

Colitis ulcerosaa sairastavan 5-ASA-lääkehoitoon sitoutuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät

Mirja Kalliosaari

Opinnäytetyö

Joulukuu 2016

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi AMK

Tekijä(t) Kalliosaari, Mirja	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Joulukuu 2016
	Sivumäärä 53+11	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Colitis ulcerosaa sairastavan 5-ASA-lääkehoitoon sitoutuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät		
Tutkinto-ohjelma Kliinisen hoitotyön koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn ohjaaja(t) Tiikkainen Pirjo, Kuokkanen Niilo		
Toimeksiantaja(t) Crohn ja Colitis ry		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Colitis ulcerosan uskotaan ylittävän kansansairauden, 50000 sairastavan, rajan vuoteen 2020 mennessä yhdessä Crohnin taudin kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten Colitis ulcerosaa sairastavat sitoutuvat 5-ASA-lääkehoitoonsa ja mitkä tekijät ovat yhteydessä siihen. Tavoitteena oli tunnistaa tekijöitä, mitkä ovat yhteydessä hoitoon sitoutumiseen. Paremmalla 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumisella saavutetaan säästöjä terveydenhuollossa, ja Colitis ulcerosaa sairastavien elämänlaatu paranee.</p> <p>Tutkimus toteutettiin Webropol-kyselynä syyskuussa 2016 Colitis ulcerosaa sairastaville, jotka käyttivät 5-ASA-lääkehoitoa. Vastaajia oli 798. Tilastolliset analyysit tehtiin käyttäen SPSS statistics 23 -ohjelmaa ja Webropolin tilasto-ominaisuuksia. Tilastolliset merkitsevyydet laskettiin X^2 -testin ja Mann Whitney U-testin avulla.</p> <p>95 % vastaajista (n=755) todettiin hoitoon sitoutuneiksi ja 5 % vastaajista (n=43) todettiin hoitoon sitoutumattomiksi. Motivaatiolla ja riittävällä tiedon saannilla oli erittäin merkitsevä yhteys 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen. Hoitoon sitoutuneet olivat myös useammin erikoislääkärin hoidossa ja heidän mielipiteensä otettiin huomioon lääkehoitoa suunniteltaessa. He kokivat 5-ASAn tehoavan oireisiin hoitoon sitoutumattomia paremmin. Hoitavan lääkärin riittävällä ohjauksella ja tuella sekä potilasjärjestön jäsenyydellä saattaa olla yhteys hoitoon sitoutumiseen. Kolme neljäsosaa (77 %) hoitoon sitoutumattomista oli alle 46-vuotiaita. He raportoivat enemmän sivu- tai haittavaikutuksia ja käyttivät useammin paikallishoitovalmisteita. Kerran päivässä lääkkeensä ottaneet olivat useammin hoitoon sitoutumattomia.</p> <p>Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää Colitis ulcerosaa sairastavien hoidon ja omahoidon tuen suunnittelussa ja toteutuksessa. Myös syitä motivaation takana tulisi tutkia.</p> <p>Avainsanat (asiasanat) haavainen koliitti, proktiitti, hoitomyöntyvyys, kieltäytyminen hoidosta, lääkehoito, mesalatsiini, potilaan osallistuminen, kyselytutkimus</p> <p>Muut tiedot</p>		

Author(s) Kalliosaari, Mirja	Type of publication Master's thesis	Date December 2016
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 53+11	Permission for web publication: x
Title of publication The adherence to the 5-ASA therapy by patients with ulcerative colitis and the related factors		
Degree programme Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice		
Supervisor(s) Tiikkainen, Pirjo; Kuokkanen, Niilo		
Assigned by The Finnish Crohn's and Colitis Patient Association, Crohn ja Colitis ry		
<p>Abstract</p> <p>Ulcerative colitis is believed to exceed the national disease limit of 50,000 patients by 2020 together with Crohn's disease. The purpose of the thesis was to examine how patients with ulcerative colitis were adherent to the 5-ASA medication treatment and what factors were associated with it. The aim was to identify the factors related to treatment adherence. Better 5-ASA medication adherence leads to savings in health care and a better quality of life in patients with ulcerative colitis improves.</p> <p>The study was conducted by using a Webropol survey in September 2016 for patients with ulcerative colitis and 5-ASA medication. The number of the respondents was 798. The statistical analyses for the study were performed by using the systems provided by the SPSS statistics 23 software and Webropol. Statistical significance was calculated using the X^2 - test and the Mann Whitney U-test.</p> <p>95 % of the respondents (n = 755) were adherent, and 5 % (n = 43) were non-adherent. Motivation and sufficient information had a significant connection to adherence. The adherents were more frequently attended by a specialist, and their opinions were taken into account when planning medical treatment. They felt more than the non-adherents that 5-ASA was effective against the symptoms. Guidance and support of the attending physician and membership in a patient organization may have a connection adherence. Three quarters (77%) of the non-adherents were under 46 years of age. They reported more side effects and used more often local treatment. A once-daily medication was connected with non-adherence.</p> <p>The results can be used when planning and conducting treatment and self-care support of patients with ulcerative colitis. The reasons behind the motivation should also be studied.</p>		
Keywords/tags (subjects) Colitis, Ulcerative, proctitis, inflammatory bowel disease, mesalamine, patient compliance, patient participation, treatment refusal, questionnaire survey		
Miscellaneous		

Sisältö

1 Colitis ulcerosa – uusi kansansairaus.....	4
2 Colitis ulcerosa ja 5-ASA-lääkehoito	5
2.1 Etiologia, ilmaantuvuus ja esiintyvyys	5
2.2 Oireet, diagnoosi, hoito ja seuranta	8
2.3 5-ASA-lääkehoito	10
3 Hoitoon sitoutuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät.....	11
3.1 Pitkäaikaissairaahan hoitoon sitoutumiseen yhteydessä olevat tekijät.....	12
3.1.1 Hoitoon sitoutumiseen yhteydessä olevat sisäiset tekijät.....	12
3.1.2 Hoitoon sitoutumiseen yhteydessä olevat ulkoiset tekijät.....	14
3.2 Colitis ulcerosaa sairastavan 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen yhteydessä olevat tekijät aiempien tutkimusten mukaan	14
4 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	19
5 Tutkimuksen toteuttaminen	20
5.1 Kohderyhmä ja aineistonkeruu.....	20
5.2 Mittarin rakentaminen	21
5.3 Aineiston analysointi.....	23
6 Tulokset	24
6.1 Vastaajien taustatiedot.....	24
6.2 Lääkehoitoon sitoutuminen.....	26
6.3 Lääkehoitoon sitoutumiseen yhteydessä olevat tekijät	30
7 Pohdinta ja johtopäätökset.....	41
7.1 Keskeisten tutkimustulosten pohdinta ja johtopäätökset	41
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset tekijät.....	44
7.3 Tutkimustulosten hyödyntäminen.....	47

Lähteet	49
Liitteet	54
Liite 1. Tiedonhaun tutkimukset taulukoituna.	54
Liite 2. Kyselylomake.....	59

Kuviot

Kuvio 1. IBD-diagnoosit AE208 mukaan vuosina 1986–2015	6
Kuvio 2. IBD:n ilmaantuvuus vuosina 1994–2015 100000 asukasta kohti	7
Kuvio 3. IBD:n esiintyvyys vuosina 1994–2015 100000 asukasta kohti.....	8
Kuvio 4. 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen yhteydessä olevat tekijät aiempien tutkimusten mukaan.	15
Kuvio 5. Kyselyyn vastanneet Colitis ulcerosaa sairastavat lukumäärinä (n), poissulkukriteerit ja lopulliset vastaajat lukumäärinä (n).....	21
Kuvio 6. Vastaajien 5-ASA-lääkkeiden ottaminen säännöllisesti, ohjeenmukaisesti prosentteina (%).....	27
Kuvio 7. Vastaajien sairauden sijainti prosentteina (%).....	31
Kuvio 8. Vastaajien sairastamisaika prosentteina (%)	32
Kuvio 9. Vastaajien remission pituus prosentteina (%)	32
Kuvio 10. Vastaajien muut sairaudet lukumäärinä (f).....	33
Kuvio 11. Vastaajien hoitavan lääkärin koulutus prosentteina (%)	38

Taulukot

Taulukko 1. Tiedonhaun tietokannat ja hakusanat.....	15
Taulukko 2. Kyselylomakkeen rakenne: Osiot, kysymykset / väittämät, aihe ja kysymystyytit	23
Taulukko 3. Vastaajien taustatiedot: sukupuoli, ikä, siviilisääty, koulutus, elämäntilanne ja asuinympäristö	25

Taulukko 4. Vastaajien taustatiedot: talouden yhteenlasketut tulot, sairaanhoitopiiri ja Crohn ja Colitis ry:n jäsenyys.....	26
Taulukko 5. Väittämän ”Olen motivoitunut 5-ASA-lääkehoidon toteuttamiseen” kaikki vastaajat, hoitoon sitoutuneet ja hoitoon sitoutumattomat prosentteina (%) ja lukumäärinä (n) sekä tilastollinen merkitsevyys U-testissä	28
Taulukko 6. Väittämän ”Olen saanut riittävästi tietoa 5-ASA-lääkehoidon tarpeellisuudesta selviytyäkseni lääkehoidon toteuttamisesta” kaikki vastaajat, hoitoon sitoutuneet ja hoitoon sitoutumattomat prosentteina (%) ja lukumäärinä (n) sekä tilastollinen merkitsevyys X^2 –testissä	28
Taulukko 7. Yleisimmät raportoidut syyt 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumattomuuteen lukumäärinä (f) ja prosentteina (%)	29
Taulukko 8. Vastaajien taustatiedot: ikä, sukupuoli ja Crohn ja Colitis ry:n jäsenyys. Kaikki vastaajat, hoitoon sitoutuneet ja hoitoon sitoutumattomat prosentteina (%) ja lukumäärinä (n) sekä tilastollinen merkitsevyys X^2 –testissä tai U-testissä	30
Taulukko 9. Vastaajien muut yleisimmät sairaudet prosentteina (%) ja lukumäärinä (f): kaikki vastaajat, hoitoon sitoutuneet ja hoitoon sitoutumattomat sekä tilastollinen merkitsevyys X^2 –testissä	34
Taulukko 10. Sairauden sijainti, sairastamisaika ja remission pituus. Kaikki vastaajat, hoitoon sitoutuneet, hoitoon sitoutumattomat prosentteina (%) ja lukumäärinä (n) sekä tilastolliset merkitsevyydet X^2 –testissä.....	35
Taulukko 11. Lääkemuoto, lääkkeenottokerrat, sivu- ja haittavaikutukset, lääkkeen tehokkuus ja muu lääkehoito prosentteina (%) ja lukumäärinä (n) sekä tilastolliset merkitsevyydet X^2 –testissä	36
Taulukko 12. 162 vastaajan raportoimat yleisimmät sivu- ja haittavaikutukset.	37
Taulukko 13. Hoitavan lääkärin koulutus, hoitosuhteen pysyvyys, lääkärin vuorovaikutustaidot, lääkärin ohjaus ja tuki ja seuranta. Kaikki vastaajat, hoitoon sitoutuneet, hoitoon sitoutumattomat prosentteina (%) ja lukumäärinä (n) sekä tilastolliset merkitsevyydet X^2 –testissä tai U-testissä	40
Taulukko 14. Vertailu vastaajat ja väestö sairaanhoitopiireittäin prosentteina (%) ...	45

1 Colitis ulcerosa – uusi kansansairaus

Colitis ulcerosa, haavainen paksusuolen tulehdus, on yksi eniten Kelan alemmassa lääkkeiden erityiskorvausryhmässä (65 %) lisääntyvistä sairauksista yhdessä Crohnin taudin kanssa ja niistä puhutaankin jo uusina kansansairauksina. Colitis ulcerosasta ja Crohnin taudista käytetään yhteisnimitystä tulehdukselliset suolistosairaudet, IBD (Inflammatory bowel disease). Uusia diagnooseja tehdään noin viiden prosentin, 2200 sairastuneen, vuosivauhdilla. IBD-potilaista kolme neljäsosaa sairastaa Colitis ulcerosaa ja yksi neljäsosa Crohnin tautia, osalta kuitenkin puuttuu diagnoositieto (Partio 2016). Vuoden 2015 lopussa diagnooseja oli Kelan tilastoissa jo 43960. (Suomen virallinen tilasto: Voimassaolevat, alkaneet ja päättyneet lääkekorvausoikeudet 1986–2015.)

Colitis ulcerosa on pitkäaikaissairaus, joka puhkeaa useimmiten nuorille aikuisille. Heillä on pitkä työura vielä edessäpäin, joten sairauden hyvällä hoidolla ja potilaiden hyvällä hoitoon sitoutumisella on suuri kansantaloudellinen merkitys, elämänlaadusta puhumattakaan. Tutkimusten mukaan noin puolet ottaa lääkkeensä niin kuin ne on määrätty (Haynes, McDonald & Garg 2002, 2880). Hoitoon sitoutumattoman Colitis ulcerosaa sairastavan hoitokustannukset ovat keskimäärin kolmasosan (29 %) korkeammat kuin hoitoon sitoutuneen (Mitra, Hodgkins, Yen, Davis, Cohen 2012, 8).

Colitis ulcerosa vaatii loppuiän kestäväää lääkehoitoa ja siihen sitoutumista. Ensisijaisina ja ylläpitolääkkeinä käytetään 5-ASA-lääkkeitä, jotka ovat yleensä hyvin siedettyjä eivätkä aiheuta haittavaikutuksia. 5-ASA- lääkkeillä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä vaikuttavalta aineelta vain mesalatsiinia tai olsalatsiinia sisältäviä lääkevalmisteita. Pelkästään näitä kahta vaikuttavaa ainetta sisältävistä lääkkeistä maksettiin vuonna 2015 lähes 11 miljoonaa euroa lääkekorvauksia (Lääkekorvaukset; Suomen virallinen tilasto: Lääkekorvausten saajat ja reseptitiedot 2011–2015). 5-ASA-lääkehoito ennaltaehkäisee sairauden aktivoitumista ja paksusuolen syöpää. (Dignass, Eliakim, Magro, Maaser, Chowers, Geboes, Mantzaris, Reinisch, Colombel, Vermeine, Travis, Lindsay & Van Assche 2012a; Dignass, Lindsay, Sturm, Windsor, Colombel, Allez, D’Haens, D’Hoore, Mantzaris, Novacek, Öresland, Reinisch, Sans, Stange, Vermeire, Travis & Van Assche 2012b.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten Colitis ulcerosaa sairastavat sitoutuvat 5-ASA- lääkehoitoon Suomessa ja sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Tällaista tutkimusta ei ole tehty Suomessa aiemmin, joten siitä saatava tieto on ensiarvoisen tärkeää. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää Colitis ulcerosaa sairastavien hoidon ja omahoidon tuen suunnittelussa ja toteuttamisessa. Omahoidon tuella saavutetaan yksilötasolla parempi elämänlaatu ja yhteiskunnan kustannukset vähenevät (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009, 2355–2356).

Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Crohn ja Colitis ry:n kanssa. Crohn ja Colitis ry on 1984 perustettu IBD:tä tai muuta suolistosairautta sairastavien ja heidän läheistensä etujärjestö. Jäseniä siinä on yli 7000 ja toimintaa tukee RAY (Crohn ja Colitis ry).

2 Colitis ulcerosa ja 5-ASA-lääkehoito

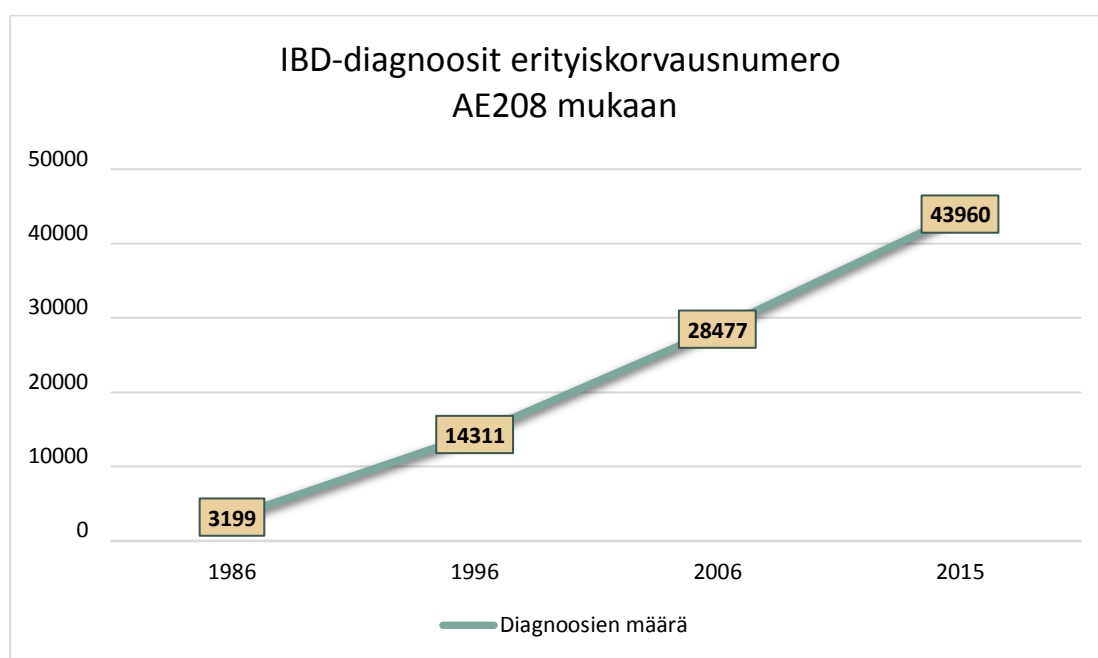
Colitis ulcerosa (CU) on krooninen paksusuolen limakalvon tulehdustila, joka esiintyy vaihtelevalla laajuudella yhtäjaksoisesti paksu- ja peräsuolen alueella ilman koepaloissa todettuja granuloomia ja jolle on ominaista aaltoileva kulku, jossa rauhalliset ja pahenemisvaiheet vuorottelevat (Dignass ym. 2012b).

2.1 Etiologia, ilmaantuvuus ja esiintyvyys

Colitis ulcerosa, paksusuolen haavainen tulehdus, on elinikäinen sairaus, jonka etiologiaa ja patogeenisiä ei täysin tunneta. Tämän vuoksi sairauden ennaltaehkäisyä katsotaan olevan mahdotonta. Sairastumiseen vaikuttavat sekä geneettiset että ympäristötekijät, ja se on kehittyneiden maiden sairaus. Sairaus puhkeaa yleisimmin myöhäisessä nuoruusiässä tai varhaisaikuisena, mutta diagnoosin voi saada missä iässä tahansa. Sitä esiintyy tasaisesti molemmilla sukupuolilla. Suomessa Colitis ulcerosaa esiintyy kuitenkin enemmän miehillä (Jussila, Virta, Kautiainen, Rekiaro, Nieminen, Färkkilä 2012, 557). Tulehdus alkaa yleensä peräsuolesta ja voi levitä koko paksusuolen alueelle. Tulehdusta esiintyy siis paksu- ja/tai peräsuolen alueella ja se rajoittuu limakalvoon. Colitis ulcerosa luokitellaan kolmeen laajuusasteeseen: Proktiittiin eli tulehdukseen peräsuolen alueella, vasemman puoleiseen koliittiin, jolloin tuleh-

dus ulottuu korkeintaan pernan mutkaan saakka ja koko suolen koliittiin, jolloin tulehdusta esiintyy koko paksusuolen alueella. (Dignass ym. 2012a; Dignass ym. 2012b.)

