cope in the future. Nine of the respondents would come back to the same kind of treatment if necessary.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	7
3	KESKEISET KÄSITTEET	7
3.1	Nuori.....	8
3.2	Psykiatrinen avo- ja sairaalahoito.....	9
3.2.1	Psykiatrinen avohoito.....	10
3.2.2	Psykiatrinen sairaalahoito	11
3.3	Psykiatrisen hoidon vaikuttavuus	13
4	NUORUUSIÄN TAVALLISIMMAT PSYKKISET SAIRAUDET	14
4.1	Masennus ja muut mielialahäiriöt	14
4.2	Ahdistuneisuushäiriöt.....	16
4.3	Käytöshäiriöt ja syömishäiriöt.....	17
4.4	Päihdeongelmat	18
5	NUORTEN PSYKIATRISTEN SAIRAUKSIEN ERI HOITOMUODOT.....	20
5.1	Psykoterapia ja tukea antava hoito	20
5.2	Psykykenlääkkeet	21
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	23
6.1	Kohdeorganisaatiot.....	23
6.2	Opinnäytetyössä käytetty tutkimusmenetelmä.....	23
6.3	Kyselylomakkeen laadinta.....	24
6.4	Aineiston kerääminen ja analysointi	25
7	TUTKIMUSTULOKSET	26
7.1	Vastaajien taustatiedot.....	26
7.2	Kokemus hoidosta	28
8	POHDINTA	31

8.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	31
8.2	Johtopäätökset	32
8.3	Jatkotutkimukset ja tutkimuksen parannusehdotukset	33
LÄHTEET		35
LIITTEET		

Liite 1 Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Liite 2a Eettisen toimikunnan lupa

Liite 2b Eettisen toimikunnan lupa, täydennys

Liite 3 Huoltajan lupalomake

Liite 4 Saatekirje

Liite 5 Kyselylomake

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tutkimuskohteena olevassa sairaanhoitopiirissä oli vuonna 2008 psykiatrisessa sairaalahoidossa 128 nuorta, joista miespuolisia 34 prosenttia. Potilaiden keski-ikä oli 16 vuotta. Koko maassa potilaita oli yhteensä 2034, keski-ikä 15 vuotta. (Forsström & Pelanteri 2008, 17–29.) Vuonna 2003 nuorisopsykiatrisen avohoidon palveluja käytti 1,8 prosenttia 13–22-vuotiaasta nuorisoväestöstä (Laukkanen, Marttunen, Miettinen & Pietikäinen 2006, 25).

Psykiatrisella hoidolla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä avo- ja sairaalahoidoa. Avo-puolelta tarkasteltavaksi on otettu nuorisopsykiatrisen poliklinikka ja avo-osasto, sekä erään psykiatrisen sairaalan nuorten suljettu osasto.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on keskittyä tarkastelemaan psykiatrisen hoidon vaikuttavuutta nuoren potilaan kannalta – tuntee nuori saaneensa tarpeeksi hyvää ja kuntouttavaa hoitoa. Suomessa kunnilla on velvollisuus järjestää erikoissairaanhoidossa mielenterveyspalveluita (Erikoissairaanhoitolaki), mutta millaisia ne ovat vaikuttavuudeltaan, pituudeltaan ja kuka päättää hoitoon pääsystä.

Mielenterveysongelmat ovat suurimpia työkyvyttömyyden aiheuttajia. Hyvällä mielenterveyshoidolla voitaisiin ennaltaehkäistä myöhempiä ongelmia. (Pylkkänen 2003, 117.) Mediassa on ollut viime vuosina paljon puhetta nuorten mielenterveydestä muun muassa Jokelan ja Kauhajoen surmien takia. Uutistoimisto STT:n mukaan (11.1.2011) Suomen Akatemian 1987–2008 toteutetussa seurantatutkimuksessa joka viides nuori on saanut psykiatrista hoitoa 21 ikävuoteen mennessä. Tutkimuksessa huomattiin yhteys kouluttamattomuuden ja mielenterveysongelmien välillä – peruskoulun jälkeen tutkinotta jääneillä mielenterveysongelmista kärsii kaksi kuudesta, mikä on enemmän kuin peruskoulun jälkeen koulutusta jatkaneilla.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää nuorten psykiatrisen hoidon vaikuttavuutta nuoren itsensä kokemana. Psykiatrisella hoidolla tässä työssä tarkoitetaan erikoissairaanhoidon toteuttamaa avo- ja sairaalahoitoa. Tarkoituksena on myös kartoittaa mahdollisia kehityssisältöjä nuorten kyseiseen hoitoon liittyen. Näin ollen opinnäytetyön tavoitteena on:

1. Selvittää nuorten psykiatrisen avo- ja sairaalahoidon sisältöä erikoissairaanhoidossa
2. Kartoittaa kyseisen hoidon vaikuttavuutta hoitoon osallistuneiden nuorten kokemana
3. Tarkastella mahdollisia kehittämissisältöjä nuorten psykiatriseen avo- ja sairaalahoitoon liittyen erikoissairaanhoidossa

Näin ollen opinnäytetyön keskeisiksi käsitteiksi saadaan nuori, psykiatrinen avo- ja sairaalahoito, psykiatrisen hoidon vaikuttavuus.

Aihe on ajankohtainen, koska nuorten psyykkisestä pahoinvoinnista on alettu puhua enemmän ja laadukas mielenterveystyö on tärkeää toimivan yhteiskunnan kannalta. Nuori ja se ympäristö, jossa hän elää, muuttuvat jatkuvasti. Muutokset heijastuvat usein nuorten mielenterveyteen ja psyykkisiin ongelmiin. (Aalberg & Siimes 2007, 191.)

3 KESKEISET KÄSITTEET

Mielenterveys on psyykkisiä toimintoja ylläpitävä voimavara. Se voidaan määritellä kasvuprosessiksi ja hyvinvoinnin kokemukseksi, joka muuttuu ja kehittyy ja josta täytyy pitää huolta (Hentinen, Ilja & Mattila 2009, 15–16). Siihen vaikuttavat monet erilaiset tekijät, ja usein määrittely on riippuvainen kulttuurista, aikakaudesta, yhteiskunnan normeista ja ihmisten tarpeista. Sigmund Freud on määritellyt psyykkisen terveyden kyvyksi tehdä työtä, surra ja rakastaa.

3.1 Nuori

Nuorella tarkoitetaan 12–22-vuotiaista (Aalberg & Siimes 2007, 67). Murrosikä menee osittain nuoruuden päälle, ja määritelmiä on monia. Tässä työssä keskitytään 13–22-vuotiaisiin, sillä se on opinnäytetyössä käytetyn sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrisen tulosalueen asiakaskunnan ikäjakauma.

Nuoruus määritellään usein siirtymävaiheeksi aikuisuuteen, mutta se on myös elämänvaihe, jolloin nuori kasvaa niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisestikin. Nuori kohtaa erilaisia kehityshaasteita ja nuoren kasvua tulee tukea niin, että hän saa osakseen rakkautta, hellyyttä, ymmärtämystä ja turvaa nuoruuden sekamelskan keskellä. Nuori tarvitsee turvallisia ja lämpimiä ihmissuhteita, kehitystään monipuolisesti ohjaavia haasteita sekä suotuisan kasvuympäristön. (Aaltonen, Ojanen, Vihunen & Vilén 1999, 13–15.)

Nuoruusikä voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen: varhaisnuoruus, varsinainen nuoruus ja jälkinuoruus. Varhaisnuoruus alkaa 12-vuotiaana ja päättyy 14-vuotiaana, ja se kytkeytyy alkaneeseen puberteettiin. Kehon muuttuminen aiheuttaa nuoressa hämmennystä ja levottomuutta, ja myös muita lukuisia muutoksia tapahtuu lyhyessä ajassa. Varsinainen nuoruus voidaan jakaa 15–17 ikävuosiin. Tällöin nuori alkaa jo sopeutua varhaisnuoruudessaan alkaneeseen kehon muutokseen, ja seksuaalisuus alkaa sitä myötä kehittyä. Jälkinuoruudessa 18–22-vuotiaana aikaisemmat kokemukset hahmottuvat naiseuden tai miehisyyden kokonaisuuksiksi. Usein jälkinuoruutta kuvataan identiteettikriisinä – nuori tekee valintoja koskien tulevaisuuttaan ja näkee itsensä jo yhteiskunnan jäsenenä. (Aalberg & Siimes 2007, 68–71.)

Nuoruusiässä ihminen etsii itseään ja identiteettiään sekä koettelee rajojaan. Muuttuva keho vaatii uutta itsetarkastelua, ja yhdessä voimistuvan seksuaalisuuden kanssa se kyseenalaistaa entisen, lapsuudessa rakennetun tasapainon. Murrosikä itsessään aiheuttaa paljon ongelmia ja mielialojen poukkoilua. Nuoruusikä asettaa myös suuria vaatimuksia ihmisen kyvyille sietää paineita ja muutoksia, sekä muuttumiseen liittyviä ristiriitoja, jännitteitä ja paineita. (Brummer & Enckell 2004, 46–47.)

Nuoruusiän kehitysvaiheessa tapahtuu samaan aikaan kognitiivista kehitystä ja psykososiaalista taantumaa. Nuoren kehitys heilahtelee näiden välillä. Taantuma tarkoittaa lapsenomaisten piirteiden korostumista – kieli köyhtyy, huonot tavat lisääntyvät, uppiniskaisuus lisääntyy. Se on tilapäinen vaihe ja mahdollistaa lapsenomaisten kokemusmaailman muuttamisen ja siitä irrottautumisen. Taantuma mahdollistaa lapsuuden aikaisten traumojen uudelleen käsittelyn sekä oman minuuden ja itsenäistymisen kasvun. Se näkyy parhaiten suhteessa vanhempiin – keskustelun ja vuorovaikutuksen merkitys vähenee, ja nuori nousee kapinaan vanhempia vastaan. (Aalberg & Siimes 2007, 74–82.)

Vanhempien on tärkeä asettaa nuorelle rajoja, joita vastaan kapinoida. Monien nuoren psyykkisten ongelmien taustalla onkin perheen epäonnistuminen riittävän turvallisten rajojen luomisessa (Aalberg & Siimes 2007, 125). Nuori on altis erilaisille sosiaalisesti ei-hyväksytyille kokeiluille. Lisääntynyt itsekeskeisyys on irtautumista vanhemmista ja näin keskittymistä nuoreen itseensä. Tällöin korostuu myös suhde ikätovereihin – kaveriporukassa voi kokea tunteita, joita ennen jaettiin vanhempien kanssa. Suhde muihin tai suhteiden puuttuminen vaikuttavat nuoren omanarvontuntoon ja uskoon omista kyvyistään. (Brummer & Enckell 2004, 47–49.) Yksinjäätminen häiritsee nuoren tervettä psyykkistä kehitystä (Aalberg & Siimes 2007, 73).

Ikätoverit ovat tärkeitä nuoren kehityksen kannalta. Nuoruuden eri vaiheissa muodostuu erilaisia ryhmiä, jotka joko palvelevat nuoren kasvua tai haittaavat sitä. Ikätoverien muodostamalla ryhmät auttavat nuorta hallitsemaan ahdistusta ja yksinäisyyttä, joka syntyy vanhemmista irtautuessa. Ryhmän vahvuus tulee nuorten luopuessaan omista yksilöllisistä piirteistään ja hyväksymällä ryhmän kanssa jaetun yhteisen identiteetin. Ryhmät auttavat nuorta sisäisten ristiriitojen selvittämisessä. (Aalberg & Siimes 2007, 71–73.)

