



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Reetta Salonen & Suvi Martikainen

NUOREN OHJAUS JA SITOUTTAMI- NEN LÄÄKEHOITON

Ohjelehtinen nuorisopsykiatriseen yksikköön

Sosiaali- ja terveysala
2017

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Reetta Salonen & Suvi Martikainen
Opinnäytetyön nimi	Nuoren ohjaus ja sitouttaminen lääkehoitoon. Ohjelehtinen nuorisopsykiatriseen yksikköön
Vuosi	2017
Kieli	suomi
Sivumäärä	38 + 2 liitettä
Ohjaaja	Pirjo Peltomäki

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tutkittuun tietoon perustuva ohjelehtinen henkilökunnan käyttöön nuoren ohjaamisesta ja sitouttamisesta lääkehoitoon. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että ohjeesta henkilökunta saa tietoa nuoren perusohjausmenetelmistä. Tavoitteena oli myös kehittää henkilökunnan ohjaustaitoja. Tavoitteena oli, että ohjeen avulla nuorten sitoutuminen lääkehoitoon paranee. Psykelääkkeiden käyttö nuorilla on lisääntynyt 10–15 vuoden aikana. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää, että potilaalla on oikeus hyvään ohjaukseen. Onnistuneella ohjauksella lisätään sitoutumista lääkehoitoon.

Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään ohjausta, sitoutumista, psykiatrisia sairauksia ja niiden lääkehoitoa. Tiedonhaussa käytettiin Medic, PubMed, Cinahl ja The Joanna Briggs Institute -tietokantoja. Tiedonhauk toteutettiin toukokuussa ja joulukuussa 2016. Ohjeen sisällön toteutuksessa käytettiin myös kohdeorganisaation henkilökunnan haastatteluja.

Keväällä 2016 saatiin aihe ja lupa opinnäytetyön tekemiseen. Opinnäytetyön tilaajana oli nuorisopsykiatrisen asumiskoti Puro. Keväällä 2016 tehtiin opinnäytetyön suunnitelma. Ohjetta ja opinnäytetyön raporttia kirjoitettiin talvella 2016 ja keväällä 2017. Ohje valmistui maaliskuussa 2017 ja kohdeorganisaatio arvioi oppaan ja hyväksyi sen.

ABSTRACT

Author	Reetta Salonen and Suvi Martikainen
Title	Adolescents' Adherence to Pharmacotherapy and Patient Education. A Guide to an Adolescent Psychiatric Unit
Year	2017
Language	Finnish
Pages	38 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Pirjo Peltomäki

The purpose of this practice-based bachelor's thesis was to make evidence-based guide for the personnel. The contents of the guide deal with patient education and creating patient adherence to pharmacotherapy. The purpose of the bachelor's thesis was that the personnel would get information on basic patient education methods and to develop their patient education skills. The aim was that improved patient education helps to improve adherence to pharmacotherapy. The use of psychotropic medication in adolescent treatment has increased in 10-15 years. Act on the Status and Rights of Patients determines that the patient has a right to good patient education. Successful patient education increases patient adherence to-wards pharmacotherapy.

Key concepts in the theoretical framework include patient education, adherence, psychiatric diseases and the related pharmacotherapy. The databases that were used for searching information were Medic, PubMed, Cinahl and The Joanna Briggs Institute. The database searches were done in May and December 2016. Interviews with the personnel in the target organisation were used when making the guide.

The process of making bachelor's thesis began with the idea and getting the permit for making it in spring 2016. The guide was made for adolescent psychiatric unit Puro. The plan for writing the bachelor's thesis was made in spring 2016. The guide and bachelor's thesis report were written during winter 2016 and spring 2017.