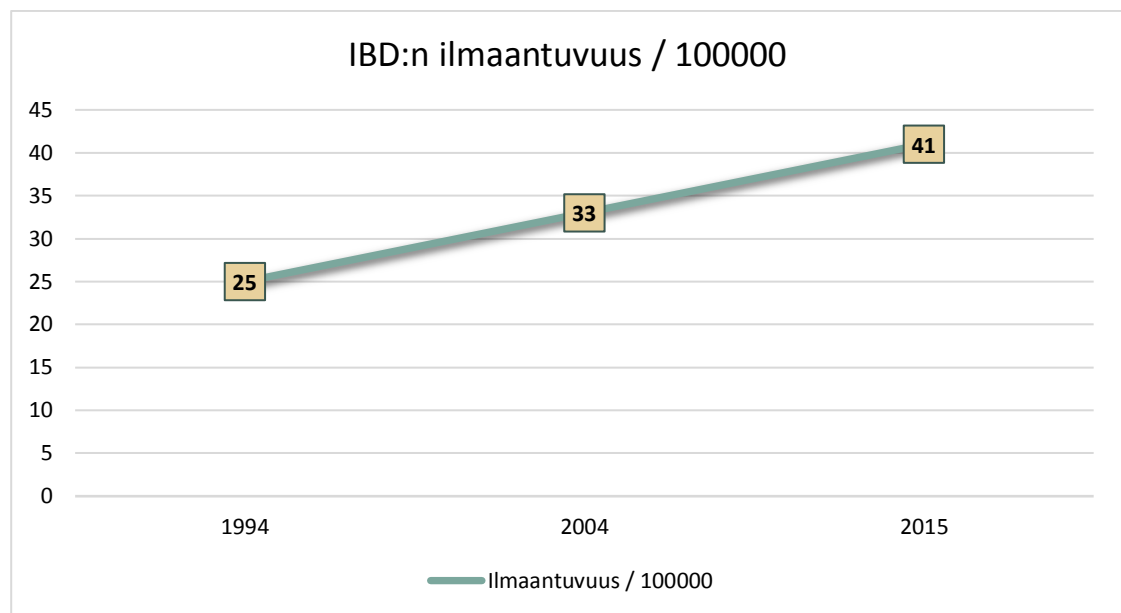
Kuviosta 1 nähdään, että vuoden 2015 lopussa lähes 44000 suomalaista sai Kelan alemman lääkkeiden erityiskorvausryhmän (65 %) korvausta IBD:n hoitoon käytettävistä lääkkeistä. Heistä Colitis ulcerosaa sairastavia on arviolta kolme neljäsosaa (73 %) (Jussila 2014, 57–59). Tarkkaa määrää ei voida sanoa puuttuvien diagnoositietojen vuoksi (Partio 2016). Määrä lisääntyy vuosittain noin 2200 henkilöllä hieman kasvavalla trendillä. IBD-potilaiden määrä on miltei kymmenkertaistunut vuosien 1986 ja 2006 välillä eikä muutosta ole näkyvissä (Suomen virallinen tilasto: Voimassaolevat, alkaneet ja päättyneet lääkekorvausoikeudet 1986–2015).



Kuvio 1. IBD-diagnoosit AE208 mukaan vuosina 1986–2015 (Suomen virallinen tilasto: Voimassaolevat, alkaneet ja päättyneet lääkekorvausoikeudet 1986–2015)

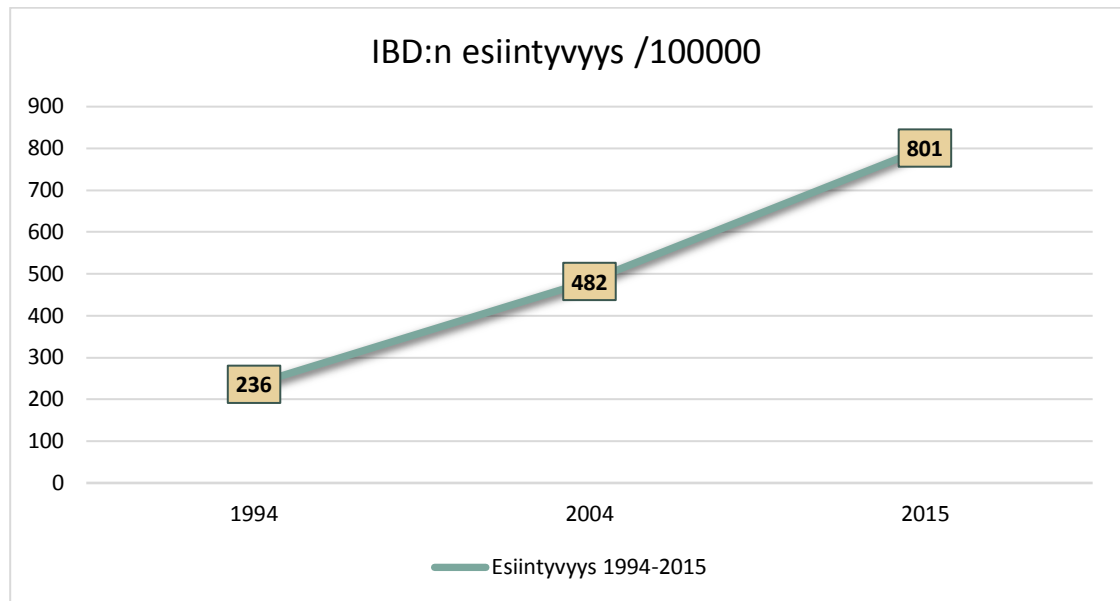
Jussila ym. (2012, 559–560) kuitenkin toteavat, että Crohnin taudin ilmaantuvuus on tasoittunut 2000-luvulla, kun Colitis ulcerosan ilmaantuvuus taas hieman kasvaa. Ilmaantuvuus ja esiintyvyys ovat maailman korkeimpia. Kuviosta 2 käy ilmi, että vuoden 2015 lopussa IBD:n ilmaantuvuus oli 41/100000, kun se vuosina 2000–2007 oli

keskimäärin 34/100000. Colitis ulcerosaa sairastavien osuus IBD-potilaista vuosina 2000–2007 oli noin kolme neljäsosaa (73 %). Kuviosta 3 havaitaan, että IBD:n esiintyvyys kolminkertaistui vuosina 1993–2008. Vuonna 2008 esiintyvyys oli 595/100000 ja vuoden 2015 lopussa se oli 801/100000. (Jussila 2014, 57–59; Suomen virallinen tilasto: Voimassaolevat, alkaneet ja päättyneet lääkekorvausoikeudet 1986–2015; Suomen virallinen tilasto: Väestörakenne 2015.)



Kuvio 2. IBD:n ilmaantuvuus vuosina 1994–2015 100000 asukasta kohti (Jussila 2014, 57–59; Suomen virallinen tilasto: Voimassaolevat, alkaneet ja päättyneet lääkekorvausoikeudet 1986–2015; Suomen virallinen tilasto: Väestörakenne 2015.)

IBD:n esiintyvyys on suurempi pohjoisella pallonpuoliskolla lähellä pohjoisnapaa. Suomessakin se on suurempi Oulussa ja Tampereella kuin Helsingissä. Jussila (2014, 59–60) epäilee pohjoisen matalampien d-vitamiinipitoisuuksien olevan yksi syy tälle. IBD:n uskotaan olevan uusi kansansairaus Suomessa ylittäen 50000 sairastavan rajan vuoteen 2020 mennessä. (Suomen virallinen tilasto: Voimassaolevat, alkaneet ja päättyneet lääkekorvausoikeudet 1986–2015.)



Kuvio 3. IBD:n esiintyvyys vuosina 1994–2015 100000 asukasta kohti (Jussila 2014, 57–59; Suomen virallinen tilasto: Voimassaolevat, alkaneet ja päättäneet lääkekorvaukset 1986–2015; Suomen virallinen tilasto: Väestörakenne 2015.)

2.2 Oireet, diagnoosi, hoito ja seuranta

Colitis ulcerosan oireita ovat muun muassa vatsakivut, limainen ja/tai verinen ripuli ja toistuva tarve ulostamiseen. Oireina voivat olla myös erilaiset yleisoireet kuten kuume ja muutokset verenkuvassa. Oireet ovat yleensä verrannollisia tulehduksen laajuuteen ja voimakkuuteen, mutta joskus lieväkin tulehdus voi aiheuttaa hyvin voimakkaat oireet. Diagnoosi tehdään sairaushistorian, kliinisen tutkimisen, laboratoriotestien, röntgenlausuntojen, tyypillisten endoskooppisten löydösten ja histologisten näytteiden perusteella. Laboratoriotesteissä voidaan todeta anemiamia ja kohonneita tulehdusarvoja, mutta ne voivat olla täysin normaalejakin. Paksusuolen täyhystyksessä nähdään yleensä peräsuolesta alkavaa limakalvotulehdusta, jossa limakalvo on samaa, turpea ja siinä voi olla haavaumia. Paksusuolen endoskooppinen tila luokitellaan remissioon eli rauhalliseen vaiheeseen, lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan tulehdukseen. Täyhystyksessä otetaan biopsioita, koepaloja suolen limakalvosta, joista todetaan Colitis ulcerosalle tyypillisiä histopatologisia löydöksiä kuten kryptojen eli suolirauhasten haaroittumista, tulehdusta ja märkäpaiseita. Yksi tyypillinen löydös on

myös runsas plasmasytoosi eli runsas plasmaselokertymä lamina propria, limakalvon sidekudoskerroksen alimmassa kolmanneksessa. (Dignass ym. 2012a; Dignass ym. 2012b; Sipponen 2013.)

Hoidon suunnittelussa tulee ottaa huomioon potilaan yksilölliset tekijät kuten sairauden aktiivisuus, sijainti, kulku sekä mahdollisesti myös sairastumisikä ja sairauden kesto. Sairauden kulussa huomioitavia tekijöitä ovat pahenemisvaiheiden ilmaantuvuustiheys, vaste aiemmille lääkityksille, lääkkeiden mahdolliset sivuvaikutukset ja liitännäissairaudet. Potilaalla tulisi olla aktiivinen rooli, kun tätä hoitoa suunnitellaan. Hoidon tavoitteena on potilaan oireettomuus sekä endoskooppinen että histologinen remissio, johon päästään suolen limakalvon tulehduksen tehokkaalla hoidolla. (Dignass ym. 2012a; Jussila 2014, 76.)

Hoidon tuloksia ja lääkehoidon vaikutuksia elimistön toimintaan seurataan säännöllisin laboratoriotestein ja paksusuolen tähystyksin. Seurantavälit ovat yksilöllisiä, mutta pelkkää 5-ASA-lääkehoitoa käyttävillä se on useimmiten puolesta vuodesta vuoteen (IBD-hoitoketju). Potilailta tulisi ottaa verinäytteiden lisäksi ulosteen kalprotektiini, F-Calpro. Kalprotektiini on neutrofiilisista valkosoluista suoleen erittyvä valkuaisaine. Se on herkkä reagoimaan tulehduksellisissa suolistosairauksissa ja sen pitoisuutta mittaamalla voidaan seurata suolen tilannetta. Se ei kuitenkaan reagoi pelkästään siihen vaan kaikkiin sairauksiin, jossa neutrofiiliset valkosolut lisääntyvät. (Sipponen 2013; Sipponen & Färkkilä 2013.)

Paksusuolen tähystyksissä tulee käydä säännöllisesti, koska Colitis ulcerosaa sairastavien syöpäriski on kohonnut. Dysplasia-seuranta aloitetaan useimmiten, kun diagnoosista on kulunut noin 10 vuotta (IBD-hoitoketju). Tähystyksessä voidaan todeta myös suolen tulehdustilanne endoskooppisesti ja histologisesti, joten sitä käytetään myös sairauden seurantakeinona. Mannisen (2015, 97) mukaan paksusuolen tähystysseuranta on riittämätöntä suuren riskin potilailla. Heille tähystys tulisi suorittaa vuosittain, kun taas matalan riskin potilaille riittää seurantatähystys viiden vuoden välein. Tähystysseuranta suunniteltaessa tulisi huomioida yksilölliset riskitekijät paremmin, jotta välttyttäisiin paksusuolensyöpädiagnooseilta. Seurantakäyntien laiminlyönti saattaa nostaa riskiä sairastua paksusuolensyöpään. (Dignass ym. 2012b; Färkkilä 2013.)

2.3 5-ASA-lääkehoito

Colitis ulcerosan ensisijainen hoito on lääkehoito. Lääkehoidolla voidaan hoitaa oireita ja saada sairaus endoskooppisesti ja histologisesti remissioon, mutta itse sairautta se ei paranna. Colitis ulcerosa vaatii loppuiän lääkehoitoa, jolla pidetään sairaus rauhallisena eli remissiossa ja ennaltaehkäistään paksusuolensyöpää (Dignass ym. 2012b). 5-ASA eli 5-aminosalisylaatti on Colitis ulcerosan ensisijainen lääkehoito. Suomessa on käytössä pääasiassa mesalatsiini, jota myydään kauppanimillä Asacol[®], Pentasa[®] ja Salofalk[®]. Pieni osa käyttää myös olsalatsiinia, jonka kauppanimi on Dipentum[®]. (Lääkehaku-Fimea.) Olsalatsiini on kahden 5-ASA- molekyylin yhdistelmä (Huupponen 2012, 705).

Mesalatsiinia ja olsalatsiinia sisältäviä lääkevalmisteita on erilaisina tabletteina, rakeina, peräpuikkoina ja peräruiskeina (Lääkehaku-Fimea). Niitä käytetään rauhoittamaan tulehdusta ja ylläpitämään tautia rauhallisena eli remissiossa. Peräsuoleessa sijaitsevaa sairautta voidaan hoitaa paikallisin 5-ASA- valmistein, mutta koko suolen sairaus vaatii suun kautta otettavaa lääkitystä. Usein hoito on niiden yhdistelmä. (Dignass ym. 2012b.) 5-ASA- lääkkeet ovat erityiskorvattavia alemman erityiskorvausluokan (65 %) mukaan, mikäli potilaalle on myönnetty oikeus erityiskorvattaviin lääkkeisiin koodilla AE 208 ja lääkkeiden hintalautakunta (Hila) on päättänyt lääkkeen kuuluvan erityiskorvattaviin lääkkeisiin (208 Haavainen paksusuolen tulehdus ja Crohnin tauti; Erityiskorvaus). 5-ASA- lääkkeistä sai alemman erityiskorvausluokan korvauksia vuonna 2015 noin 28000 henkilöä ja korvauksia maksettiin lähes 11 miljoonaa euroa (Suomen virallinen tilasto: Lääkekorvausten saajat ja reseptitiedot 2011–2015; Suomen virallinen tilasto: Voimassaolevat, alkaneet ja päättyneet lääkekorvausoikeudet 1986–2015).

2 grammaa mesalatsiinia on tutkimusten mukaan riittävä vuorokausiannos pitämään Colitis ulcerosan remissiossa (Ford, Achkar, Khan, Kane, Talley, Marshall & Moayyedi 2011, 613). Annosta voidaan nostaa aina 4,8 gramman vuorokausiannokseen saakka. Pelkän proktiitin hoidossa voi riittää pienempi annos ja paikallisvalmistein. Kerran päivässä otettu lääkitys on yhtä tehokas kuin sen jakaminen useampiin ottokertoihin. 5-ASAn vaikutusmekanismi ei ole täysin tiedossa. 5-ASA estää leukosyyttien kerään-

tymistä suoliston kudoksiin, se myös vähentää sytokiinien ja leukotrieenien tuotantoa ja poistaa vapaita radikaaleja. Systeemiset, suun kautta otettavat, lääkkeet on suojattu niin, että ne alkavat vaikuttaa vasta paksusuolen alueella pH:n ollessa tietynlainen. Eri valmisteet alkavat vaikuttaa eri osissa paksusuolta. Paikallishoitovalmisteet vaikuttavat peräsuolella ja osin paksusuolen distaalisessa osassa. 5-ASA aktivoi myös PPAR- γ -tumareseptoreja, jotka ovat osallisina tulehdusreaktioissa. Se imeytyy noin 30–50 prosenttisesti ja metaboloituu paksusuolella ja maksassa. Sitoutuminen plasman proteiineihin riippuu sen muodosta ollen 50–80 %. Lääkeaine poistuu pääasiassa virtsaan ja ulosteisiin. (Asacol; Dignass ym. 2012 b; Dipentum; Pentasa; Salofalk.)

Mikäli 5-ASA- hoito ei auta oireisiin tai pidä sairautta remissiossa, voidaan lääkitykseen lisätä kortikosteroideja, mutta niiden pitkäaikaiskäyttöä ei suositella haittavaikutusten vuoksi. Ne ovat kuitenkin usein tehokkaita rauhoittamaan pahenemisvaiheen. 5-ASAn rinnalle voidaan tarvittaessa lisätä immunosuppressantteja eli solusalpaajia kuten atsatiopriinia, merkaptopuriinia tai siklosporiinia. Näissä vaikutukset nähdään vasta 3–6 kuukauden päästä aloittamisesta. Mikäli näistäkään ei saada riittävä vastetta, voidaan kokeilla vielä biologisia lääkkeitä kuten infliksimabia ja adalimumabia. Joskus lääkeshoidolla ei saada riittävä vastetta Colitis ulcerosan hoidossa ja joudutaan turvautumaan leikkaushoitoon. (Dignass ym. 2012b.)

3 Hoitoon sitoutuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät

WHO:n (Maailman terveysjärjestö) työryhmä on vuonna 2003 määritellyt hoitoon sitoutumisen seuraavasti: *“Se, kuinka henkilön käyttäytyminen – lääkkeiden ottaminen, ruokavalion noudattaminen ja/tai elämäntapojen muuttaminen – vastaa terveydenhuollon henkilön kanssa yhdessä sovittuja ohjeita”* (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2003, 3). Suomessa Kyngäs ja Hentinen (2008, 17) määrittelevät hoitoon sitoutumisen asiakkaan aktiiviseksi ja vastuulliseksi toiminnaksi terveyden edellyttämällä tavalla yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Molemmissa määritelmässä korostuu potilaan vastuu omahoidosta. Hänelle annetaan tietoa ja ohjausta sairauteen liittyvissä asioissa ja hän itse vastaa hoidon toteuttamisesta eli omahoidosta ja siihen sitoutumisesta. Hoitoon sitoutuminen on prosessi,

joka alkaa hoito-ohjeiden noudattamisesta ja johtaa ajan kuluessa hoitoon sitoutumiseen tai sitoutumattomuuteen, joskin se voi vaihdella ajoittain. (mts. 18) Tässä tutkimuksessa keskitytään lääkehoitoon osana hoitoon sitoutumista ja lääkehoitoon sitoutuminen määritellään lääkehoidon ohjeenmukaisena ja säännöllisenä toteuttamisena niin kuin lääkäri on sen määrännyt.

3.1 Pitkäaikaissairaahan hoitoon sitoutumiseen yhteydessä olevat tekijät

WHO määrittelee pitkäaikaissairaudet seuraavasti:

Taudit, joilla on yksi tai useampi seuraavista ominaisuuksista: ne ovat pysyviä, aiheuttavat pysyvää vammautumista, aiheutuvat palautumattomista patologisista muutoksista, vaativat potilaalta erityistä koulutusta kuntoutumista varten tai voivat vaatia pitkäaikaista ohjausta, tarkkailua tai hoitoa (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2003, 4).

Suomessa pitkäaikaissairaiden hoitoon sitoutumista on tutkinut paljon muun muassa Helvi Kyngäs. Hän on kehittänyt myös ACDI- mittarin asian tutkimiseksi ja sen yhtenä osana tutkitaan myös lääkehoitoon sitoutumista. Kyngäs, Kroll ja Duffy (2000, 385) toteavat jo vuonna 2000, että hoitoon sitoutuminen on monimutkainen asia, johon ei voida saada vain yhtä oikeaa vastausta, koska jokaisen potilaan kohdalla on kyse yksilöllisistä tekijöistä. Usein nämä tekijät jaetaan sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Sisäisiä tekijöitä ovat henkilöstä itsestään johtuvat tekijät ja ulkoisia tekijöitä ovat ympäristöstä johtuvat tekijät (Kyngäs & Hentinen 2008, 26).

3.1.1 Hoitoon sitoutumiseen yhteydessä olevat sisäiset tekijät

Ihmiset ovat yksilöitä ja jokaisella on omat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavaransa. Kynkään (2007, 25–26) mukaan hyvä fyysinen kunto ennusti hyvää hoitoon sitoutumista diabetesta sairastavilla nuorilla. Suurempi vaikutus oli kuitenkin henkisesti hyvinvoinnilla, hoitomotivaatiolla ja tahdonvoimalla. Motivaatio oli yhteydessä myös glaukoomaa ja sepelvaltimotautia sairastavien sekä varfariinihoitoa käyttävien parempaan hoitoon sitoutumiseen (Lunnela, Kääriäinen & Kyngäs 2011, 86; Kähkönen, Kankkunen, Saaranen, Miettinen, Kyngäs & Lamidi 2015, 2370; Kääriäinen, Paukama ja Kyngäs 2013, 93). Myös positiivinen asennoituminen sairauteen edisti hoitoon sitoutumista diabetesta sairastavilla nuorilla (Kyngäs 2000, 385). Tiedon puute,

uskomukset, diagnoosin tai lääkeshoidon tehon epäily, sairauden kieltäminen ja seurannan laiminlyönnit heikensivät hoitoon sitoutumista. Masennuksen on todettu heikentävän hoitoon sitoutumista. (Kyngäs & Hentinen 2008, 28; Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2003, 28, 30.)

Demografisilla tekijöillä kuten iällä, sukupuolella ja asuinpaikalla saattoi olla yhteyttä hoitoon sitoutumiseen. Naiset olivat sitoutuneempia pitkäaikaissairauksien hoitoon kuin miehet. (Lunnela ym. 2011, 84; Kääriäinen ym. 2013, 92). Vanhemmat olivat monesti sitoutuneempia hoitoonsa kuin nuoremmat. Muistin heikkeneminen vanhemmassa iässä voi heikentää hoitoon sitoutumista, toisaalta ikääntyvien saama ulkopuolinen apu lääkehoitoon saattoi parantaa hoitoon sitoutumista. Asuinpaikalla voi olla yhteyttä hoitoon sitoutumiseen, glaukoomaa sairastavien tutkimuksessa pohjoisen harvaan asutuksen todettiin olevan yhteydessä hoitoon sitoutumisen pitkien välimatkojen vuoksi. Hoitokäytännöt vaihtelevat myös maakunnittain. Koulutuksella ja työsälöllä on todettu olevan yhteyttä taloudelliseen tilanteeseen ja sitä kautta hoitoon sitoutumiseen. (Lunnela ym. 2011, 84, 87; Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2003, 28.)