3.2 Psykiatrinen avo- ja sairaalahoito

Nuoren psykiatrisen hoidon tarve määritellään nuorisopsykiatrisen tutkimuksen avulla. Sen avulla pyritään selvittämään millaisia ongelmia nuorella on (mahdollisesti diagnosoisi) ja arvioidaan, millaista hoitoa nuori mahdollisesti tarvitsee. Psykiatrian poliklinikka

vastaanottaa lähetteen, ja nuori tulee tapaamaan psykiatria, joka keskustellen selvittää nuoren tarpeita. Ensimmäinen poliklinikkakäynti ei ole ensimmäinen psykoterapiakäynti, vaan siellä selvitetään nuoren tarpeita ja psyykkisiä ongelmia. (Laukkanen ym. 2006, 186–188.)

Myös nuorta mahdollisesti hoitava psykoterapeutti arvioi nuoren tilanteen ja hoidon tarpeen. Nuorta arvioidaan siis kahteen otteeseen, ja psykoterapeutin arviointi perustuu siihen, pystyykö juuri hän auttamaan nuorta tarjotulla hoitomuodolla. Jos psykoterapia ei tule kyseeseen, on mietittävä muita hoitokeinoja. (Brummer & Enckell 2005, 71.)

Nuorten psykiatrisen hoidon painopiste pyritään pitämään avohoidossa, mutta psykiatrisen sairaalahoidon on monien kohdalla tarpeellista. Avohoidon keinot ja mahdollisuudet eivät aina ole riittäviä, ja oikea aikainen sairaalahoidon voi merkittävästi helpottaa nuoren psykiatrista kuntoutumista.

Alle 18-vuotiaan potilaan mielipide hoidosta on lain mukaan selvitettävä, jos nuori siihen kykenee ikänsä ja kehitystasonsa puolesta. Aina se ei ole mahdollista, sillä nuoren kyky päättää terveyttään ja hoitoaan koskevista asioista ei ole samaa tasoa kuin aikuisten johtuen nuoren kognitiivisen ja emotionaalisen kehityksen keskeneräisyydestä. (Laukkanen ym. 2006, 208–209.) Mielenterveyslain mukaan (8 §) nuori ”voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon myös, jos hän on vakavan mielenterveydenhäiriön vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi.” (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 2; 8§.)

3.2.1 Psykiatrisen avohoito

Psykiatrisella avohoidolla tarkoitetaan erikoissairaanhoidossa tapahtuvaa moniammatillisen työryhmän hoitotyötä. Työryhmään kuuluu yleensä lääketieteellinen, psykologinen, sosiaalinen ja hoitotieteellinen osaaja, ja sen tehtävänä on tukea nuoren hoitosuhdetta ja hoidon tavoitteiden toteutumista. (Laukkanen ym. 2006, 204.) Nuorisopsykiat-

rian poliklinikat tarjoavat erilaisia terapioita ja hoitomuotoja, mukaan laskettuna lääkehoito. Poliklinikalla käydään tietyin sovituin väliajoin ja siellä pyritään tukemaan nuoren jokapäiväistä selviytymistä ja hyvinvointia. (Aaltonen ym. 1999, 476.)

Avohoitotyössä yhteistyö hoidossa olevan nuoren vanhempien kanssa on tärkeää. Keskeisenä asiana on luottamussuhteen muodostaminen hoitavan henkilökunnan ja vanhempien välille. Myös vanhemmilla on oikeus ilmaista huolensa nuoren voinnista ja elämästä. Terapiaistunnot pysyvät kahdenkeskisinä, eikä niistä informoida vanhemmille. Poikkeustilanteen kuitenkin muodostavat nuoren itsetuhoisuus tai perheen vakava tilanne, joka uhkaa nuoren turvallisuutta. (Laukkanen ym. 2006, 204.)

Psykiatrisen avohoidon tavoitteena on lievittää nuoren oireita, palauttaa nuoren toimintakyky sekä lisätä nuoren elämänhallintakykyä ja todellisuuden tajua. Tärkeä tavoite on myös muuttaa nuorelle itselle ja ympäristölle haitallinen toiminta sanoiksi, kokemuksiksi ja tunteiksi. Nuoren täytyy oppia sietämään ja käsittelemään ahdistustaan ja psyykkisiä oireitaan. (Laukkanen ym. 2006, 206.)

Nuorten kanssa yhteistyö on usein keskustelua, mutta apuna voidaan käyttää myös esimerkiksi piirtämistä tai pelejä, jos se helpottaa nuoren itsensä ilmaisua (Laukkanen ym. 2006, 205; Brummer & Enckell 2005, 122). On tärkeää, että hoitava työntekijä antaa itsestään luotettavan vaikutelman. Hänen täytyy olla puolueeton ja ystävällinen, jotta nuoren ei tarvitse pelätä tuomitsemista. (Brummer & Enckell 2005, 122.) On myös tärkeää ylläpitää ammatillinen suhde – hoitava työntekijä ei ole kaveri, tai nuoren omia vanhempia parempi tai ymmärtäväisempi. (Laukkanen ym. 2006, 205.)

3.2.2 Psykiatrinen sairaalahoito

Psykiatrista sairaalahoitoa annetaan nuorille suunnatulla osastolla. Siellä hoidetaan yleensä nuoria, joiden mielenterveyden häiriöitä kuvataan vakaviksi. Sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt muun muassa Käypä hoito suosituksissa, mitkä mielenterveyden häiriöt vaativat sairaalahoitoa. Näitä ovat psykoosi, masennus, kun siihen liittyy itsetuhoisuutta ja voimakasta ahdistuneisuutta, ahdistuneisuushäiriö, syömishäiriö, vakava päihdeongelma tai vakava käytöshäiriö. Suosituksessa todetaan, että peruskritee-

rin, sairaustilan, lisäksi tulee täyttyä hoidon tarve tai vahingollisuus itselle tai muille. Lisäksi muiden mielenterveyspalvelujen on oltava riittämättömiä tai soveltumattomia käytettäväksi. (Laukkanen ym. 2006, 209.)

Nykyisin on entistä yleisempää, että nuori tulee osastolle päivystysläheteellä ilman aikaisempaa nuorisopsykiatrasta tutkimusta avohoidossa. Tämä kertoo siitä, että nuoren oirehtimista ei ole aikaisemmin huomattu tai siihen ei ole puututtu vaadittavalla tavalla. Yleisin syy päivystyksellisesti sairaalahoitoon lähettämiseksi on itsensä tai toisten ruumiillinen vahingoittaminen. Muita syitä ovat psykoosi ja vakavat käytöshäiriöt. (Laukkanen ym. 2006, 211.)

Nuori voidaan lähettää sairaalahoitoon myös suunnitellusti lääkärin tavallisella läheteellä (B1) tai tarkkailuläheteellä (M1). Nuorta voidaan tarkkailla enintään neljä vuorokautta, jonka jälkeen on tehtävä tarkkailulausunto. Sairaalahoito ja lääkärin lähete tulevat kyseeseen, kun avohoidon menetelmät ovat riittämättömät tai eivät onnistu nuoren motivaatio-ongelmien tai sairaudentunnottomuuden takia. Myös vanhempien tuen määrä vaikuttaa siihen, minne nuori sijoitetaan. Nuoren psyykkinen sairaus voi olla niin vakava, pitkäaikainen tai vaikeasti hallittavissa oleva, että avohoito ei riitä. (Laukkanen ym. 2006, 211–213.)

Nuoren psykiatrisessa sairaalahoidossa pyritään intensiivisyyteen ja mahdollisimman lyhyihin ajanjaksoihin, jotta nuoren olisi mahdollista palata pian tavalliseen elinympäristöönsä. Nuoren itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Mahdolliset tahdonvastaiset hoitotoimenpiteet on määritelty tarkasti lainsäädännössä. (Laukkanen ym. 2006, 211–214.) Hoitotoimenpiteiden on oltava välttämättömiä potilaan ja ympäristön turvallisuuden ja hyvinvoinnin pitämiseksi. Hoitamatta tai tutkimatta jättäminen aiheuttaisi vakavan vaaran potilaan terveydelle. (Mielenterveyslaki, 4a.)

Psykiatrisen sairaalahoidon ensimmäinen tavoite on suojella nuorta ja rauhoittaa häntä. Samalla aloitetaan nuorisopsykiatrinen osastotutkimus, johon sisältyy nuoren psykiatriset ja somaattiset tutkimukset, perhetutkimukset, osastokäyttäytymisen ja vuorovaikutuksen tutkiminen ja arjesta selviytymisen arviointi. Näillä keinoilla selvitetään nuoren psyykkistä tilaa. (Laukkanen ym. 2006, 214.)

Nuorelle tehdään osastolla hoitosuunnitelma, johon kirjataan hoidon tavoitteita. Nuoren on mahdollista käydä sairaalakoulua osastohoidon aikana, ja se on myös osa nuoren hoitoa. Nuoren toimintakykyä arvioidaan sairaalakoulussa ja sen perusteella mietitään koulunkäyntiä jatkoon kannalta. (Laukkanen ym. 2006, 214.)

3.3 Psykiatrisen hoidon vaikuttavuus

Psykiatrisen hoidon vaikuttavuudesta puhuttaessa voidaan pohtia sitä, ovatko saatavilla olevat hoitomenetelmät tarpeeksi tehokkaita sairauden tai oireiden lievittämiseen tai poistamiseen. Vaikuttavuus näkyy terveyden lisääntymisenä, muutoksena terveydentilassa. Yleisesti ajateltuna vaikuttavuudella tarkoitetaan palveluprosessien tai kokonaisten palvelujärjestelmien kykyä saada aikaan haluttuja vaikutuksia (Silvennoinen-Nuora 2005, 3).

Vaikuttavuuden arvioimiseksi voidaan asettaa hoidon alussa tavoitteita ja lopussa arvioida, ovatko ne saavutettu (Silvennoinen-Nuora 2005, 4). Psykiatrisessa hoidossa tavoitteena on usein mielenterveyden vakauttaminen, asiakkaan toimintakyvyn lisääminen ja elämänlaadun parantaminen. Jos hoito on vaikuttanut halutulla tavalla, asiakas on hyötynyt siitä.

Nuorten kohdalla vaikuttavuutta voidaan ajatella esimerkiksi koulunkäynnin avulla. Nuoren psyykkiset oireet, kuten masennuksen aiheuttamat väsymys, keskittymisvaikeudet ja aloitekyvyttömyys, voivat haitata päivittäistä koulunkäyntiä (Aalberg & Siimes 2007, 295; Laukkanen ym. 2006, 81). Jos nuori on ennen psykiatrista hoitoa ollut paljon poissa koulusta, voidaan yhdeksi hoidon tavoitteeksi laittaa koulussa selviytymisen ja siellä jatkamisen. Jos psykiatrinen hoito on ollut vaikuttavaa, nuori kykenee hoidon jälkeen taas normaaliin koulunkäyntiin.

4 NUORUUSIÄN TAVALLISIMMAT PSYKKISET SAIRAUDET

Nuoren psyykkisiä sairauksia voi olla hankala hahmottaa tai erottaa normaaleista murrosikään liittyvistä mielialan heittelyistä tai käytöshäiriöistä. Nuori oireilee sekä somaattisesti että psyykkisesti, mikä johtuu psyykkisten suojakeinojen tilapäisestä heikkoudesta. Nuoren psyykkisen hyvinvoinnin arvioinnissa onkin ensisijaisesti tärkeää miettiä, vastaako hänen kehityksensä ikätasoa vai ei, eikä keskittyä niinkään oireiden erotteluun. Nuoruusiässä tapahtuva taantuminen on välttämätön kehitykselle, mutta myös uhka nuoren psyykkiselle hyvinvoinnille. Taantuma voi jäädä kokonaan tai osittain palauttamattomaksi kertoen psyykkisestä häiriöstä. (Aalberg & Siimes 2007, 82 & 91.)

Nuoruusikä on tyypillinen psyykkisten häiriöiden alkamisikä. Erilaisten fyysisten ja psyykkisten paineiden on katsottu altistavan itsetuhokäyttäytymiselle – esimerkiksi jopa 20–30 prosenttia nuorista viiltelee itseään. Suomalaisista nuorista 15 prosentilla tiedetään olevan itsemurha-ajatuksia. (Aalberg & Siimes 2007, 254 & 268.)