Keywords Adolescent, adherence, pharmacotherapy, patient education

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	8
3	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA	9
	3.1 Projekti.....	9
	3.2 Projektin toteutus	9
	3.3 SWOT-analyysi.....	11
4	SITOUTUMINEN	12
	4.1 Hoitoon sitoutuminen.....	12
	4.2 Lääkehoitoon sitoutuminen.....	13
5	OHJAUS.....	15
	5.1 Ohjaustilanne	16
	5.2 Psykoedukaatio	16
	5.3 Motivoiva haastattelu.....	19
6	YLEISIMMÄT PSYKIATRISET SAIRAUDET	22
	6.1 Psykoosit.....	22
	6.2 Masennus	23
	6.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	24
	6.4 ADHD	25
7	LÄÄKEHOITO	27
	7.1 Nuorten psykiatrinen lääkehoito	27
	7.2 Psykiatrisessa hoidossa käytettävät lääkkeet	28
8	KIRJALLISEN OHJAUSMATERIAALIN LAATIMINEN	30
9	POHDINTA.....	31
	9.1 Opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden arvio	31
	9.2 Projektin toteutumisen arviointi.....	31
	9.3 Projektin eettisyys, luotettavuus ja jatkotutkimusideat.....	33
	9.4 Oman oppimisen arviointi.....	34
	LÄHTEET.....	36
	LIITTEET	

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Tietokantahaku taulukko**LIITE 2.** Asiantuntijahaastattelut

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ohjeellinen nuoren ohjauksesta ja sitouttamisesta lääkehoitoon. Ohjeellisen tarve havaittiin, kun toinen opinnäytetyöntekijöistä oli harjoittelussa nuorisopsykiatrisessa asumiskoti Purossa. Siellä päivitettiin lääkehoidon suunnitelmaa ja kehitettiin lääkehoidon turvallisuutta. Ideaksi muodostui tehdä ohjeellinen nuoren ohjauksesta ja sitouttamisesta lääkehoitoon, koska se on iso osa hoidon onnistumista psykiatrisessa asumiskodissa. Valmis tuote on suunnattu henkilökunnalle ja ohje pitää sisällään nuorten ohjausta, sitouttamista ja tietoa lääkkeistä, jolloin kaikki tarvittava ohjaukseen lääkehoidosta löytyy samasta paikasta. Valmiista ohjeesta toimitettiin sähköinen- ja paperinen versio nuorisopsykiatriseen asumiskoti Puroon.

Mielenterveyshäiriöistä kärsii noin viidesosa nuorista (Mielenterveystalo 2016 a). Yleensä mielenterveysongelmat alkavat nuoruusiässä (Mäki & Veijola 2012, 27). Nuorten psyykelääkkeiden käyttö mielenterveyshäiriöiden hoidossa on lisääntynyt 10–15 vuoden aikana. Nuorten mielenterveyshäiriöiden hoito tulisi aloittaa ensisijaisesti aina lääkkeettömillä hoitomuodoilla. (Puustjärvi, Raunio, Lecklin & Kumpulainen 2016, 943.) Lääkkeiden ottamatta jättäminen ja epäsäännöllinen käyttö voivat johtaa relapsiin, jonka vuoksi lääkehoitoon sitoutuminen on tärkeää (Timlin 2015, 34).

Lääkehoitoon sitoutumattomuus voi olla tahallista tai tahatonta. Tahallinen sitoutumattomuus on tietoinen päätös, kun taas tahaton johtuu yleensä muistamattomuudesta. (Aarnio & Martikainen 2016, 9.) Lääkehoitoon sitoutuminen parantaa potilaan elämänlaatua, lisää elinvuosia ja vaatii potilaalta vaivannäköä. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on tukea potilasta lääkehoitoon sitoutumisessa. (Kynge & Hentinen 2009, 20–23.)

Potilaalla on oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan ja siihen liittyvästä hoidosta. Tietoa tulee antaa riittävästi ja varmistaa, että potilas on sen ymmärtänyt. (L17.8.1992/785.) Hyvään ohjaukseen olisi hyvä kuulua motivoiva haastattelu. Motivoivalla haastattelulla vaikutetaan potilaan asenteisiin ja sen avulla pyritään saamaan paremmat hoitotulokset ja lääkehoitoon sitoutuminen. (Laakso 2012, 8.)

Toisena ohjauksen menetelmänä voidaan käyttää psykoedukaatiota, joka on tutkusti tehokas menetelmä ja sitä tulisi hyödyntää aina osana ohjausprosessia (Kieseppä & Oksanen 2013, 2133).