Itse sairaus erityispiirteineen ja siihen annettava hoito vaikuttaa myös hoitoon sitoutumiseen. Glaukoomaa sairastavat pelkäävät usein näön menettämistä ja he sitoutuivat hoitoonsa hyvin (Lunnela ym. 2011, 86). Varfariinihoito vaatii säännöllistä verikoeseurainta, minkä joku saattaa kokea raskaaksi elämää rajoittavaksi tekijäksi (Kääriäinen ym. 2013, 94). Insuliinihoito taas vaatii toistuvaa verensokerin mittaamista ja useita pistoajankohtia päivässä (Kyngäs 2007, 26). Sairauden oireiden vakavuudella, hoidon monimutkaisuudella ja negatiivisilla vaikutuksilla, kuten lääkeshoidon sivuvaikutuksilla voi olla yhteyttä hoitoon sitoutumiseen (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2003, 29–30). Hyvät hoitotulokset olivat taas yhteydessä hyvään hoitoon sitoutumiseen (Lunnela ym. 2011, 86; Kääriäinen ym. 2013, 93–94; Kähkönen ym. 2015, 2369). Sairauden kestolla oli yhteys hoitoon sitoutumiseen: vastasairastuneet ja yli kolme vuotta sairastaneet olivat huonommin sitoutuneempia hoitoonsa kuin 1–3 vuotta sairastaneet (Lunnela ym. 2011, 85; Kääriäinen ym. 2013, 92). Myös taloudellisilla tekijöillä voi olla yhteys hoitoon sitoutumiseen. Voi olla vaikeaa myöntää, ettei ole varaa hankkia lääkkeitä (Kyngäs & Hentinen 2008, 32).

3.1.2 Hoitoon sitoutumiseen yhteydessä olevat ulkoiset tekijät

Ympäristö ja siihen liittyvät tekijät ovat toinen iso asia, mikä vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen. Usein puhutaan ulkoisista tekijöistä. Terveystieteiden tutkimuksella ja sen tarjoamilla palveluilla on iso merkitys potilaiden hoitoon sitoutumiseen. Lääkärin ja hoitajan antamalla tuella ja sujuvalla yhteistyöllä on positiivinen vaikutus hoitoon sitoutumiseen. Tasavertaisen vuorovaikutuksen on sanottu olevan jopa tärkein oppimiseen ja tätä kautta hoitoon sitoutumiseen yhteydessä oleva tekijä. Hoitavalla taholla tulee olla myös riittävät resurssit tarjota hoitoa, ohjausta, tukea ja tietoa sekä riittävä koulutus asiaan. (Kyngäs ym. 2000, 382–384; Kyngäs 2007, 26–27; Kyngäs & Hentinen 2008, 32–33; Lunnela ym. 2011, 87; Pitkääaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2003, 29.) Perheen, läheisten ja vertaisten tuella on todettu olevan merkittävä ja positiivinen vaikutus hoitoon sitoutumiseen, mutta glaukoomaa sairastavilla sillä ei ollut merkitystä (Kyngäs 2000, 383–384; Lunnela ym. 2011, 86). Kyngäs ja Hentinen (2008, 34) toteavat, että vertaistuen merkitystä ei ole ymmärretty terveydenhuollossa riittävästi. Sen avulla huonosti hoitoon sitoutuvia olisi mahdollista saada sitoutumaan hoitoonsa paremmin.

3.2 Colitis ulcerosaa sairastavan 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen yhteydessä olevat tekijät aiempien tutkimusten mukaan

Tiedonhaku suoritettiin systemaattisesti Arto, Cinahl, Cochrane, Medic, Melinda ja PubMed – tietokannoista. Tietokannat ja hakusanat löytyvät taulukosta 1. Sisäänottokriteereinä olivat ne, että se oli tieteellinen artikkeli tai systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja julkaistu vuosina 2006–2016 suomen tai englannin kielellä. Poissulkukriteereinä olivat ne, että se piti olla saatavana kokotekstinä, koskea aikuispotilaita ja vastata tutkimuskysymykseen. Lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen jäi 17 tutkimusta, joista 16 löytyi tiedonhaussa ja yksi manuaalisessa haussa. Tutkimukset ovat taulukoituna liitteessä 1.

Taulukko 1. Tiedonhaun tietokannat ja hakusanat.

Tietokanta	Hakusanat
Arto	Kolii?/Koliitti/Colitis/Sitou?/Adher?/Complia?/Mesal?/Aminosali?
Cinahl	MeSH "Colitis"/ MeSH "Adherence", "Compliance", /MeSH "Mesalamine", "Mesalazine", "Aminosalicylic"
Cochrane	MeSH "Colitis"/ MeSH "Adherence", "Compliance", "Persistence"/MeSH "Mesalamine", "Mesalazine", "Aminosalicylic"
Medic	Kolii*/Koliitti/Colitis/Sitou*/Adher*/Complia*/Mesal*/Amino*
Melinda	Kolii?/Koliitti/Colitis/Sitou?/Adher?/Complia?/Mesal?/Amino?
PubMed	MeSH "Colitis"/ MeSH "Adherence", "Compliance", /MeSH "Mesalamine", "Mesalazine", "Aminosalicylic"

Tiedonhaun pohjalta saadut tulokset teemoitettiin neljään luokkaan, jotka olivat potilaaseen liittyvät tekijät, sairauteen liittyvät tekijät, lääkehoitoon liittyvät tekijät ja hoitosuhteeseen liittyvät tekijät.



Kuvio 4. 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen yhteydessä olevat tekijät aiempien tutkimusten mukaan.

Potilaaseen liittyvät tekijät

Ikä vaikutti 5-ASA- lääkehoitoon sitoutumiseen hyvin paljon. Yli puolessa tutkimuksista todettiin, että nuoret sitoutuvat lääkehoitoon huomattavasti huonommin kuin vanhemmat potilaat. Määritelmä nuori sijoittui eri tutkimuksissa 18–65 ikävuoden välille. (Baars, Zelinkova, Mensink, Markus, Looman, Kuipers & Van Der Woude 2009, 867; Bergman & Parkes 2006, 852; Hawthorne, Rubin & Ghosh 2008, 1159; Higgins, Rubin, Kaulback, Schoenfield & Kane 2008, 255; Kane 2006, 579; Khan, Abbas, Bazzano, Koleva & Krousel-Wood 2012, 759; Lachaine, Yen, Beauchemin, Hodgkins 2013, 5; Mitra ym. 2012,6; Magalhães, Dias de Castro, Boal Carvalho, Leite, Moreira & Cotter 2014, 578; Moshkovska, Stone, Clatworthy, Smith, Bankart, Baker, Wang, Horne, Mayberry 2009, 1122; Yen, Wu, Hodgkins, Cohen, Nichol 2012, 707.) Myös sukupuoli oli vaikutusta siihen sitoutumiseen. Osassa tutkimuksista miehet sitoutuivat 5-ASA-lääkehoitoon paremmin (Khan ym. 2012,759; Lachaine ym. 2013, 5; Mitra ym. 2012, 5; Yen ym. 2012,708). Osassa taas naiset sitoutuivat lääkehoitoon miehiä paremmin (Bergman & Parkes 2006, 852; Hawthorne ym. 2008, 1159; Kane 2006, 579). Kokonaisuudessaan miehet sitoutuvat 5-ASA- lääkehoitoon hieman naisia paremmin.

Naimattomuus vaikutti kielteisesti hoitoon sitoutumiseen (Bergman & Parkes 2006, 852, Hawthorne ym. 2008, 1159; Kane 2006, 579, Khan ym. 2012,759). Myös asuinpaikan maantieteellisellä sijainnilla oli vaikutusta lääkehoitoon sitoutumiseen (Khan ym. 2012,759; Mitra ym. 2012, 6; Yen ym. 2012,708). Tätä tekijää voisi selittää erilaiset hoitokäytännöt eri puolilla maata. Rodulla ja etnisellä taustalla katsottiin myös olevan vaikutusta hoitoon sitoutumiseen (Khan ym. 2012,759; 16). Kokopäivätyön tekeminen heikensi hoitoon sitoutumista sekä muut kilpailevat prioriteetit kuten esimerkiksi harrastukset (Devlen, Beusterien, Yen, Ahmed, Cheifetz & Moss 2014,310-312; Hawthorne ym. 2008, 1159; Kane 2006, 579). Taloudelliseen tilanteeseen vaikuttavilla tekijöillä kuten sairauden ja lääkehoidon aiheuttamilla kustannuksilla, työllisyydellä, koulutustasolla, terveystakuuksella ja yksityisellä lääkkeiden maksajalla oli yhteyttä lääkehoitoon sitoutumiseen (Devlen ym. 2014, 311–312; Higgins ym. 2008, 255; Kawakami, Tanaka, Nishigaki, Yoshimura, Suzuki, Maeda, Kunisaki, Yamamoto-Mitani 2014,4; Yen ym. 2012, 708). Korkea koulutustaso ei kuitenkaan taannut hoitoon sitoutumista (Magalhães ym. 2014, 578).

Lääkehoitoon liittyvät tekijät

Lääkkeenottokertojen suurempi määrä heikensi hoitoon sitoutumista. Mitä useammin lääkkeitä tuli ottaa, sitä suurempi riski esimerkiksi inhimilliselle unohtamiselle oli. (Bergman & Parkes 2006, 852, Devlen ym. 2014, 311-312, Hawthorne ym. 2008, 1159; Higgins ym. 2008, 255; Kane 2006, 579; Yen ym. 2012, 708.) Kerran päivässä otettava lääkitys saattoi parantaa lääkehoitoon sitoutumista (Hawthorne, Stenson, Gillespie, Swarbrick, Dhar, Kapur, Hood & Probert 2012, 1890; Kane 2006, 579; 12) Feaganin ja McDonaldin (2012, 1793) tekemän katsauksen mukaan kerran päivässä 5-ASA-lääkkeensä ottaneet eivät kuitenkaan olleet yhtään sen sitoutuneempia lääkkeitä hoitoonsa kuin useita kertoja päivässä lääkkeitä ottaneet.

Muulla lääkehoidolla oli vaikutusta 5-ASA lääkehoitoon sitoutumiseen. Immunomodulaattorien, kortikosteroidien tai biologisten lääkkeiden käyttö lisäsi hoitoon sitoutumista (Kawakami ym. 2014,4; Lachaine ym. 2013, 5). Muu lääkitys saattoi aiheuttaa myös hoitoon sitoutumattomuutta. (Bergman & Parkes 2006, 852, Hawthorne ym. 2008, 1159; Yen ym. 2012, 708). Lääkehoidon sivu- ja haittavaikutukset tai pelko niistä vähensivät hoitoon sitoutumista (Devlen ym. 2014, 311–312, Higgins ym. 2008, 255; Moshkovska ym. 2009, 1122). Tablettien koolla ja lukumäärällä oli vaikutusta lääkehoitoon sitoutumiseen, samoin valmistemuodolla. Paikallisvalmisteiden käyttö heikensi hoitoon sitoutumista muun muassa epämukavuudellaan (Magalhães ym. 2014, 578), mutta joissain tapauksissa myös lisäsi hoitoon sitoutumista. (Devlen ym. 2014, 311–312; Kawakami ym. 2014,4; Yen ym. 2012,708.) Colitis ulcerosaa sairastavat epäilivät usein hoidon tehoa oireiden pysyessä poissa eivätkä uskoneet tarvitsevänsä 5-ASA- lääkehoitoa (Devlen ym. 2014, 311–312, Moshkovska ym. 2009, 1122). Joidenkin mielestä lääkehoito ei tehonnut riittävästi oireisiin (Magalhães 2014, 578).

Sairauteen liittyvät tekijät

Itse sairaus ja siihen liittyvät tekijät vaikuttivat myös 5-ASA- lääkehoitoon sitoutumiseen. Myös muilla sairauksilla kuten masennuksella tai liitännäissairauksilla oli vaikutusta hoitoon sitoutumiseen (Hawthorne ym. 2008, 1159, Higgins ym. 2008, 255; Mitra ym. 2012,6). Eniten sairauteen liittyvistä tekijöistä vaikutti sairauden kesto. Eri aikoina tehdyissä tutkimuksissa saatiin erilaisia vastauksia (Kane, Accortt, Magowan,

Brixner 2009, 855). Vastasairastuneet ja yli 8 vuotta sairastaneet olivat huonosti sitoutuneita 5-ASA- lääkehoitoon (Bergman & Parkes 2006, 852; Hawthorne ym. 2008, 1159; Kane 2006, 579; Magalhães 2014, 578). Vastasairastuneet eivät ehkä ymmärtäneet taudin vakavuutta ja tarvetta lääkehoitoon. Pitkään sairastaneet eivät ehkä muistaneet sairastavansa loppuiän lääkehoitoa vaativaa pitkäaikaissairautta, jos oireita oli vähän. Oireiden vähyys ei suinkaan tarkoita sairauden olevan remissiossa vaan myös limakalvon tulee olla terve (Dignass ym. 2012a). Baars ym. (2009, 867) kuitenkin totesivat, että vastasairastuneet olivat sitoutuneempia hoitoonsa kuin pidemmän aikaa sairastaneet. Oireiden esiintymisellä kuten veren tulolla peräsuolesta oli hoitoon sitoutumista lisäävä vaikutus (Kawakami ym. 2014,4). Viimeaikaisella taudin kululla, remission pituudella ja taudin laajuudella paksusuolen alueella oli vaikutusta lääkehoitoon sitoutumiseen (Higgins ym. 2008, 255; Kane 2006, 579; Kawakami ym. 2014,4). Vasemman puoleista Colitis Ulcerosaa sairastavat olivat huonommin sitoutuneita 5-ASA lääkehoitoonsa kuin koko suolen tautia sairastavat (Bergman & Parkes 2006, 852; Hawthorne ym. 2008, 1159; Kane 2006, 579; Kawakami ym. 2014,4).

Hoitosuhteeseen liittyvät tekijät

Colitis ulcerosaa sairastavan ja häntä hoitavan lääkärin välisellä hoitosuhteella oli vaikutusta 5-ASA lääkehoitoon sitoutumiseen (Higgins ym. 2008, 255). Hoitosuhteen tulisi olla tasapuolinen yhteistyösuhde, jossa myös potilaan mielipide otetaan huomioon, kun tehdään päätöksiä hoidosta. Optimaalisessa hoitosuhteessa voidaankin puhua hoidosta sopimisesta. Lääkärillä tulisi olla hyvät vuorovaikutustaidot ja hänen tulisi antaa tietoa sairaudesta ja lääkeshoidon tarpeesta riittävästi (Hawthorne ym. 2008, 1161). Hoitavan lääkärin tulisi olla erikoislääkäri, koska se lisää hoitoon sitoutumista (Yen ym. 2012,708). Lääkärin tulisi pysyä samana, jotta pysyvä hoitosuhde voidaan muodostaa (Hawthorne ym. 2008, 1159). Potilaan ja hoitavan lääkärin erimielisyyksillä oli negatiivinen vaikutus lääkehoitoon sitoutumiseen (Hawthorne ym. 2008, 1159; Kane 2006, 579). Nykyään lääkäriä voi onneksi vaihtaa, jos ei ole tyytyväinen hoitosuhteeseen. Colitis ulcerosaa sairastavat vaativat säännöllistä seurantaan verikokein ja tähystyksin, mikä saattaa edistää hoitoon sitoutumista ja vähentää sitoutumattomuutta (Manninen 2015, 97).

4 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Colitis ulcerosaa sairastavien 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumista ja sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä.

Tavoitteena oli tunnistaa tekijöitä, joilla on yhteyttä 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen. Nämä tekijät voivat parantaa 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumista, mutta toisaalta myös heikentää sitä. Tuloksia voidaan hyödyntää hoidon ja omahoidon tuen ja ohjauksen suunnittelussa ja toteuttamisessa.

Tutkimuskysymykset ovat

1) Miten Colitis ulcerosaa sairastavat sitoutuvat lääkehoitoonsa?

1.1 Missä määrin Colitis ulcerosaa sairastavat noudattavat lääkärin määräämää, ohjeenmukaista 5-ASA-lääkehoitoa?

1.2 Miten motivaatio vaikuttaa 5-ASA-lääkehoidon ohjeenmukaiseen noudattamiseen?

1.3 Miten tieto vaikuttaa 5-ASA-lääkehoidon ohjeenmukaiseen noudattamiseen?

1.4 Mitkä ovat yleisimmät syyt, jotka heikentävät ohjeenmukaista 5-ASA-lääkehoidon noudattamista?

2) Mitkä tekijät ovat yhteydessä Colitis ulcerosaa sairastavien 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen?

2.1 Millä taustatietoihin liittyvillä tekijöillä on yhteyttä 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen?

2.2 Millä Colitis ulcerosaan liittyvillä tekijöillä on yhteyttä 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen?

2.3 Millä 5-ASA-lääkehoitoon liittyvillä tekijöillä on yhteyttä 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen?

2.4 Millä hoitosuhteeseen liittyvillä tekijöillä on yhteyttä 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen?

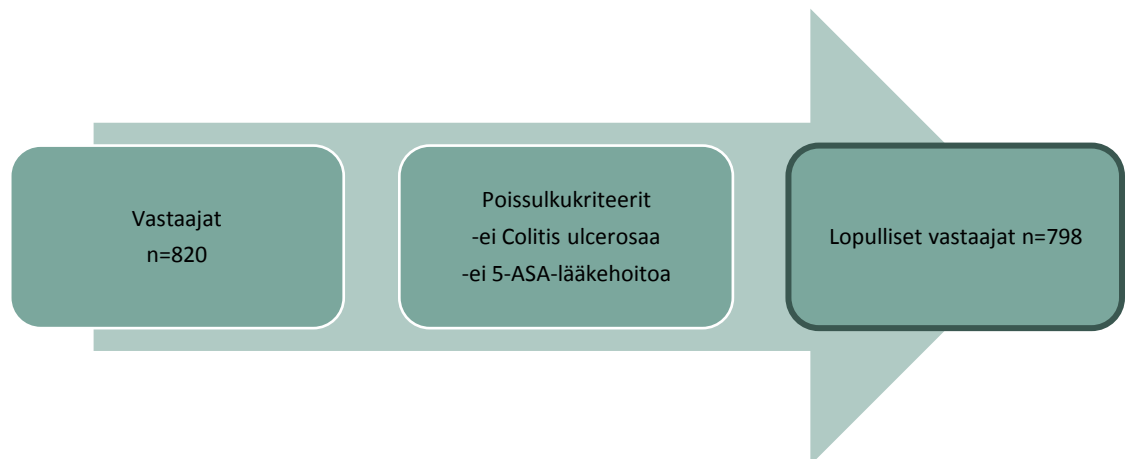
5 Tutkimuksen toteuttaminen

Tutkimus toteutettiin määrällistä tutkimustapaa noudattaen survey- eli kyselytutkimuksena. Survey-tutkimusstrategiaa käytetään kun halutaan kerätä tietoa suurelta määrältä tutkittavia ennalta valituista tutkimuskohteista. Sen lähtökohtana on selvittää tiettyjen ilmiöiden tai ominaisuuksien yleisyyttä ja esiintymistä. Se pyrkii kuvailemaan, selittämään ja vertailemaan ilmiötä ja tutkimuksen tulokset pyritään yleistämään perusjoukkoon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 134.)

5.1 Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Tutkimuksen kohderyhmänä eli perusjoukkona olivat kaikki Suomessa asuvat Colitis ulcerosaa sairastavat, jotka käyttävät 5-ASA-lääkehoitoa. Kohderyhmään kuuluu arviolta 25000 henkilöä. Osalta kuitenkin puuttuu diagnoosi Kelan tilastoista. Vuonna 2015 mesalatsiinin ja olsalatsiinin erityiskorvausta (65 %) maksettiin 24882 henkilölle. (Partio 2016; Suomen virallinen tilasto: Lääkekorvausten saajat ja reseptitiedot 2015. Mesalatsiini ja Olsalatsiini.) Linkki kyselyyn julkaistiin Crohn ja Colitis ry:n nettisivuilla, jossa se oli kaikkien käytettävissä. Se myös lähetettiin Crohn ja Colitis ry:n jäsenille, joiden sähköpostiosoite oli käytettävissä. Sähköposti lähetettiin jäsenille, joiden diagnoositietona oli Colitis ulcerosa. Heitä löytyi jäsenrekisteristä 2579. Tutkimusta mainostettiin myös muun muassa sosiaalisessa mediassa, jotta se olisi levinnyt jäsenistön ulkopuolellekin.