Nuorten yleisimpiä psyykkisiä ongelmia ovat mieliala-, päihde-, ahdistuneisuus- ja käytöshäiriöt. Nuorilla tytöillä ovat yleistyneet myös erityyppiset syömishäiriöt, joissa nuoren ruumiinkuva ja syömistottumukset ovat vääristyneet. Näitä on muun muassa anoreksia nervosa ja bulimia. Käytöshäiriöt ovat yleisimpiä varhaisnuoruudessa, mieliala-, päihde- ja ahdistuneisuushäiriöt alkavat yleensä varsinaisesta nuoruudesta varhaisaikuisuuteen asti. Varhaisnuoruudessa psyykkiset häiriöt ovat yleisimpiä pojilla kuin tytöillä, mutta varsinaisesta nuoruusiästä lähtien tyttöjen osuus kasvaa poikia suuremmaksi. (Lönngqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2008, 596.)

Nuorilla psykiatrinen samanaikaissairastavuus on yleistä; 40–80 prosentilla vakavaa masennusta sairastavista nuorista on samaan aikaan yksi tai useampia psyykkisiä häiriöitä (Laukkanen ym. 2006, 81). Tämä täytyy ottaa huomioon nuorta hoidettaessa.

4.1 Masennus ja muut mielialahäiriöt

Yleisimmät mielialahäiriöt nuorella ovat masennus, pitkäaikainen masennus ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt (Laukkanen ym. 2006, 80).

Masennuksen syntyyn vaikuttaa moni tekijä. Tärkein niistä on nuoren tunne-elämän säätelyjärjestelmän toiminta erityisesti stressitilanteissa. Masennukselle altistavia stressitilanteita voivat olla esimerkiksi läheisen menetys (kuolema), pitkäaikaiset perheen sisäiset ristiriidat ja erilaiset kuormittavat elämäkokemukset, suurimpana tekijänä koulukiusaaminen. Muut psyykkiset ongelmat, oppimisvaikeudet sekä rajojen ja huolenpidon puute ovat riskitekijöitä. Jos jompikumpi vanhemmista sairastaa masennusta, on nuorella 2-4-kertainen riski sairastua masennukseen. (Laukkanen ym. 2006, 82.)

Kuten aikuisillakin, nuorten masennus oireilee usein alavireisyytenä, mielenkiinnon menettämisenä ja väsymyksenä. Nuorten masennuksessa korostuvat lisäksi ärtyneisyys, vihaisuus ja epäsosiaalisuus. Muita oireita ovat keskittymisvaikeudet, mielihyvän kokemisen menetys, unettomuus, muutokset ruokahalussa, itsetuhoisuus sekä arvottomuuden ja syyllisyyden tunteet. (Laukkanen ym. 2006, 80.) Nuori voi oireilla jättämällä harrastuksensa, alisuoriutumalla koulussa ja syömättömyydellä tai ruuan ylensyönnillä. Murrosiän tuomat muutokset kehokuvaan mietityttävät ja pyöriävät jatkuvasti mielessä. Nuoren mielikuva itsestään on masentuneena ylikriittinen, negatiivinen. Nuori vaatii itseltään liikoja eikä osaa hyväksyä itsessään olevia vikoja. Huonommuuden tunne saa aikaan syyllisyyttä ja se masentaa lisää. (Aaltonen ym. 1999, 285–286.)

Vakavien masennustilojen osuus nuorten masennuksesta on jopa 85 prosenttia. Masennus on tytöillä kaksi kertaa yleisempää kuin pojilla, eikä syytä tähän tiedetä. (Laukkanen ym. 2006, 80–82.) Vakavaan masennukseen liittyy aina itsemurhan uhka, mutta vain noin 30 prosenttia on saanut psykiatrasta hoitoa ennen itsemurhaa (Aalberg & Siimes 2007, 254).

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä vaihtelee masennus, mania, hypomania tai niiden sekamuodot (Käypä hoito suositus 2008). Mania nuorilla voi ilmetä ärtyneisyytenä sekä käytöshäiriötyyppisinä oireina, impulsiivisuutena ja aggressiivisuutena. Maaniset jaksot ja masennusjaksot voivat vaihdella hyvinkin nopeasti. (Laukkanen ym. 2006, 85–86.)

4.2 Ahdistuneisuushäiriöt

Nuoruusiässä pelot ja ahdistus liittyvät nuoren omaan psyykkiseen ja fyysiseen erillisyyteen ja sosiaalisen arvioinnin kohteena olemiseen. Nuori irrottautuu vanhemmistaan ja tukeutuu enemmän ikätovereihinsa, jotka antavat nuorelle vertailukohteen omalle itsearvostukselleen. Jos tuki ikätovereilta puuttuu, nuori voi tuntea olevansa täysin yksin ajatustensa kanssa. Alati muuttuva keho ja muodostuva seksuaalisuus voivat myös aiheuttaa nuorella ahdistusta – tilanne on nuorelle uusi ja ristiriitainen kokemus. (Laukkanen ym. 2006, 67–68.)

Jos ahdistus tai siihen liittyvät käyttäytymisen muutokset alentavat nuoren toimintakykyä, esimerkiksi kykyä solmia uusia ystävyssuhteita tai käydä koulua, on kyseessä ahdistuneisuushäiriö. Ahdistuneisuushäiriöksi luokitellaan myös tilanne, jossa ahdistuneisuuden tunne aiheuttaa nuorelle merkittävää kärsimystä. Ahdistuneisuushäiriö on nuorten yksi yleisimmistä psyykkisistä häiriöistä. (Laukkanen ym. 2006, 67–68.)

Ahdistuneisuushäiriöitä ovat pelko-oireiset häiriöt (esimerkiksi sosiaalisten tilanteiden pelko), paniikkihäiriö, pakko-oireinen häiriö, eroahdistushäiriö ja erilaiset traumaperäiset häiriöt. Eroahdistushäiriötä on enemmän lapsilla kuin nuorilla, mutta esimerkiksi paniikkihäiriön, pakko-oireisen häiriön ja sosiaalisten tilanteiden pelon esiintyvyys kasvaa varhaisnuoruudesta lähtien. (Laukkanen ym. 2006, 67.)

Sosiaalisten tilanteiden pelossa keskeisin on nuoren pelko siitä, että hänen ahdistuneisuutensa huomataan ja häntä arvostellaan sen vuoksi. Pelkoa saattaa esiintyä julkisissa esiintymisissä tai uusien ihmisten tapaamisessa, ja se ilmentyy esimerkiksi käsien vapinana. Kärjistettynä ahdistuneisuus voi ilmentyä paniikkihäiriönä. Paniikkihäiriössä nuorelle ilmaantuu äkillisesti ahdistuskohtauksia, joissa on mukana myös fyysisiä oireita. Tavallisimpia ovat sydämen tykytys, hikoilu, vapina, pahoinvointi, huimaus tai pyörtymisen tunne. Nuori pelkää tulevansa hulluksi tai jopa kuolevansa. (Laukkanen ym. 2006, 73.)

Nuori yrittää kontrolloida ahdistustaan välttämällä asioita, jotka aiheuttavat ahdistusta. Nuori voi kuitenkin vain vahvistaa tilanteisiin kohdistuvaa pelkoa. Ahdistuneisuus ilmentyy myös epämääräisinä somaattisina oireina, kuten päänsärkynä ja vatsakipuna.

(Laukkanen ym. 2006, 69.) Ahdistuneisuushäiriöisistä suurin osa tarvitsee hoitoa. Osa häiriöistä voi altistaa myöhemmin aikuisiällä masennukselle ja ahdistuneisuudelle. (Laukkanen ym. 2006, 67 & 71.)

4.3 Käytöshäiriöt ja syömishäiriöt

Käytöshäiriöiden esiintyminen on viime vuosikymmenten kuluessa lisääntynyt. Sen on arveltu johtuvan perheiden muutosta maalta kaupunkiin, avioerojen lisääntymisestä, tietotekniikan kehittämisestä ja siitä, että lapset ja nuoret altistuvat entistä enemmän väkivalta- ja aikuisviihteelle. Samaan aikaan yhteinen aika vanhempien kanssa vaikuttavaa vähentyneen. (Laukkanen ym. 2006, 99.)

Tunnetuin käytöshäiriöistä on ADHD (= attention-deficit/hyperactive disorder). Se on tarkkaavaisuushäiriö, johon kuuluu lisääntynyttä impulsiivisuutta ja vilkkautta. ADHD todetaan usein lapsuudessa. Noin 70 prosentilla diagnoosin saaneista esiintyy lisäksi motorisia kehityshäiriöitä, erilaisia oppimisvaikeuksia, sosiaalisten taitojen puutetta, uhmakkuutta sekä tunne-elämän kypsyttömyyttä. Nuorelle laaditaan yksilöllinen kuntoutussuunnitelma, johon voi liittyä käyttäytymis- ja lääkehoitoa. (Käypä hoito suositus 2007.)

Käytöshäiriöt alkavat pojilla yleensä jo lapsuudessa, kun taas tytöillä varhaisnuoruudessa. Lapsuudessa poikien käytöshäiriöiden ilmaantuvuus tyttöihin verrattuna onkin 3-5-kertainen, mutta sukupuolierot pienentyvät nuoruuteen tultaessa. Oireet ovat lievemmissä muodoissa tytöillä ja pojilla erilaiset, mutta ne samankaltaistuvat vaikeusasteen noustessa. (Laukkanen ym. 2006, 99.)

Varhaisnuoruudessa käytöshäiriöstä ennustaa antisosiaalisuus, huono koulumenestys ja vähäinen kiinnostus koulua kohtaan (Laukkanen ym. 2006, 99). Yksi suuri riskitekijä varsinkin tytöille nuoruusiässä alkavalle käytöshäiriölle on sille altistava ystäväpiiri. Heillä on tiettyjä yhteisiä piirteitä, kuten empatiakyvyn puute tai sen heikkous, taipumus tulkita väärin toisen tekojen motiiveja sekä kyvyttömyys tuntea syyllisyyttä tai katua. (Laukkanen ym. 2006, 101.)

Nuoret naamioivat usein heikon itsetuntonsa ”kovisroolin” taakse. He eivät siedä pettymyksiä eivätkä osaa kontrolloida impulssejaan. Käytöshäiriöt lisäävät ongelmia ihmissuhteissa ja koulunkäynnissä, mikä taas altistavaa yhdessä huonon itsetunnon ja pettymysten sietämättömyyden kanssa itsemurha-ajatuksille ja –yrityksille muita nuoria yleisemmin. (Laukkanen ym. 2006, 101.)

Anoreksiassa eli laihuushäiriössä sairastunut pyrkii laihtumaan keinolla millä hyvänsä johtaen nälkiintymiseen. Siihen sairastuu alle 18-vuotiaista tytöistä 1-2 prosenttia, pojista 0,1 prosenttia. Anorektikot ovat usein tunnollisia ja täydellisyyteen pyrkiviä. Syömättömyyden ohella he usein liikkuvat ja kuntoilevat innokkaasti. Anorektikko itse ei yleensä myönnä omaa laihuuttaan. (Aalberg & Siimes 2007, 166–167.)

Bulimia on sairaus, jossa sairastunut ahmii lyhyessä ajassa runsaskalorista ruokaa ja sen jälkeen pakonomaisesti oksentaa sen pois. Bulimikolla on vahva pelko lihomisesta. Se johtaa erilaisiin epätavallisiin laihdutuskeinoihin, kuten ulostuslääkkeiden käyttöön. (Huttunen 2010.)