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa nuorisopsykiatrisen asumiskoti Puron henkilökunnalle ohjelehtinen nuoren ohjaamisesta ja sitouttamisesta lääkehoitoon. Tarkoitus oli, että työntekijöillä olisi materiaalia ja ohjeistusta nuorten lääkehoidon ohjaukseen. Asumiskoti Puron työntekijöillä on hyvin erilaisia koulutustaustoja, kuten esimerkiksi vapaa-ajan ohjaajia, joten heillä on erilaiset lähtökohdat ohjauksen toteutuksessa. Tarkoitus oli, että työntekijät saavat tietoa myös lääkkeistä. Onnistunut lääkehoidon ohjaus vaatii sen, että tietää tarpeeksi asiasta mistä ohjaa eli tässä tapauksessa lääkehoidosta.

Ohjelehtisen tavoitteena oli lisätä ohjaajien ohjaustaitoa ja tietoja nuoren ohjaamisesta ja sitouttamisesta lääkehoitoon. Onnistunut ohjaus parantaa nuorten tietoisuutta siitä, miksi lääkehoitoon tulee sitoutua. Pää tavoite on nuorten sitoutumisen lisääminen lääkehoitoon, joka edistää nuoren omaa hyvinvointia ja sairauden hallintaa.

Opinnäytetyön tekemisestä on hyötyä tekijöille, koska siitä saa paljon tietoa ohjauksesta. Ohjaus on sairaanhoitajan työssä keskeisessä roolissa, koska sairaanhoitaja toteuttaa suuren osan potilasohjauksesta. Sitoutuminen hoitoon on tärkeää ja onkin hyvä, että opinnäytetyöntekijöillä on keinoja sen luomiseen. Aihe on laaja-alainen ja siitä on hyötyä opinnäytetyöntekijöille työelämässä.

3 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA

Toiminallinen opinnäytetyö on vaihtoehto ammattikorkeakoulussa tehtävälle tutkimukseen perustuvalla opinnäytetyöllä. Toiminallinen opinnäytetyö voi olla työelämän tarpeesta lähtöisin oleva projekti. Projekti on tavoitteellinen prosessi, joka kestää tietyn ajan. Siihen kuuluu suunnitelma, toteutus ja raportointi. Se voi olla ohje, opastus, perehdytysopas tai tapahtuma, kuten opetustilanne tai esiintyminen tapahtumassa. Opinnäytetyöstä syntyvä materiaali voi olla kirja, vihko, opas, kansio, cd, internet-sivusto tai tapahtuma. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyy käytäntö ja raportointi tutkimuksellisella mallilla. Toiminnallisen opinnäytetyön pohjana tulee olla teorian tietoa. Tärkeää toteutuksessa on huomioida, kenelle tuote tulee käyttöön ja sen sopivuus tarkoitukseen. (Vilka & Airaksinen 2003, 9, 48, 53.)

3.1 Projekti

Projekti on aikataulutettu kertaluonteinen hanke, jolla on kehitystavoitteita. Projektin vaiheita ovat idean tunnistaminen, projektisuunnitelman tekeminen, suunnitelman arviointi sekä projektin toteutus, seuranta ja arviointi. (Silfverberg 2007, 6,11.)

Suunnitelmasta selviää projektin tavoitteet, aikataulu, selkeä työnjako sekä resurssit, joita projektissa tullaan käyttämään. Projektisuunnitelman arvioinnissa on hyvä käyttää nelikenttäanalyysiä eli SWOT-analyysiä. Seuranta- ja arviointijärjestelmää käytetään projektin etenemisen ja tavoitteiden arvioinnin tukena. Projektin tekijän ja tilaajan pitäisi yhdessä seurata projektin etenemistä. Projektin lopussa tehtävällä loppuarvioinnilla varmistetaan tavoitteiden toteutuminen ja aikaansaadut vaikutukset. (Silfverberg 2007, 12–13.)

3.2 Projektin toteutus

Idea opinnäytetyölle saatiin maaliskuussa 2016. Idea syntyi toisen opinnäytetyöntekijän ollessa mielenterveystyön harjoittelussa nuorisopsykiatrisessa asumiskoti Purossa. Tämän jälkeen haettiin koulutuspäälliköltä aihelupaa opinnäytetyön tekemiseen. Lupa opinnäytetyölle saatiin toukokuussa 2016, jonka jälkeen opinnäytetyöntekijät aloittivat työsuunnitelman teon. Tässä vaiheessa suoritettiin tiedonhaut.