Aineisto kerättiin Colitis ulcerosaa sairastavilta verkossa tapahtuneena Webropol-kyselynä 7.9–21.9.2016 välisenä aikana. Kyselyyn vastasi 820 henkilöä, joista poistettiin ennen analysointia 22 vastaajaa (2,5 %), koska heillä ei ollut Colitis ulcerosaa tai he eivät käyttäneet 5-ASA-lääkehoitoa. Tähän joukkoon kuuluivat muun muassa IPAA-leikatut, joilta paksusuoli on poistettu ja sairaus parannettu sekä välimuotoista koliittia sairastavat, joiden diagnoosi on epäselvä. Lopullisiin analyysihin otettiin mukaan 798 vastaajaa. Tutkimus suoritettiin kokonaistutkimuksena, johon kaikilla perusjoukkoon kuuluvilla oli mahdollisuus vastata, joten kyse ei ollut otoksesta vaan näytteestä, joka kuvasi perusjoukkoa suoraan (Vehkalahti 2014, 45).



Kuvio 5. Kyselyyn vastanneet Colitis ulcerosaa sairastavat lukumäärinä (n), poissulkukriteerit ja lopulliset vastaajat lukumäärinä (n)

5.2 Mittarin rakentaminen

Liitteenä 2 olevan kyselylomakkeen rakentaminen aloitettiin hyvissä ajoin ennen tutkimuksen suorittamista tutustumalla aiempiin tutkimuksiin liittyen Colitis ulcerosaa sairastavien 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen. Lisäksi tutustuttiin muuhun kirjallisuuteen ja tutkimuksiin liittyen hoitoon sitoutumiseen yleisesti. Helvi Kyngäs on rakentanut hoitoon sitoutumisen tutkimiseen soveltuvan ACDI-mittarin. Valmiin mittarin käytössä voi kuitenkin piillä vaara, ettei se toimikaan tutkittavassa ryhmässä (Vehkalahti 2014, 12). Niinpä aiempaa tietoa hyväksi käyttäen rakennettiin oma mittari, joka soveltui Colitis ulcerosaa sairastaville ja keskittyi pelkästään lääkehoitoon sitoutumiseen yhteydessä oleviin tekijöihin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 92).

Kirjallisuuskatsauksen pohjalta luotiin neljä teemaa, joista muodostettiin kyselylomakkeen runko. Käsitteet operationalisoitiin eli ne muutettiin mitattavaan muotoon (Metsämuuronen 2011, 72). Kysymykset ja väittämät muodostettiin aiemmista kansainvälisistä tutkimuksista saaduista tekijöistä, joilla oli todettu olevan yhteyttä Colitis ulcerosaa sairastavien 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen (Savikko, Routasalo, Haapaniemi & Pitkälä 2005, 72).

Esitestaus

Kysely esitestattiin neljän Colitis ulcerosaa sairastavan ja 5-ASA- lääkehoitoa käyttävän toimesta, koska sitä ei ollut käytetty aiemmin. Esitestaajat rekrytoitiin Crohn ja Colitis ry:n vapaaehtoistoimijoiden joukosta. Esitestauksessa havaittiin yksi tekninen ongelma, mikä korjattiin ja muuta lääkehoitoa koskeva kysymys nro 18 muutettiin vapaaehtoiseksi, koska kaikki eivät käyttä muuta lääkehoitoa. Vastausaika-arviota lyhennettiin myös, koska esitestaajat kokivat arvion olevan liian pitkä. Esitestauksen jälkeen lisättiin vielä yksi kysymys koskien potilaiden mielipiteen huomioimista lääketoasioissa.

Lopullinen kyselylomake muodostui yhdeksästä taustatietokysymyksestä ja 13 kysymyksestä sekä 20 väittämästä liittyen Colitis ulcerosaan, muihin sairauksiin, 5-ASA-lääkehoitoon, motivaatioon, tiedon saantiin ja hoitosuhteeseen. Kysymykset olivat strukturoituja, mutta kahdeksan kysymyksen muu-vaihtoehtoon oli mahdollisuus vastata avoimesti. Strukturoiduissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot oli määritelty valmiiksi. Kysymystyyppeinä olivat valinta, monivalinta ja Likert-asteikko 1-5. Valintakysymyksissä oli mahdollisuus valita vain yksi vaihtoehto ja monivalintakysymyksissä yksi tai useampi vaihtoehto. (Kananen 2015, 232–237.) Likert-asteikkoväittämissä kysyttiin mielipiteitä liittyen 5-ASA-lääkehoitoon, motivaatioon, tiedon saantiin ja hoitosuhteeseen. Likert-asteikko muodostettiin seuraavasti: 1= Täysin eri mieltä, 2= Jokseenkin eri mieltä, 3= Neutraali mielipide, 4= Jokseenkin samaa mieltä ja 5= Täysin samaa mieltä. Yhtenä vastausvaihtoehtona oli myös 0= ei mielipidettä. Kysymykseen oli pakko vastata neljää kysymystä lukuun ottamatta, jotta kyselylomakkeella pääsi etenemään loppuun asti.

Taulukko 2. Kyselylomakkeen rakenne: Osiot, kysymykset / väittämät, aihe ja kysymystyyppit

Osio	Kysymykset / Väittämät	Aihe	Kysymystyyppit
Osio 1	Kysymykset 1-9 -> Vastaa tutkimuskysymykseen 2.1	Taustatiedot	Strukturoitu -valinta -avoin tekstikenttä
Osio 2	Kysymykset 10–13 -> Vastaa tutkimuskysymykseen 2.2	Colitis ulcerosa Muut sairaudet	Strukturoitu -valinta -avoin tekstikenttä Avoin
Osio 3	Kysymykset / Väittämät 14–27 -> Vastaavat tutkimuskysymyksiin 1.1, 1.4 ja 2.3	5-ASA-lääkehoito	Strukturoitu -valinta -monivalinta -avoin tekstikenttä Likert-asteikko 1-5
Osio 4	Kysymykset / Väittämät 28–43 -> Vastaavat tutkimuskysymyksiin 1.2, 1.3 ja 2.4	Hoitosuhde Motivaatio Tieto	Strukturoitu -valinta -avoin tekstikenttä Likert-asteikko 1-5

5.3 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin käyttäen apuna SPSS statistics 23 -tilasto-ohjelmaa ja Webropolin tilasto-ominaisuuksia. Analysointi aloitettiin aineiston kokonaistarkastelulla, johon sisältyi vastaajien kohderyhmään kuulumisen tarkastaminen ja siihen kuulumattomien vastaajien poissulku. Sen jälkeen aineistoa tarkasteltiin niiden kysymysten osalta, joihin oli mahdollisuus vastata avoimesti käyttäen muu-vaihtoehtoa ja vastaukset siirrettiin tarvittaessa oikeaa vaihtoehtoa kuvaavaan luokkaan eli saatettiin mitattavaan muotoon. Lopuksi aineisto valmisteltiin tilastollista analyysiä varten. (Hirsjärvi ym. 2009, 221–222.)

Aineistoa kuvattiin frekvensseinä ja prosenttiosuuksina. Tilastollisten merkitsevyyksien selvittämiseksi haluttiin vertailla 5-ASA-lääkehoitoon sitoutuneita (n=755) ja lääkehoitoon sitoutumattomia (n=43). Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että lääkehoitoon sitoutuneina pidettiin vastaajia, jotka olivat vastanneet kysymykseen 16 ”Otan 5-ASA-lääkkeeni säännöllisesti, ohjeenmukaisesti ” vaihtoehdot ”aina” (5) tai ”usein” (4). Vastaajat, jotka olivat vastanneet ”joskus” (3), ”harvoin” (2) tai ”ei koskaan” (1), muodostivat hoitoon sitoutumattomien ryhmän. Ristiintaulukoinnilla kuvattiin näi-

den kahden ryhmän välisiä suhteita. Tulosten käsittelyä ja raportointia varten jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä- väittämät yhdistettiin kuvaamaan samaa mieltä olevia ja jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä-väittämät yhdistettiin kuvaamaan eri mieltä olevia. Neutraali mielipide ja ei mielipidettä-väittämät jätettiin analyysin ulkopuolelle, koska vastaajilla ei ollut mielipidettä asioista. Tilastolliset merkitsevyydet laskettiin khiin neliön (X^2 -testi) ja Mann-Whitney U – testin (U-testi) avulla. Tilastollisen merkitsevyyden raja-arvona pidettiin p-arvoa $\leq 0,05$. Tilastolliset merkitsevyydet on kuvattu: Erittäin merkitsevä yhteys ($<0,001$) ***, merkitsevä yhteys ($<0,01$) ** ja melkein merkitsevä yhteys ($\leq 0,05$) *. Ei-merkitsevät yhteydet on merkitty ns- merkinnällä (non- significant). (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 61, 135; Vehkalahti 2014, 52–54.)

6 Tulokset

6.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastanneiden (n=798) taustatietoja on nähtävissä taulukoissa 3 ja 4. Vastaajista naisia oli kolme neljäsosaa (73 %) ja neljäsosa (27 %) oli miehiä. Eniten vastaajia (27 %) oli ikäluokasta 36–45 vuotta. Yli puolet (54 %) vastaajista oli naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa. Reilulla puolella (55 %) vastaajista oli vähintään alempi korkeakoulututkinto ja yli puolet (58 %) työskenteli kokoaikaisesti. Kolmasosa (29 %) vastaajista sijoittui taloudessa asuvien yhteenlasketuissa tuloissa luokkaan 3000–4999 euroa. Kolmasosa (31 %) asui Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella ja joka neljäs (40 %) asui yli 100 000 asukkaan kaupungissa. Suurin osa (90 %) vastaajista oli Crohn ja Colitis ry:n jäseniä.

Taulukko 3. Vastaajien taustatiedot: sukupuoli, ikä, siviilisäätö, koulutus, elämäntilanne ja asuinympäristö

Taustatiedot	frekvenssi (f)	prosentti (%)
Sukupuoli n=798		
Nainen	586	73
Mies	212	27
Ikä n=798		
18–25 vuotta	69	9
26–35 vuotta	173	21
36–45 vuotta	215	27
46–55 vuotta	167	21
56–65 vuotta	124	16
66 vuotta ja yli	50	6
Siviilisäätö n=798		
Naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa	432	54
Avoliitossa	169	21
Eronnut tai asumuserossa	65	8
Leski	8	1
Naimaton	124	16
Koulutus n=798		
Peruskoulu, kansakoulu, keskikoulu	56	7
Lukio, Ylioppilas- tai ammatillinen tutkinto	296	37
Alempi korkeakoulututkinto	315	40
Ylempi korkeakoulututkinto	115	14
Lisensiaatti tai tohtori	16	2
Elämäntilanne n=798		
Kokopäivätyössä	462	58
Puolipäivä- tai osa-aikatyössä	70	9
Työtön	36	5
Opiskelija	74	9
Eläkkeellä iän vuoksi tai muusta syystä	101	13
Vanhempainlomalla	27	3
Muu	28	3
Asuinympäristö n=798		
Suuri kaupunki	320	40
Pieni tai keskikokoinen kunta tai kaupunki	303	38
Pieni kunta	105	13
Maaseutu	70	9

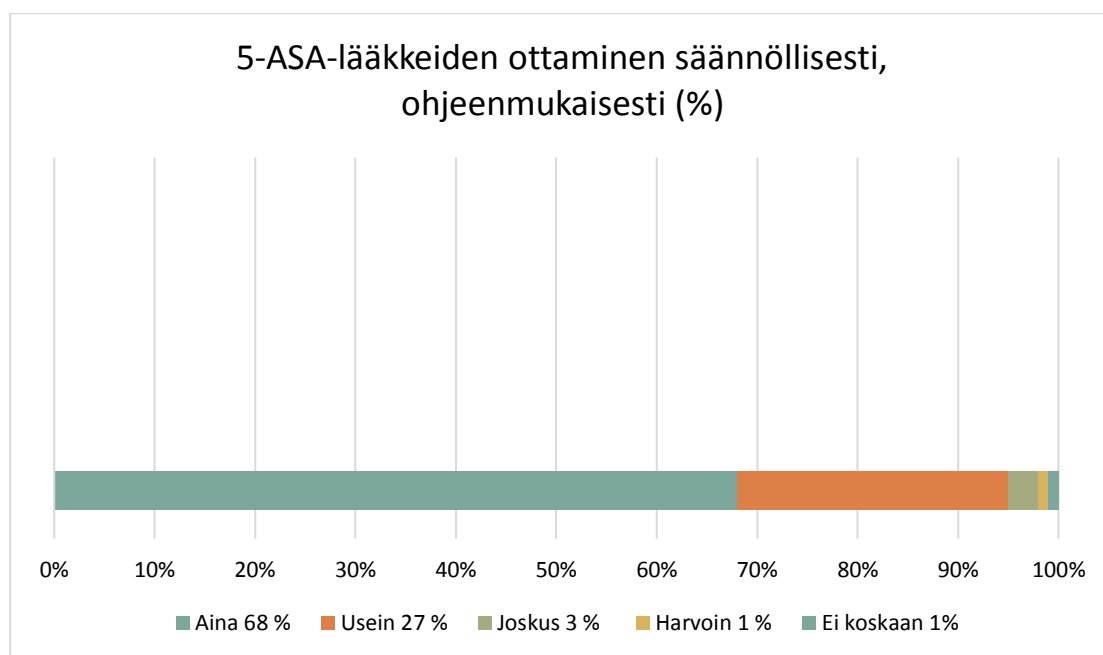
Taulukko 4. Vastaajien taustatiedot: talouden yhteenlasketut tulot, sairaanhoitopiiri ja Crohn ja Colitis ry:n jäsenyys

Taustatiedot	frekvenssi (f)	prosentti (%)
Talouden yhteenlasketut tulot n=798		
0-999 €	36	5
1000–1999 €	66	8
2000–2999 €	150	19
3000–4999 €	235	29
5000–7499 €	213	27
7500 ja yli €	98	12
Sairaanhoitopiiri n=798		
Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri	20	2
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	22	3
Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen ky	18	2
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri	224	31
Itä-Savon sairaanhoitopiiri	5	1
Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon ky	12	2
Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri	29	4
Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	8	1
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri	32	4
Kymenlaakson sairaanhoitopiiri	27	3
Lapin sairaanhoitopiiri	10	1
Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri	5	1
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri	83	10
Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri	24	3
Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	76	10
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri	31	4
Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri	27	3
Satakunnan sairaanhoitopiiri	33	4
Vaasan sairaanhoitopiiri	27	3
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri	65	8
Ålands hälso- och sjukvård	0	0
Crohn ja Colitis ry:n jäsenyys n=798		
Kyllä	719	90
Ei	79	10

6.2 Lääkehoitoon sitoutuminen

Kuviosta 6 nähdään, että kaksi kolmasosaa (68 %) vastaajista otti 5-ASA-lääkkeensä aina ja neljäsosa (27 %) usein. Pieni osa (3 %) otti lääkkeensä joskus ja jotkut (1 %) harvoin. Muutamat (1 %) kertoivat jättävänsä lääkkeet ottamatta kokonaan. Aina (68

%) ja usein (27 %) lääkkeensä ottaneet luettiin hoitoon sitoutuviin (n=755) ja joskus (3 %), harvoin (1 %) ja ei koskaan (1 %) luettiin hoitoon sitoutumattomiin (n=43). 95 % (n=755) vastaajista oli 5-ASA-lääkehoitoonsa sitoutuneita ja 5 % (n=43) vastaajista oli 5-ASA-lääkehoitoonsa sitoutumattomia.



Kuvio 6. Vastaajien 5-ASA-lääkkeiden ottaminen säännöllisesti, ohjeenmukaisesti prosentteina (%)

Motivaatio

Lääkehoitoon sitoutumista arvioitiin väittämällä ”Olen motivoitunut 5-ASA-lääkehoidon toteuttamiseen”. Taulukosta 5 nähdään, että mielipiteensä ilmaisseista vastaajista suurin osa (94 %) oli motivoitunut 5-ASA-lääkehoidon toteuttamiseen ja vain pieni osa (6 %) ei ollut motivoitunut siihen. Hoitoon sitoutuneista suurin osa (96 %) koki olevansa motivoitunut 5-ASA-lääkehoidon toteuttamiseen kun hoitoon sitoutumattomista niin koki hieman alle puolet (48 %). Kun tarkasteltiin hoitoon sitoutuneiden ja hoitoon sitoutumattomien prosenttiosuuksia niin motivaatiolla näytti olevan vahva yhteys 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen. Hoitoon sitoutuneiden (n=723)

ja hoitoon sitoutumattomien (n=33) välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($p < 0,001$).

Taulukko 5. Väittämän ”Olen motivoitunut 5-ASA-lääkehoidon toteuttamiseen” kaikki vastaajat, hoitoon sitoutuneet ja hoitoon sitoutumattomat prosentteina (%) ja lukumäärinä (n) sekä tilastollinen merkitsevyys U-testissä

Olen motivoitunut 5-ASA-lääkehoidon toteuttamiseen	Kaikki vastaajat	Hoitoon sitoutuneet	Hoitoon sitoutumattomat	p-arvo
Samaa mieltä	94 % (n=707)	96 % (n=691)	48 % (n=16)	<0,001 (U)
Eri mieltä	6 % (n=49)	4 % (n=32)	52 % (n=17)	
Yhteensä	100 % (N=756)	100 % (n=723)	100 % (n=33)	

Tieto

Riittävän tiedon merkitystä osana lääkehoitoon sitoutumista arvioitiin väittämällä ”Olen saanut riittävästi tietoa 5-ASA-lääkehoidon tarpeellisuudesta selviytyäkseni lääkehoidon toteuttamisesta”. Taulukon 6 mukaan vastaajista neljä viidestä (85 %) koki saaneensa riittävästi tietoa selviytyäkseen 5-ASA-lääkehoidon toteuttamisesta ja kuudesosa (15 %) ei ollut mielestään saanut riittävästi tietoa. Hoitoon sitoutuneista riittävästi tietoa oli saanut suurin osa (86 %) kun hoitoon sitoutumattomista samoin koki kaksi kolmasosaa (64 %). Kun vertaillaan hoitoon sitoutuneiden ja hoitoon sitoutumattomien prosenttiosuuksia niin todetaan, että hoitoon sitoutuneet olivat saaneet enemmän tietoa kuin hoitoon sitoutumattomat ja ryhmien välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($p < 0,001$).

Taulukko 6. Väittämän ”Olen saanut riittävästi tietoa 5-ASA-lääkehoidon tarpeellisuudesta selviytyäkseni lääkehoidon toteuttamisesta” kaikki vastaajat, hoitoon sitoutuneet ja hoitoon sitoutumattomat prosentteina (%) ja lukumäärinä (n) sekä tilastollinen merkitsevyys χ^2 -testissä

Olen saanut riittävästi tietoa 5-ASA-lääkehoidon tarpeellisuudesta selviytyäkseni lääkehoidon toteuttamisesta	Kaikki vastaajat	Hoitoon sitoutuneet	Hoitoon sitoutumattomat	p-arvo
Samaa mieltä	85 % (n=594)	86 % (n=571)	64 % (n=23)	<0,001 (χ^2)
Eri mieltä	15 % (n=105)	14 % (n=92)	36 % (n=13)	
Yhteensä	100 % (N=699)	100 % (n=663)	100 % (n=36)	

Yleisimmät syyt lääkehoitoon sitoutumattomuuteen

Taulukossa 7 esitellään 415 vastaajan (52 %) raportoimia syitä siihen, miksi he eivät ottaneet lääkkeitään säännöllisesti. Vastaaja pystyi valitsemaan useamman vaihtoehdon ja vastaamaan myös avoimesti. Syitä lueteltiin 650 kappaletta. Ylivoimaisesti yleisin syy 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumattomuuteen oli unohtaminen. Lähes puolet (43 %) vastanneista raportoi sen syyksi lääkehoidon laiminlyönnille. Oireiden vähäisyys (10 %) ja kiireinen elämänrytmi (7 %) olivat seuraavaksi yleisimmät syyt. Muut hoitoon sitoutumattomuuteen liittyvät syyt koskivat pääasiassa lääkevalmisteita ja niihin liittyviä asioita.