4.4 Päihdeongelmat

Nuoret kokeilevat päihteitä uteliaisuudesta, mielihyvän ja itsenäistymisyritysten vuoksi sekä halusta matkia aikuisten maailman käyttäytymismalleja. Kokeilu kuuluu nuoruuteen ja vain pieni osa nuorista siirtyy kokeilusta vakaviksi ongelmakäyttäjiksi. (Laukkanen ym. 2006, 139.) Yhteys päihteidenkäytön ja mielialahäiriöiden välillä on olemassa. Päihdehäiriöisellä nuorella on kasvanut itsemurhariski ja riski kohoa erilaisten psyykkisten häiriöiden mukana. (Marttunen 2009, 1204.) Lääkkeiden ja alkoholin sekakäyttö on nuorilla yleistä.

Nuorten päihteiden käyttö alkaa yleensä tupakoinnista ja alkoholin käytöstä 12–14 vuoden ikäisenä. Ne ovat yleisimpiä nuorten käyttämiä päihteitä, ja aiheuttavat 95 prosenttia nuoriin liittyvistä päihdeongelmista. Nuoret tytöt tupakoivat nuoria poikia enemmän. Muita nuorten käyttämiä päihteitä ovat huumeet, joihin lasketaan erilaiset päihtymiseen käytetyt liuottimet, keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet (opioidit, bentsodiatsepiinit)

sekä varsinaiset huumausaineet (esimerkiksi heroini, kannabis, amfetamiini). (Laukkanen ym. 2006, 135.)

Humalahakuinen juominen on nuorten keskuudessa varsin yleistä – vain yhdeksän prosenttia nuorista on oman ilmoituksensa mukaan täysin raittiita. 15–16-vuotiaista kolme neljästä on kokenut humalatilan. Varhaisnuorten tyttöjen alkoholin käyttö on samankäisiä poikia runsaampaa, mutta yli 15-vuotiailla osat vaihtuvat. Nuoret tytöt käyttävät usein myös lääkkeitä (bentsodiatsepiinit) samanaikaisesti alkoholin kanssa. (Laukkanen ym. 2006, 135–136.)

Varsinaisista huumausaineista kannabista kokeillaan eniten. 15–16-vuotiaista 10 prosenttia on kokeillut sitä, 20–24-vuotiaista 20 prosenttia. Kannabiksen on todettu vaikuttavan haitallisesti muistiin ja oppimiseen sekä aiheuttavan paniikkikohtaustyyppisiä oireita. Pitkäaikainen kannabiksen käyttö voi aiheuttaa myös psykoosia. Säännöllinen ja pitkäaikainen käyttö nostaa skitsofreniariskin jopa kuusinkertaiseksi ja lisää masennus- ja ahdistusoireita sen akuutisti rauhoittavasta vaikutuksesta huolimatta. (Laukkanen ym. 2006, 136.)

Huumeongelmalle altistavia tekijöitä on useita. Jos nuorella ei ole harrastuksia, hän pinnaa koulusta ja päihteitä käytetään ystäväpiirissä, on riski päihteiden käytölle lisääntynyt. Vanhempien rooli on myös tärkeä, sillä jos vanhemmat käyttävät päihteitä, he ovat huonona esimerkkinä eikä nuori luultavasti saa tarpeeksi emotionaalista tukea, joka estäisi päihteisiin sortumisen. (Laukkanen ym. 2006, 138.)

Päihderiippuvuuteen liittyy monenlaisia psykososiaalisia ongelmia, kuten riitoja kotona ja vaikeuksia koulunkäynnin kanssa. On osoitettu, että tytöillä päihdeongelman ja ahdistuneisuushäiriön tai masennuksen välillä on yhteys; pojilla puolestaan käytöshäiriöiden ja päihdeongelmien samanaikaisuus on yleistä. Päihteitä saatetaan käyttää psyykkisten ongelmien itsehoitona, vaikka päihteet itsessäänkin voivat aiheuttaa ongelmia. Päihteiden ollessa syypäänä pelkkä päihteiden käytön lopettaminen voi parantaa psyykkistä vointia. (Laukkanen ym. 2006, 139.)

5 NUORTEN PSYKIATRISTEN SAIRAUKSIEN ERI HOITOMUODOT

Kun mielenterveysongelma aiheuttaa toimintakyvyn alenemista ja kärsimystä, sitä on syytä hoitaa. Masennusta hoidetaan erilaisilla psykoterapioilla ja masennuslääkkeillä. Eri hoitomuotojen vaikuttavuutta ja haittoja on kuitenkin tutkittu melko vähän. Käypä hoito suositus ohjaa nuoren masennuksen hoitoa. (Haapasalo-Pesu 2006, 711.) Sen mukaan lievien ja keskivaikeiden masennustilojen hoito aloitetaan erilaisin psykoterapioin, ja niihin lisätään lääkitys, jos vastetta hoitoon ei ole ilmennyt noin kuukauden kuluessa. (Käypä hoito suositus 2010.)

Masennuksen hoidossa keskeisintä on psykososiaalinen tuki. Hoidon suunnittelussa otetaan huomioon nuoren ikä ja kehitystaso, masennuksen kesto ja vaikeusaste, muut psyykkiset häiriöt, itsetuhoisuus sekä nuoren perhetilanne. Akuuttivaiheessa tärkeintä on lievittää nuoren oireita niin, että tämän toimintakyky palautuisi ja esimerkiksi koulunkäynti onnistuisi taas. (Laukkanen ym. 2006, 83.)

Nuorten hoidossa on käytettävissä psykoterapia ja tukea antava hoito, osastohoito, lääkehoito sekä näiden erilaiset yhdistelmät.

5.1 Psykoterapia ja tukea antava hoito

Jos nuoren luonnollinen elinympäristö (koulu, ystävät, vanhemmat) ei anna nuorelle tarpeeksi tukea, voi hän tarvita sitä ulkopuolelta. (Lönngqvist ym. 2008, 621.) Tukea voi antaa keskustelemalla nuoren kanssa yleensä kerran viikossa tai harvemmin, ja sitä voi psykiatrian ammattilaisten lisäksi antaa terveydenhoitaja, koulukuraattori, opinto-ohjaaja, opettajat ja terveystieteiden psykologi (Lönngqvist ym. 2008, 621; Laukkanen ym. 2006, 244).

Puolueettomana pysyvä aikuinen keskittyy keskusteluissa nuoren silloiseen elämäntilanteeseen ja -vaiheeseen, sekä kertoo tarvittaessa nuorelle nuoruusiän kriiseistä ja auttaa nuorta selviytymään niistä. Nuoren hoito voi alkaa tukea antavista keskusteluista ja siirtyä tarpeen mukaan psykoterapiaan. (Lönngqvist ym. 2008, 621.) Tukea antava hoito

sopii nuorille, jotka ovat kokeneet traumoja tai elävät puutteellisesti tukea antavassa ympäristössä, mutta myös psykoosiin sairastuneelle nuorelle, jolle intensiivinen psykoterapia ei sovellu. (Lönqvist ym. 2008, 621; Laukkanen ym. 2006, 244.)

Psykoterapioita on erilaisia ja ne perustuvat eri teorioihin persoonallisuuden rakenteesta ja toiminnasta. Myös mielenterveysongelmien syntymekanismit on otettu niissä huomioon. Psykoterapioita käytetään nykyään laajasti nuorten hoidossa. (Lönqvist ym. 2008, 621.) Eri psykoterapioiden muodot kiinnittävät huomiota hieman eri tavoin yksittäisiin psyykkisiin oireisiin. Kognitiivisissa terapiassa keskitytään enemmän yksittäisiin oireisiin kuin psykodynaamisessa terapiassa. (Laukkanen ym. 2006, 240.) Psykodynaaminen terapia soveltuu nuorelle, jolla on kykyä tutkia itseään ja terapiassa välittyviä tunteita, eikä se tämän vuoksi yleensä sovellu vaikeahäiriöisille nuorille. Kognitiivisesta terapiasta on hyötyä moneen erilaiseen häiriöön. Nuorille sovellettu interpersonaalinen terapia, jossa keskitytään ihmissuhteisiin, auttaa eniten masennustilojen hoidossa. (Lönqvist ym. 2008, 621.)

Psykoterapiassa työvälineenä käytetään hoidettavan ja terapeutin välistä vuorovaikutussuhdetta. Vuorovaikutussuhde eroaa kuitenkin esimerkiksi tasavertaisesta ystävyssuhteesta. Psykoterapian vuorovaikutussuhteessa kiinnitetään huomiota erityisesti hoidettavan nuoren tunnetiloihin, ajatteluun ja käyttäytymiseen. Psykoterapian tavoitteena on havainnollistaa nuorelle hänen omia psyykkisiä prosessejaan ja tukea niiden tarkoituksellisempaa toimintaa. Näin nuoren oireet lievittyvät. (Laukkanen ym. 2006, 240.)

Ahdistuneisuuden hoito toteutetaan yleensä niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin psykoterapeuttisena työskentelynä. Nuoren pelkojen aiheita täytyy käsitellä perusteellisesti turvallisessa ja luotettavassa ympäristössä. (Laukkanen ym. 2006, 70–71.)

5.2 Psyykenlääkkeet

Psyykenlääkkeiden käyttö nuorten parissa on lisääntynyt 2000-luvulle tultaessa. Näihin lääkkeisiin lasketaan ADHD-lääkkeet, unilääkkeet, rauhoittavat lääkkeet ja masennukseen käytetyt lääkkeet. Kelan reseptitietokannan avulla tehdyn tutkimuksen perusteella

vuosina 1999–2007 ADHD-lääkkeitä käyttivät yleisimmin pojat, kun taas masennuslääkkeiden käyttö oli yleisintä 15 vuotta täyttäneiden naisten keskuudessa. (Autti-Rämö ym. 2009, 477.)

Psykykenlääkkeiden vaikutuksista nuoren kehittyvään hermostoon ei tunneta vielä tarkasti, joten hoitava lääkäri joutuu tukeutumaan kliiniseen kokemukseensa. Nuorilla lääkkeiden vaikutukset voivat olla erilaisia aikuisiin verrattuna. Lääkehoito on nuorten kohdalla usein kokeilevaa. (Penttilä, Moilanen, Rintahaka & Syvälahti 2006, 2475.)

Varhaisnuorten kohdalla lääkityksen aloittamista suositellaan erikoissairaanhoidossa, mutta vähintään 17-vuotiaiden kohdalla se voidaan aloittaa myös perusterveydenhuollossa. Ennen lääkityksen aloittamista on tärkeää tehdä huolellinen ja kokonaisvaltainen arvio nuoren tilasta. (Lönnqvist ym. 2008, 623.) Vaikeiden masennustilojen hoidossa lääkehoito voi tulla alusta alkaen kyseeseen, varsinkin jos psykoterapeuttista hoitoa ei ole saatavilla tai se viivästyy. (Käypä hoito suositus 2010.)

Alle 18-vuotiaiden ensisijainen lääke masennukseen on fluoksetiini (serotoniinin takaisinoton estäjä, SSRI). Jos se ei tehoa, voidaan muita SSRI-lääkkeitä kokeilla harkitusti. SSRI-lääkkeitä voidaan käyttää myös pakko-oireisen häiriön, paniikkihäiriön ja yleistyneen ahdistuneisuuden hoidossa (Lönnqvist ym. 2008, 624). Fluoksetiinia voidaan käyttää myös bulimian hoidossa, sillä se voi vähentää ahmimiskohtausten esiintyvyyttä ja pakonomaisuutta (Huttunen 2010).

Trisykliset masennuslääkkeet (esimerkiksi amitriptyliini, doksepiini) eivät ole niin hyviä nuorille, alle 18-vuotiaille käyttäjille, mutta niiden käyttö aloitetaan, jos SSRI-lääkkeistä ei ole hyötyä. Niiden on todettu vaikuttavan erityisesti impulsiivisuuteen ja yliaktiivisuuteen. Trisykliset masennuslääkkeet ovat vaarallisia yliannosteltaessa. Trisyklisiä masennuslääkkeitä käyttävillä lapsilla ja nuorilla on myös kuvattu äkillisiä sydänperäisiä kuolemantapauksia asianmukaisin annoksinkin. (Lönnqvist ym. 2008, 623.)