Tiedonhakuja jatkettiin joulukuussa 2016. Työsuunnitelman hyväksyi opinnäytetyön ohjaaja Pirjo Peltomäki toukokuussa 2016. Tämän jälkeen tutkimussuunnitelman hyväksyi kohdeorganisaatio ja opinnäytetyöntekijät saivat luvan opinnäytetyön tekemiseen kesäkuussa 2016. Sen jälkeen tekijät toteuttivat toiminallisen osuuden opinnäytetyöhön eli ohjelehtisen. Opinnäytetyö toteutettiin suunnitelman mukaan. Raportin tekeminen opinnäytetyö projektista aloitettiin marraskuussa 2016.

Ohjelehtistä varten toteutettiin kaksi asiantuntijahaastattelua lokakuussa 2016. Haastattelut suoritettiin sähköpostitse. Haastattelukysymykset löytyvät liitteestä 2. Haastatteluissa selvitettiin mitä kohdeorganisaatio toivoo opinnäytetyöltä, ohjauksen ja sitouttamisen nykytilanne sekä kuinka toimitaan, kun nuori on lääkekielteen. Nuoren kieltäytyessä lääkehoidosta mietitään kieltäytymisen syitä ja pyritään löytämään ratkaisu tilanteelle. Opinnäytetyöltä toivottiin tietoa, kuinka ohjata ja sitouttaa nuorta. Koko henkilökunnalle tulisi olla selvää miksi nuoren pitää sitoutua lääkehoitoon ja miten sitoutuminen vaikuttaa nuoren psyykkiseen hyvinvointiin. Ohjaamisessa tulee ottaa huomioon nuoren yksilöllisyys ja ymmärryksen taso. Nuorelle tulee tarjota luotettavaa tietoa lääkehoidosta. Henkilökuntaan kuuluu sairaanhoitajien lisäksi sosionomeja, lähihoitajia ja nuoriso-ohjaajia. Varsinkin heille toivotaan avaimia, millä keinoin ohjata ja sitouttaa nuorta lääkehoitoon. Haastatteluja käytettiin osana oppaan tietolähteitä. Ohje valmistui maaliskuussa 2017 ja se toimitettiin kohdeorganisaatioon.

Käytettyjä asiasanoja olivat nuori/adolescent, hoidonohjaus/ patient education as topic, lääkitykseen sitoutuminen/medication adherence, lääkehoito/drug therapy, motivaatio/motivation, hoitomyöntyvyys/patient compliance, psykiatria/psychiatry, mielenterveys häiriöt/mental disorders ja mielenterveys/mental health. Asiasanat tarkastettiin Medicissä. Haut tehtiin touko- ja joulukuussa 2016 (Liite 1).

Nuorella projektissa tarkoitetaan 12–18-vuotiaita nuoria, sillä sen ikäisiä nuoria Puron opinnäytetyön kohdeyksikössä asuu (Puro 2016). Lääkehoidolla viitataan pääasiassa psyykenlääkkeisiin. Sitoutumisella tarkoitetaan lääkehoitoon sitoutumista

eli lääkkeiden ohjeen mukaista käyttöä. (Oksanen 2015.) Ohjauksella tarkoitetaan lääkkeiden käytöstä kertomista sekä lääkkeiden hyödyistä ja haitoista ohjaamista (Fernandez, Evans, Griffiths & Mostacchi 2006, 71).

3.3 SWOT-analyysi

Projektin vahvuuksia, mahdollisuuksia, heikkouksia ja uhkia voidaan tarkastella SWOT-analyysin avulla. Vahvuudet ja heikkoudet ovat projektin ominaisuuksia, kun taas mahdollisuudet ja uhat ulkoisia tekijöitä. (Silfverberg 2007, 16.) Taulukossa 1. on kuvattu opinnäytetyö projektin heikkoudet, vahvuudet, mahdollisuudet ja uhat.

