



Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Ida Kurki

OPINNÄYTETYÖ
Lokakuu 2020

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma
Hoitotyö uudistuvassa perusterveydenhuollossa

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma
Hoitotyö uudistuvassa perusterveydenhuollossa

KURKI, IDA:

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 34 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Lokakuu 2020

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen ja potentiaalisesti vakava mielenterveyden häiriö, joka huonossa hoitotasapainossa ollessaan voi aiheuttaa monenlaisia psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia haittoja ja lyhentää elinajanodotetta. Potilaan sitoutumisella omaan hoitoonsa on suuri merkitys hoidon onnistumisen ja siten potilaan kokonaisterveyden kannalta, sillä esimerkiksi lääkityksellä ja elämäntapamuutoksilla maanisten tai depressiivisten vaiheiden esiintymistä voidaan harventaa tai jopa välttää.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin bipolaarihäiriötä sairastavan potilaan hoitoon sitoutumisen osatekijöitä. Tavoitteena oli löytää katsaukseen kootun tutkimustiedon pohjalta keinoja, joilla hoitoon sitoutumista voidaan edistää hoitotyössä. Tehtävänä oli selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan potilaan hoidossa.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena yhteistyössä Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa. Aineisto haettiin Medic-, Cinahl-, Medline- ja Nursing & Allied Health Database -tietokannoista, ja katsaukseen valikoitui yhdeksän vuosina 2010-2020 ilmestynyttä tutkimusta. Katsauksen tuloksina ilmenneet hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät jaettiin kolmeen yläluokkaan: potilaasta johtuviin, hoitavasta tahosta johtuviin ja sosiaaliseen ympäristöön liittyviin tekijöihin. Jokaiseen luokkaan kuului sekä myönteisesti että kielteisesti hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä.

Katsauksesta ilmeni, että moni kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvä oire tai piirre vaikuttaa myös hoitomyöntyvyyteen. Myös hoidon saavutettavuudella, potilaan oman toimijuuden tukemisella sekä potilaan sosiaalisen kontekstin huomiointilla on kuitenkin merkitystä, joten hoitava taho voi toiminnallaan edistää hoitoon sitoutumista. Jatkotutkimusaiheiksi nousivat laajempi perehtyminen hoitomyöntyvyyden edistämisen keinoihin, virtuaalisen omahoidon mahdollisuudet sekä hoitajan jaksaminen tilanteessa, jossa potilas ei sitoudu hoitoonsa.

Asiasanat: kaksisuuntainen mielialahäiriö, hoitoon sitoutuminen, hoitomyöntyvyys

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Nursing in Modern Primary Health Care

KURKI, IDA:
Factors Affecting Treatment Adherence in Patients with Bipolar Disorder
Descriptive Literature Review

Bachelor's thesis 34 pages, appendices 4 pages
October 2020

The purpose of this study was to examine factors that affect the adherence to psychiatric treatment in patients with bipolar disorder. The study was conducted as a descriptive literature review.

The results of the literature review indicated that patients' treatment adherence was affected by multiple factors, which could be sorted into three groups: those connected to the patients themselves, those related to the treatment they received, and those linked to their social and societal surroundings. The results show that both positive and negative effects were found in each group of factors.

The study suggests that recognizing and considering the individual factors affecting a patient's adherence to their treatment could be beneficial both to the patient care relationship and to the patient's wellbeing. Developing accessible mental health care, encouraging the patient's sense of involvement in the management of their own disorder, and seeing the patient as part of their social context are possible ways to support treatment adherence from the care provider's viewpoint.

Further studies on the ways of supporting treatment adherence in the context of Finnish mental health care would yield interesting and important information, for example considering nurses' experiences of caring for nonadherent patients.

Keywords: bipolar disorder, treatment adherence, treatment compliance, concordance

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	6
	2.1 Kaksisuuntainen mielialahäiriö	6
	2.2 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito	8
	2.3 Hoitoon sitoutuminen, hoitomyöntyvyys ja konkordanssi	10
3	TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄ	12
4	KIRJALLISUUSKATSAUS	13
	4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä	13
	4.2 Aineiston valinta ja haku	14
	4.3 Tietokannat ja hakustrategia	15
	4.4 Poissulkukriteerit ja haku	15
	4.5 Aineiston järjestäminen	16
5	TULOKSET	18
	5.1 Hoitoon ja hoitosuhteeseen liittyvät tekijät	18
	5.2 Potilaaseen liittyvät hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät	20
	5.3 Sosiaalisten tekijöiden vaikutus hoitoon sitoutumiseen	22
6	POHDINTA	24
	6.1 Eettisyys ja luotettavuus	24
	6.2 Tulosten tarkastelu	25
	6.3 Jatkotutkimusehdotuksia	27
	LÄHTEET	28
	LIITTEET	31
	Liite 1. Taulukko katsauksessa käytetyistä artikkeleista	31

1 JOHDANTO

Kaksisuuntainen mielialahäiriö eli bipolaarihäiriö on vakava psykiatrinen sairaus, jota määrittävät jaksot, joiden aikana mieliala ja toimeliaisuuden taso ovat merkittävästi häiriintyneet. Nämä mania- ja hypomaniajaksot, joiden aikana mieliala kohoaa tai kiihtyy ja toimeliaisuus lisääntyy, ja masennus- eli depressiojaksot, jolloin mieliala laskee ja toimeliaisuus vähenee, vaihtelevat määrältään ja vakavuudeltaan sairauden tyypistä ja potilaasta riippuen (ICD-10 2019, luku 5, F31).

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on luonteeltaan pitkäaikainen, joten hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa on otettava huomioon se, miten potilas voi, osaa ja/tai haluaa sitoutua mahdollisesti loppuelämän kestävään hoitoon. Lääkehoidon haasteena voivat olla toimivan lääkityksen tai lääkeyhdistelmän löytäminen ja lääkkeiden sivuvaikutukset, kun taas psykososiaalisen hoidon vaste voi vaikean mania- tai masennusjakson aikana olla huono (Geddes & Miklowitz 2013, 1675).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on koota hoitotyössä hyödynnettäväksi tietoa niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan potilaan hoitomyöntyvyyteen ja hoitoon sitoutumiseen.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tässä luvussa esitellään opinnäytetyössä käytettävät keskeiset käsitteet, joita ovat kaksisuuntainen mielialahäiriö ja sen hoito sekä rinnakkaisina käytetyt käsitteet hoitomyöntyvyys, hoitoon sitoutuminen ja konkordanssi.



KUVIO 1: Teoreettiset lähtökohdat.

2.1 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö jaetaan yleensä kahteen diagnostiseen alakategoriaan: tyyppiin I ja II. Molemmissa sairauden muodoissa esiintyy mielialan jaksottaista vaihtelua. Tyypissä I esiintyy maniajaksoja, joissa potilaan mieliala on yli viikon yhtäjaksoisesti kohonnut tai ärtyisä, ja joissa esiintyy muun muassa itsetunnon kohoamista tai suuruusharhoja, unentarpeen vähenemistä, puheliaisuuden lisääntymistä, keskittymiskyvyn heikkenemistä, kiihtyneisyyttä ja mahdollisesti riskialtista ja vahingollista mielihyvähakuista käytöstä esimerkiksi päihteiden, rahankäytön tai seksin suhteen (Pallaskorpi 2018, 23). Maniajaksot eroavat sairauden tyypissä II esiintyvistä hypomaanisista jaksoista vakavuudeltaan: sairastuneen vointi ja toiminta voivat merkittävästi haitata tai vahingoittaa tämän työkykyä, ihmissuhteita tai taloudellista tilannetta (2018, 23).

Vaikka tyypissä II maanisenkaltaiset jaksot ovat sekä voimakkuudeltaan lievempiä että kestoltaan lyhyempiä, ei tätä diagnoosia voida pitää tyypin I helpompana

tai miedompana muotona. Masennusjaksot ovat tyypin II kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä yhtä vakavia ja lamaannuttavia kuin tyypissä I, ne kestävät keskimäärin kauemmin ja oireetonta aikaa on vähemmän. (DSM-5 2013, 136)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakson oireet ovat samankaltaiset kuin unipolaarisessa depressiossa. Jakson aikana potilaan aktiivisuus sekä mielihyvän ja mielenkiinnon tunteet ovat vähentyneet. Unihäiriöt ovat yleisiä, ja vähäisenkin ponnistelu uuvuttaa. Itsetunto on madaltunut, ja potilas kokee syyllisyyden, arvottomuuden ja huonommuuden tunteita myös silloin, kun niille ei ole syytä. Masennusjaksoon voi liittyä myös ruokahalun muutoksia ja painon nousua tai laskua. Myös masennusjaksoon liittyy itsetuhoisen käytöksen ja itsemurhan riski (ICD-10 2019, luku 5, F32; Lähteenvuo ym. 2018, 11).