Lääkkeiden käytön aikana on tärkeää seurata nuoren tilaa ja hoitovastetta. Varsinkin SSRI-lääkityksen kohdalla voi alkuvaiheessa esiintyä lisääntyntä itsetuhoisuutta ja itsemurhariski voi kasvaa. SSRI-lääkkeitä saaneilla alaikäisillä nuorilla on havaittu

myös väkivaltaisuuden ja impulsiivisuuden lisääntymistä verrokkiryhmää useammin. (Lönnqvist ym. 2008, 624.)

Psykoosilääkkeiden hoitolinjaukset nuorilla ovat samat kuin aikuisillakin. Näitä lääkkeitä käytetään skitsofrenian hoidon lisäksi myös muiden psykoottisten oireiden hoitoon. Psykoositasoisen vakavan masennuksen hoidosta psykoosilääkkeillä ei ole yksiselitteistä tutkimustietoa nuorilla, vaikka niiden on todettu olevan aikuisilla tehokkaita. (Lönnqvist ym. 2008, 624–625.) Uudet psykoosilääkkeet, kuten risperidoni ja olantsapiini, ovat osoittaneet käyttökelpoisuutensa nuorten psykoosien hoidossa, mutta niidenkään käyttöä ei ole tutkittu kontrolloidusti (Penttilä ym. 2006).

Rauhoittavia lääkkeitä eli bentsodiatsepiineja, kuten diatsepaamia, käytetään akuutin ahdistuksen hoidossa, mahdollisesti myös paniikkihäiriössä. Bentsodiatsepiineissa on väärinkäytön riski, ja siitä voi myös tulla riippuvaiseksi. Riski tulisi arvioida ennen lääkkeen aloittamista. (Lönnqvist ym. 2008, 625.)

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

6.1 Kohdeorganisaatiot

Opinnäytetyön tekemisessä käytettiin kahta nuorten psykiatrasta osastoa sekä yhtä poliklinikkaa. Molemmilla osastoilla on kahdeksan potilaspaiikkaa, mutta myös ylipaikoilla voi olla jokunen nuori. Avo-osastolla potilasvaihtuvuus on vähäisempää kuin suljetulla osastolla. Poliklinikalla oli vuonna 2009 noin 9600 asiakasta.

6.2 Opinnäytetyössä käytetty tutkimusmenetelmä

Tässä opinnäytetyössä on käytetty kvantitatiivista ja kvalitatiivista lähestymistapaa toisiaan täydentävinä tutkimusotteina. Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa käytetään tiedonkeruun apuna standardoitua kyselylomaketta, jossa on valmiit vaihtoehdot. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on keskeistä muun muassa käsitteiden määritte-

ly ja tulosten tarkastelu erilaisissa tilastoissa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140). Kyselylomakkeessa on myös yksi avoin kysymys, jonka vastauksia analysoidaan kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusotteella. Kvalitatiivinen tutkimus kuvaa todellista elämää, ja sitä pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Erinäiset asiat ovat sitoutuneet toisiinsa ja niiden välisiä suhteita voidaan tutkia. (Hirsjärvi ym. 2009, 161–164.)

6.3 Kyselylomakkeen laadinta

Jokaisen kyselylomakkeen ensimmäiseksi sivuksi on laitettu saatekirje (Liite 4). Kyselylomake (Liite 5) on laadittu silmälläpitäen nuoren kehitystä ja se on pyritty pitämään selkeänä ja yksinkertaisena. Se sisältää erilaisia väittämiä ja kysymyksiä nuorten psykiatriseen avo- ja sairaalahoitoon liittyen. Kysymykset ja vastausvaihtoehdot on pyritty laatimaan loogisiksi ja ne on pyritty perustelemaan. Kysymykset on laadittu tutkimuskysymysten pohjalta.

Kahdeksan ensimmäistä kysymystä on tarkoitettu taustatietojen kartoittamiseksi. Hoidon vaikuttavuuden kokemiseen vaikuttaa myös se, kuinka kauan on ollut hoidossa, mistä syystä on ollut ja mitä hoitoa on saanut. Kyselylomakkeita analysoitaessa huomattiin, että hoidon keston vaihtoehdot eivät sallineet 4-5 kuukautta kestäneen hoidon valitsemista. Hoidon keston vaihtoehdoiksi jäi lyhyt kesto (0-3 kuukautta) ja pitkäkestoinen hoito (kuudesta kuukaudesta yli vuoteen). Ikävaihtoehdot on jaettu nuoruusvaiheiden mukaisesti, jotta vastauksia analysoidessa voisi mahdollisesti tehdä päätelmiä eri ikävaiheessa olevan nuoren kyvystä ottaa hoitoa vastaan ja olla motivoitunut hoitoon. Myös ymmärrys muiden ihmisten auttamismenetelmistä voi olla eri-ikäisenä erilaista.

Seitsemän viimeistä kysymystä (9-15) koskevat hoidon kokemista. Kysymykset on laadittu niin, että vastauksien perusteella voidaan luoda kuva nuoren tunteista hänen saamastaan hoidosta sekä jatkosta. Jatkossa selviäminen on tärkeää hoidon vaikuttavuuden kokemisen kannalta. Jos nuori vastaa pitäneensä hoitoa tarpeettomana eikä tiedä pärjääkö tulevaisuudessa, voitaneen olettaa, että hoitojaksosta sellaisenaan ei ollut hänelle hyötyä. Kysymys numero 15 on avoin kysymys, johon nuorten on tarkoitus saada purkaa tarkempia mielipiteitään saamastaan hoidosta.

6.4 Aineiston kerääminen ja analysointi

Lupaa opinnäytetyön tekemiseen pyydettiin ensin eettiseltä toimikunnalta (Liite 2a ja 2b), joka antoi puoltavan päätöksen. Eettisen toimikunnan lupaa tarvittiin, sillä kysely kohdistui potilaisiin. Sen jälkeen lupa-anomus osoitettiin vastuualueen ylihoitajalle (Liite 1), joka myös puolsi opinnäytetyön tekemistä. Kun luvat olivat kunnossa, voitiin ottaa yhteyttä osastojen ja poliklinikan osastonhoitajiin/vastuuhenkilöihin, joiden kanssa sovittiin tarkemmat päivät kyselylomakkeiden tuomiselle.

Nuorten psykiatrisille osastoille vietiin kumpaankin 25 kyselylomaketta ja lupalappua, poliklinikalle 10. Kyselylomakkeita vietiin siis yhteensä 60 kappaletta. Henkilökuntaa ohjeistettiin, että kyselylomakkeen voisi täyttää hoitonsa toimipisteessä päättävä tai mahdollisesti pian päättävä nuori. Lupalaput (Liite 3) oli tarkoitettu alle 16-vuotiaiden nuorten vanhemmille, eikä niitä tarvinnut enää palauttaa opinnäytetyön tekijälle. Osastoille laitettujen kyselylomakkeiden määrät olivat optimistiset, koska oli alun perin suunniteltu, että ne olisivat osastoilla pitemmän aikaa. Ylihoitajan pyynnöstä poliklinikan otos oli muita pienempi. Tämä johtui siitä, että poliklinikalla kyselyiden ja huoltajille tarkoitettujen lupalappujen antaminen ja täyttäminen oli osastoja ongelmallisempaa. Kyselylomakkeiden täyttämiseen ei haluttu ottaa aikaa itse potilaskäynnistä.

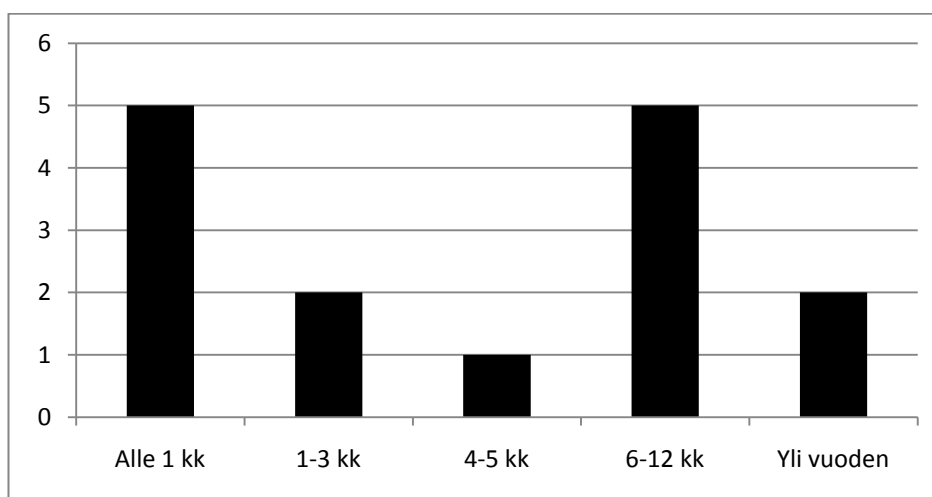
Kyselylomakkeiden oli tarkoitus olla osastoilla ja poliklinikalla noin neljä viikkoa. Poliklinikalta ja nuorten avo-osastolta kyselylomakkeet haettiin neljän viikon jälkeen, toisella nuorten osastolla ne olivat yhteensä kuusi viikkoa. Kaksi lisäviikkoa tuli, koska vastauksia ei neljän viikon jälkeen ollut tullut tarpeeksi ja arveltiin, että niitä voisi tulla kahden viikon aikana lisää. Näin myös kävi. Kyselylomakkeiden vastauksia tuli yhteensä 15 kappaletta. Vastausprosentti on tällöin 25 prosenttia.

Aineisto analysoitiin käsin ja käyttäen avuksi Microsoft Excel –ohjelmaa. Osa vastauksista havainnollistettiin taulukoin ja kuvioin.

7 TUTKIMUSTULOKSET

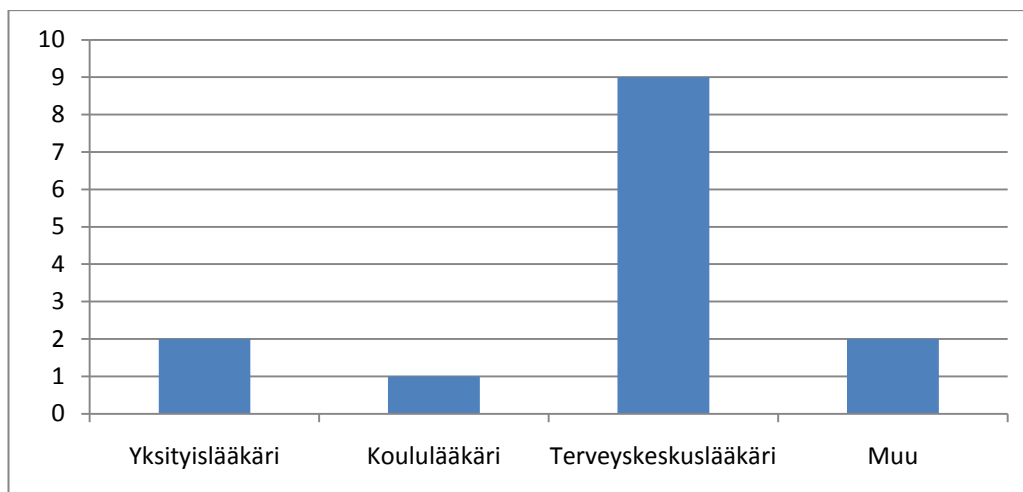
7.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajien sukupuoli meni lähes tasan; vastaajina oli kuusi miestä ja yhdeksän naista. Suurin osa vastanneista oli 15–17-vuotiaita (yhdeksän vastaajaa). Neljä vastaajaa oli 13–14-vuotiaita. Viidellä vastaajista hoitojakso oli kestänyt alle kuukauden, toisella viidellä kesto oli ollut 6-12 kuukautta (Kuvio 1). Hoitojakso oli ensimmäinen yhdelletoista vastaajalle. Vastaajista kolme oli joko toisella tai kolmannella hoitojaksollaan. Yhdelle vastaajalle hoitojakso oli viides.