Taulukko 7. Yleisimmät raportoidut syyt 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumattomuuteen lukumäärinä (f) ja prosentteina (%)

Syy	lukumäärä (f)	prosentti (%)
Unohtaminen	341	43 %
Oireiden vähäisyys	82	10 %
Kiireinen elämänrytmi	58	7 %
Paikallisvalmisteen epämukavuus	31	4 %
Lääkkeen hinta	29	4 %
Sivuvaikutukset	21	3 %
Lääkkeen tehottomuus	21	3 %
Liian monta ottoajankohtaa	11	1 %
En tarvitse lääkehoitoa	8	1 %
Tablettien lukumäärä	10	1 %
Tablettien koko	3	0,5 %
Tiedon puute	5	0,5 %
Muu lääkehoito	6	1 %
Muu syyt	24	3 %
Yhteensä	100 % (f=650)	

6.3 Lääkehoitoon sitoutumiseen yhteydessä olevat tekijät

Taustatiedot

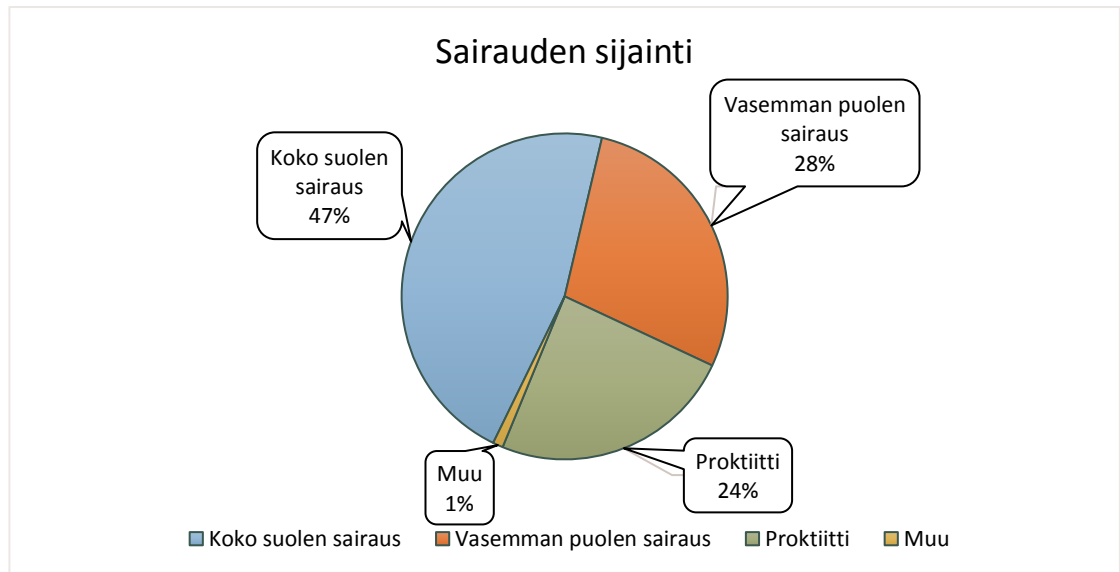
Taulukosta 8 nähdään, että vastaajista reilu puolet (57 %) oli 45-vuotiaita ja sitä nuorempia ja vajaa puolet (43 %) 46-vuotiaita ja sitä vanhempia. Hoitoon sitoutuneista alle 46-vuotiaita oli reilu puolet (56 %) ja hoitoon sitoutumattomista kolme neljäsosaa (77 %). Kun tarkastellaan hoitoon sitoutuneiden (n=755) ja hoitoon sitoutumattomien (n=43) välisiä prosenttilukuja, niin todetaan tilastollisesti merkitsevä ero ($p=0,008$) ryhmien välillä. Vastaajista kolme neljäsosaa (77 %) oli naisia ja neljäsosa (23 %) oli miehiä. Hoitoon sitoutuneista kolme neljäsosaa (73 %) oli naisia ja neljäsosa (27 %) miehiä kun hoitoon sitoutumattomista enemmistö (86 %) oli naisia ja viidesosa (14 %) miehiä. Tarkastellessa hoitoon sitoutuneiden ja sitoutumattomien välisiä eroja, niiden välillä ei todeta tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=0,054$). Vastaajista suurin osa (90 %) oli Crohn ja Colitis ry:n jäseniä. Hoitoon sitoutuneista jäseniä oli 91 % ja sitoutumattomista neljä viidesosaa (81 %). Ryhmien välisiä prosenttieroja tarkasteltaessa todettiin tilastollisesti melkein merkitsevä ero ($p=0,050$).

Taulukko 8. Vastaajien taustatiedot: ikä, sukupuoli ja Crohn ja Colitis ry:n jäsenyys. Kaikki vastaajat, hoitoon sitoutuneet ja hoitoon sitoutumattomat prosentteina (%) ja lukumäärinä (n) sekä tilastollinen merkitsevyys χ^2 -testissä tai U-testissä

Kysymys /Väit- tämä	Kaikki vastaajat	Hoitoon sitoutuneet	Hoitoon sitoutu- mattomat	p-arvo
Ikä				
18–45	57 % (n=457)	56 % (n=424)	77 % (n=33)	0,008 ** (χ^2)
46–	43 % (n=341)	44 % (n=331)	23 % (n=10)	
Yhteensä	100 % (N=798)	100 % (n=755)	100 % (n=43)	
Sukupuoli				
Nainen	73 % (n=586)	73 % (n=549)	86 % (n=37)	0,054 ns (χ^2)
Mies	27 % (n=212)	27 % (n=206)	14 % (n=6)	
Yhteensä	100 % (N=798)	100 % (n=755)	100 % (n=43)	
Crohn ja Colitis ry:n jäsenyys				
Kyllä	90 % (n=719)	91 % (n=684)	81 % (n=35)	0,050 * (U)
Ei	10 % (n=79)	9 % (n=71)	19 % (n=8)	
Yhteensä	100 % (N=798)	100 % (n=755)	100 % (n=43)	

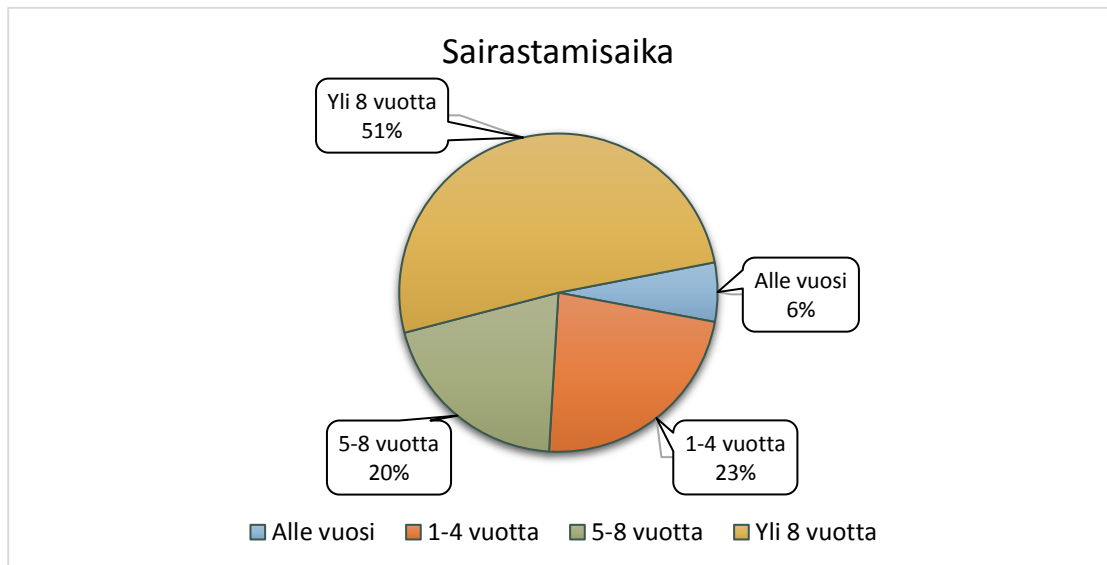
Colitis ulcerosa

Kuviosta 7 nähdään, että lähes puolella (47 %) *Colitis ulcerosa* oli diagnosoitu koko suolen sairaudeksi. Reilu neljäsosa (28 %) sairasti vasemman puolen sairautta ja neljäsosa (24 %) proktiittia. Muutamat (1 %) eivät tieneet sairautensa sijaintia tai sitä ei vielä tiedetty.



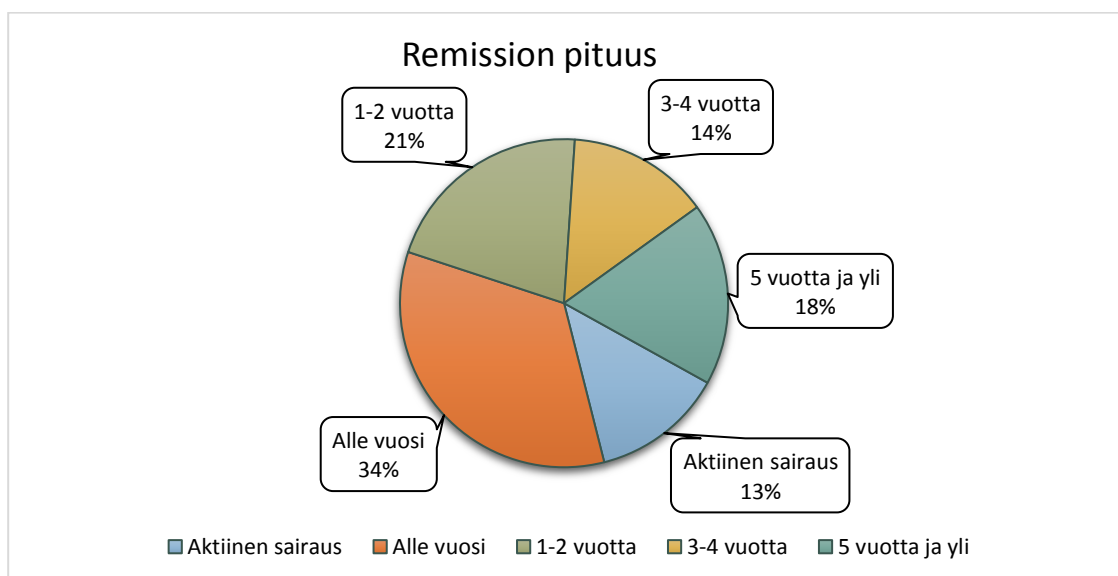
Kuvio 7. Vastaajien sairauden sijainti prosentteina (%)

Kuviosta 8 käy ilmi, että puolet (51 %) vastaajista oli sairastanut *Colitis ulcerosaa* yli 8 vuotta. Lähes neljäsosa (23 %) oli sairastanut 1-4 vuotta ja viidesosa (18 %) 5-8 vuotta. Alle vuoden sairastaneita vastaajista oli vain pieni osa (6 %).



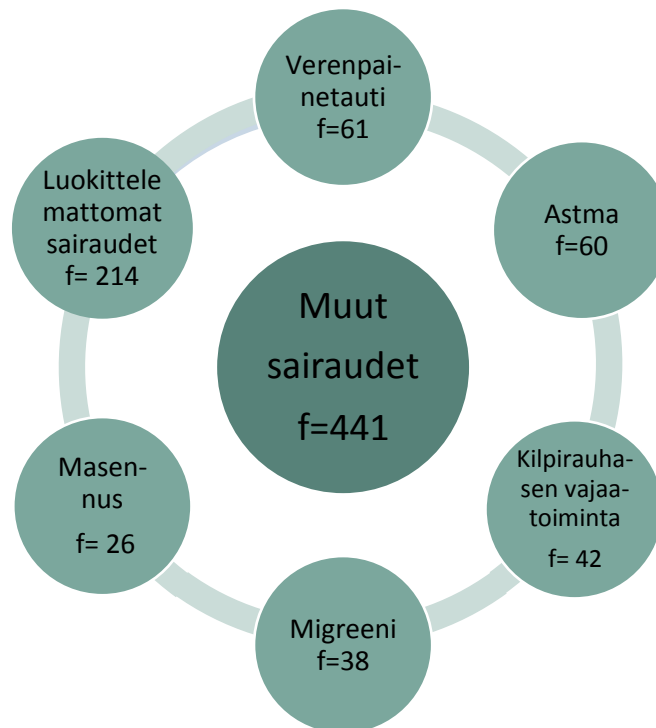
Kuvio 8. Vastaajien sairastamisaika prosentteina (%)

Kuviosta 9 huomataan, että Colitis ulcerosa oli tutkimushetkellä ollut remissiossa alle vuoden kolmasosalla (34 %) vastaajista. Viidenneksellä (21 %) sairaus oli ollut remissiossa 1-2 vuotta ja vajaalla viidenneksellä vastaajista (18 %) yli 5 vuotta. Kuudesosalla (14 %) sairaus oli ollut remissiossa 3-4 vuotta ja suunnilleen samalla määrällä (13 %) sairaus oli tutkimushetkellä aktiivinen.



Kuvio 9. Vastaajien remission pituus prosentteina (%)

Vajaa puolet vastaajista (46 %), 365 vastaajaa, ilmoitti sairastavansa myös muita sairauksia Colitis ulcerosan lisäksi. Muita sairauksia raportoitiin 441 kappaletta, mikä nähdään kuviosta 10. Muita sairauksia raportoineilla yleisimpiä sairauksia olivat verenpainetauti (f=61), astma (f=60), kilpirauhasen vajaatoiminta (f=42), migreeni (f=38) ja masennus (f=26).



Kuvio 10. Vastaajien muut sairaudet lukumäärinä (f)

Taulukosta 9 nähtävien muiden yleisimpien sairauksien prosenttiosuuksien vertailussa hoitoon sitoutuneiden ja hoitoon sitoutumattomien välillä näyttää siltä, ettei niissä ollut eroa. Tilastollisia merkitsevyyksiä ei voitu luotettavasti laskea yksittäisten tapausten perusteella. Kaikki vastanneet luettelivat 441 muuta sairautta. Hoitoon sitoutuneet (n=755) raportoivat 413 eri sairautta ja hoitoon sitoutumattomat (n=43) 28 eri sairautta. Kun tarkastellaan ryhmien välisiä frekvenssieroja kaikkien raportoitujen sairauksien suhteen, ei todettu tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä (p=0,486).

Taulukko 9. Vastaajien muut yleisimmät sairaudet prosentteina (%) ja lukumäärinä (f): kaikki vastaajat, hoitoon sitoutuneet ja hoitoon sitoutumattomat sekä tilastollinen merkitsevyys χ^2 -testissä

Muu sairaus	Kaikki vastaajat	Hoitoon sitoutuneet 100 % (n=755)	Hoitoon sitoutumattomat 100 % (n= 43)	p-arvo
Astma	8 % (f=60)	7 % (f=56)	9 % (f=4)	-
Masennus	3 % (f=26)	3 % (f=25)	2 % (f=1)	-
Verenpainetauti	8 % (f=61)	8 % (f= 60)	2 % (f=1)	-
Migreeni	5 % (f=38)	5 % (f=36)	5 % (f=2)	-
Kilpirauhasen vajaatoiminta	5 % (f=42)	5 % (f=40)	5 % (f=2)	-
Luokittelemattomat sairaudet	f=224	f=206	f=18	-
Yhteensä	f=441	f=413	f=28	0,486 ns (χ^2)

Taulukko 10 mukaan vajaa puolet (47 %) vastaajista sairasti koko suolen sairautta. Noin kolmas osa (29 %) sairasti vasemman puolen tautia ja neljäsosa (24 %) proktiittia. Yli kolmannes (38 %) hoitoon sitoutumattomista sairasti proktiittia kun hoitoon sitoutuneista sitä sairasti joka neljäs (24 %). Kolmasosa (29 %) hoitoon sitoutuneista sairasti vasemman puolen tautia ja lähes puolet (47 %) koko suolen tautia. Hoitoon sitoutumattomista vasemman puolen tautia sairasti joka viides (19 %) ja koko suolen tautia vajaa puolet (43 %). Hoitoon sitoutuneiden (n= 750) ja hoitoon sitoutumattomien (n=42) välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=0,089$).

Taulukosta 10 nähdään myös, että vastaajista puolet (51 %) oli sairastanut Colitis ulcerosaa yli 8 vuotta, vajaa kolmasosa (29 %) 0-4 vuotta ja joka viides (20 %) 5-8 vuotta. Kun arvioidaan hoitoon sitoutuneiden ja sitoutumattomien välisiä prosenttimääriä ja lukumääriä todetaan, että ryhmien välillä ei ole tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=0,852$). Tarkasteltaessa taulukkoa 10 todetaan, että vajaa puolet (47 %) vastanneista oli ollut remissiossa alle vuoden, kolmasosa (35 %) 1-4 vuotta ja viides osa (20 %) 5 vuotta tai yli. Kun arvioidaan ryhmien välisiä eroja niin hoitoon sitoutuneiden (n= 755) ja hoitoon sitoutumattomien (n=43) välillä ei todettu tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=0,418$).

Taulukko 10. Sairauden sijainti, sairastamisaika ja remission pituus. Kaikki vastaajat, hoitoon sitoutuneet, hoitoon sitoutumattomat prosentteina (%) ja lukumäärinä (n) sekä tilastolliset merkitsevyydet χ^2 -testissä

Kysymys / Väittävä	kaikki vastaajat	Hoitoon sitoutuneet	Hoitoon sitoutu- mattomat	p-arvo
Sairauden sijainti				
Koko suolen tauti	47 % (n=370)	47 % (n= 352)	43 % (n = 18)	0,089 ns (χ^2)
Vasemman puolen tauti	29 % (n=227)	29 % (n= 219)	19 % (n = 8)	
Proktiitti	24 % (n=195)	24 % (n= 179)	38 % (n= 16)	
Yhteensä	100 % (N=792)	100 % (n=750)	100 % (n=42)	
Sairastamisaika				
0-4 vuotta	29 % (n=236)	29 % (n=224)	28 % (n=12)	0,852 ns (χ^2)
5-8 vuotta	20 % (n=159)	20 % (n=149)	23 % (n=10)	
Yli 8 vuotta	51 % (n=403)	51 % (n=382)	49 % (n=21)	
Yhteensä	100 % (N=798)	100 % (n=755)	100 % (n=43)	
Remission pituus				
0-1 vuotta	47 % (n=378)	48 % (n=361)	40 % (n=17)	0,418 ns (χ^2)
1-4 vuotta	35 % (n=279)	34 % (n=260)	44 % (n=19)	
5 vuotta tai yli	18 % (n=141)	18 % (n=134)	16 % (n= 7)	
Yhteensä	100 % (N=798)	100 % (n=755)	100 % (n=43)	

5-ASA-lääkehoito

Taulukosta 11 käy ilmi, että hieman yli kaksi kolmasosaa (72 %) vastaajista käytti 5-ASA-lääkettä tabletteina. Joka viides (22 %) käytti sekä tabletteja että paikallishoitovalmisteita ja pieni osa (6 %) käytti vain paikallishoitovalmisteita. Taulukosta 11 nähdään myös, että hoitoon sitoutuneista kolme neljäsosaa (73 %) käytti tabletteja kun sitoutumattomien osuus oli reilu puolet (58 %). Paikallisvalmisteita hoitoon sitoutuneista käytti vain pieni osa (4 %) kun sitoutumattomista niitä käytti joka neljäs (23 %). Sekä tabletteja että paikallishoitovalmisteita hoitoon sitoutuneista käytti viidesosa (22 %) samoin kuin sitoutumattomista (19 %). Hoitoon sitoutuneiden ja sitoutumattomien välillä todettiin tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($p<0,001$).

Taulukko 11. Lääkemuoto, lääkkeenottokerrat, sivu- ja haittavaikutukset, lääkkeen tehokkuus ja muu lääkehoito prosentteina (%) ja lukumäärinä (n) sekä tilastolliset merkitsevyydet χ^2 -testissä

Kysymys / Väittäjä	Kaikki vastaajat	Hoitoon sitoutuneet	Hoitoon sitoutumattomat	p-arvo
Lääkemuoto				
Tabletti	72 % (n=576)	73 % (n=551)	58 % (n=25)	<0,001 *** (X ²)
Paikallishoito-valmiste	6 % (n= 44)	4 % (n=34)	23 % (n=10)	
Molemmat	22 % (n=178)	23 % (n=170)	19 % (n=8)	
Yhteensä	100 % (N=798)	100 % (n= 755)	100 % (n=43)	
Otan 5-ASA-lääkkeeni				
Kerran päivässä	25 % (n=200)	24 % (n=182)	42 % (n=18)	<0,001 *** (X ²)
Kaksi kertaa päivässä	68 % (n=540)	69 % (n=524)	37 % (n=16)	
Kolme, neljä tai muu määrä päivässä	7 % (n=58)	7 % (n=49)	21 % (n=9)	
Yhteensä	100 % (N=798)	100 % (n=755)	100 % (n=43)	
5-ASA-lääke aiheuttaa minulle sivu- ja/ tai haittavaikutuksia				
Kyllä	8 % (n=68)	6 % (n=49)	44 % (n=19)	<0,001 *** (X ²)
Ei	65 % (n=518)	67 % (n=503)	35 % (n=15)	
En osaa sanoa	27 % (n=212)	27 % (n=203)	21 % (n=9)	
Yhteensä	100 % (N=798)	100 % (n=755)	100 % (n=43)	
5-ASA-lääke tehoaa hyvin Colitis ulcerosan oireisiin				
Eri mieltä	17 % (n=111)	16 % (n=99)	40 % (n=12)	0,001 ** (X ²)
Samaa mieltä	83 % (n=534)	84 % (n=516)	60 % (n=18)	
Yhteensä	100 % (N=645)	100 % (n=615)	100 % (n=30)	
Käytän 5-ASA-lääkkeen lisäksi Colitis ulcerosan hoitoon muuta lääkettä				
Kyllä	58 % (n= 459)	58 % (n=435)	56 % (n=24)	0,816 ns (X ²)
Ei	42 % (n=339)	42 % (n=320)	44 % (n=19)	
Yhteensä	100 % (N=798)	100 % (n=755)	100 % (n=43)	

Taulukosta 11 huomataan, että neljäsosa (25 %) otti lääkkeensä kerran päivässä. Kaksi kolmasosaa (68 %) vastaajista otti lääkkeensä kaksi kertaa päivässä. Pieni osa (7 %) otti lääkkeensä kolmasti tai neljästi päivässä tai muulla tavoin. Tähän ryhmään kuuluivat vastaajat, jotka ottivat lääkkeensä harvemmin kuin kerran päivässä, tarvittaessa tai kuureina oireiden ilmaantuessa. Lisäksi siihen kuuluivat vastaajat, jotka ilmoittivat vaihtelevansa lääkkeiden ottokertoja esimerkiksi oireiden tai lääkemuotojen mukaan. Hoitoon sitoutuneista kerran päivässä lääkkeensä otti neljäsosa (24 %) ja

sitoutumattomista vajaa puolet (42 %). Lääkehoitoon sitoutuneista kaksi kertaa päivässä lääkkeensä otti kaksi kolmasosaa ja sitoutumattomista kolmasosa (37 %).