ICD-10-tautiluokituksessa mainitaan yhä myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön sekamuotoinen jakso, jota DSM-5:ssä ei enää erillisenä jaksoneksi ole. Sekamuotoiseen sairausjaksoon kuuluu luokituksen mukaan manian ja masennuksen tyypillisten oireiden samanaikaista esiintyvyyttä tai nopeaa vaihtelua. (ICD-10 2019, luku 5, F31.6). Esimerkiksi masennukseen liittyvään toivottomuuteen ja haluttomuuteen voisi tällaisen jakson aikana liittyä manialle tyypillistä ajatusten laukkaamista ja kiihtyneisyyttä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Mielenterveys-yksikön ja Jorvin sairaalan Jorvi Bipolar Study -kohorttitutkimuksessa, jossa seurattiin 191 potilaan tilaa viiden vuoden ajan, kävikin ilmi, että itsemurhayritysten ilmaantuvuus oli sekamuotoisten jaksoneiden aikana korkein, yli 120-kertainen mielialaoireettomaan jaksoon eli eutymiaan verrattuna (Pallaskorpi 2018, 4).

Komorbideetti eli oheissairastavuus on kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä enemmänkin sääntö kuin poikkeus, ja vaikuttaa sairauden kulkuun ja ennusteseen negatiivisesti. Oheissairastavuuden myötä kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireet alkavat aikaisemmin, hoitoon sitoutuminen ja hoitovaste heikkenevät, sairaus aiheuttaa enemmän toiminnallisia ja psykososiaalisia haittoja, terveyspalveluiden käyttö lisääntyy, mielialajaksoista toipuminen pitkittyy ja itsemurhayritysten ja itsemurhien riski kasvaa. (Krishnan 2005, 1).

Oheissairastavuus tulisikin ottaa huomioon kaksisuuntaisen mielialahäiriön hyvässä hoidossa. Toisinaan tämä tarkoittaa moniammatillista yhteistyötä. Eräässä katsauksessa keskimäärin 65 prosentilla kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista on todettu jokin komorbidi mielenterveyden häiriö tai riippuvuussairaus, yleisimpinä päihdehäiriöt, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö ja sosiaaliset pelot (Krishnan 2005, 2).

Myös somaattinen sairastavuus on kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla potilailla yleistä. Vuonna 2014 julkaistussa tutkimuksessa 1720 potilaan joukossa yleisimmät fyysiset sairaudentilat olivat migreeni (24%), astma (19%), kohonneet kolesteroliarvot (19%), kohonnut verenpaine (15%), kilpirauhassairaudet (13%) ja nivelrikko (11%) (Forty ym. 2014, 467). Vaikka tutkimuksen otanta onkin verrattaen pieni, antaa se viitteitä siitä, millainen potilaan kokonaissairaustaakka voi olla. Hoitajan näkökulmasta komorbiditeetti ja monisairaus voi tarkoittaa yhteistyötä esimerkiksi mahdollisen erillisen päihdehoidon yksikön ja somaattisen perus- ja erikoissairaanhoidon kanssa, tai ainakin näiden näkökulmien huomiointia.

2.2 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon tavoite riippuu sairauden vaiheesta. Oireisen vaiheen hoidon tavoite on oireettomuus, oireettoman remissiovaiheen tavoitteena on uusien masennus- ja maniajaksojen ehkäisy. Nykykäsityksen mukaan optimaalisin kokonaishoito olisi lääkehoidon ja psykososiaalisen hoidon, kuten psykoterapian, yhdistelmä (Geddes & Miklowitz 2013, 1675). Sairaanhoidaja toimii bipolaarihäiriön hoidossa osana moniammatillista tiimiä, esimerkiksi polikliinisisessä hoitoympäristössä psykososiaalisen hoidon ja tuen antajana ja osastoilla sekä ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä lisäksi lääkehoidon käytännön toteuttajana. Vuorovaikutuksellinen tukeminen on kaikenlaisten sairauden vaiheiden hoidossa kuitenkin olennainen osa sairaanhoitajan työtä.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoitoa pidetään tyypillisesti kokonaishoidon ja arjessa selviytymisen kulmakivenä. Jo pitkään käytössä olleen litiumin lisäksi

sairautta hoidetaan myös muilla mielialantasaajilla, antipsykoottisilla lääkkeillä sekä masennuslääkkeillä (Lähteenvuo ym. 2018, 11).

Lääkehoidossa on kuitenkin haasteensa: monella lääkkeellä on voimakkaita fyysisiä ja psyykkisiä sivuvaikutuksia, lääkitystä joudutaan usein vaihtamaan meillä olevan jakson mukaiseksi, ja potilaan oma sitoutumattomuus suun kautta otettavien lääkkeiden ohjeen mukaiseen ottamiseen voi haitata hoitoa. Esimerkiksi olantsapiini, ketiapiini ja risperidoni voivat aiheuttaa merkittävää painonnousua ja aineenvaihdunnan häiriöitä (Muench & Hamer 2010, 621). Tämä sivuvaikutus voi haitata hoitoon sitoutumista etenkin potilailla, joilla on komorbidi syömishäiriö. Esimerkiksi akuutissa maanisessa vaiheessa oleva potilas ei välttämättä kuitenkaan hyödy lääkkeettömistä hoitomuodoista, kuten hoidollisesta keskustelusta, sairaudentunnon puutteen takia (Geddes & Miklowitz 2013, 1675). Suun kautta otettavia lääkkeitä tulisi tarjota ensisijaisena lääkehoidon muotona, mutta lihaksen sisään annettavat injektio-lääkkeet ovat akuutissa maniassa yhtä lailla tehokas lääkemuoto etenkin tilanteissa, joissa potilas kieltäytyy peroraalisesta lääkehoidosta (Yatham ym. 2018, 109). Tällöin tulee kuitenkin ottaa huomioon tahdonvastaiseen lääkehoitoon liittyvät eettiset kysymykset.

Psykososiaaliset hoitomuodot voivat olla esimerkiksi psykoedukaatiota yksin tai ryhmässä, perhekeskeistä keskusteluterapiaa, kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja säännöllisiä hoidollisia keskusteluja omahoitajan kanssa. Niillä pyritään aikaansaamaan sairaudentuntoa ja -hyväksyntää, sairausjakson varomerkkien tunnistamista ja niihin puuttumista, lisäämään lääkehoitoon sitoutumista, edesauttamaan mahdollisesti oireita aiheuttavien ympäristön stressitekijöiden kanssa pärjäämistä, tukemaan unirytmisiä ja rutiineja, auttamaan potilasta esimerkiksi perhe- ja ammattirooleihin palaamisessa sekä käsittelemään ja hoitamaan mahdollista päihteiden riskikäyttöä. (Geddes & Miklowitz 2013, 1675). Vaikka lääkehoidon aloitus ja koordinointi onkin lääkärin tehtävä, on hoitajan merkitys kokonaisuuden onnistumisen ja potilaan yleisvoinnin kannalta suuri.

2.3 Hoitoon sitoutuminen, hoitomyöntyvyys ja konkordanssi

Hoitomyöntyvyys (compliance) ja hoitoon sitoutuminen (adherence) ovat käsitteitä, joita hoidon onnistumiseen liittyvässä ammattikirjallisuudessa saatetaan käyttää lähes synonyymeinä, etenkin lääkehoidon ohjaukseen liittyen (Snowden ym. 2013, 47). Esimerkiksi terveystieteiden Medic-tietokannassa ”hoitoon sitoutuminen ja hoitomyöntyväisyys” on valmis hakulauseke. Hoitavan tahon kannalta lopputulos onkin melko lailla sama: hoito onnistuu, kun potilas noudattaa annettuja hoito-ohjeita.

Potilaslähtöisestä näkökulmasta käsitteet eroavat kuitenkin merkitykseltään. Niin hoitomyöntyvyys kuin hoitoon sitoutuminenkin viittaavat siihen, että hoito on asiantuntijalta saatu ja ulkopuolelta annettu määräys, johon joko alistutaan ja suostutaan tai ollaan suostumatta. Sanoilla on voimaa: käytettyjen käsitteiden sävy voi tuoda mukanaan asetelman, jossa terveydenhuollon työntekijä on potilaan elämän asiantuntija (Randall & Neubeck 2016, 182).