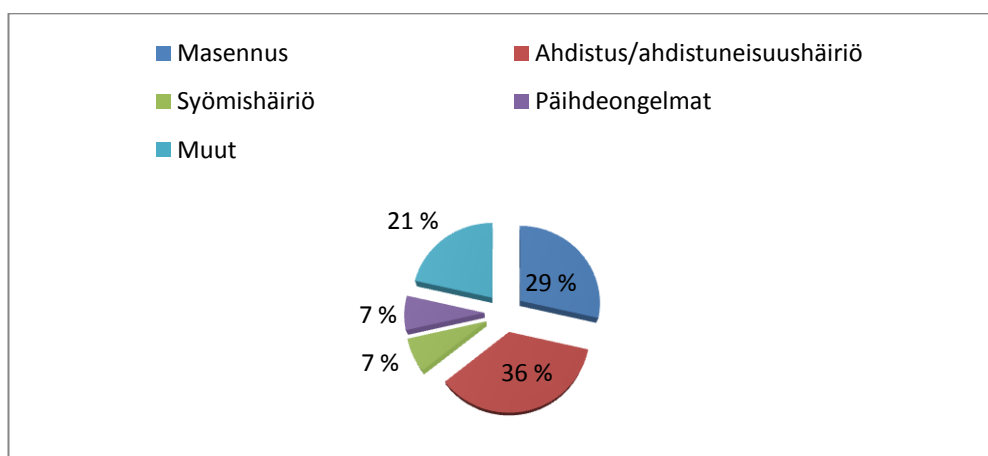
Kuvio 1. Hoidon kesto.

Neljästätoista vastaajasta suurin osa oli ohjattu hoitoon terveyskeskuslääkärin kautta (Kuvio 2). Vain yksi vastaaja kertoi koululääkärin olleen hoitoon ohjaaja. Yksi vastaajista oli ohjattu hoitoon sosiaaliviranomaisten kautta. Vastaajien enemmistön ei myöskään tarvinnut odottaa hoitoon pääsyä yli kahta viikkoa. Vain yksi vastaaja odotti pääsyä 2-4 viikkoa.



Kuvio 2. Hoitoon ohjaavataso.

Kahdeksan vastaajaa kertoi masennuksen olevan syynä hoitoon (Kuvio 3). Kymmenellä vastaajista oli ahdistusta tai ahdistuneisuushäiriö. Kaksi vastaajista oli myös yrittänyt itsemurhaa. Syömishäiriön tai päihdeongelmien takia hoidossa oli yhteensä neljä henkilöä. Useamman vaihtoehdon valitsi yhdeksän vastaajista, mikä tarkoittaa hoidon syynä olleen yhdeksällä vastaajalla useampi kuin yksi mielenterveysongelma. Yleisin yhdistelmä oli masennus ja ahdistus tai ahdistuneisuushäiriö (viisi vastaajaa). Muita hoitoon tulon syitä oli itsemurhayrityksen lisäksi lääkkeiden väärinkäyttö, harhat, ongelman perheessä, poissaolot koulusta ja mielialavaihtelut.



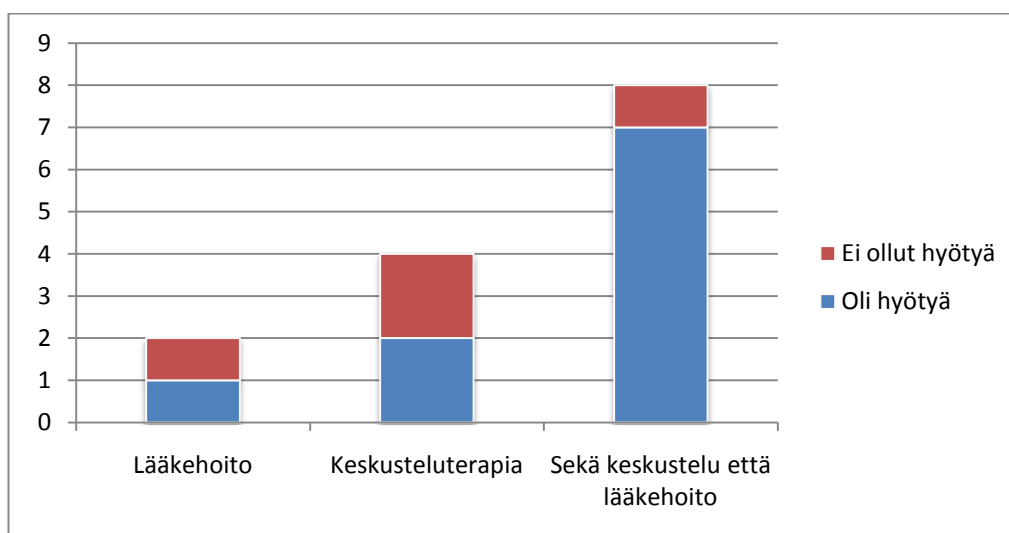
Kuvio 3. Syyt hoitojaksolle.

Vastaajista kahdeksan sai sekä lääkehoitoa että keskusteluterapiaa. Pelkkää lääkehoitoa sai vastaajista kaksi, pelkkää keskusteluterapiaa neljä. Yksi jätti vastaamatta.

7.2 Kokemus hoidosta

Kahdeksan vastaajista koki hoidon tarpeellisenä. Kuuden vastaajan mielestä se oli tarpeetonta. Yksi oli epävarma tarpeettoman ja tarpeellisen välillä. Kuitenkin pari kysymystä myöhemmin vastaajista kymmenen vastasi kokeneensa hoidon hyödylliseksi, viisi hyödyttömäksi. Vastauksien ero saattaa johtua siitä, että osa ehkä ajatteli vastatesaan, että hoito ei sinällään ollut hänelle tarpeellinen – ongelmista olisi voinut selvitä ilman psykiatrisen hoidon tuomaa apua. Apua saatuaan vastaaja kuitenkin koki hyötynensä siitä. Tulevaisuus tuntui varmalta kymmenelle vastaajalle. Kaksi vastaajista pelkäsi tulevaa ja mietti, pärjääkö itsekseen. Kolme vastaajaa oli epävarmoja.

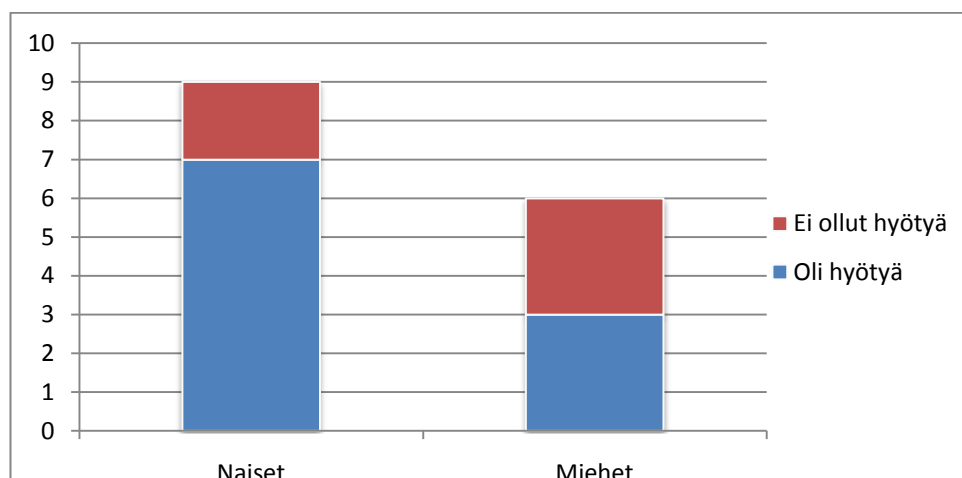
Hoitomuodon ja hoidon hyödyllisyyden kokemisen välillä oli ainoa ero niissä, jotka saivat sekä keskusteluterapiaa että lääkehoitoa. Kahdeksasta sekä keskusteluterapiaa että lääkehoitoa saaneesta vain yksi piti hoitoa hyödyttömänä (Kuvio 4).



Kuvio 4. Hoitomuoto versus hoidon hyöty.

Tutkimusaineistoa analysoidessa selvitettiin, onko sukupuolella ja hoidon kokemisella jonkinlainen yhteys (Kuvio 5). Kokevatko esimerkiksi tytöt hoidon hyödyllisempänä

kuin pojat? Näin oli, sillä naisista vain kaksi piti hoitoa hyödyttömänä, pojista kolme eli puolet vastaajista.

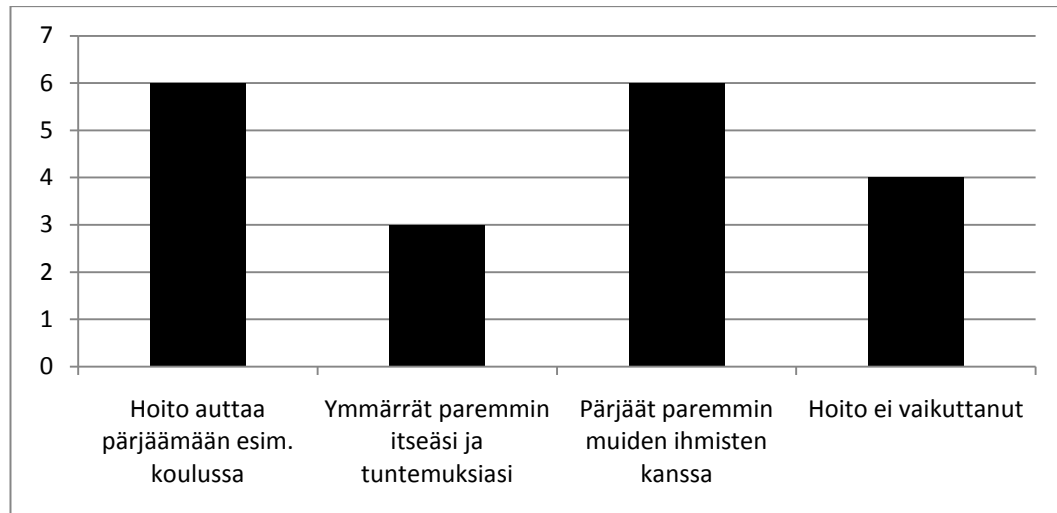


Kuvio 5. Hoitoon tyytyväisyyden ero sukupuolten välillä.

Kuuden vastaajan mielestä hoitava henkilökunta oli avuksi ja heistä sai tukea. Viiden mielestä osalta sai apua, osalta ei. Kolme vastaajaa oli sitä mieltä, että henkilökunnalta ei saanut apua. Yksi jätti vastaamatta.

Tarpeen vaatiessa yhdeksän vastaajista olisi valmis tulemaan takaisin samanlaiseen hoitoon. Perustelluissa, miksi kuusi vastaaja ei palaisi hoitoon, mainittiin syiksi muun muassa tarpeettomuus ja kotoa pois oleminen. Kotoa pois oleminen koettiin ahdistavaksi.

Kysymysnumero 14:sta oli neljä väittämää hoidon vaikutuksista (Kuvio 6). Vastaajalla oli mahdollisuus valita useampi kuin yksi vaihtoehto. Kuusi vastaajaa kertoi, että hoito auttaa pärjäämään jatkossa esimerkiksi koulussa tai perheen kanssa. Myös kuusi nuorta oli vastannut, että pärjää paremmin jatkossa muiden ihmisten kanssa. Neljä vastaajista kertoi, että hoito ei ollut vaikuttanut mitenkään. Vastaajista 12 painotti siis nimenomaan ihmissuhteisiin liittyvää apua.



Kuvio 6. Hoidon vaikutus.

Viimeinen kysymys eli numero 15 oli avoin kysymys. Siihen oli vastannut yhdeksän vastaajista. Nuoret olisivat tarvinneet enemmän keskustelua elämäänsä liittyvistä ongelmista. Myös erilaiset toiminnalliset terapiamuodot olivat nuorten mielestä mielekkäitä. Sen sijaan lääkehoitoon nuoret suhtautuivat varauksellisesti.