Taulukko 1. SWOT-analyysi omalle projektille

”Nuoren ohjaus ja sitouttaminen lääkehoitoon”	+	-
Sisäiset tekijät	Vahvuudet: Oma & kohdeorganisaation kiinnostus aiheeseen, hyvin saa järjestettyä yhteistä aikaa	Heikkoudet: Nuoriin kohdennetun tiedon löytyminen, tiedon tiivistäminen selkeäksi ohjeeksi
Ulkoiset tekijät	Mahdollisuudet: Parantaa lääkehoidon onnistumista, Saadaan paljon tietoa ohjaamisesta	Uhat: Ajan käytön epäonnistuminen, kesällä on huonosti aikaa, tekijät eriluokilla seuraavan vuoden

Opinnäytetyön vahvuudeksi nousi oma ja kohdeorganisaation kiinnostus kehittää nuoren ohjausta ja sitouttamista lääkehoitoon. Yhteisen ajan järjestäminen koettiin myös vahvuutena. Heikkouksina pidettiin, että aiheesta löytyvää tietoa ei voida soveltaa nuoriin sekä ohjelehtisen tiivistäminen selkeäksi kokonaisuudeksi koettiin vaikeaksi. Opinnäytetyön mahdollisuuksina oli parantaa kohdeorganisaation lääkehoidon onnistumista sitoutumisen ja ohjauksen kautta sekä lisätä opinnäytetyöntekijöiden tietoa ohjauksesta. Uhkina pidettiin ajankäytön epäonnistumista ja eri luokilla olemista.

4 SITOUTUMINEN

Kielitoimiston sanakirja (2016) määrittelee sitoutumisen niin, että joku lupautuu noudattamaan sitovasti ohjeita ja toimimaan niiden mukaan. WHO (2003, 3, 27) toteaa, että on tärkeää erottaa sitoutuminen ja hoitomyöntyvyys. Hoitomyöntyvyys tukee sitoutumista. Isoin ero on, että sitoutumisessa potilas suostuu hoito-ohjeisiin. Potilaan ja hoitavan tahon pitää toimia hyvässä yhteistyössä ja kommunikation pitää sujua. Potilaan pitää olla aktiivinen toimija hoidossaan, että häntä voidaan pitää sitoutuneena. Sitoutumiseen vaikuttavat terveydenhuolto, sosiaaliset ja taloudelliset tekijät, olosuhteet sekä potilaasta ja hoidosta tulevat tekijät.

4.1 Hoitoon sitoutuminen

Hoitoon sitoutuminen vaikuttaa yksilön sekä väestön hyvinvointiin. Sitoutumattomuus lisää yhteiskunnan terveydenhuollon kustannuksia. (Aarnio & Martikainen 2016.) Hoitoon sitoutuminen tuo potilaalle paremman elämänlaadun ja lisää elinvuosia, tämä kuitenkin vaatii potilaalta elämäntapamuutoksia ja vaivannäköä. Hoitoon sitoutuminen voi olla tavoite tai väline pyrittäessä päämäärään. Elämäntapamuutokset tulisi tehdä hoidon alkuvaiheessa, mutta niistä saatava hyöty voi ilmetä vasta vuosienkin päästä. Hoitoon sitoutuminen ei tarkoita, että potilas joutuisi olemaan yksin vastuussa terveydestään, vaan hänellä on tukena perhe sekä terveydenhuolto ja sen henkilöstö. (Kyngäs & Hentinen 2009, 20–23.) Sitoutumisen kannalta on tärkeää, että potilas ymmärtää olevansa sairas. Potilaan on myös hyvä kokea onnistumisia hoidon suhteen, jolloin sitoutumisesta tulee helpompaa. (Timlin 2016, 31.)

Hoitoon sitoutumista voidaan arvioida suorilla ja epäsuorilla menetelmillä. Suorat menetelmät ovat luotettavampia, mutta niitä ei voi käyttää päivittäin. Suoria menetelmiä ovat potilaan toiminnan havainnointi sekä veren ja virtsan lääkeainepitoisuuksien ja biologisten merkkiaineiden selvittäminen. Epäsuoriin arviointimenetelmiin kuuluu potilaan kanssa keskustelu ja potilaan oman tilan itsearvio sekä hoitotuloksen ja toteutuksen seuranta. (Kyngäs & Hentinen 2009, 36–38.)