Potilaan ja ammattilaisen roolien pohdinta ja laajamittainen muutos on johtanut konkordanssin käsitteen kehitykseen ja nousuun. Konkordanssilla hoitosuhteen elementtinä tarkoitetaan hoitajan ja potilaan yhteistyösuhdetta, jonka tavoitteena on tasavertaisten kumppanien välinen neuvottelutyypinen kommunikaatio ja terapeuttisen yhteyden syntyminen, ja joka lisää potilaan autonomiaa, parantaa ennustetta ja edistää tasavertaista ja tiivistä yhteistyösuhdetta hoitajan ja potilaan välille (Felzmann 2012, 410; Snowden ym. 2013, 51). Tiiviimpi hoitosuhde voi johtaa potilaan syvempään ymmärrykseen lääkehoidonsa merkityksestä ja parantuneeseen hoitomyöntyvyyteen ja hoitoon sitoutumiseen ainakin lyhyellä aikavälillä (2013, 51-52). Toisaalta konkordanssiin hoitotyössä liittyi myös huoli turvallisuudesta esimerkiksi tilanteessa, jossa potilas keskeyttää lääkityksensä käytön (2013, 52).

Hoitomyöntyvyys, hoitoon sitoutuminen ja konkordanssi voidaan nähdä etenkin psykiatrisessa hoitotyössä janana, joka kuvaa potilaan tilaa ja kykyä osallistua ja vaikuttaa itse omaan hoitoonsa. Lee Wakefield esittää vuonna 2012 ilmestyneessä artikkelissaan mallin, jossa osallisuuden eri tasot kytkeytyvät psykiatrisen sairauden ja sen hoidon vaiheisiin.

Etenkin tahdonvastaisessa hoidossa olevat potilaat voivat oireidensa vakavuuden ja sairaudentunnottomuuden takia esimerkiksi kieltäytyä lääkehoidosta. Tällaisessa tilanteessa hoitomyöntyvyys olisi realistinen tavoite. Hoitoon sitoutuminen tulisi kysymykseen, kun potilaalle muodostuu akuuttivaiheen jälkeen käsitys sairaudestaan, hoidon tarpeesta ja mahdollisista lääkevastaisuuden syistä. Tässä vaiheessa aletaan tyypillisesti suunnitella kotiutumista yhteistyössä hoitotiimin kanssa. Konkordanssivaiheessa potilas kykenee refleктоimaan omaa sairauttaan, keskustelemaan lääkehoidosta, kuten vasteesta ja sivuvaikutuksista, ja esittämään näkemyksiään siihen liittyen realistisesti, sekä ilmaisemaan tahtonsa tuleviin hoitolinjoihin ja mahdollisiin oireisiin jaksoihin liittyen. (Wakefield 2012, 17).

Wakefieldin esittämää janaa voidaan hyvin soveltaa kaksisuuntaisen mielialahäiriön eri vaiheiden hoitoon, sillä esimerkiksi psykoosi- ja mania- tai depressiovaiheissa potilaan aktiivinen päätävä rooli omassa hoidossaan on vähäistä. On kuitenkin kyettävä havainnoimaan jo varhaisessa vaiheessa, milloin potilaan osallisuutta voitaisiin alkaa tukea. Sairauden kulun ja potilaiden yksilöllisten kokonaistilanteiden takia myöskään hoito ja hoitoon sitoutuminen eivät toki etene yksiselitteisen selkeästi vaiheesta toiseen. Uusi sairausjakso tai hoitokokeilu voi esimerkiksi palauttaa hoitosuhteen konkordanssivaiheesta takaisin hoitomyöntyvyyden tavoitteluun.

3 TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä kuvaileva kirjallisuuskatsaus hoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan potilaan hoidossa. Tavoitteena on katsaukseen kootun tutkimustiedon pohjalta löytää keinoja, joilla hoitoon sitoutumista voidaan edistää hoitotyössä.

Työn tehtävänä on vastata kysymykseen:

Mitkä tekijät vaikuttavat kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan potilaan hoitoon sitoutumiseen?

4 KIRJALLISUUSKATSAUS

Tässä luvussa käsitellään kuvailevaa kirjallisuuskatsausta metodina, esitellään tämän katsauksen tiedonhaun kulku sisäänotto- ja poissulkukriteereineen sekä kuvataan aineiston järjestämiseen liittyviä periaatteita ja käytäntöä.

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on ilmiön ymmärtämiseen tähtäävä aineistolähtöinen tutkimusmenetelmä, jonka tarkoituksena on tuottaa aiempaan tutkimustietoon perustuvaa kumulatiivista tietoa (Kangasniemi ym. 2013, 291–292, 293). Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen toteutus koostuu neljästä vaiheesta: tutkimuskysymyksen muodostamisesta, aineiston hausta, johon kuuluu myös sen tarkastelu ja valinta, kuvailun rakentamisesta ja tulosten tarkastelusta suhteessa laajempaan kontekstiin (Kangasniemi ym. 2013, 294).

Aineiston valinnan ja prosessin raportoinnin voi nähdä tapahtuvan kahdenlaisella tavalla: aineiston implisiittisenä ja eksplisiittisenä valintana. Prosessit poikkeavat toisistaan hieman. Implisiittisessä valinnassa aineiston hakuprosessia ei raportoida tietokantoinen, hakusanoineen ja kriteereineen, vaan aineiston valinnan luotettavuus tuodaan esille tulosten tarkastelussa ja argumentaatioissa. Eksplisiittinen valinta muistuttaa sikäli systemaattista kirjallisuuskatsausta, että prosessin eri vaiheet ja yksityiskohdat, kuten tietokantojen valinta, hakusanat ja -lausekkeet sekä sisäänotto- ja poissulkukriteerit tuodaan tekstissä ilmi. (Kangasniemi ym. 2013, 295–296) Tässä opinnäytetyössä aineiston valinta tuodaan eksplisiittisesti ilmi.

4.2 Aineiston valinta ja haku

Kirjallisuuskatsauksen aineistona käytettiin tieteellisiä tutkimusartikkeleita. Relevanttiuden ja tiedon tuoreuden varmistamiseksi haku rajattiin koskemaan vuosina 2010-2020 ilmestyneitä tutkimuksia. Saatavuussyistä mukaan valikoitiin vain ne tutkimukset, joista oli Tampereen yliopiston kirjaston verkkopalvelujen kautta saatavilla luettavaksi koko teksti ja abstrakti. Tutkimusten tuli myös olla suomeksi tai englanniksi ilmestyneitä.

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli perehtyä aikuispotilaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttaviin tekijöihin, joten pois rajattiin lapsia, nuoria (alle 18) tai ikäihmisiä (yli 65) koskevat tutkimukset. Hoitoon sitoutumisen tuli koskea nimenomaan kaksisuuntaista mielialahäiriötä, joten muiden sairauksien, kuten HIV:n hoitoon sitoutumista koskevat tutkimukset jäivät ulkopuolelle.

Vaikka Wakefieldin artikkelissa hoitomyöntyvyys, hoitoon sitoutuminen ja konkordanssi esitettiin sävyltään erilaisina termeinä, tämän opinnäytetyön tiedonhaussa niitä käytettiin rinnakkain. Tällä pyrittiin siihen, etteivät nyanssierot kavenna artikkelien määrää. Koska Wakefieldin esittämällä janalla voidaan havainnollistaa hoitomyöntyvyyttä kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja sen hoidon eri vaiheissa, myös kaikkien kolmen käsitteen käyttö kirjallisuuskatsauksessa on perusteltua. (Wakefield 2012, 17).

Alustavien tiedonhakujen jälkeen pois rajattiin yksittäisiin lääkeaineisiin tai -valmisteisiin tai erilaisiin interventioihin ja niiden toimivuuteen keskittyvät tutkimukset, sillä tässä opinnäytetyössä haluttiin keskittyä hoitoon sitoutumiseen vaikuttaviin taustatekijöihin. Tutkimuksia esimerkiksi erilaisista mielialan ja lääkehoidon omaseurannan välineistä, kuten mobiilisovelluksista, on jonkin verran, mutta tämän opinnäytetyön aiheen rajaamiseksi ne jätettiin katsauksen ulkopuolelle.