”Keskustelua voisi olla enemmän hoitojaksollani. Eikä heti annettaisi lääkkeitä pelkästään pahaan oloon. Mutta vaikeista asioista kertominen auttoi ja se myös helpotti oloa.”

”Hoito on ollut monipuolista ja innostavaa erinlaisten terapioiden ja toimintojen ansiosta.”

”Hoitoa en kokenut saavani muuten kuin lääkityksen muuttamisessa ja sen vaikutuksen tarkkailussa.”

Suurin osa piti osaston työntekijöitä ystävällisinä ja myös muista nuorista oli saanut vertaistukea. Jotkut nuoret toivoivat enemmän lomaa osastolta.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa muun muassa aineistonkeruussa käytetyt menet, aineiston oikeanlainen tulkinta sekä vastaajien rehellisyys. Jotta virheettömiä päätelmiä aineiston perusteella voitaisiin tehdä, täytyy kyselylomakkeen olla selkeä ja vastata tutkittua asiaa. Jos vastaaja ei ole ymmärtänyt kysymyksiä oikein, ei myöskään vastauksia voida pitää luotettavina. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–233.) Kyselylomakkeiden vastauksia lukiessa voidaan päätellä, onko vastaaja paneutunut vastauksiin (esimerkiksi avoimeen kysymykseen vastaaminen, muiden kohtien lisäkysymykset). Vastaajan rehellisyyden kannalta tärkeää olisi se, että hän saisi vastata omassa rauhassa ja ilman pelkoa siitä, että joku asiaankuulumaton lukisi vastauksia tai vaikuttaisi niihin. Nuorten kohdalla tällaisia vaikuttajia voisi olla huoltajat tai kaverit. Kyselylomakkeen hoitojakson pituuden virheen takia ei voida olla varmoja, ovatko vastaukset oikeita. Yksi vastaajista oli merkinnyt itse puuttuvan vaihtoehdon kyseiseen kohtaan.

Tutkimuksen luotettavuuden ja uskottavuuden takaa parhaiten tieteellisten menettelytapojen mukainen tutkiminen. Näitä menettelytapoja ovat muun muassa rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus, eettisesti kestävät tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmät sekä yksityiskohtainen ja huolellinen raportointi. (Kuula 2006, 34–35.) Luotettavuutta voidaan mitata toistamalla tutkimus. Jos toistetun tutkimuksen tulos on sama, on alkuperäinen tutkimus ollut luotettava (Uusitalo 1999, 84). Opinnäytetyössä näin pienen otannan ollessa kyseessä on mahdollista, että jos tutkimus toistettaisiin, vastaukset olisivat erilaisia.

Etiikalla tarkoitetaan moraalista näkökantaa, jossa pohditaan mikä on oikein ja mikä on väärin (Kuula 2006, 21). Tässä opinnäytetyössä eettisiin kysymyksiin liittyy erityisesti kyselylomakkeiden anonymiteetti ja salassapito. Niiden säilymisestä on pidetty huolta muun muassa pitämällä osastot ja poliklinikka nimettöminä. Kyselylomakkeiden vastauksien määrä ei ole suuri, joten on tärkeää pitää huolta siitä, että tiettyä vastausta ei voida yhdistää tiettyyn paikkaan ja näin ollen vastaajaan. Kyselylomakkeisiin ei tule vas-

taajan nimeä, eikä kyselylomakkeita lue vastaajan lisäksi kukaan muu kuin opinnäytetyön tekijä.

8.2 Johtopäätökset

Toteutetun kyselyn perusteella ei voida tehdä yleistäviä päätelmiä hoidon vaikuttavuudesta tai kokemisesta näissä kolmessa erilaisessa nuorisopsykiatrisessa hoitopaikassa, koska otos oli pieni. Vastauksia ei tullut tasaisesti joka toimipisteestä, vaan vastausprosentti vaihteli paikkojen kesken. Myös tämä vaikeuttaa yleistystä. Johtopäätökset on tehty ottaen huomioon vain vastanneet nuoret. Opinnäytetyön tavoitteet tulivat osittain täytettyä. Esimerkiksi joitakin kehittämisideoita on tullut vastausten perusteella. Jotta hoitoa voitaisiin laajemmin kehittää, tarvittaisiin myös laajempi tutkimus.

Vastanneista kaksi kolmasosaa piti saamaansa hoitoa hyödyllisenä. Hoidon jälkeen kymmenen oli sitä mieltä, että pärjää jatkossa. Kyselylomakkeeseen vastanneiden kesken oli miehillä ja naisilla erilaiset kokemukset hoidon hyödyttävyydestä. Onko tulos vain sattumaa, vai ovatko naispuoliset potilaat yleisesti ottaen avomielisempiä psykiatrista hoitoa kohtaan? Kenties asenteeseen liittyy enemmän nuoruuden vaihe kuin sukupuoli.

Suurin osa nuorista sai mielenterveysongelmiinsa sekä keskusteluterapiaa että lääkehoitoa, ja tämä yhdistelmä koettiin hyödyllisimmäksi. Suurin osa oli myös päässyt hoitoon alle kahdessa viikossa, mikä on hyvä. Onko näin kaikilla mielenterveyspalveluja käyttävillä nuorilla, sitä ei voi tutkimuksen perusteella tietää. Hoitopaikkojen määrät ja osastojen resurssit tuskin kuitenkaan ovat liian suuret.

Vastanneista nuorista vain yksi oli päässyt psykiatriseen hoitoon koululääkärin kautta. Pitäisikö koulun kautta tapahtuvaan seurantaan panostaa enemmän? Nuori viettää koulussa paljon aikaa, joten pitäisikö psyykinen oirehtiminen huomata siellä paremmin? Myös nuoren poissaolot voivat viestittää psyykkisistä ongelmista. Puututaanko niihin tarpeellisella tavalla? Entä huomataanko psyykkisiä ongelmia tarpeeksi usein koulun terveystarkastuksissa? Koululääkärin ja kouluterveydenhoitajan pitäisi olla nuorelle

turvallisia ja matalan kynnyksen henkilöitä, joille nuori voisi helposti mennä kertomaan ongelmistaan.

Toisaalta kyselyn perusteella ei voida tietää, onko kouluterveydenhoitaja varannut nuorelle ajan terveystakeskuslääkäriltä, vai oliko varaaja kenties jompikumpi huoltajista. Terveystakeskuslääkärin kautta hoitoon oli päässyt yhdeksän nuorta. Oliko aika varattu vai oliko nuori mennyt päivystykseen, se ei käy kyselystä ilmi.

Osa kyselyyn vastanneista nuorista mainitsi, että osastolla olo ahdistaa ja kotia on ikävä. Miten osaston oloja voitaisiin parantaa, että nuori kokisi olonsa turvalliseksi eikä ahdistuneeksi? Omat tavarat, musiikki, pelit? Toisaalta koti-ikävä on normaali tunne, eikä kaikissa tapauksissa ole nuoren kuntoutumisen kannalta edullista, että annetaan mahdollisuus useisiin tai pitkäaikaisiin kotilomiin. Tarve kuitenkin pitäisi määritellä yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla.

8.3 Jatkotutkimukset ja tutkimuksen parannusehdotukset

Jotta tutkimuksen tulokset olisivat olleet luotettavampia ja yleistettävimpiä, vastauksia olisi pitänyt olla enemmän. Toisella osastolla potilasvaihtuvuus vuoden aikana osastonhoitajan mukaan on noin viitisenkymmentä potilasta, joten vastauksien saamiseksi kyselylomakkeiden olisi pitänyt olla osastolla kauemmin kuin neljä viikkoa. Myös poliklinikalta olisi voinut tulla enemmän vastauksia pidemmällä vastausajalla. Toisaalta myös tutkimusmenetelmä olisi voinut olla eri, kuten vaikka teemahaastattelu.

Opinnäytetyön tutkimuskohteeksi olisi voinut ottaa vain yksi osasto, esimerkiksi nuorten suljettu osasto. Noin kahden kuukauden vastausajalla olisi mahdollisesti saatu tarpeeksi vastauksia, että olisi voitu tehdä yleispäteviä johtopäätöksiä kyseisen osaston hoidon vaikuttavuudesta. Jos kohteeksi olisi ottanut poliklinikan, kohdejoukko olisi voitu laajentaa koskemaan esimerkiksi kaikkia yli vuoden hoidossa olleita, myös niitä, jotka kyselyn loputtua vielä jatkoivat hoitoa.

Tutkimuksia nuorten kokemuksista psykiatrisesta hoidosta kannattaa jatkossakin tehdä. Tämä opinnäytetyö oli tutkimukselliselta osuudeltaan kapea ja lyhytkestoinen. Pitkäai-

kaisempia tutkimuksia kannattaisi tehdä, jotta vaikuttavuus tulisi oikeasti ilmi. Myös hoidon jälkeiset tutkimukset nuoren silloisesta kunnosta kertoisivat paremmin siitä, miten hoito loppujen lopuksi vaikutti nuoren mielenterveyteen ja elämänlaatuun. Kuinka moni joutuu uudelleen hoitoon? Onko aikaisemman hoidon muodolla (osasto, poliklinikka, lääkehoito) yhteys uudelleen hoitoon joutumisen kanssa? Hyvä nuorten psykiatrinen hoito heijastuu tulevaisuudessa nuorten työllisyystilastoihin ja nykyäänkin itsemurhalukuihin. Hoitoa tulisi jatkuvasti kehittää niin laajemmin kuin yksilöittäinkin.

LÄHTEET

Aalberg, V. & Siimes, M.A. 2007. Lapsesta aikuiseksi: Nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Jyväskylä: Gummerus.

Aaltonen, M., Ojanen, T., Vihunen, R. & Vilén, M. 1999. Nuoren aika. Porvoo: WSOY.

Brummer, M. & Enckell, H. 2005. Lasten ja nuorten psykoterapia. Porvoo; Helsinki: WSOY.

Erikoissairaanhoitolaki. 3: 1.12.1989/1062.

Forrström, J. & Pelanteri, S. 2010. Psykiatrian erikoisalan laitoshoido 2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.2.2010.

http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr04_10.pdf

Hentinen, K., Ilja, A. & Mattila, E. 2009. Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi. Hygieia.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.

Huttunen, M. 2010. Ahmimishäiriö (bulimia). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 17.12.2010.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00352&p_haku=bulimia

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka – Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Käypä hoito suositus, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2010. Depressio. Viitattu 2.11.2010.

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023#s12_1

Käypä hoito suositus, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen Yhdistys Ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. 2007. ADHD:n (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön) hoito lapsilla ja nuorilla. Viitattu 9.11.2010.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50061#s12>

Käypä hoito suositus, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2008. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Viitattu 13.11.2010.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50076#s4>

Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. 2006. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna. Karisto oy. Duodecim.

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2008. Psykiatria. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy. Duodecim.

Marttunen, M. 2009. Nuorisopsykiatria tarvitaan. Suomen lääkärilehti 13/2009. Viitattu 4.11.2010. <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2009/SLL132009-1204.pdf>

Mielenterveyslaki. 2; 8: 14.12.1990/1116.

Penttilä, J., Moilanen, K., Rintahaka, P. & Syvälahti, E. 2006. Psykykelääkehoito nuorisopsykiatriassa. Duodecim 122 (20), 2475.

Pylkkänen, K., Syvälahti, E. & Tamminen, T. 2003. Keskeistä käytännön psykiatria. Hämeenlinna. Karisto Oy. Recallmed Oy.