Kun potilaan toiminnan ja tavoitteen välillä on ristiriita, tulee hoitajan auttaa potilasta löytämään muutosmotivaatio. On potilaan omalla vastuulla kertoa hoitajalle ristiriidoistaan ja saada niihin selvyys hoitajan ohjauksen avulla. Hoitajan ei tulisi pakottaa, suostutella tai väitellä potilaan kanssa. Näillä menetelmillä ei synny potilaan omaa motivaatiota. Hoitajan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta eli hoitaja ei voi pakottaa potilasta sitoutumaan vaan tukea potilasta tekemään sitoutumispäätös itse. (Laakso 2012, 11.)

4.2 Lääkehoitoon sitoutuminen

Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat lääkehoidon kesto, sivuvaikutukset, toivottu ja koettu vaikutus, ottotapa, muut rinnakkaishoidot, unohtaminen, uskomukset ja suhtautuminen lääkehoitoon (Kyngäs & Hentinen 2009, 198). Hoitoon sitouttamattomuutta on kahden laista: tahallista ja tahatonta. Tahallisessa sitouttamattomuudessa lääkkeet jätetään tietoisesti pois. Siihen syynä voi olla oireettomuus, kokemus lääkkeen turhuudesta, lääkkeen kustannukset ja koetut haitat. (Aarnio & Martikainen 2016, 9.) Koettuja haittoja ovat esimerkiksi ekstrapyramidaalioireet, agitaatio, sedaatio ja koettu lihominen (Oksanen 2015, 1438). Tahattomalla hoitoon sitoutumattomuudella tarkoitetaan, ettei potilas ymmärrä hoidon merkitystä eikä osaa toimia oikein lääkehoidon suhteen. Tahatonta on myös unohtaminen, jonka syynä voi olla muistihäiriöt tai muut kognition häiriöt. Unohtamisen seurauksena voi olla lääkkeen ottamatta jättäminen tai väärä annostus. Väärä annos voi olla liian iso tai pieni mutta kumpikin on potilaalle haitallinen. (Kyngäs & Hentinen 2009, 44.) Jos potilaalla on vaikeuksia muistamisen kanssa, hän voi käyttää erilaisia muistamisen apuvälineitä, esimerkiksi puhelimen herätyskelloa tai muistilappuja (Oksanen 2015, 1441).

Sitoutuminen lääkehoitoon on tärkeää, mutta se saattaa olla nuorille vaikeaa ja hoitohenkilökunnan voi olla vaikea vaikuttaa sitoutumisen paranemiseen (Timlin 2015, 28). Nuorten kanssa työskennellessä, perheen hoitoon osallistumisen tärkeys korostuu (Timlin 2015, 33). Perheen huomioon ottaminen tukee nuoren hoitoon sitoutumista. Nuoren sitoutuminen yksin hoitoon ei välttämättä onnistu hänen kehi-

tyksensä ja persoonallisuuden takia, tällöin vanhemman rooli korostuu. Perhettä pitää auttaa hyväksymään nuoren sairaus ja lääkehoito, sillä perheen huono asenne vaikuttaa myös nuoren asenteeseen ja haittaa näin lääkehoitoon sitoutumista. (Kyngäs & Hentinen 2009, 172.)

Luottamuksellinen ja hyvä suhde potilaan ja lääkehoidon ohjaajan välillä parantaa lääkehoitoon sitoutumista (Oksanen 2015, 1438; Timlin 2015, 32). Lääkehoidon ohjaajalla tulee olla hyvä ammattitaito ja kiinnostusta kehittää omaa osaamistaan. Ohjaajan tulee olla johdonmukainen ja pitää kiinni sovituista säännöistä yhdessä potilaan kanssa. Ohjaajan on tärkeää tunnistaa potilaan mahdollinen sitouttamattomuus ja motivoida potilasta muuttamaan asennettaan. (Kyngäs & Hentinen 2009, 173–174.)