4.3 Tietokannat ja hakustrategia

Aineistoa haettiin neljästä tietokannasta: Medicistä, Cinahlista, Medlinesta ja Nursing & Allied Health Databasesta. Medicistä ja Cinahlista haku tehtiin sekä suomeksi että englanniksi, lopuista tietokannoista vain englanniksi. Hakuprosessissa käytettiin mahdollisuuksien mukaan tietokantojen omia rajausvaihtoehtoja tutkimuskohteiden iän ja tutkimuksen tieteellisyyden, kuten vertaisarvioinnin, suhteen. Kahdessa tietokannassa haku tuotti suuren määrän epärelevantteja tuloksia, jolloin hakua rajattiin niin, että hakusanat löytyivät abstraktista. Tämä järkevöitti tulosten määrää.

Hakulausekkeen muotoilussa käytettiin Boolean operaattoreita: *bipolar OR “bipolar disorder” OR “manic depressive” OR “kaksisuuntainen mielialahäiriö” OR “kaksisuuntaisen mielialahäiriön” OR maanis-depressiiv* OR bipolaarihäir* AND compliance OR adherence OR concordance OR Hoitomyöntyv* OR “hoitoon sitout*” OR konkordanssi.*

4.4 Poissulkukriteerit ja haku

Kirjallisuushaun poissulkukriteerit olivat seuraavat:

1. Artikkelit ei ole tieteellinen,
2. ei käsittele aikuispotilaan hoitoon sitoutumista,
3. on julkaistu jollain muulla kielellä kuin suomeksi tai englanniksi,
4. on ilmestynyt ennen vuotta 2010,
5. ei ole saatavissa kokotekstinä Tampereen yliopiston tietokantojen kautta
6. keskittyy jonkin tietyn lääkeaineen, valmisteen tai menetelmän vaikutukseen hoitoon sitoutumisessa
7. ja/tai ei koske psykiatriseen hoitoon sitoutumista.

TAULUKKO 1. Aineistohaun tulokset.

Tietokanta	Tulosten määrä	Poissulkukriteerien jälkeen	Hakusanat löytyvät abstraktista	Abstraktin perusteella pois suljetut ja kaksoiskappalet	Analyysivaiheessa pois jääneet	Katsaukseen valitut artikkelit
Medic	3	1		1		1
Cinahl	758	21		18		3
Nursing & Allied Health Database	283897	976	10	9		1
Medline	341161	75	31	23	2	4
						yht. 9

Aineistoksi valikoitui alkujaan 11 artikkelia, mutta analyysivaiheessa todettiin, että kahden sairaudentuntoa käsittelevän artikkelin aiheet jäivät kuitenkin tutkimuskysymyksen ulkopuolelle, eikä niistä varsinaisesti löytynyt tutkimuskysymykseen vastaavaa materiaalia. Tästä syystä vielä kaksi tutkimusta karsiutui katsauksen ulkopuolelle vielä varsinaisen hakuvaiheen jälkeen.

4.5 Aineiston järjestäminen

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöinen menetelmä, jonka päämääränä on ymmärtäminen (Kangasniemi ym., 2013, 295). Tällöin myös sisällönanalyysi on aineistolähtöistä. Tällaisen sisällönanalyysin prosessin vaiheisiin kuuluvat analyysivaihe, jossa aineisto puretaan osiin ja samansisältöiset osat ryhmitellään, ja tulkintavaihe, jossa aineistosta muodostetaan tutkimuksen tarkoitusta palveleva ja tutkimuskysymykseen vastaava synteesi (Kylmä & Juvakka, 2007, 113).

Tässä katsauksessa analyysivaihe alkoi siten, että katsaukseen valitut artikkelit järjestettiin kokonaisuuden hahmottamista helpottavaan taulukkoon (Liite 1) ja numeroitiin 1-9. Artikkelit luettiin huolellisesti ja niistä poimittiin tutkimuskysymykseen pohjaten kohdat, joissa kuvattiin kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan potilaan hoitomyöntyvyyteen vaikuttavia tekijöitä. Näitä tekijöitä löydettiin 76. Vaikka monissa tutkimuksissa mainittiin samoja tekijöitä, oli paikoin havaittavissa nyanssieroja, joten katsauksen luotettavuuden takia samat ja lähes samansisällöiset asiat kirjattiin erillisiksi tekijöiksi. Tästä syystä myös päällekkäisyyksiä oli.

Ilmaisut pelkistettiin muutamaaan sanaan suomeksi ja kirjoitettiin myös paperilapuille ryhmittelyn helpottamiseksi. Näin muotoillut ilmaisut ryhmiteltiin teemoittain. Näin muodostui alakategorioita, joista puolestaan saatiin ryhmiteltyä vielä yläkategorioita.

5 TULOKSET

Katsauksessa löydettiin niin hoitoon sitoutumiseen myönteisesti kuin kielteisesti vaikuttavia tekijöitä, jotka jaoteltiin hoitoon ja hoitosuhteeseen liittyviin tekijöihin, potilaaseen itseensä liittyviin tekijöihin ja sosiaaliseen elinympäristöön liittyviin tekijöihin.



KUVIO 2. Tutkimusaineisto jaoteltuna kategorioihin.

5.1 Hoitoon ja hoitosuhteeseen liittyvät tekijät

Lääkehoidon ongelmat

Lääkkeiden todelliset, koetut tai pelätyt sivuvaikutukset voivat vaikuttaa merkittävästikin lääkehoitoon sitoutumiseen (1, 6, 7, 8). Osa sivuvaikutusten vuoksi lääkitystään laiminlyöneistä tai sen keskeyttäneistä potilaista kertoi kuitenkin tehneensä näin muistakin syistä, kuten negatiivisen asenteen, huonon vasteen tai motivaation puutteen takia, jolloin sivuvaikutukset eivät olleet ainut syy (1). Erityisesti lääkehoitoon sitoutumista vaikeutti painonnousu (7, 8). Myös autonomiseen

hermostoon kohdistuvilla sivuvaikutuksilla, kuten ortostatismilla ja virtsaretentiolla, havaittiin olevan yhteys heikkoon lääkehoitomyöntyvyyteen (6).

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla potilailla voi ilmetä suoranaista lääkekielteisyyttä. Tämä voi kohdistua tiettyyn lääkeryhmään, kuten esimerkiksi antipsykootteihin tai mielialantasaajiin, tai lääkitykseen yleensä (1). Lääkevastaisuuden lisäksi tai sijasta kyseessä voi olla myös hoitomotivaation puute (1). Suhtautumisessa lääkehoitoon voi ilmetä ambivalentteja tunteita lääkityksen tarpeen suhteen: toisaalta lääkitystä pidetään hyvänä, mutta kuitenkin halutaan kokeilla, miten ilman lääkkeitä pärjäisi (8). Lääkehoitoon liittyy myös tunteita hoidon pitkäkestoisuutta kohtaan: ajatus loppuelämän mittaisesta lääkityksestä ei houkuttele (8).

Joihinkin lääkeryhmiin suhtauduttiin negatiivisemmin kuin toisiin, mikä vaikutti myös lääkitykseen sitoutumiseen. Esimerkiksi mielialaa tasaavaan lääkitykseen liittyi heikompa hoitomyöntyvyyttä. Toisaalta myös tyyppillisesti unipolaariseen masennukseen käytettyjen SSRI-lääkkeiden käyttö saatettiin lopettaa itsenäisesti siksi, että lääkkeen käyttö laukaisi uuden mielialaoirejakson (1). Myös kokemus lääkehoidon tehottomuudesta johti usein sen keskeyttämiseen omatoimisesti (1).

Hoidon saavutettavuus

Tarjottu hoito voidaan kokea vaikeasti saavutettavana. Konkreettisena esimerkkinä tästä mainittiin se, että kyytiä vastaanotolle ei välttämättä saada. Tämä voi johtua esimerkiksi hoitopaikan sijainnista tai siitä, että rahaa tai välineitä sinne kulkemiseen ei ole. (8)

Myös esimerkiksi lääkkeiden hinta voi olla saavutettavuuskysymys. Lääke saataan kokea myös liian kalliiksi (1, 8). Kyvyttömyys maksaa lääkkeitä johtaa siihen, että sitä käytetään epäsäännöllisesti, tai että käyttö keskeytetään kokonaan. (8) Lääkitys voi toisaalta näyttäytyä vaikeasti ymmärrettävänä ja toteutettavana. Lääkkeiden suuri määrä, useamman lääkkeen yhtäaikainen käyttö tai monimutkainen annostelu vaikeuttavat lääkehoidon toteuttamista käytännössä (7, 8).

Lääkkeiden määrä voidaan kokea hämmentävänä ja liiallisena, ja hämmennystä lisää entisestään se, jos lääke on otettava useammin kuin kerran päivässä. (8). Samoin unohtaminen on varsin tyypillinen ongelma lääkehoitoon sitoutumisessa (7, 8).