Muulla tavoin lääkkeensä otti hoitoon sitoutuneista vajaa kymmenesosa (7 %) ja sitoutumattomista viidesosa (20 %). Ryhmien välillä oli havaittavissa tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($p<0,001$).

Lähes joka kymmenes (8 %) kertoi saavansa sivuvaikutuksia 5-ASA-lääkehoidosta. Kaksi kolmasosaa (65 %) välttyi 5-ASA-lääkkeiden sivuvaikutuksilta ja neljännes (27 %) ei osannut sanoa. Osa pohti sitä johtuivatko sivuvaikutukset lääkityksestä vai ko itse sairaudesta. Taulukosta 11 käy ilmi, että hoitoon sitoutuneista pieni osa (6 %) kärsi sivuvaikutuksista kun hoitoon sitoutumattomista samoin koki lähes puolet (44 %). Hoitoon sitoutuneiden ja sitoutumattomien välillä todetaan tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($p<0,001$). 162 vastaajaa (20 %) raportoi sivuvaikutuksia. Sivuvaikutuksia lueteltiin 352 kappaletta ja ne ovat esillä taulukossa 12. Nämä sivuvaikutuksia raportoineet kärsivät yleisimmin ilmavaivoista. Seuraavaksi yleisimmät sivuvaikutukset olivat ripuli, päänsärky, närästys ja pahoinvointi.

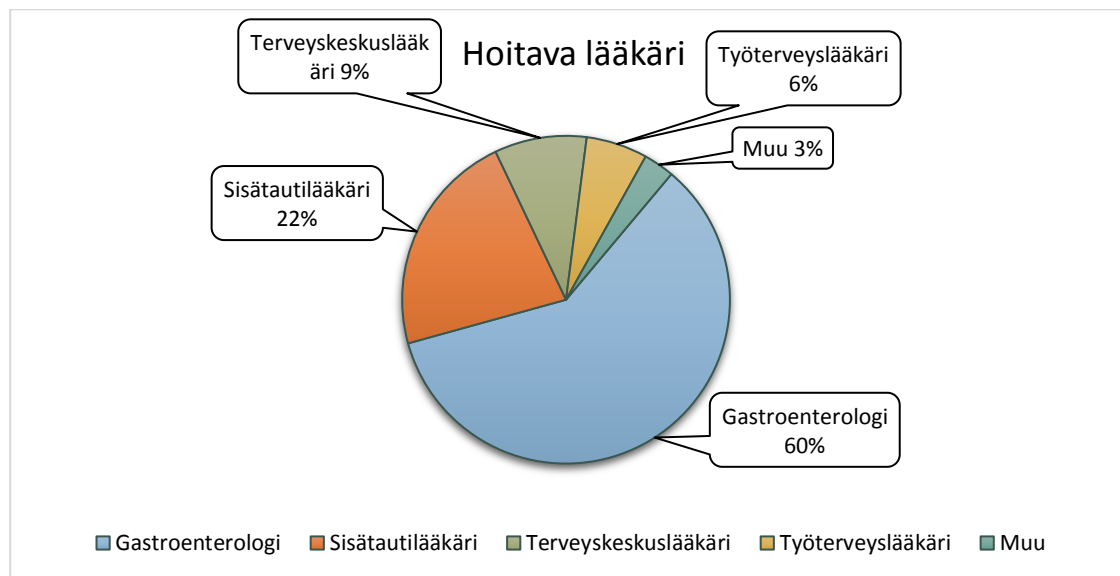
Taulukosta 11 huomataan, että neljä viidesosaa (83 %) vastaajista koki 5-ASAn tehon hyväksi. Hoitoon sitoutuneista suunnilleen sama määrä (84 %) koki samoin, mutta hoitoon sitoutumattomista vain reilu puolet (60 %) koki niin. Vertailtaessa ryhmien välisiä eroja, todetaan tilastollisesti merkitsevä ero ($p=0,001$). Muulla lääkehoidolla ei todettu olevan tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä ($p=0,816$).

Taulukko 12. 162 vastaajan raportoimat yleisimmät sivu- ja haittavaikutukset.

Sivuvaikutus	Frekvenssi (f)	% kaikista vastaajista
Ilmavaivat	53	7 %
Ripuli	37	5 %
Päänsärky	37	5 %
Närästys	34	4 %
Pahoinvointi	32	4 %
Vatsakipu	29	4 %
Ihottuma	28	4 %
Vatsakrampit	23	3 %
Verenkuvan muutokset	20	3 %
Huimaus	12	2 %
Nivel- ja tai lihaskivut	8	1 %
Oksentelu	5	1 %
Kuume	2	0,5 %
Muut luokittelemattomat	32	4 %
Yhteensä	352	

Hoitosuhde

Kuviosta 11 käy ilmi, että runsasta puolta (60 %) vastaajista hoiti gastroenterologi. Noin viidesosa (22 %) oli sisätautilääkärin hoidossa. Suunnilleen joka kymmenes (9 %) oli hoidossa terveyskeskuksessa ja pieni osa (6 %) työterveyshuollossa. Jotkut (3 %) valitsivat muu-vaihtoehdon, jossa vastaajat mainitsivat hoitavaksi lääkäriksi jonkun sairaalan, hoitovastuu oli jaettu kahden paikan kesken tai he eivät tienneet hoitopaikkaansa.



Kuvio 11. Vastaajien hoitavan lääkärin koulutus prosentteina (%)

Taulukosta 13 huomataan, että hoitavan lääkäriensä koulutuksen maininneista vastaajista 85 % (n=653) oli erikoislääkärin eli sisätautilääkärin tai gastroenterologin hoidossa ja 15 % (n=121) terveyskeskus- tai työterveyslääkärin hoidossa. Kun tarkastellaan hoitoon sitoutuneiden (n=733) ja hoitoon sitoutumattomien (n=41) prosentuaalisia eroja voidaan todeta, että suurin osa (85 %) hoitoon sitoutuneista oli erikoislääkärin hoidossa ja hoitoon sitoutumattomista kaksi kolmasosaa (68 %). Ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero (p=0,004.)

Taulukosta 13 nähdään, että hoitavan lääkärin antamalla riittävällä tuella ja ohjauksella saattaa olla yhteys 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen. Hoitoon sitoutuneista kolme neljäsosaa koki saaneensa riittävästi tukea ja ohjausta hoitavalta lääkäriltään selviytyäkseen 5-ASA-lääkehoidon toteuttamisesta. Hoitoon sitoutumattomista samoin koki kaksi kolmasosaa (67 %). Hoitoon sitoutuneiden ja hoitoon sitoutumattomien saamalla lääkärin tuella ja ohjauksella oli tilastollisesti melkein merkitsevä ero ($p=0,030$.)

Taulukosta 13 havaitaan, että kaikista vastaajista reilu neljä viidesosaa (84 %) oli sitä mieltä että hänen mielipiteensä oli huomioitu lääkehoidon suunnittelussa. Hoitoon sitoutuneista suurin 85 % koki mielipiteensä huomioidun lääkehoidon suunnittelussa kun hoitoon sitoutumattomista samoin koki reilu puolet (60 %). Hoitoon sitoutuneiden ja sitoutumattomien mielipiteen huomioinnissa oli tilastollisesti merkitsevä ero ($p=0,002$.)

Taulukosta 13 käy vielä ilmi, että lääkärin vuorovaikutustaidoilla ($p=0,787$) tai hoitavan lääkärin vaihtumisella ($p=0,336$) ei todettu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen, kuten ei säännöllisellä seurannallakaan ($p=0,124$).

Taulukko 13. Hoitavan lääkärin koulutus, hoitosuhteen pysyvyys, lääkärin vuorovaikutustaidot, lääkärin ohjaus ja tuki ja seuranta. Kaikki vastaajat, hoitoon sitoutuneet, hoitoon sitoutumattomat prosentteina (%) ja lukumäärinä (n) sekä tilastolliset merkitsevyydet χ^2 -testissä tai U-testissä

Kysymys / Väittämä	Kaikki vastaajat	Hoitoon sitoutuneet	Hoitoon sitoutumattomat	p-arvo
Hoitavan lääkärin koulutus				
Terveyskeskus- tai työterveyslääkäri	16 % (n=121)	15 % (n=108)	32 % (n=13)	0,004 ** (χ^2)
Sisätautilääkäri tai gastroenterologi	84 % (n=653)	85 % (n=625)	68 % (n=28)	
Yhteensä	100 % (N=774)	100 % (n=733)	100 % (n=41)	
Minusta on tärkeää, että minua hoitaa aina sama lääkäri				
Samaa mieltä	96 % (n=711)	96 % (n=676)	92 % (n=35)	0,336 ns (U)
Eri mieltä	4 % (n=30)	4 % (n=27)	8 % (n=3)	
Yhteensä	100 % (N=741)	100 % (n=703)	100 % (n=38)	
Minusta on tärkeää, että hoitavalla lääkäriilläni on hyvät vuorovaikutustaidot				
Samaa mieltä	99 % (n=756)	99 % (n=716)	98 % (n=40)	0,787 ns (U)
Eri mieltä	1 % (n=9)	1 % (n=8)	2 % (n=1)	
Yhteensä	100 % (n=765)	100 % (n=724)	100 % (n=41)	
Saan mielestäni riittävästi ohjausta ja tukea 5-ASA-lääkehoidon toteuttamiseen minua hoitavalta lääkäriltä				
Samaa mieltä	80 % (n=523)	81 % (n=501)	67 % (n=22)	0,030 * (χ^2)
Eri mieltä	20 % (n=131)	19 % (n=120)	33 % (n=11)	
Yhteensä	100 % (n=654)	100 % (n=621)	100 % (n=33)	
Mielipiteeni otetaan huomioon lääkehoidon suunnittelussa				
Samaa mieltä	84 % (n=520)	85 % (n=502)	60 % (n=18)	0,002 ** (U)
Eri mieltä	16 % (n=102)	15 % (n=90)	40 % (n=12)	
Yhteensä	100 % (n=622)	100 % (n=592)	100 % (n=30)	
Käyn säännöllisesti (vähintään vuosittain) seurannassa				
Samaa mieltä	89 % (n=687)	90 % (n=653)	83 % (n=34)	0,124 ns (U)
Eri mieltä	11 % (n=83)	10 % (n=76)	17 % (n=7)	
Yhteensä	100 % (n=770)	100 % (n=729)	100 % (n=41)	

7 Pohdinta ja johtopäätökset

7.1 Keskeisten tutkimustulosten pohdinta ja johtopäätökset

Vastaajista 95 % oli 5-ASA-lääkehoitoonsa sitoutuneita ja 5 % hoitoon sitoutumattomia. Aiempien tutkimusten mukaan lääkehoitoon sitoutuminen vaihtelee paljon, ol- len keskimäärin 50 % (Haynes, McDonald & Garg 2002, 2880). Lunnela ym. (2011, 84) ovat kuitenkin saaneet samansuuntaisia tutkimustuloksia Suomessa glaukoomaa sai- rastavien lääkehoitoa koskevassa tutkimuksessaan. Heidän tutkimuksessaan peräti 97 % oli lääkehoitoonsa sitoutuneita. Hollannissa tehdyssä tutkimuksessa 87 % Colitis ulcerosaa sairastavista vastaajista oli sitoutuneita 5-ASA-lääkehoitoon (Baars ym. 2009, 867). Hollannissa lääkekorvausjärjestelmä on kuitenkin erilainen perustuen va- kuutuksiin. 5-ASA-lääkkeet ovat Suomessa erityiskorvattavia alemman erityiskorvaus- luokan mukaan (65 %) mikä saattaa lisätä lääkehoitoon sitoutumista verrattuna mui- hin maihin.

Motivaatiolla ja riittävällä tiedonsaannilla todettiin olevan erittäin merkitsevä yhteys 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen. Hoitoon sitoutuneet olivat motivoituneita lääke- hoidon toteuttamiseen, mutta hoitoon sitoutumattomista ainoastaan puolet (48 %) oli motivoitunut siihen. Herää kysymys, mitkä tekijät motivaation takana vaikuttavat tähän? Tietoa on saatavilla runsaasti 5-ASA-lääkehoidon tärkeydestä. Se pitää tuleh- duksen kurissa ja ennaltaehkäisee paksusuolen syöpää. Silti sitä ei käytetä ja jotkut kyselyyn vastanneet ilmoittivat jopa lääkärin lopettaneen sen. Yleisimpänä syynä lää- kehoidon laiminlyöntiin ilmoitettiin unohtaminen, mikä lienee aivan luonnollista. Toiseksi tärkein syy unohtamiselle oli oireiden vähäisyys. On tärkeä tiedostaa, että joka kolmannelta endoskooppisessa remissiossa olevalta on löydetty histologisissa tutkimuksissa aktiivista tulehdusta (Park, Abdi, Gentry & Laine 2016). Oireettomuus ei siis takaa sitä, että tulehdus olisi poissa. Kawakamin ym. (2014, 4) tutkimuksessa todettiin, että oireiden esiintyminen lisäsi hoitoon sitoutumista.

Taustatekijöistä ikä oli yhteydessä hoitoon sitoutumiseen. Vanhemmat vastaajat oli- vat paremmin 5-ASA-lääkehoitoon sitoutuneita kuin nuoremmat, mikä todettiin myös yli puolessa (59 %) aikaisemmista tutkimuksista. Niissä termi nuori ikä vaihteli 18 ja 65 ikävuoden välillä. (Hawthorne ym. 2008, 1159; Khan ym. 2012, 759; Lachaine

ym. 2013, 5; Magalhães ym. 2014, 578; Mitra 2012,6; Moshkovska ym. 2009, 1122; Yen ym. 2012,707.) Tässä tutkimuksessa taitekohdaksi muodostui 45 vuoden ikä: 46-vuotiaat ja sitä vanhemmat sitoutuivat 5-ASA-lääkehoitoon paremmin. Sukupuolella sen sijaan ei todettu olevan yhteyttä 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen kuten aiemmissa tutkimuksissa on todettu. (Bergman & Parkes 2006, 852; Hawthorne ym. 2008, 1159; Kane 2006, 579; Khan ym. 2012,759; Lachaine ym. 2013, 5; Mitra ym. 2012, 5; Yen ym. 2012,708). Syynä voi mahdollisesti olla miehen vähäinen määrä tutkimuksessa. Crohn ja Colitis ry:n jäsenyydellä saattaa olla yhteyttä 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen. Baarsin ym. (2009, 867) tutkimuksessa on saatu samansuuntaisia tutkimustuloksia Hollannissa. Tuloksia voi vääristää se, että 90 % vastaajista oli Crohn ja Colitis ry:n jäseniä.

Aiemmissa tutkimuksissa (Baars ym. 2009, 867; Bergman & Parkes 2006, 852; Hawthorne ym. 2008, 1159; Higgins ym. 2008, 255; Kane 2006, 579; Kawakami ym. 2014,4; Magalhães 2014, 578; Mitra ym. 2012,6) todettiin useampia sairauteen liittyviä tekijöitä, joilla oli yhteyttä 5-ASA-lääkehoitoon. Näitä olivat esimerkiksi liitännäissairaudet, sairauden kesto ja sairauden sijainti. Tässä tutkimuksessa näillä tekijöillä ei kuitenkaan todettu olevan yhteyttä 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen. Kyngäs ja Hentinen (2008, 28) ovat todenneet masennuksen olevan yhteydessä hoitoon sitoutumattomuuteen, mutta tässä tutkimuksessa siitä ei saatu viitteitä.

5-ASA-lääkevalmisteilla sen sijaan oli yhteyttä sen käyttöön sitoutumiseen. Hoitoon sitoutumattomuus oli yhteydessä paikallisvalmisteiden käyttöön, kuten todettiin myös Magalhãesin ym. (2014, 578) tutkimuksessa. Paikallishoitovalmisteiden todettiin aiheuttavan epä mukavuutta kuten pidätyskyvyttömyyttä. Tutkimusten mukaan kerran päivässä otettava lääke saattaa parantaa 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumista (Hawthorne ym. 2012, 1890; Kane 2006, 579; 12). Näin ei kuitenkaan ollut tässä tutkimuksessa vaan kerran päivässä otettava lääkehoito oli juurikin yhteydessä hoitoon sitoutumattomuuteen. Kerran päivässä otettava lääkehoito ei myöskään parantanut hoitoon sitoutumista Feaganin ja McDonaldin (2012, 1793) tekemässä tutkimuksessa.

Hoitoon sitoutumattomista lähes puolet (44 %) raportoi saavansa sivu- tai haittavaikutuksia 5-ASA-lääkehoidosta. Niiden on todettu yleisesti olevan yhteydessä hoitoon sitoutumattomuuteen. (Devlen ym. 2014, 311–312, Higgins ym. 2008, 255;

Moshkovska ym. 2009, 1122). Silti monet kommentoivat, etteivät olleet varmoja, joutuivatko sivu- tai haittavaikutukset itse sairaudesta vai lääkehoidosta. Hoitoon sitoutuneet olivat sitä mieltä, että 5-ASA tehosi hyvin Colitis ulcerosan oireisiin, kun sitoutumattomat taas epäilivät sen tehoa. Tämä on todettu myös aiemmissa tutkimuksissa (Devlen ym. 2014, 311–312, Magalhães 2014, 4; Moshkovska ym. 2009, 1122). Muulla lääkehoidolla ei todettu olevan yhteyttä 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen kuten useissa muissa tutkimuksissa on todettu. Muu lääkehoito saattaa lisätä (Kawakami ym. 2014, 4; Lachaine ym. 2013, 5) tai vähentää (Bergman & Parkes 2006, 852, Hawthorne ym. 2008, 1159; Yen ym. 2012, 708) 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumista.

Yli puolet (60 %) tutkimukseen vastanneista kertoi olevansa gastroenterologin hoidossa. Sen todettiin olevan yhteydessä hoitoon sitoutumiseen Yenin ym. (2012, 708) tutkimuksessa: erikoislääkärin hoidossa olleet olivat sitoutuneempia 5-ASA-lääkehoitoonsa. Suomessa IBD-potilaat ovat aiempien tutkimusten mukaan olleet tyytyväisempiä hoitoonsa kuin muualla Euroopassa. Yhtenä syynä epäiltiin olevan juurikin sen, että Suomessa hoidosta vastaavat pääasiassa gastroenterologit. (Haapamäki 2011, 69; Haapamäki ym. 2008, 828). Terveyskeskuslääkärien ja työterveyslääkärien hoidossa olleet olivat hieman huonommin 5-ASA-lääkehoitoonsa sitoutuneita tässäkin tutkimuksessa.

Higginsin ym. (2008, 255) mukaan Colitis ulcerosaa sairastavan ja häntä hoitavan lääkärin välisellä hoitosuhteella on yhteyttä 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen. Sama todettiin tässäkin tutkimuksessa, kun hoitoon sitoutumattomat olivat useammin sitä mieltä, ettei heidän mielipiteitään huomioitu lääkehoidon suunnittelussa. Näin todettiin myös Hawthornen ym. (2008, 1161) tutkimuksessa. Lääkärin antamalla tuella ja ohjauksella saattaa olla yhteys 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen. Hoitoon sitoutuneet kokivat saaneensa hieman enemmän tukea ja ohjausta hoitavalta lääkäriltään kuin hoitoon sitoutumattomat. Lääkärin vuorovaikutustaidoilla tai lääkärin vaihtumisella ei ihme kyllä ollut vaikutusta 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen vaikka Hawthorne ym. (2008, 1159–1161) ovat näin tutkimuksessaan todenneet.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset tekijät

Kyselylomake oli uusi eikä sitä ollut käytetty aiemmin, joten sen käyttökelpoisuudella voi olla vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimus on juuri niin luotettava kuin sen mittari eli kyselylomake (Metsämuuronen 2011, 74). Validiteetilla eli käyttökelpoisuudella tarkoitetaan sitä, että se mittaa sitä mitä oli tarkoituskin. Tärkein arvioitava kohde on teoreettisten käsitteiden operationalisointi muuttujiksi. Usein puhutaan sisäisestä validiteetista, kun käsitellään näitä asioita. Tässä tutkimuksessa kyse oli lääkehoitoon sitoutumisen operationalisoinnista muuttujiksi, joilla on yhteyttä lääkehoitoon sitoutumiseen. Operationalisointi tehtiin kattavan kirjallisuuskatsauksen perusteella ja muuttujat teemoiteltiin neljään osa-alueeseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–196; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 207.)

Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan taas sitä, miten tulokset ovat yleistettävissä tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Tutkimukseen hyväksyttyjä vastaajia oli 798. Heistä Crohn ja Colitis ry:n jäseniä oli 711. 90 % vastaajista oli siis potilasyhdistyksen jäseniä, millä voi olla vaikutusta tutkimustuloksiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 101). Crohn ja Colitis ry:n jäsenrekisteristä löytyi 2579 sähköpostiosoitetta Colitis ulcerosaa sairastaville. Joka kymmenes (9 %) Colitis ulcerosaa sairastavista on IPAA-leikattu ja niin ollen kuulumaton perusjoukkoon. Yhdellä prosentilla on avanne (Haapamäki ym. 2008, 825). Vastausprosentti Crohn ja Colitis ry:n jäsenistössä oli edellä mainittuun perustuen hieman yli 30. Näyte vastasi kuitenkin vain noin kolmea prosenttia kaikista Colitis ulcerosaa sairastavista, jotka käyttävät 5-ASA-lääkehoitoa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 105; Partio 2016). Tulosten luotettavuutta lisää kuitenkin ne seikat, että aikaisemmat kansainväliset tutkimukset ovat antaneet samansuuntaisia tuloksia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 61, 65).

Taulukossa 14 on nähtävillä vastaajien ja väestömäärän vertailu sairaanhoitopiireittäin, mistä nähdään, että vastaajat kuvaavat melko hyvin väestörakennetta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 105). Toki sairastavien määrä vaihtelee alueittain. Kyselylomake esiteltiin neljän Colitis ulcerosaa sairastavan toimesta, joita voidaan pitää myös sairauden ja siihen liittyvien asioiden asiantuntijoina. Esitestauksella katsotaan olevan huomattavan suuri rooli, kun pohditaan luotettavuutta, varsinkin kun

käytössä oli täysin uusi mittari. Luotettavuutta lisää esitestaajien kommentit kyselylomakkeen helppoudesta, selkeydestä ja ymmärrettävyydestä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–196; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 207).

Taulukko 14. Vertailu vastaajat ja väestö sairaanhoitopiireittäin prosentteina (%)

Sairaanhoitopiiri	Vastaajat %	Väestö %
Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri	2,51	2,37
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	2,76	3,58
Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen ky	2,26	1,87
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri	30,58	29,64
Itä-Savon sairaanhoitopiiri	0,63	0,78
Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon ky	1,5	1,36
Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri	3,63	3,17
Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	1,0	1,43
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri	4,01	4,58
Kymenlaakson sairaanhoitopiiri	3,38	3,11
Lapin sairaanhoitopiiri	1,25	2,14
Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri	0,63	1,14
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri	10,40	9,62
Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri	3,01	3,05
Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	9,52	7,42
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri	3,88	4,51
Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri	3,38	3,86
Satakunnan sairaanhoitopiiri	4,14	4,04
Vaasan sairaanhoitopiiri	3,38	3,09
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri	8,15	8,70
Ålands hälso- och sjukvård	0	0,53

Validiteetin lisäksi pitää pohtia tutkimuksen reliabiliteettia, millä tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 209–210). Tutkimuksen vastaajista 90 % oli potilasjärjestön jäseniä. Sillä voi olla vaikutusta reliabiliteettiin, koska tutkimusten mukaan potilasjärjestöjen jäsenet ovat hoitoon sitoutuneempia kuin ei-jäsenet (Baars ym. 2009, 869). He ovat myös aktiivisempi osallistumaan tutkimuksiin, mikä todettiin myös Haapamäen (2011, 63) tutkimuksessa; Crohn ja Colitis ry:n kautta tavoitetut vastasivat kyselyyn 63:n vastausprosentilla, kun muiden vastausprosentti oli 57. Myös tämän tutkimuksen mukaan potilasjärjestön järjestön jäsenyydellä oli yhteys 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumiseen. Potilasjärjestön jäsenet sitoutuivat lääkehoitoon hieman ei-jäseniä paremmin. Validiteettiin voi vaikuttaa myös se, että vastaajat ovat voineet yrittää antaa itsestään paremman kuvan kuin

mitä se oikeasti on. He ovat voineet kaunistella lääkkeenottoaan paremmaksi, koska se on sosiaalisesti suotavampaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 109; Vehkalahti 2014, 90.) Moshkovskan ym. (2009, 1121) tutkimuksessa raportoitu lääkkeidenotto ja virtsasta mitattu lääkeaineen määrä eivät kuitenkaan eronneet merkittävästi vaan lääkkeiden ottaminen oli raportoitu luotettavasti.

Kyselyyn pystyi vastaamaan vain netissä, joka rajasi ulkopuolelle kaikki ne, jotka eivät sitä käytä. Tämä huomataan 66-vuotiaiden ja sitä vanhempien vastaajien vähyytenä. Vastaaminen sallittiin vain kerran ja uuden vastauksen antaminen estettiin teknisin tekijöin. Hoitoon sitoutumattomien määrä oli pieni (n=43) ja sen perusteella tehdyt yleistykset eivät välttämättä pidä yhtä kohderyhmässä. Tilastollisiin analyyseihin liittyy myös tilastollisen harhan mahdollisuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 61, 63.)

Esitestauksen katsotaan parantavan toistettavuutta. Ohjeistus pyrittiin antamaan niin hyvin kuin mahdollista. Silti tutkimukseen vastasi henkilöitä, jotka eivät olleet kohderyhmää. Osittain kyse voi olla tiedon puutteesta; ei tiedetä oman sairauden tai lääkehoidon nimeä. Nämä vastaajat poistettiin tutkimuksesta ennen analyysejä. Verkkotutkimuksen etu on se, että tutkittava voi vastata kyselyyn silloin kuin hänellä on aikaa. Tutkimus pyrittiin pitämään sopivan mittaisena ja kysymykset etenevät loogisesti aiheittain. Nämä tekijät lisäävät reliabiliteettia. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 209–210.)

Eettiset tekijät

Kyselyn vastaajat rekrytoitiin pääasiassa Crohn ja Colitis ry:n jäsenrekisteristä. Kyselyyn oli mahdollisuus vastata myös ilman jäsenyyttä. Kysely oli suunnattu vain täysikäisille, vastaaminen oli täysin vapaaehtoista ja anonymiteetti varmistettiin teknisin tekijöin Webropolin avulla. Tulokset on raportoitu rehellisesti. Niiden avulla pyritään parantamaan Colitis ulcerosaa sairastavien saamaa hoitoa, ohjausta sekä tukea ja sitä kautta lisäämään heidän elämänlaatuaan ja vähentämään hoitoon sitoutumattomuuden aiheuttamia kustannuksia.

7.3 Tutkimustulosten hyödyntäminen

Saatujen tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että motivaatio on ratkaisevassa asemassa Colitis ulcerosaa sairastavien 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumisessa. Motivoiva keskustelu osana IBD-hoitajan toimenkuvaa voisi parantaa Colitis ulcerosaa sairastavien lääkehoitoon sitoutumista. Se on potilaskeskeinen ohjausmenetelmä, jonka avulla pyritään löytämään ja vahvistamaan potilaan motivaatiota. Tämä tapahtuu keskustelun avulla. Kaiken pohjana on selvittää sairastavan omat arvot, asenteet, tavoitteet, tavoiteltavan muutoksen merkitys ja resurssit. Kaikki ne ohjaavat motivoitumista. Keskustelun pohjalta syntyy itse suunniteltu ajatusmalli toimintatapojen muutoksesta yksilöllisellä aikataululla. Joskus riittää yksikin keskustelu, joskus niitä tarvitaan useampia. Motivoivan keskustelun toteuttaminen vaatii riittäviä resursseja. (Vaikuttava terveysohjaus: Näytönastekatsaus, 2014.)

IBD-hoitajia toimii usein vain erikoissairaanhoidossa. Potilasmäärän kasvaessa heitä tarvitaan myös perusterveydenhuoltoon diabeteshoitajien ja reumahoitajien rinnalle. Myös erikoissairaanhoidossa heidän määräänsä tulisi kasvattaa. Resurssien lisääminen maksaa itse itsensä takaisin lisääntyneenä hoitoon sitoutumisena ja kustannusten vähenemisenä, sairastavien elämänlaadusta puhumattakaan. IBD-hoitajat voisivat kiinnittää huomioita myös riittävään tiedon saantiin 5-ASA-lääkehoidosta, minkä koettiin olevan yhteydessä hoitoon sitoutumiseen.

Koska kaikkia Colitis ulcerosaa sairastavia ei voida tulevaisuudessa hoitaa erikoissairaanhoidossa, tulisi perusterveydenhuollon lääkäreiden IBD-hoidon osaamista kehittää. Joissain sairaanhoitopiireissä on jo suunniteltu työnjakoa (IBD-hoitoketju). Kirjallinen hoitosuunnitelma helpottaisi perusterveydenhuollon lääkäreiden toimintaa ja myös Colitis ulcerosaa sairastava tietäisi miten toimia, jos esimerkiksi oireet pahenevat. Sairastavien oma mielipide tulisi huomioida aiempaa paremmin kun lääkehoitoa suunnitellaan. Myös käypähoito-suositus tulisi laatia, Crohnin taudista se on jo tehty.

Lähes kolmasosa hoitoon sitoutumattomista koki saavansa sivuvaikutuksia 5-ASA-hoidosta, vaikka lääkehoito on yleensä hyvin siedettyä. 5-ASA-lääkevalmisteita on useampia, joten joskus valmisteen vaihtaminen voi auttaa. Lääkeyritysten tulisi kiinnittää huomiota apuaineisiin, lääkevalmisteiden kokoon ja niiden sisältämään lääkeaineen määrään. Toisin sanoen pitäisi pakata suurempi määrä vaikuttavaa ainetta

pienempään kokoon. Kerran päivässä otettava lääkevalmiste saattaa parantaa 5-ASA-lääkehoitoon sitoutumista vaikka tässä tutkimuksessa ei niin ollutkaan. Näitä pitäisi tuoda markkinoille lisää. Potilasjärjestö Crohn ja Colitis ry tekee arvokasta työtä IBD-potilaiden ja heidän läheistensä eteen. Kuten aiemmin jo todettiin, terveydenhuollon tulisi aiempaa paremmin huomioida potilasjärjestöjen ja vertaistuen merkitys osana lääkehoitoon sitoutumista.

Lähteet

208 Haavainen paksusuolentulehdus ja Crohnin tauti. 2014. Viitattu 9.11.2016. <http://www.kela.fi/laake208>.

Asacol. Valmisteyhteenveto. Viitattu 1.9.2016. <http://spc.fimea.fi/index/nam/html/nam/humspc/0/245330.pdf>.

Baars J., Zelinkova Z., Mensink P., Markus T., Looman C., Kuipers E. & Van Der Woude C. 2009. High therapy adherence but substantial limitations to daily activities amongst members of the Dutch inflammatory bowel disease patients' organization: a patient empowerment study. Viitattu 24.3.2016. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* 30, 864-872. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Bergman, R. & Parkes, M. 2006. Systematic review: the use of mesalazine in inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* 23, 841-55. Viitattu 24.3.2016. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Crohn ja Colitis ry. Viitattu 18.9.2016. <https://crohnjacolitis.fi/toiminta/>.

Devlen, J., Beusterien, K., Yen, L., Ahmed, A., Cheifetz, A. & Moss, A. 2014. Barriers to mesalamine adherence in patients with inflammatory bowel disease: a qualitative analysis. Viitattu 24.3.2016. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy* 20, 309-314. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Dignass, A., Eliakim, R., Magro, F., Maaser, C., Chowers, Y., Geboes, K., Mantzaris, G., Reinisch, W., Colombel, J-F., Vermeine, S. Travis, S., Lindsay, J. & Van Assche, G. 2012a. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 1: Definitions and diagnosis. Viitattu 15.8.2016. <http://ecco-jcc.oxfordjournals.org/content/ecco-jcc/6/10/965.full.pdf>

Dignass, A., Lindsay, J., Sturm, A., Windsor A., Colombel, J-F., Allez, M., D'Haens, G., D'Hoore, A., Mantzaris, G., Novacek, G., Öresland, T., Reinisch, W., Sans, M., Stange, E., Vermeire, S., Travis, S. & Van Assche, G. 2012b. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 2: Current management. Viitattu 17.8.2016. <http://ecco-jcc.oxfordjournals.org/content/ecco-jcc/6/10/991.full.pdf>

Eriyiskorvaus. 2016. Viitattu 17.8.2016. http://www.kela.fi/laakkeet-ja-laakekorvaukset_erityiskorvaus.

Feagan, B.G. & MacDonald, J.K. 2012. Once daily oral mesalamine compared to conventional dosing for induction and maintenance of remission in ulcerative colitis: a systematic review and meta-analysis. Viitattu 25.3.2016. <https://janet.finna.fi>, Cochrane Library.

Ford, A.C., Achkar, J.P., Khan, K.J., Kane, S.V., Talley, N.J., Marshall, J.K. & Moayyedi, P. 2011. Efficacy of 5-aminosalicylates in ulcerative colitis: systematic review and meta-analysis. Viitattu 16.10.2016. https://www.researchgate.net/profile/Paul_Moayyedi/publication/50399185_Efficacy_of_5-Aminosalicylates_in_Ulcerative_Colitis_Systematic_Review_and_Meta-Analysis/links/545f107a0cf295b5616036ca.pdf

- Haapamäki, J. 2011. Health-related quality of life, symptoms and comorbidity in inflammatory bowel disease. Väitöskirja. Helsinki: Kyröri. Viitattu 12.9.2016. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/25298/healthre.pdf?sequence=1>
- Haapamäki, J., Turunen, U., Roine, R., Färkkilä M., Arkkila, P. 2008. Finnish patients with inflammatory bowel disease have fewer symptoms and are more satisfied with their treatment than patients in the previous European survey. Viitattu 2.10.2016. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 43, 821-830. <https://janet.finna.fi>, PubMed.
- Hawthorne, A., Rubin, G. & Ghosh, S. 2008. Review article: medication non-adherence in ulcerative colitis--strategies to improve adherence with mesalazine and other maintenance therapies. Viitattu 26.3.2016. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 27, 1157-1166. <https://janet.finna.fi>, PubMed.
- Hawthorne, A., Stenson, R., Gillespie, D., Swarbrick, E., Dhar, A., Kapur, K., Hood, K. & Probert CS. 2012. One-year investigator-blind randomized multicenter trial comparing Asacol 2.4 g once daily with 800 mg three times daily for maintenance of remission in ulcerative colitis. *Inflammatory Bowel Disease* 18, 1885-1893. Viitattu 26.3.2016. <https://janet.finna.fi>, PubMed.
- Haynes, R.B., McDonald, H. & Garg, A.X. 2002. Helping Patients Follow Prescribed Treatment Clinical Applications. *The journal of the American medical association* 288, 2880-2883. Viitattu 6.10.2016. <https://janet.finna.fi>, PubMed.
- Higgins, P., Rubin, D., Kaulback, K., Schoenfield, P. & Kane S. 2008. Systematic review: impact of non-adherence to 5-aminosalicylic acid products on the frequency and cost of ulcerative colitis flares *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 29, 247-257. Viitattu 26.3.2016. <https://janet.finna.fi>, PubMed.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15 uud. p. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino.
- Huupponen, R. 2012. Ruoansulatuskanavan lääkkeet. Teoksessa Koulu, M., Mervaala, E. & Tuomisto, J. 2012. *Farmakologia ja toksikologia*. Porvoo: Bookwell. 693- 705.
- IBD-hoitoketju. Viitattu 15.10.2016. www.khshp.fi/fi/hoidon-porrastus/ibd-hoitoketju.
- Jussila, A. 2014. Inflammatory bowel diseases in Finland;epidemiology, malignancies and mortality. Väitöskirja. Helsinki: Unigrafia. Viitattu 15.8.2016. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/44957/jussila_dissertation.pdf?sequence=1
- Jussila A., Virta, L., Kautiainen, H., Rekiaro, M., Nieminen. U., Färkkilä, M. 2012. Increasing incidence of inflammatory bowel diseases between 2000 and 2007: a nationwide register study in Finland. *Inflammatory Bowel Disease* 18, 555-561. <https://janet.finna.fi>, PubMed.
- Kane, S. 2006. Systematic review: adherence issues in the treatment of ulcerative colitis. Viitattu 27.3.2016. *Alimentary Pharmacology & Therapeutic* 23, 577-585. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

- Kane, S., Accortt, N., Magowan, S. & Brixner, D. 2009. Predictors of persistence with 5-aminosalicylic acid therapy for ulcerative colitis. Viitattu 27.3.2016 Alimentary Pharmacology & Therapeutics 29, 855–862. <https://janet.finna.fi>, PubMed.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kawakami, A., Tanaka, M., Nishigaki, M., Yoshimura, N., Suzuki, R., Maeda, S., Kunisaki, R. & Yamamoto-Mitani, N. 2014. A screening instrument to identify ulcerative colitis patients with the high possibility of current non-adherence to aminosalicylate medication based on the Health Belief Model: a cross-sectional study. BMC Gastroenterology 14, 220. Viitattu 27.3.2016. <https://janet.finna.fi>, PubMed.
- Khan, N., Abbas, A., Bazzano, L., Koleva, Y. & Krousel-Wood, M. 2012. Long-term oral mesalazine adherence and the risk of disease flare in ulcerative colitis: nationwide 10-year retrospective cohort from the veterans affairs healthcare system. Viitattu 28.3.2016. Alimentary Pharmacology & Therapeutics 36, 755-764. <https://janet.finna.fi>, PubMed.
- Kyngäs, H., Kroll, T. & Duffy, M. 2000. Compliance in adolescents with chronic diseases: a review. Journal of adolescent health 26, 379–388. [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(99\)00042-7/pdf](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(99)00042-7/pdf)
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit.
- Kyngäs, H. 2007. Predictors of good adherence of adolescents with diabetes (insulin-dependent diabetes mellitus). Chronic Illness 3, 20–28. <https://janet.finna.fi>, PubMed.
- Kähkönen, O., Kankkunen, P., Saaranen, T., Miettinen, H., Kyngäs, H. & Lamidi, M-L. 2015. Motivation is a crucial factor for adherence to a healthy lifestyle among people with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. Journal of Advanced Nursing 71, 2364–2373. <https://janet.finna.fi>, PubMed.
- Kääriäinen, M., Paukama, M. & Kyngäs, H. 2012. Adherence with health regimens of patients on warfarin therapy. Journal of Clinical Nursing 22, 89-96. <https://janet.finna.fi>, PubMed.
- Lachaine, J., Yen, L., Beauchemin, C. & Hodgkins, P. 2013. Medication adherence and persistence in the treatment of Canadian ulcerative colitis patients: analyses with the RAMQ database. BMC Gastroenterology 13, 23. Viitattu 28.3.2016. <https://janet.finna.fi>, PubMed.
- Lunnala, J., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2011. Adherence of people with glaucoma. International Journal of Circumpolar Health 70, 79-89. <https://janet.finna.fi>, PubMed.
- Lääkehaku-Fimea. Viitattu 1.10.2016. http://www.fimea.fi/laakehaut_ja_luettelot/laakehaku
- Lääkekorvaukset. 2016. Viitattu 27.10.2016. www.kela.fi/laakkeet.

Magalhães, J., Dias de Castro, F., Boal Carvalho, P., Leite, S., Moreira, M. & Cotter, J. 2014. Treatment of inflammatory bowel disease: is your patient at risk of non-adherence? Viitattu 29.3.2016. *Acta Medica Portuguesa* 27, 576–580. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Manninen, Pia. 2015. Inflammatory bowel diseases - an epidemiological survey with twenty-year follow-up. Väitöskirja. Tampere: Suomen Yliopistopaino – Juvenes Print. Viitattu 20.3.2016. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98069/978-951-44-9931-9.pdf?sequence=1>. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Mitra, D., Hodgkins, P., Yen, L., Davis, KL. & Cohen RD. 2012. Association between oral 5-ASA adherence and health care utilization and costs among patients with active ulcerative colitis. *BMC Gastroenterology* 12,132. Viitattu 31.3.2016. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Moshkovska, T., Stone M., Clatworthy, J., Smith, R., Bankart, J., Baker, R., Wang, J., Horne, R., Mayberry, J. 2009. An investigation of medication adherence to 5-aminosalicylic acid therapy in patients with ulcerative colitis, using self-report and urinary drug excretion measurements. Viitattu 31.3.2016. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 30, 1118-1127. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Park, S., Abdi, T., Gentry, M. & Laine, L. 2016. Histological Disease Activity as a Predictor of Clinical Relapse Among Patients With Ulcerative Colitis: Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Gastroenterology* 2016 Oct 11. Viitattu 30.11.2016. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Partio, T. 2016. Pääsuunnittelija. Kela, tieto- ja viestintäyksikkö, tilasto- ja tietovarastoryhmä. Sähköposti 3.10.2016.

Pentasa. Valmisteyhteenveto. Viitattu 10.9.2016. <http://spc.fimea.fi/index/nam/html/nam/humspc/0/377440.pdf>

Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen, näyttöä toiminnan tueksi. 2003. Viitattu 8.3.2016. http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf. Helsinki: Lääketietokeskus.