Lääkehoidon ohjaajan tulee kuunnella potilasta ja ottaa huomioon hänen mielipiteensä, mutta välttää samalla auktoriteettista puhetapaa. Silloin potilas ei välttämättä uskalla kertoa negatiivisista ajatuksistaan lääkehoitoa tai sen aiheuttamia sivuvaikutuksia kohtaan. Kun potilaan tuntemuksista ollaan tietoisia, voidaan mielipiteisiin vaikuttaa. Potilaan kanssa tulee yhdessä sopia pieniä ja saavutettavia tavoitteita pitkäaikaistavoitteiden lisäksi. Näin hän voi kokea onnistumisen tunteita lääkehoidossaan, vaikka pitkäaikaistavoitteen saavuttaminen veisikin aikaa. Onnistumisen tunteet lisäävät sitoutumista. (Oksanen 2015, 1440–1441.)

5 OHJAUS

Ohjaamisella ja opastamisella pyritään saamaan jokin sujumaan halutulla tavalla (Kielitoimiston sanakirja 2016). Ohjaamisessa monet eri tiedot ja taidot yhdistyvät kokonaisuudeksi, jonka tavoitteena on potilaan kanssa asioiden läpi käynti ja potilaan voimavarojen lisääntyminen. Ohjaustilanteessa ohjaaja tarjoaa potilaalle aikaa ja huomiota. Sosiaali- ja terveysalan ohjaamista säättävät monet lait, kuten laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Ohjauksen tukena ovat myös erilaiset ohjeet, kuten Käypä hoito-suositukset ja muu ammatillinen tieto. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 16.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L17.8.1992/785) määrittelee potilaan tiedonsaanti oikeuden. Potilaalla on oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehtoista ja hoidon merkityksestä terveydelle, potilaalla on kuitenkin oikeus kieltäytyä tiedonsaannilta. Tietoa tulee antaa riittävästi ja varmistaa että potilas on ymmärtänyt saadun tiedon. Alaikäisen potilaan kohdalla tulee huomioida potilaan ikä ja kehitystaso. Nämä vaikuttavat siihen onko alaikäinen kykeneväinen päättämään omasta hoidostaan. Jos ei ole, tulee hoidosta päättää yhdessä huoltajan tai muun laillisen edustajan kanssa.

Ohjauksen tulee olla näyttöön perustuvaa ja ohjaajan antaman tiedon ajantasaista (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 62). Yksi ohjauksen näyttöön perustuva malli on motivoiva haastattelu. Motivoivalla haastattelulla pystytään vaikuttamaan potilaan asenteisiin hoitoa kohtaan. Motivoiva haastattelu on näyttöön perustuvaa toimintaa. Sillä pystytään vaikuttamaan tehokkaasti potilaan hoidon tuloksiin ja lääkehoitoon sitoutumiseen. (Laakso 2012, 8.) Yksi vaikuttavimmista psykoosien hoitomuodoista on psykoedukaatio. Sen tulisi kuulua aina osana psykiatristen sairauksien hoitokokonaisuutta. (Kieseppä & Oksanen 2013, 2133.)

5.1 Ohjaustilanne

Ohjauksessa annettavan tiedon tulee perustua tutkimuksiin ja ohjaajan tulee arvioida tutkimusten luotettavuus ja käyttää lähdekritiikkiä. Ohjaajalta vaaditaan ammattitaitoa käyttää ja yhdistää eri tietolähteistä hankittua tietoa. Ammattitaitoon kuuluu myös tiedon ja taidon ylläpitäminen. Näyttöön perustuva tieto mahdollistaa hyvän potilasohjauksen. (Kyngäs ym. 2007, 62, 66.)

Potilaan ohjaus muodostuu potilaan tiedon tarpeen arvioinnista ja valmiudesta oppia uusia asioita. Tärkeää on, että ohjaustilanne on suunniteltu yksilöllisesti potilaan tarpeita ajatellen. Potilaat otetaan mukaan oman hoitonsa suunnitteluun, joten heille tulee tarjota tietoa sairaudesta, lääkityksestä ja eri hoitovaihtoehdoista. Potilas ei voi päättää hoitovaihtoehtojen välillä, jos ei tiedä niistä riittävästi. (Joanna Briggs Institute 2016.)

Ennen ohjaustilannetta tehdään suunnitelma ohjaustilanteen toteutuksesta. Siinä tulee huomioida ohjaustilanteen pituus, ohjattavan oppimistyyli ja aikaisempi tieto ohjattavasta aiheesta. Ohjaajan tulee tietää riittävästi ohjauksen aiheesta ja välttää lääketieteellistä termistöä ohjauksen aikana. Ohjaustilanne on hyvä pitää lyhyenä sekä välttää antamasta liikaa tietoa. Ohjaustilanteen tukena on hyvä käyttää kirjallista tutkittuun tietoon perustuvaa materiaalia, jonka voi antaa ohjattavan mukaan. (Joanna Briggs Institute 2016.)