Riittävä sairaudesta ja lääkityksestä annettu tieto ja psykoedukaatio edistivät hoitoon sitoutumista (7). Tietoa toivottiin saatavaksi paitsi riittävän paljon, myös useammassa kuin yhdessä muodossa, tyypillisesti sekä suullisena että kirjallisena. Tietoa kaivattiin paitsi itselle, myös läheisille. (7).

Hoidon ja tuen riittävyys

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon intensiivisyyden ja jatkuvuuden todettiin lisäävän potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa (4, 8). Jo aiemmin psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden potilaiden todettiin keskeyttävän omatoimisesti lääkehoidonsa harvemmin kuin sellaisten potilaiden, joilla aiempia sairaalakokemuksia ei ollut (4).

Potilaat kokivat myönteisenä myös psykoterapian ja keskusteluavun. Tärkeää oli erityisesti hoitavalta taholta saatu empatia ja kokemus siitä, että ammattilainen on potilaan asioista kiinnostunut. (7) Tunne siitä, ettei ole tullut hoitavan tahon vastaanotolla kuulluksi ja etenkin siitä, että potilaan tarpeet jäävät huomiotta, heikentää potilaan sitoutumista hoitoonsa. Potilaan tilanteen stabiiliuteen vaikutti myös hoitavien lääkäreiden vaihtuvuus. Pahimmassa tapauksessa uutta lääkäriä tavattiin kerran, ja tämän tapaamisen perusteella tehtiin lääkemuutoksia. (7)

5.2 Potilaaseen liittyvät hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät

Sairausjaksojen vaikutus

Niin mania- kuin masennusjaksoihin liittyvä riski lääkehoidon keskeytymisestä (1, 2). Mielialan muutoksia voitiin kvantitatiivisesti mitata CGI-BD-, MADRS- ja YMRS-lomakkeilla, joille yhteistä oli se, että korkeammat pisteet tarkoittivat mielialajakson ja sairauden vaiheen pahenemista, mikä korreloi puolestaan heikon

hoitoon sitoutumisen kanssa (2). Potilaan korkeampi ikä sairastuessa ennakoi samoin huonoa hoitomyöntyvyyttä (2).

Myös potilaan oma kokemus olon kohenemisestä voi johtaa siihen, että tunne lääkityksen tarpeellisuudesta katoaa ja lääkehoito keskeytyy (1, 7).

Toisaalta sairauden syklisteen luonteeseen voi liittyä myös halu kokea maniaoireita. Tämä voi johtaa siihen, että lääkitystä vähennetään tai sen käyttö lopetetaan (8).

Potilaan toimijuus oman sairautensa hoidossa

Sairastumiseen ja sairastamiseen yleensä voi liittyä tunne voimattomuudesta. Potilas saattaa kokea, ettei hänellä ole minkäänlaista valtaa sairautensa suhteen tai kykyä hallita sitä. (8) Potilaat kokivatkin itse tärkeänä oman vastuunsa sairauden hoidossa.

Vastuuntuntoon kuuluivat konkreettisten omahoitotoimien lisäksi myös riittävän tiedon hankinta sairaudesta ja lääkityksestä. Rutiinit puolestaan mahdollistivat esimerkiksi säännöllisen vuorokausirytmien ylläpitämisen, jolloin aamulääkkeiden ottaminen ei jäänyt välistä yöunien venähtämisen takia. Lisäksi mainittiin erilaiset omahoitoon liittyvät aktiviteetit ja tehtävät, kuten päiväkirjan pitäminen. Myös elämäntavat, kuten terveellinen ravitsemus ja liikunta, mainittiin. (7)

Hoitoon sitoutumista tuki myös erilaisten muistikeinojen käyttö. Näitä muistin tukikeinoja olivat lääkkeiden sijoittaminen aina samaan paikkaan, kirjoitetut laput tai muistutukset sekä lääkkeiden ottaminen tietyinä ajankohtana. Osa potilaista käytti useampaa kuin yhtä muistikeinoa. (8)

Psykiatrisen hoidon täydentäminen vaihtoehtoisilla hoitomuodoilla voidaan nähdä osana potilaan pyrkimystä toimijuuteen. Lääketieteellistä hoitoa ei aina koeta ainoaksi tai parhaaksi avuksi sairaudentilaan, vaan sitä saatetaan täydentää esimerkiksi homeopatialla tai akupunktiolla (9). Äärimmilleen vietynä tämä voi ilmetä pelkkiin vaihtoehtohoitoihin, kuten perinteisen kansanparannuksen pariin, hakeutumista (5).

Kokemus hoidon tarpeellisuudesta

Potilaan negatiiviset asenteet ja motivaation puute vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen, oli kyse sitten lääkehoidosta tai psykoterapiasta. Kielteinen asenne hoitomuotoa kohtaan ja motivaation puuttuminen ovat riskinä sille, että hoitoon ei sitouduta riittävästi (1). Sairaudesta, sen kulusta tai hoidosta ei myöskään ole välttämättä saatu riittävästi tietoa (8).

Sairaudentunnottomuus vaikuttaa kielteisesti hoitoon sitoutumiseen (5, 6, 7). Se voi ilmetä esimerkiksi oireilun tai hoidon tarpeen vähättelynä, mutta myös sairau-den olemassaolon suoranaisena kieltämisenä (5). Tällöin hoito ei luonnollisesti-kaan toteudu optimaalisesti.

Oheissairastavuus ja temperamentti

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön kanssa samanaikaisesti esiintyvä ahdistuneisuushäiriö voi olla yhteydessä heikkoon hoitomyöntyvyyteen. Vaikutus oli näkyvin tutkittaessa sitoutumista mielialaa tasaavaan lääkitykseen ja psykoterapiaan. (1)

Hoitoon sitoutumisen ongelmia ennakoivat myös ahdistuneet tai syklotyymiset temperamenttipiirteet (3). Näiden lisäksi päihteiden käyttö, päihdehäiriöt ja diagnosoidut riippuvuussairaudet ovat merkittävä heikon hoitoon sitoutumisen riskitekijä (1, 2, 6).

5.3 Sosiaalisten tekijöiden vaikutus hoitoon sitoutumiseen

Perheen ja puolison tuki

Sosiaalinen tuki mainittiin tärkeänä hoitoon sitoutumista tukevana tekijänä. Tukea saatiin perheeltä, puolisolta ja vertaisryhmältä. Perheen antama tuki oli toisinaan

hyvinkin konkreettista, esimerkiksi lääkityksessä avustamista tai kodin tarjoamista. Puolison antamaksi tueksi mainittiin keskustelu ja murheiden jakaminen. (7)

Lähipiiriltä saadun tuen puuttuminen voi puolestaan estää optimaalista mielialahäiriön hoitoa (5, 7, 8). Esimerkiksi yksinäisyys tai leskeksi jääminen lisäävät lääkehoidon keskeyttämisen riskiä (4, 8), Kaiken kaikkiaan yhteisön tukea kaivattiin: unelmana oli naapurusto, jossa asioista voitaisiin jutella. (7)

Lähipiirin kielteiset asenteet

Vaikka yksinäisyys osoittautuikin merkittävästi hoitomyöntyvyyttä haittaavaksi seikaksi, myös elossa ja läsnä olevat läheiset voivat käytöksellään ja asenteillaan heikentää sairastuneen hoitomotivaatiota. Läheinen tai jopa lähipiiri voi olla suorastaan lääkevastainen. Tällöin potilaalle voidaan ehdottaa vaihtoehtoisia hoitomuotoja tai pelkkään omahoitoon keskittymistä, varoitella lääkeriippuvuudesta tai vähätellä lääkehoidon tarvetta (8). Kaiken kaikkiaan kodin tai asuinympäristön kireä tai epämiellyttävä ilmapiiri tai epäjärjestys voivat vaikuttaa (8).

Potilas osana yhteisöä

Potilaat kaipasivat lähipiiristä, perheestä ja parisuhteesta saatavan sosiaalisen tuen lisäksi myös yhteisönsä tukea (7). Moniin, etenkin vakaviin, psykiatrisiin sairauksiin liittyy stigma eli häpeäleima. ”Hulluksi” tai lääkeriippuvaiseksi leimautumisen pelko, sairauden vähättely ”vain päänsisäisenä” sekä arvottomuuden tunteet saattavat estää hoidon toteutumisen tarkoitetunlaisesti (7).