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 125, 2351-2359.

Salofalk. Valmisteyhteenveto. Viitattu 10.9.2016. http://www.fimea.fi/laakehaut_ja_luettelot/valmisteyhteenvedet/laakkeet

Savikko, N., Routasalo, P., Haapaniemi, H. & Pitkälä, K. 2005. Voiko hoitoon sitoutumista mitata? Mittarin kehittämisprosessi. Teoksessa Pitkälä, K., Savikko, N. & Routasalo, P. Kuntoutuspolun solmukohtia. Tutkimusraportti. Viitattu 15.10.2016. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino. 69–85.

Sipponen, T. 2013. Tulehduksellisten suolistosairauksien diagnostiikka. Viitattu 5.9.2016. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04554&p_selaus=55022.

Sipponen, T. & Färkkilä, M. 2013. Tulehduksellisten suolistosairauksien lääkehoito. Viitattu 5.9.2016. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04554&p_selaus=55022.

Suomen virallinen tilasto: Ennakkoväkiluku sukupuolen mukaan alueittain. Elokuu 2016. Viitattu 21.10.2016 Helsinki: Tilastokeskus. <http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/sq/a71a4b1a-ec0a-4774-9e69-29771738361b>

Suomen virallinen tilasto: Lääkekorvausten saajat ja reseptitiedot 2011–2015. Viitattu 12.9.2016. Helsinki: Kela. <http://raportit.kela.fi/linkki/54340236>

Suomen virallinen tilasto: Lääkekorvausten saajat ja reseptitiedot 2015. Mesalatsiini ja Olsalatsiini. Viitattu 26.10.2016. Helsinki: Kela. <http://raportit.kela.fi/linkki/56770204>.

Suomen virallinen tilasto: Voimassaolevat, alkaneet ja päättyneet lääkekorvausoikeudet 1986–2015. AE208. Viitattu 2.10.2016 Helsinki: Kela. <http://raportit.kela.fi/linkki/47926497>.

Suomen virallinen tilasto: Väestörakenne 2015. Viitattu 16.9.2016 ISSN = 1796–4938. Helsinki: Tilastokeskus. http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2015/vaerak_2015_2016-04-01_fi.pdf

Vaikuttava terveysohjaus (online). Näytönastekatsaus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 24.10.2016). Saatavilla Internetissä: www.käypähoito.fi

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Finn Lectura.

Waters, B.M., Jensen, L., Fedorak, R.N. 2005. Effects of formal education for patients with inflammatory bowel disease: a randomized controlled trial. Canadian Journal of Gastroenterology 19, 235-244. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Yen, L., Wu, J., Hodgkins, P., Cohen, R.D. & Nichol M. 2012. Medication use patterns and predictors of nonpersistence and nonadherence with oral 5-aminosalicylic acid therapy in patients with ulcerative colitis. Viitattu 31.3.2016. Journal of Managed Care Pharmacy 18, 701-712. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Liitteet

Liite 1. Tiedonhaun tutkimukset taulukoituna

N: o	Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
1	Baars J, Zelinkova Z, Mensink P, Markus T, Looman C, Kuipers E, Van Der Woude C. 2009. Hollanti.	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida hollantilaisen Crohn ja Colitis yhdistyksen jäsenten käsityksiä hoitoon sitoutumisesta ja sairauden vaikutuksista toimintakykyyn.	Määrällinen tutkimus Nettikyselyyn vastasi 1067 potilasta. Tulokset analysoitiin tilastollisin analyysin.	Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikutti sairauden kesto, korkeampi ikä ja heikentynyt toimintakyky. Lyhemmän aikaa sairastaneet olivat sitoutuneempia, samoin vanhemmat potilaat ja ne, joiden toimintakyky oli alentunut.
2	Bergman R, Parkes M. 2006. Englanti.	Tutkimuksen tarkoituksena oli löytää näyttöön perustuvaa tietoa mesalatsiinin käytöstä Crohn ja Colitis-potilailla	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. 97 englanninkielistä tutkimusta ja meta-analyysiä.	Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikutti kielteisesti nuori ikä, sairauden pitkä kesto, mies-sukupuoli, naimattomuus, vasemman puolen tauti, useat muuta samankaltaiset lääkitykset ja useat lääkkeenottoajankohdat.
3	Devlen J, Beusterien K, Yen L, Ahmed A, Cheifetz AS, Moss AC, 2014.	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää 5-asa lääkehoitoon sitoutumisen esteet haastattelun avulla.	Laadullinen tutkimus, haastattelututkimus. N=27, joista 21 sairasti CU:ta ja 6 Crohnia.	Esteiksi koettiin kilpailevat prioriteetit, sosiaalinen paine, käytön epä-mukavuus, kustannukset, arvioitu teho, sivuvaikutukset, ja tabletti-muodot. Arviot lääkeshoidon tehokkuudesta, seuraukset käytön laiminlyönnistä ja epäily ylläpitolääkityksen tarpeesta vaikuttivat lääkehoitoon sitoutumiseen. Lääketablettien koko ja useat ottoajankohdat vähensivät lääkehoitoon sitoutumista.

4	Feagan Brian G, MacDonald John K 2012. Kanada/USA.	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida oraalisen 5-ASA-lääkityksen tehoa, annosvastetta ja turvallisuutta vs. plasebo, 5-ASAn ja SASPin tehoa remission saavuttamisessa sekä verrata oraalisen 5-ASAn turvallisuutta ja tehoa, kun se otetaan kerran päivässä vs. useita kertoja päivässä	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus Aineisto (38 tutkimusta) käsiteltiin tilastollisin menetelmin	5-ASA on plaseboa tehokkaampi remission saavuttamisessa ja SASP on taas 5-ASAA tehokkaampi. 5-ASA on yhtä tehokas, otetaan se sitten kerran päivässä tai useita kertoja päivässä. Kerran päivässä otettava lääkehoito ei lisää lääketoimintaa
5	Hawthorne A, Rubin G, Ghosh S. 2008. Englanti.	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää IBD:hen liittyvää lääkehoitoon sitoutumattomuutta mukaan lukien käytännön ja terveydenhuollon vaikutukset Englannissa sekä tuoda esiin tekijöitä, joilla sitoutumista voitaisiin parantaa.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus 60 tutkimusartikkeliä	Hoitoon sitoutumista vähensi mies-sukupuoli, naimattomuus, nuori ikä, kokopäivätyö, taudin kesto, useita kertoja päivässä otettava lääkitys, 4 tai yli 4 samanaikaista lääkettä, vastarastuneisuus, vasemman puolen tauti, masennus ja eripuraisuus oman lääkärin kanssa.
6	Hawthorne, A, Stenson R, Gillespie D, Swarbrick ET, Dhar A, Kapur KC, Hood K, Probert CS. 2012. Englanti	Tutkimuksen tarkoitus oli vertailla kerran päivässä 3 x 800mg mesalatsiinia ottavien ja kolme kertaa päivässä 800mg mesalatsiinia ottavien remissiossa pysymistä vuoden aikana.	Satunnaisesti kaksois-sokkotutkimus N= 213 (OD 103, TDS 110)	Kerran päivässä 3 x 800mg kerta-annoksena otettu on vähintäänkin yhtä tehokas kuin 800mg kolme kertaa päivässä otettuna. Itse asiassa kerta-annoksen ottajat pysyivät paremmin remissiossa, mutta tähän saattaa vaikuttaa se, että lääkehoitoon sitoutuminen on parempaa silloin kun lääkkeiden ottoajankohtia on yksi kolmen sijasta.
7	Higgins P, Rubin D, Kaulback K, Schoenfeld P, Kane S. 2008. USA.	Tutkimuksen tarkoituksena oli suorittaa systemaattinen katsaus julkaistuista ja julkaisemattomista tutkimuksista liittyen lääkehoidon sitoutumattomuuden aiheuttamiin taudin pahenemisiin ja hoidon kustannuksiin.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus 48 tutkimusta Tilastolliset analyysit	Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikutti ikä, sukupuoli, koulutustaso, viimeaikainen taudin kulku, immunomodulaattorien käyttö, aiemmat haittavaikutukset, kyvykyys hoitaa itseään, kustannukset, masennus, hoitosuhde ja annostelu.

8	Kane S , Accortt N, Magowan S, Brixner D. 2009. USA.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää tekijöitä, jotka vaikuttavat Colitis Ulcerosa potilaiden 5-asa lääkehoitoon sitoutumiseen 3 ja 12 kuukauden kohdalla.	Määrällinen tutkimus (n= 3574) Retrospektiivinen kohortti-tutkimus Tilastolliset menetelmät	Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät vaihtelevat riippuen sairauden kestosta.
9	Kane S. 2006. USA.	Tutkimuksen tarkoitus on tutkia Colitis Ulcerosaa sairastavien 5-asa lääkehoidon sitoutumattomuuden esiintyvyyttä ja seurauksia sekä etsiä uusia lääkehoidon toteutustapoja, jotka voivat parantaa siihen sitoutumista.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. 59 tutkimusta.	Hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa ikä, miessukupuoli, kokopäivätyö, naimattomuus, taudin kesto, vasemman puolen tauti, yli 4 muuta samanaikaista lääkettä, vastasairastuneisuus, lääkkeenottoajan-kohtia kolme ja ristiriidat lääkärin kanssa.
10	Kawakami A, Tanaka M, Nishigaki M, Yoshimura N, Suzuki R, Maeda S, Kunisaki R, Yamamoto-Mitani N. 2014. Japani.	Tutkimus suoritettiin 429 avohoitopotilaalle useissa hoitopisteissä, joilla oli todettu Colitis Ulcerosa ja määrätty 5-asa lääkehoito.	Määrällinen tutkimus (n=429) Poikkileikkaustutkimus	Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikutti remission pituus, taudin laajuus viimeisimmässä tähtäyksessä, tablettien lukumäärä per päivä, näkyvä verenvuoto, muu lääkitys ja työllisyystilanne.
11	Khan N, Abbas A, Bazzano L, Koleva Y, Krousel-Wood M. 2012. USA.	Tutkimuksen tarkoitus oli arvioida pitkän aikavälin sitoutumista mesalatsiinihoitoon Veterans Affairs-terveydenhuoltojärjestelmässä ja sitoutumattomuuden vaikutuksia taudin pahenemiseen sekä arvioida eri lääketietokantojen sitoutumis-indikaattoreita.	Määrällinen tutkimus. (n= 13062) Retrospektiivinen kohortti-tutkimus 10 vuoden ajalta.	Lääkehoitoon sitoutumista vähensi naissukupuoli, rotu, naimattomuus, maantieteellinen sijainti ja ikä.

12	Lachaine J, Yen L, Beauchemin C, Hodgkins P, 2013. Kanada	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia kanadalaisten Colitis ulcerosa-potilaiden 5-asa lääkehoitoon sitoutumista.	Määrällinen tutkimus (n=1681) Retrospektiivinen tutkimus Kaplan-Meier metodi ja regressio-analyysi	Miehet, yli 60-vuotiaat ja potilaat, joilla oli meilläään kortisonikuuri, olivat muita sitoutuneempia mesalatsiini-lääkehoitoon. Kerran päivässä otettava lääkitys saattaa parantaa siihen sitoutumista.
13	Magalhães J, Dias de Castro F, Boal Carvalho P, Leite S, Moreira MJ, Cotter J. 2014. Portugali.	Tutkimuksen tarkoituksena oli löytää tekijöitä, jotka liittyvät lääkehoitoon sitoutumattomuuteen.	Määrällinen tutkimus (n=138) Kyselytutkimus lomakkeella SPSS/ Tilastolliset analyysit	Riskitekijöitä hoitoon sitoutumattomuuteen olivat nuori ikä, lyhyt taudin kesto ja paikallisvalmisteiden käyttö.
14	Manninen Pia, 2015. Suomi	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää tautien yleisyyttä, potilaiden riskiä sairastua paksusuolisyöpään, säännöllisen tähystysseurannan tehokkuutta sekä potilaiden kuolleisuutta. Lisäksi arvioitiin samanaikaista IBD:ta ja primaaria sklerosoivaa sappitietulehdusta, joka on yksi IBD:n suoliston ulkopuolisista ilmentymistä, sairastavien riskiä sairastua paksusuolitaai sappitiesyöpään.	Pitkittäistutkimus (20 vuoden seuranta-tutkimus) TAYSin IBD-rekisterin 1915 potilasta. Aineisto käsiteltiin tilastollisin menetelmin.	IBD-potilaiden määrä kasvoi 50 % 1986–1999 välisenä aikana. Kuolleisuus ei eronnut verrattuna muuhun väestöön, mutta paksusuolisyövän riski oli kaksinkertainen. Tähystysseurannan todettiin olevan epätydyttävää. IBD-potilaiden seuranta tulisi järjestää yksilölliset riskitekijät huomioiden. Säännöllinen seuranta saattaa lisätä potilaiden hoitoon sitoutumista.
15	Mitra D, Hodgkins P, Yen L, Davis KL, Cohen RD. 2012. USA.	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää 5-ASA- lääkehoitoon sitoutumista suhteessa kustannuksiin ja terveydenhuollon käyttöön.	Määrällinen tutkimus (n=1693) Retrospektiivinen seuranta-tutkimus. Tilastolliset analyysit	Miessukupuoli, maantieteellinen asuinpaikka ja liitännäissairaudet vaikuttivat hoitoon sitoutumiseen. Tiettyssä maanosassa potilaat olivat hoitoon sitoutuneempia, samoin miehet ja liitännäissairauksia omaavat.

16	Moshkovska T, Stone M, Clatworthy J, Smith R, Bankart J, Baker R, Wang J, Horne R, Mayberry J. 2009. Englanti.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää 5-ASA- lääkahoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä ja siihen sitoutuneiden määrää.	Määrällinen tutkimus (n=169/151) Tilastolliset menetelmät	Hoitoon sitoutumista ennustavia tekijöitä olivat nuori ikä, tietty etninen ryhmä, usko lääkityksen tarpeesta ja huoli sivuvaikutuksista.
17	Yen L, Wu J, Hodgkins P, Cohen RD, Nichol M. 2012. USA.	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida Colitis ulcerosapotilaiden 5-asa lääkehoidon käyttöä ja siten sitoutumattomuuteen vaikuttavia tekijöitä.	Määrällinen tutkimus (n=5664) Tilastolliset menetelmät	Hoitoon sitoutumattomuuteen liittyviä tekijöitä olivat naissukupuoli, nuori ikä, maantieteellinen sijainti, monta kertaa päivässä otettava lääkitys, terveysvakuutuksen olemassaolo, yksityinen lääkkeiden maksaja, biologisten/immunosuppressanttien käyttämättömyys, paikallisvalmisteiden käyttämättömyys ja se, ettei koskaan ole ollut erikoislääkärin hoidossa.

Liite 2. Kyselylomake.



Colitis ulcerosaa sairastavan 5-ASA-lääkehoitoon sitoutuminen

Kysymykset 1-9: Vastaaajan taustatiedot

1. Ikä *

- ☐ 18-25 vuotta
- ☐ 26-35 vuotta
- ☐ 36-45 vuotta
- ☐ 46-55 vuotta
- ☐ 56-65 vuotta
- ☐ 66-75 vuotta
- ☐ 76 vuotta tai yli

2. Sukupuoli *

- ☐ Nainen
- ☐ Mies

3. Siviilisääty *

- ☐ Naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa
- ☐ Avoliitossa
- ☐ Eronnut tai asumuserossa
- ☐ Leski
- ☐ Naimaton

4. Korkein suoritettu koulutus tai tutkinto *

- ☐ Vähemmän kuin peruskoulun ala-aste tai vastaava
- ☐ Peruskoulun ala-aste (1-6 luokat), kansakoulu
- ☐ Peruskoulun yläaste (7-9/10 luokat), keskikoulu
- ☐ Lukio, ylioppilas- tai ammatillinen tutkinto
- ☐ Opisto- tai alempi korkeakoulututkinto (AMK)
- ☐ Ylempi korkeakoulututkinto (Maisteri tai YAMK)
- ☐ Lisensiaatin tai tohtorin tutkinto
- ☐ Muu, mikä

5. Elämäntilanne *

- ☐ Kokopäivätyössä (35 tuntia ja yli viikossa)
- ☐ Puolipäivätyössä (15-34 tuntia viikossa)
- ☐ Osa-aikatyössä (alle 15 tuntia viikossa)
- ☐ Avustava perheenjäsen perheyrytyksessä
- ☐ Työtön
- ☐ Opiskelija tai koululainen
- ☐ Eläkkeellä iän tai työvuosien perusteella
- ☐ Eläkkeellä muusta syystä
- ☐ Hoitaa kotitaloutta

- ☐ Varusmies- tai siviilipalveluksessa
- ☐ Vanhempainlomalla
- ☐ Muu, mikä
- ☐ Yrittäjä

6. Taloudessa asuvien yhteenlasketut kuukausitulot (Brutto) *

- ☐ Alle 500 euroa
- ☐ 500-999 euroa
- ☐ 1000-1499 euroa
- ☐ 1500-1999 euroa
- ☐ 2000-2499 euroa
- ☐ 2500-2999 euroa
- ☐ 3000-4999 euroa
- ☐ 5000-7499 euroa
- ☐ 7500-10000 euroa
- ☐ yli 10000 euroa

7. Sairaanhoidopiiri, jonka alueella asut *

- ☐ Etelä-Karjalan sairaanhoidopiiri
- ☐ Etelä-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri
- ☐ Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen ky
- ☐ Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiiri
- ☐ lta-Savon sairaanhoidopiiri
- ☐ Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä
- ☐ Kanta-Hämeen sairaanhoidopiiri
- ☐ Keski-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri
- ☐ Keski-Suomen sairaanhoidopiiri
- ☐ Kymenlaakson sairaanhoidopiiri
- ☐ Lapin sairaanhoidopiiri
- ☐ Länsi-Pohjan sairaanhoidopiiri
- ☐ Pirkanmaan sairaanhoidopiiri
- ☐ Pohjois-Karjalan sairaanhoidopiiri
- ☐ Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri
- ☐ Pohjois-Savon sairaanhoidopiiri
- ☐ Päijät-Hämeen sairaanhoidopiiri
- ☐ Satakunnan sairaanhoidopiiri
- ☐ Vaasan sairaanhoidopiiri
- ☐ Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri
- ☐ Ålands hälso- och sjukvård

8. Asuinymäristö *

- ☐ Suuri kaupunki (yli 100000 asukasta)
- ☐ Pieni tai keskikokoinen kaupunki tai kunta (20000-100000 asukasta)
- ☐ Pieni kunta (alle 20000 asukasta)
- ☐ Maaseutu (haja-asutusalue)

9. Olen Crohn ja Colitis ry:n jäsen *

- ☐ Kyllä
- ☐ En

Kysymykset 10-13: Colitis ulcerosa

10. Olen sairastanut Colitis ulcerosaa *

- ☐ Alle vuoden

- ☐ 1-4 vuotta
- ☐ 5-8 vuotta
- ☐ Yli 8 vuotta

11. Colitis ulcerosa on tällä hetkellä ollut remissiossa (rauhallisessa vaiheessa) *

- ☐ Ei ollenkaan
- ☐ Alle vuoden
- ☐ 1-2 vuotta
- ☐ 3-4 vuotta
- ☐ 5 vuotta tai yli

12. Colitis ulcerosan sijainti *

- ☐ Proktiitti (tulehdus peräsuolen alueella)
- ☐ Vasemman puolen sairaus (tulehdus paksusuolen vasemmalla puolella)
- ☐ Koko suolen sairaus (tulehdus koko paksusuolen alueella)
- ☐ Muu, mikä

13. Muut diagnosoidut sairaudet

Kysymykset 14-21: 5-ASA = 5-Aminosalisylaatti (Asacol, Dipentum, Pentasa, Salofalk)

14. Käytän 5-ASA- lääkettä *

- ☐ Tabletteina
- ☐ Paikallishoitovalmisteina (peräpuikot, peräruiskeet)
- ☐ Sekä tabletteina että paikallishoitovalmisteina

15. Otan 5-ASA- lääkkeeni *

- ☐ Kerran päivässä
- ☐ Kaksi kertaa päivässä
- ☐ Kolme kertaa päivässä
- ☐ Neljä kertaa päivässä
- ☐ Muu, mikä?

16. Otan 5-ASA- lääkkeeni säännöllisesti, ohjeenmukaisesti *

- ☐ En koskaan
- ☐ Harvoin
- ☐ Joskus
- ☐ Usein
- ☐ Aina

17. Jos et ota 5-ASA- lääkkeitäsi säännöllisesti, ohjeenmukaisesti, miksi et

- ☐ Unohtaminen
- ☐ Sivu- ja haittavaikutukset
- ☐ Lääkkeen tehottomuus
- ☐ Oireiden vähäisyys
- ☐ Kiireinen elämänrytmi
- ☐ Lääkkeen hinta
- ☐ Tabletin koko

Mielestäni vertaistuki toisilta sairastavilta on tärkeää



0% valmiina