Silvennoinen-Nuora, L. 2005. Vaikuttavuuden arviointi – Esimerkkinä hoitoketjut. Viitattu 28.10.2009. <http://www.uta.fi/laitokset/tsph/perttu/pdf/silvennoinen.pdf>



SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU
Tiedepuisto 3
28600 PORI

OP07
SOPIMUS
OPINNÄYTETYÖN
TEKEMISESTÄ

SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: <u>Salla Syrjä</u>	Opiskelijanumero: <u>0701075</u>	Aloitusrhmä: <u>HT07P/2v</u>
Koulutusohjelma: <u>Hoitotyö</u>		
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: <u>Marija Flinck, marija-flinck@samk.fi</u>		
Toimeksiantaja, yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: <u>Kristina Puolake, kristina.puolake@satakunta.fi</u>		
Opinnäytetyön nimi: <u>Psyykkisen hoidon vaikutavuus nuoren itsensä kotona</u>		
Työn etenemisaikataulu: <u>Valmis tammikuussa 2011</u>		
Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.		
Vakuutukset. Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsuopimus. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää. Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta. Oikeudet opinnäytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle. Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle. Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laadusta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästymisestä, ellei erikseen toisin sovita. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole. Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyä tietoa, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö tai sen osia voidaan julkaista myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa. Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Porin käräjäoikeudessa. Tätä sopimusta on laadittu <u>4</u> kappaletta, yksi kullekin osapuolelle. Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteyksistä, mukaan lukien SAMKin yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteyshenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävästi esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.		
Päiväys: <u>25.5.2010</u>		
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimi ja nimen selvitys: <u>Kristina Puolake</u> KRISTINA PUOLAKE yh	Koulutusjohtajan/Toimeksiantajan allekirjoitus ja nimen selvitys: <u>Antti Laitinen</u>	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus: <u>Salla Syrjä</u>		

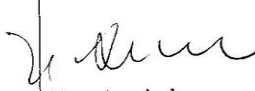
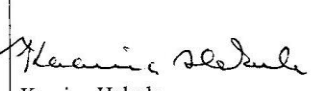
Sisältövastaava: Anne Sankari

Tarkistettu viimeksi: 26.11.2009



SATAKUNNAN SAIRAANHOITTOPIIRI
Eettinen toimikunta

Pöytäkirja
5/2010

Kokousaika	9.6.2010	klo14.00 – 14.30
Kokouspaikka	Satakunnan keskus-sairaala Keskustoimiston neuvotteluhuone	
Saapuvilla olevat jäsenet	Eero Aarnisalo Esa Ahlqvist Silja Iltanen Sari Sjövall Raija Kiviniitty Marita Koivunen Joni Palmgren Kaarina Hakula	ylilääkäri, puheenjohtaja lakimies, maallikkojäsen potilasasiamies, jäsen ylilääkäri, jäsen sairaalateologi, jäsen ylihoitaja, jäsen apteekkari, jäsen maallikkojäsen, sihteeri
Poissa	Kirsi-Maria Haapasalo-Pesu Seppe Lehtojoki Elina Vähä-Eskeli	ylilääkäri, jäsen apulaisylilääkäri, jäsen ylilääkäri, jäsen
Asiat	§ 1 – 6	
Pöytäkirjan allekirjoitus	 Eero Aarnisalo puheenjohtaja	 Kaarina Hakula pöytäkirjanpitäjä

1 § KOKOUKSEN AVAUS, LAILLISUUS JA PÄÄTÖSVALTAISUUS

Puheenjohtaja avasi kokouksen ja totesi sen laillisesti kokoon kutsutuksi ja päätösvaltaiseksi.

2 § SAIRAANHOITAJAOPISKELIJA SALLA SYRJÄN LAUSUNTOPYYNTÖ / PSYKIATRISEN HOIDON VAIKUTTAVUUS NUOREN ITSENSÄ KOKEMANA

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää nuorten psykiatrisen avo- ja sairaalahoidon sisältöä, kartoittaa kyseisen hoidon vaikuttavuutta hoitoon osallistuneiden nuorten kokemana sekä tarkastella mahdollisia kehittämissisältöjä nuorten psykiatriseen avo- ja sairaalahoitoon liittyen. Aineisto kerätään kyselylomakkeiden avulla Harjavallan sairaalan osastolla 21 ja nuorisopsykiatrian poliklinikalla syksyn 2010 aikana. Lausuntopyynnön liitteenä on tutkimussuunnitelma.

LIITE NRO 1

Päätös: Eettinen toimikunta antaa puoltavan lausunnon tutkimuksesta, mutta tutkijan on lähetettävä toimikunnalle vielä tutkimuksessa käytettävä kyselylomake, tiedote alle 16-vuotiaiden huoltajille ja huoltajan suostumuslomake.

PÖYTÄKIRJAN OIKEEN OIKEAKSI TÄRKEÄÄ

Kaarina Hakula

KAARINA HAKULA

SATAKUNNAN SHP:N EETTISEN TOIMIKUNNAN SIHTEERI



SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI
Eettinen toimikunta

Pöytäkirja
8/2010

Kokousaika	1.12.2010	klo15.00 – 15.30
Kokouspaikka	Suomalainen klubi Eteläranta 10	
Saapuvilla olevat jäsenet	Eero Aarnisalo Esa Ahlqvist Silja Iltanen Marita Koivunen Joni Palmgren Sari Sjövall Elina Vähä-Eskeli Kaarina Hakula	ylilääkäri, puheenjohtaja lakimies, maallikkojäsen potilasasiamies, jäsen kehittämissylihoitaja, jäsen apteekkari, jäsen ylilääkäri, jäsen ylilääkäri, jäsen maallikkojäsen, sihteeri
Poissa	Kirsi-Maria Haapasalo-Pesu Raija Kiviniitty Seppo Lehtojoki	ylilääkäri, jäsen sairaateologi, jäsen apulaisylilääkäri, jäsen
Asiat	§ 1 – 5	
Pöytäkirjan allekirjoitus	 Eero Aarnisalo puheenjohtaja	 Kaarina Hakula pöytäkirjanpitäjä

1 § KOKOUKSEN AVAUS, LAILLISUUS JA PÄÄTÖSVALTAISUUS

Puheenjohtaja avasi kokouksen ja totesi sen laillisesti kokoon kutsutuksi ja päätösvaltaiseksi.

2 § SALLA SYRJÄ / PSYKIATRISEN HOIDON VAIKUTTAVUUS NUOREN
ITSENSÄ KOKEMANA / LAUSUNTOPYYNNÖN TÄYDENTÄMINEN

Sairaanhoitajaopiskelija Salla Syrjä on lähettänyt eettiselle toimikunnalle häneltä pyydetyt asiakirjat eli kysymyslomakkeen, tiedotteen alle 16-vuotiaiden vanhemmille ja huoltajan suostumuslomakkeen. Ne liittyvät hänen 9.6.2010 käsiteltyyn opinnäytetyötä koskevaan lausuntopyyntöönsä.

LIITE NRO 1

Päätös: Lausuntopyynnön täydennys todettiin asianmukaiseksi.

PÖYTÄKIRJAN OIKEEN OIKEAKSI TÖDISTÄÄ:

Kaarina Hakula

KAARINA HAKULA

SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRIIN EETTINEN TOIMIKUNTA

Hyvä huoltaja!

Olen sairaanhoitajaopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan Porin yksiköstä ja teen opinnäytetyönäni kartoitusta nuoren kokemuksista saamastaan psykiatrisesta hoidosta ja sen vaikuttavuudesta. Tiedot kerätään kyselylomakkeiden avulla. Kysely on täysin luottamuksellinen ja siihen vastataan nimettömästi. Vastauslomake suljetaan kirjekuoreen, joka palautetaan siihen tarkoitettuun laatikkoon osastolle. Vastaukset käsittelee vain opinnäytetyöntekijä ja lomakkeet hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Vastaaminen on vapaaehtoista. Valmis opinnäytetyö toimitetaan osastolle, joten myös vanhemmat voivat tutustua siihen.

Pyydän, että annatte luvan lapsenne vastauksien käyttämiseen opinnäytetyön tekemisessä.

Ystävällisin terveisin,

Salla Syrjä

salla.syrja@student.samk.fi

Ympyröikää valitsemanne vaihtoehto.

1. Annan suostumukseni
2. En anna suostumustani

Hyvä vastaaja!

Olen sairaanhoitajaopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan Porin yksiköstä ja teen opinnäytetyönäni kartoitusta nuoren kokemuksista saamastaan psykiatrisesta hoidosta ja sen vaikuttavuudesta. Haluan kuulla Sinun mielipiteesi saamastasi hoidosta ja siitä, miten se on vaikuttanut.

Kysely on täysin luottamuksellinen ja siihen vastataan nimettömästi. Vain opinnäytetyöntekijä tarkastelee vastauksia. Täytetyt kyselylomakkeet suljetaan kirjekuoreen ja palautetaan osastolla olevaan siihen tarkoitettuun laatikkoon. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen kaikki palautetut kyselylomakkeet hävitetään.

Vastaa parhaasi mukaan ympyröimällä Sinua lähin oleva vaihtoehto. Jos mielenterveyshoitosi vielä jatkuu, voit vastata tämänhetkisen tilanteesi mukaan.

Ystävällisin terveisin,

Salla Syrjä

salla.syrja@student.samk.fi

Ympyröi lähin Sinua koskeva vaihtoehto.

1. Sukupuoli

- a) Mies
- b) Nainen

2. Ikä

- a) 13–14 vuotta
- b) 15–17 vuotta
- c) 18–22 vuotta

3. Hoidon kesto

- a) Alle 1 kuukausi
- b) 1-3 kuukautta
- c) 6-12 kuukautta
- d) Yli vuoden, kuinka kauan? _____

4. Oliko hoitojakso ensimmäinen?

- a) Kyllä
- b) Ei
- Jos ei, monesko? _____

5. Mitä kautta pääsit hoitoon?

- a) Yksityislääkäri
 - b) Koululääkäri
 - c) Terveyskeskuslääkäri
 - d) Muu, mikä?
-

6. Kuinka kauan jouduit odottamaan hoitoon pääsyä?

- a) Alle 2 viikkoa
- b) 2-4 viikkoa
- c) 1-3 kuukautta
- d) Kauemmin kuin 3 kuukautta

7. Minkä syyn takia sait hoitoa? Voit ympyröidä useamman kohdan.

- a) Masennus
 - b) Ahdistus tai ahdistuneisuushäiriö
 - c) Syömishäiriö
 - d) Päihdeongelmat
 - e) Muu, mikä?
-

8. Millaista hoitoa sait hoitojakson aikana?

- a) Lääkehoitoa
 - b) Keskusteluterapiaa
 - c) Sekä lääkehoitoa että keskusteluterapiaa
 - d) Muuta, mitä?
-

9. Millainen kokemus hoitojakso mielestäsi oli?

- a) Pelottava
- b) Tarpeellinen
- c) Tarpeeton

10. Millaisia olivat sinua hoitavat henkilöt?

- a) He auttoivat, olivat tukena
- b) Heistä ei saanut apua

c) Toisilta sai apua, toisilta ei

11. Millaiselta tulevaisuus tuntuu tällä hetkellä?

- a) Ok, pärjään jatkossa
- b) Pelottaa – selviänpö itsekseni
- c) En tiedä, epävarma olo

12. Oliko hoidosta mielestäsi hyötyä?

- a) Oli
- b) Ei

13. Jos tarve vaatisi, tulisitko takaisin samanlaiseen hoitoon?

- a) Tulisin
- b) En tulisi

Jos vastasit ei, perustelut?

14. Millä tavalla kokemasi hoito on vaikuttanut sinuun? Voit ympyröidä useamman kohdan.

- a) Hoito auttaa pärjäämään jatkossa (esimerkiksi koulussa, perheen kanssa tms.)
- b) Ymmärrät paremmin itseäsi ja tuntemuksiasi
- c) Pärjät paremmin (kuin ennen hoitoa) muiden ihmisten kanssa
- d) Hoito ei vaikuttanut

15. Kerro vapaasti perusteltu mielipiteesi kokemastasi hoidosta ja sinua hoitaneesta henkilökunnasta.