Vertaisryhmältä saatava tuki koettiin merkityksellisenä, sillä saman sairauden kanssa eläminen tuo muassaan myös samanlaisia kokemuksia, joita jakaa, sekä ymmärrystä niistä. Ryhmätoiminnan eduksi mainittiin myös se, että osallistuminen vaatii kotoa poistumista, jolloin on edes jokin motivaatio laittautua ja lähteä liikkeelle. (7)

Yhteiskunnallisista seikoista mainittakoon erot koulutuksessa ja asemassa: matala koulutustaso (1) ja alempaan työväenluokkaan kuuluminen (5) on yhdistetty heikkoon hoitomyöntyvyyteen. Miessukupuoli näyttäytyi tutkimuksissa sekä hoidon keskeyttämisen riskiä vähentävänä (4) että lisäävänä (5) tekijänä.

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus edellyttävät hyvän tieteellisen käytännön noudattamista koko opinnäytetyöprosessin aikana. Tätä opinnäytetyötä tehdessä ohjenuorana on ollut Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje hyvästä tieteellisestä käytännöstä. (TENK 2012)

Luvussa 4.1 kuvailtiin kirjallisuuskatsauksessa yleisesti käytettyjä aineiston valinnan prosesseja. Tässä opinnäytetyössä aineiston eksplisiittisen valinnan etuna on tiedonhakuprosessin läpinäkyvyys. Kun prosessi on todenmukaisesti ja riittävän yksityiskohtaisesti kuvailtu ja taulukoitu, sen voi halutessaan toistaa samoin tuloksin. Tämä vastaa TENK:n ohjetta eettisesti kestävien tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien käytöstä (TENK 2012).

Vaikka kirjallisuuskatsaus metodina onkin usein sikäli tietoturvallinen, ettei mahdollisten haastateltavien tai esimerkiksi potilaiden tunnistettavuudesta tarvitse kantaa huolta, voi ongelma olla miltei käänteinen. Kun kohteena ovat tutkimusartikkelit, on tuotava riittävän selvästi esille se, kuka alkuperäistutkimuksen on todella tehnyt. Hyvään tutkimusetiikkaan kuuluu muiden tutkijoiden työn kunnioittaminen ja tässä tapauksessa selkeä, läpinäkyvä ja johdonmukainen viitteiden käyttö (TENK, 2012).

Tutkimuksen luotettavuutta lisäisi se, että aineistoa olisi purkanut ja analyysia toteuttanut useampi kuin yksi ihminen. Yksilötyönä toteutetussa opinnäytetyössä vertaisarviointi ja ohjaus lisäävätkin prosessin ja lopputuloksen luotettavuutta merkittävästi. Esimerkiksi tässä opinnäytetyössä ohjaajalta saatu palaute johti tulosten uudelleenluokitteluun, mikä puolestaan terävöitti analyysia huomattavasti. Olennaista on kuitenkin se, että analyysin kohteeksi on valikoitunut tieteellisiä vertaisarvioituja tutkimuksia, eikä tiedonhaussa tai analyysia tehdessä tuloksia ole subjektiivisesti valikoitu, vaan kaikki hakuehtoja vastanneet tulokset otettiin mukaan katsaukseen.

6.2 Tulosten tarkastelu

Kirjallisuuskatsaus vahvisti aiempaa tutkimustietoa siitä, että moni kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle tyypillinen piirre tai oire vaikuttaa myös potilaan hoitomyöntyvyyteen. Esimerkiksi sairauden eri vaiheisiin liittyy eri syistä lääke- tai keskusteluhoidon keskeyttämisen riskejä: masentunut ei välttämättä kykene saapumaan käynneille, kun taas oireeton tai maniassa oleva potilas ei ehkä koe tarvitsevansa lääkitystä lainkaan. Samoin oheissairastavuus, kuten samanaikainen päihde- tai ahdistuneisuushäiriö, on merkittävä hoitoon sitoutumattomuuden riskitekijä. Hyvä ja oikea-aikainen päihdehoito ja ennaltaehkäisevä päihdetyö voisivatkin parantaa myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön ennustetta ja vähentää siihen liittyvää sosiaalista haavoittuvuutta.

Katsauksesta kävi kuitenkin ilmi myös se, että hoitoon sitoutumiseen tai sitoutumattomuuteen voivat vaikuttaa myös hoitavaan tahoon liittyvät tekijät. Näitä ovat saavutettavuus, riittävä tai riittämätön tieto hoitoon tai sairauteen liittyen, sekä hoitosuhteen pysyvyys ja tukevuus. Esimerkiksi tiedon tarve näkyi tutkimuksissa voimattomuuden tunteena, hoitokielteisyytenä ja käytännön omahoitokeinojen puuttumisena. Kroonisen sairauden kanssa elämään oppiessa psykoedukaation merkitystä yhtenä hoitomuotona ei siis pidä vähätellä. Ryhmämuotoisen psykoedukaation on todettu vähentävän sairaus- ja sairaalajaksoja ja pidentävän oireetonta aikaa, joskaan se ei sovellu aivan akuuteinta sairauden vaihetta poteville potilaille (Yatham ym. 2018, 105–106; Chen ym. 2018, 76).

Katsauksessa nousi esiin hoitoon sitoutumisen taloudellisia ja sosiaalisia aspekteja, jotka ovat kytköksissä nimenomaan hoidon saavutettavuuteen. Hoitajan on hyvä olla tietoinen esimerkiksi saatavilla olevista etuuksista, jotka voisivat helpottaa potilaan taloudellista tilannetta ja siten edistää esimerkiksi lääkehoitoon sitoutumista tai vastaanottokäynneille saapumista. Pelkästään hoidon saavutettavuuteen liittyvien ongelmien, kuten lääke- tai matkakulujen, tiedostaminen ja yhdessä ratkominen voi edesauttaa potilaan kokemusta kuulluksi tulemisesta.

Aiempi tutkimustieto kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan potilaan hoitomyöntyvyydestä on ollut jossain määrin oire- ja ongelmakeskeistä. Valtaosassa

tutkimuksia on myös käsitelty mielialahäiriön lääkehoitoa, jota pidetään tyypillisesti lääkärin ja potilaan välisenä varsin yksisuuntaisena prosessina: lääkäri määrää lääkkeen, jonka potilas joko ottaa tai jättää ottamatta. Autoritääriinen hoitokäytäntö voi vieraannuttaa potilasta omasta hoidostaan ja herättää uhmaa, etenkin jos taustalla on auktoriteettiongelmia aiheuttaneita elämänkokemuksia. Sairaanhoidajalle voi tällöin langeta diplomaatin rooli, jota voitaisiin hyödyntää konkordanssin luomiseksi hoitosuhteessa. Esimerkiksi motivoiva keskustelu on todettu sopivaksi työkaluksi psykiatriseen hoitoon sitoutumisen edistämiseksi (McKenzie & Chang 2013, 38). Kuunteleva ja keskustelevala työote mahdollistaa sen, että ongelmiin voidaan yhdessä löytää ratkaisuja potilaan voimavarat, käytännön mahdollisuudet ja tavoitteet huomioiden. Näin tuetaan potilaan omaa toimijuutta, joka katsauksessakin todettiin hoitoon sitoutumisen kannalta merkittäväksi tekijäksi. Motivoiva keskustelu ei kuitenkaan välttämättä ole käyttökelpoinen menetelmä akuutin sairausjakson, etenkin psykoosin, aikana, vaan sitä voitaisiin hyödyntää erityisesti uusien sairausjaksojen ehkäisyssä ja omahoidon tukena.

Katsauksesta saatu tieto potilaan sosiaalisen kontekstin ja hoitoon sitoutumisen yhteyksistä täydentää aiempaa teorianäkökulmaa. Bipolaarihäiriöstä tehtyjen tutkimusten, kuten myös sairauden hoidon, keskiössä on yleensä potilas. Läheisten huomiointi ammatilliselta taholta, esimerkiksi riittävän ja asiallisen tiedon antaminen ja keskusteluavun ja vertaistuen järjestäminen, voi kuitenkin edesauttaa myös sairastuneen hyvinvointia. Myös yhteiskunta voidaan nähdä osana mielialahäiriöpotilaan sosiaalista kontekstia. Katsauksessa mainittu stigma eli sairauteen liitetty häpeäleima voi esimerkiksi eristää muista ihmisistä sekä estää tai hankaloittaa somaattisten sairauksien hoitoa.

Kaiken kaikkiaan katsauksen tulokset täydentävät teorianäkökulmaa, joka voidaan nähdä jossain määrin hoito- ja hoitaja- tai lääkärikeskeisenä. Yksi katsauksen tarkoituksista oli tuoda esille potilaan roolia, näkökulmaa ja kokemuksia. Hoitoon sitoutumaton potilas voi herättää hoitohenkilökunnassa turhautumisen ja toivottomuuden tunteita. Sitoutumattomuuteen vaikuttavien tekijöiden erittely ja huomiointi voi antaa hoitajalle mahdollisuuksia nähdä potilas ja tämän tilanne ymmärrettävistä osista koostuvana mutta silti yksilöllisenä kokonaisuutena. Näitä

osia tarkastelemalla voidaan löytää ajatusmalleja ja toimintatapoja, joihin vaikuttamalla hoitoon sitoutuminen ja vointi kenties kohenevat. Vaikka hoitajan mahdollisuudet vaikuttaa esimerkiksi potilaan temperamenttipiirteisiin ovat varsin rajalliset, voidaan ne huomioimalla tehdä hoidosta yksilöllisempää ja siten kenties tehokkaampaa.

6.3 Jatkotutkimusehdotuksia

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan kanssa työskentelevällä hoitajalla olisi lukuisia eri keinoja edistää potilaansa hoitomyyntyvyyttä. Olisikin mielenkiintoista perehtyä näihin keinoihin kirjallisuuskatsauksena, kyselytutkimuksena tai haastattelututkimuksena. Potilaskeskeisyyden nimissä olisi myös kiinnostavaa perehtyä laadullisella tutkimusotteella siihen, minkälaiseksi suomalaiset potilaat kokevat hoitonsa ja siihen sitoutumisen.

Teknologian käyttö omahoidon apuna on jatkuvasti kehittyvä osa mielialahäiriöiden hoidon kenttää. Kehityksen myötä olemassa olevat tutkimustulokset myös vanhenevat nopeasti, joten tuore katsaus esimerkiksi saatavilla oleviin sovelluksiin ja erityisesti niiden toimivuuteen voisi olla tarpeen. Täten saataisiin tutkittua tietoa myös siitä, millaista virtuaalista omahoitoa hoitava taho voi turvallisesti suositella.

Hoitoon sitoutumisen ja sitoutumattomuuden problematiikka voi tuoda mielialahäiriön hoitoon monenlaisia tunteita myös hoitavalle taholle. Esimerkiksi potilaan hoitokielteisyys tai toistuvat, samankaltaiset sairaalajaksot voivat herättää hoitajassa esimerkiksi turhautumista, voimattomuuden tunnetta ja väsymistä. Olisi siis mielenkiintoista ja hyödyllistä tutkia myös sitä, millä keinoin hoitajan jaksamista ja toivoa voitaisiin tukea tilanteissa, joissa potilaan hoitomotivaatio tai selviytymiskeinot eivät tahdo riittää.

LÄHTEET

American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Arvilommi, P. 2016. Treatment, Adherence, and Disability in Bipolar Disorder. Lääketieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto. Dissertationes Scholae Doctoralis Ad Sanitatem Investigandam Universitatis Helsinkiensis. Väitöskirja.

Barraco, A., Rossi, A. & Nicolò, G. 2010. Description of Study Population and Analysis of Factors Influencing Adherence in the Observational Italian Study “Evaluation of Pharmacotherapy Adherence in Bipolar Disorder” (EPHAR). *CNS Neuroscience & Therapeutics* 18, 110–118.

Buturak, S., Bakar, E. & Koçak, O. 2015. The effect of temperament on the treatment adherence of bipolar disorder type I. *Nordic Journal of Psychiatry* 70:3, 176–182.

Chen, R., Zhu, X., Capitão, L., Zhang, H., Luo, J., Wang, X., Xi, Y., Song, X., Feng, Y., Cao, L. & Malhi, G. 2018. Psychoeducation for psychiatric inpatients following remission of a manic episode in bipolar I disorder: A randomized controlled trial. *Bipolar Disorders* 2019(21), 76–85.

Conti, V., Lora, A., Cipriani, A., Fortino, I., Merlino, L. & Corrado, B. 2012. Persistence with pharmacological treatment in the specialist mental healthcare of patients with severe mental disorders. *European Journal of Clinical Pharmacology* 2012(68), 1647–1655.

Felzmann, H. 2012. Adherence, compliance and concordance: an ethical perspective. *Nurse Prescribing* 10(8), 406–411.

Forty, L., Ulanova, A., Jones, L., Jones, I., Gordon-Smith, K., Fraser, C., Farmer, A., McGuffin, P., Lewis, C., Hosang, G., Rivera, M. & Craddock, N. 2014. Comorbid medical illness in bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry* 205, 465–472.

Geddes, J. & Miklowitz, D. 2013. Treatment of Bipolar Disorder. *Lancet* 2013:381, 1672–1682.

Ibrahim, A., Yahua, S., Pindar, S., Wakil, M., Garkuwa, A. & Sale, S. 2015. Prevalence and predictors of sub-optimal medication adherence among patients with severe mental illnesses in a tertiary psychiatric facility in Maiduguri, North-eastern Nigeria. *Pan African Medical Journal* 2015;21.

ICD-10. 2019. International statistical classification of diseases and related health problems. 10. versio. World Health Organization. Luettu 26.3.2020. <https://icd.who.int/browse10/2019/en>

Jónsdóttir H., Opjordsmoen S., Birkenaes A., Simonsen C., Engh J., Ringen P., Vaskinn A., Friis S., Sundet K. & Andreassen O. 2012. Predictors of medication

adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2013;127, 23–33.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P. & Liikainen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 2013, 25(4), 291–301.

Krishnan, R. 2005. Psychiatric and Medical Comorbidities of Bipolar Disorder. *Psychosomatic Medicine* 67, 1–8.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

McKenzie, K. & Chang, Y. 2013. The Effect of Nurse-Led Motivational Interviewing on Medication Adherence in Patients with Bipolar Disorder. *Perspectives in Psychiatric Care* 2015(51), 36–44.

Muench, J. & Hamer, A. 2010. Adverse Effects of Antipsychotic Medications. *American Family Physician* 81(5), 617–622.

Pallaskorpi, S. 2018. Long-term Outcome of Bipolar I and II Disorders. Lääketieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto. *Dissertationes Scholae Doctoralis Ad Sanitatem Investigandam Universitatis Helsinkiensis*. Väitöskirja.

Ralat, S., Depp, C. & Bernal, G. 2018. Reasons for Nonadherence to Psychiatric Medication and Cardiovascular Risk Factors Treatment Among Latino Bipolar Disorder Patients Living in Puerto Rico: A Qualitative Study. *Community Mental Health Journal* 2018(54), 707–716.

Sajatovic, M., Levin, J., Fuentes-Casiano E., Cassidy, K., Tatsuoka, C. & Jenkins, J. 2011. Illness experience and reasons for nonadherence among individuals with bipolar disorder who are poorly adherent with medication. *Comprehensive Psychiatry* 2011(52), 280–287.

Snowden, A., Martin, C., Mathers, B. & Donnell, A. 2014. Concordance: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 70(1), 46–59.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

Vargas-Huicochea, I., Huicochea, L., Berlanga, C. & Fresán, A. 2014. Taking or not taking medications: psychiatric treatment perceptions in patients diagnosed with bipolar disorder. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 2014(39), 673–679.

Wakefield, L. 2012. Service user insight and the use of the terms compliance, adherence and concordance. *Mental Health Nursing* 32(5): 16–18.

Yatham, L., Kennedy, S., Parikh, S., Schaffer, A., Bond, D., Frey, B., Sharma, V., Goldstein, B., Rej, S., Beaulieu, S., Alda, M., MacQueen, G., Roumen, M., Ravindran, A., O'Donovan, C., McIntosh, D., Lam, R., Vazquez, G., Kapczinski, F.,

McIntyre, R., Kozicky, J., Kanba, S., Lafer, B., Suppes, T., Calabrese, J., Vieta, E., Malhi, G., Post, M. & Berk, M. 2018. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2018(20), 97–170.

LIITTEET

Tekijät, vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
<p>1. Arvilommi, Petri. 2016. Suomi.</p> <p>”Treatment, Adherence and Disability in Bipolar Disorder.”</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia bipolaarihäiriön hoidon akuutti- ja ylläpito-vaiheessa käytettyjä hoitomuotoja, hoitomuotoihin sitoutumista ja pitkäaikaista työkyvyttömyyttä ennustavia tekijöitä.</p>	<p>191 kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavaa potilasta, joita seurattiin 6 ja 18 kuukautta lähtötilanteen jälkeen. Kvantitatiivinen tutkimus.</p>	<p>Hoitoon sitoutuminen vaihteli hoitomuodon mukaan. Esimerkiksi eri lääketyyppeihin käyttöön ja psykoterapiaan liittyi erilaisia hoidon keskeyttämisen riskitekijöitä.</p>
<p>2. Barraco, A., Rossi, A. & Nicolò, G. 2010. Italia.</p> <p>”Description of Study Population and Analysis of Factors Influencing Adherence in the Observational Italian Study “Evaluation of Pharmacotherapy Adherence in Bipolar Disorder” (EPHAR)”</p>	<p>EPHAR-tutkimuksen tavoitteena on tarkkailla ja mitata kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien potilaiden hoitoon sitoutumista kliinissä hoitoympäristössä vuoden ajan.</p>	<p>650 potilaan hoitomyöntyvyyttä ja oireiden vakavuutta seurattiin vuoden ajan, kolmen kuukauden välein. Määrällinen tutkimus.</p>	<p>Tutkimuksessa oli sekä sosioekonomisia että sairauden kulkuun liittyviä muuttujia. Eri sairausjaksojen esiintymisen ja pahenemisen, alkoholin käyttö ja vanhempana sairastuminen ennakoivat huonoa hoitoon sitoutumista.</p>

Liite 1. Taulukko katsauksessa käytetyistä artikkeleista.

<p>3. Buturak, S., Bakar, E. & Koçak, O. 2015. Turkki.</p> <p>"The effect of temperament on the treatment adherence of bipolar disorder type I."</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia temperamentin vaikutusta hoitoon sitoutumiseen eutyymisillä tyypin I kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla potilailla.</p>	<p>Kahdeksankymmenen potilaan temperamenttia ja hoitoon sitoutumista kartoitettiin, kun he olivat sairauden remissiovaiheessa. Määrällinen tutkimus.</p>	<p>Tutkimuksessa ilmeni, että hoitoon sitoutumattomuus on yhteydessä syklotyymisiin, ahdistuneisiin, masentuneisiin ja ärtyviin temperamenttipiirteisiin, kuitenkin niin, että vain syklotyymisyys havaittiin merkittäväksi muuttujaksi.</p>
<p>4. Conti, V., Lora, A., Cipriani, A., Fortino, I., Merlino, L. & Corrado, B. 2012. Italia.</p> <p>"Persistence with pharmacological treatment in the specialist mental healthcare of patients with severe mental disorders."</p>	<p>Tarkoituksena oli mitata lääkehoitossa pysymistä tai sinnikkyyttä skitsofreniaa, kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai unipolaarista manennusta sairastavien erikoissairaanhoidossa Lombardian alueella.</p>	<p>Otannan koko oli yhteensä 11797 potilasta. Psykiatriseen hoitoon liittyvä data saatiin alueellisesta potilastietojärjestelmästä ja lääkehoitoon liittyvä data aluehallinnollisesta tietokannasta. Määrällinen tutkimus.</p>	<p>Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla miessukupuoli ja aiempi sairaalajakso vähensivät keskeyttämisen riskiä, mutta leskeksi jääminen lisäsi sitä. Kaikissa potilasryhmissä intensiivinen ja jatkuva hoito vähensivät hoidon keskeyttämisen riskiä.</p>
<p>5. Ibrahim, A., Yahua, S., Pindar, S., Wakil, M., Garkuwa, A. & Sale, S. 2015. Nigeria.</p> <p>"Prevalence and predictors of sub-optimal medication adherence among patients with severe mental illnesses in a tertiary psychiatric facility in Maiduguri,</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää vakavia mielenterveyden häiriöitä sairastavien potilaiden sitoutuneisuutta lääkehoitoon ja määrittää sosiodemografisia ja kliinisiä huonoa hoitomyöntyvyyttä ennakoivia tekijöitä.</p>	<p>380 satunnaisotannalla valittua potilasta. Määrällinen tutkimus.</p>	<p>Sosiodemografisista muuttujista miessukupuoli ja alemman ammattiryhmään kuuluminen olivat tilastollisesti merkittäviä. Kliinisistä muuttujista huonoon hoitoon sitoutumiseen vaikuttivat diagnoosi, vaihtoehdot hoitoihin haakeutuminen, huono tukiverkosto ja vähäinen sairaudentunto.</p>

North-eastern Nigeria.”			
6. Jónsdóttir H., Opjordsmoen S., Birkenaes A., Simonsen C., Engh J., Ringen P., Vaskinn A., Friis S., Sundet K. & Andreassen O. 2012. Norja. ”Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder.”	Tarkoituksena oli tutkia mahdollisia lääkehoitoon sitoutumattomuuden riskitekijöitä skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla potilailla, vertaillen näiden kahden potilasryhmän riskitekijöitä.	255 potilasta (skitsofreniapotilaita 154, mielialahäiriöisiä 101) tutkittiin kliinisesti, neurokognitiivisin testein ja verinäyttein. Määrällinen tutkimus.	Alkoholin ja laittomien päihteiden käyttö ja/tai diagnosoidut riippuvuussairaudet olivat yleisiä hoitoon sitoutumattomilla potilailla. Sairaudentunto vaikutti myönteisesti hoitoon sitoutumiseen, ortostaattiset sivuvaikutukset puolestaan kielteisesti.
7. Ralat, S., Depp, C. & Bernal, G. 2018. USA. ”Reasons for Nonadherence to Psychiatric Medication and Cardiovascular Risk Factors Treatment Among Latino Bipolar Disorder Patients Living in Puerto Rico: A Qualitative Study.”	Selvittää kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien potilaiden näkemyksiä psykiatriseen lääkehoitoon sitoutumattomuuden syistä ja sydän- ja verisuonitautien riskitekijöistä.	22 potilasta jaettiin neljään fokusryhmään, ja kukin ryhmä kokoontui kolmesti. Kokoontumiset oli teemoitettu ja keskustelua johdettiin avoimin kysymyksin. Laadullinen tutkimus.	Hoitomyoöntyvyyteen vaikuttivat psykiatriseen sairauteen liittyvä stigma, potilaasta johdettavat syyt, lääkkeitä johtuvat syyt, hoitosuhteista johtuvat syyt sekä perheen tuen määrä.
8. Sajatovic, M., Levin, J., Fuentes-Casiano E., Cassidy, K., Tatsuoka, C. & Jenkins, J. 2011. USA ”Illness experience and reasons for nonadherence among individuals ith	Selvittää hoitomyoöntyvyyteen liittyviä tekijöitä 20 huonosti hoitoon sitoutuneelta potilaalta	20 kunnallisen mielen-terveysyksikön kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavaa potilasta, jotka on todettu huonosti hoitoon sitoutuneiksi, haastateltiin kvalitatiivisesti sairautensa kokemuksesta. Lisäksi oireilua ja sitou-	Ryhmän enemmistö oli vähemmistöjä, naimattomia ja/tai päihdeongelmaisia. Potilaiden mukaan unohtelu ja sivuvaikutukset vaikuttivat lääkehoitoon sitoutumiseen. Myös huonot kotiolo, maksuvaikeudet, pitkäaikaiseen lääkitykseen liittyvä

bipolar disorder who are poorly adherent with medication.”		tumista mitattiin erilaisin lomakkein. Laadullinen tutkimus.	huoli, sivuvaikutusten pelko ja riittämätön tieto sairaudesta olivat yleisiä. Lähipiiriin kuului usein myös lääkEVastaisia henkilöitä.
9. Vargas-Huicochea, I., Huicochea, L., Berlanga, C. & Fresán, A. 2014. Meksiko. ”Taking or not taking medications: psychiatric treatment perceptions in patients diagnosed with bipolar disorder.”	Perehtyä hoitoon sitoutumattomuuteen keskittyen potilaiden subjektiiviseen kokeemukseen, analysoiden potilaiden näkemyksiä sekä sairaudesta että sen hoidosta	Tutkimusta varten haastateltiin 50 kaksisuuntaisen mielialahäiriön tyyppiä I sairastavaa potilasta teema-haastattelun keinoin. Laadullinen tutkimus.	Potilaat pelkäsivät uusia sairausjaksoja, sairauden kroonisuutta, itsemurhariskiä, yksinäijäämisen riskiä, mahdollisia haittoja läheisille, psyykenlääkkeiden tarvetta, ”hulluksi tulemista”, toimintakyvyttömyyttä ja stigmaa. Valtaosa potilaista käytti psykiatrisen hoidon lisäksi täydentäviä hoitomuotoja, kuten omahoitoa, liikuntaa ja vaihtoehtohoitoja.