Vuorovaikutus on ohjauksen pääperiaate. Potilaan ja ohjaajan täytyy haluta työkennellä yhdessä, jotta ohjaus onnistuu. Yhteinen päämäärä ja tavoite ovat vaatimuksia onnistuneelle ohjaukselle. Potilaalle annetaan mahdollisuus kysymyksiin ja ohjaukseen osallistumiseen. Tämä mahdollistaa potilaan tukemisen ja palautteen vaihdon potilaan ja ohjaajan välillä. Ohjauksessa potilas oppii myös itsenäisesti omista ajatuksistaan ja tuntemuksistaan. Potilas ja ohjaaja luovat yhdessä ohjeet, joita potilas pyrkii noudattamaan. (Kyngäs ym. 2007, 48, 74, 87.)

5.2 Psykoedukaatio

Psykoedukaatio on kehitetty osaksi psykoosiin sairastuneiden hoitoa, mutta nykyisin sitä hyödynnetään myös muiden sairauksien hoidossa (Mielenterveystalo 2016)

b). Sen on todettu olevan yksi vaikuttavimmista psykososiaalisista hoitomenetelmistä. Hoitomenetelmänä psykoedukaatio ei vaadi erillistä pätevyyskoulutusta, vaan sitä voi harjoittaa lähes kuka tahansa. Psykoedukaatiossa psykoosiin sairastuneelle tai hänen läheisilleen annetaan tietoa sairaudesta, sen kulusta ja hoidosta. Psykoedukaation tarkoituksena on helpottaa sairauden kanssa elämistä. Sen avulla pyritään parantamaan potilaan hoitomyöntyvyyttä ja antamaan selvyyttä potilaille sekä omaisille psykoosista sairautena ja sen hoidosta. Hoitomuoto on suurilta osin vuorovaikutusta hoitajan ja potilaan tai omaisten välillä, joten toimiva yhteistyö heidän välillään on ensisijaisen tärkeää onnistuneen lopputuloksen saavuttamiseksi. Psykoedukaation ei tulisi olla ainoa psykoosien hoidossa käytettävä hoitomuoto, vaan se tulisi liittää muihin lääke- ja hoitomenetelmiin. (Kieseppä & Oksanen 2013, 2133, 2138.)

Psykoedukaatiolla ei välttämättä tavoitella pysyvää sairaudesta parantumista, vaan sillä pyritään ehkäisemään uusia psykoosijaksoja ja lievittämään pitkäaikaisoireita. Tavoitteena on opettaa sairastuneelle ja hänen läheisilleen sairauden ja oireiden hallintakeinoja, joiden myötä elämänlaatu paranee. Psykoedukaation on todettu parantavan hoitoon sitoutumista ja samalla vähentävän sairaalahoidon tarvetta ja relapseja. (Kieseppä & Oksanen 2013, 2133, 2134.)

Psykoedukaation toteutuksessa käytetään erilaisia menetelmiä, kuten tiedon antoa sairaudesta, ymmärryksen ja sairauden hallinnan lisäämistä sekä muutoksen mahdollistamista. Sen ei tulisi kuitenkaan perustua pelkästään tiedon antoon, vaikka se onkin suuri osa psykoedukaatiota. Psykoedukaation tulisi sisältää vuorovaikutteista keskustelua sekä potilaan tai omaisen omaa pohdintaa. Psykoedukaatiota voidaan toteuttaa yksin tai ryhmässä potilaan kunnon tasosta riippuen. Haavoittuvuus-stressimalli, oireiden tunnistus ja hallinta, ongelmanratkaisu ja kommunikaatio sekä kertaaminen ja toistaminen ovat psykoedukaation neljä pääkohtaa. (Kieseppä & Oksanen 2013, 2136–2137.)

Haavoittuvuus-stressimallin avulla tarkastellaan potilaan psyykkisiä ja fyysisiä häiriöitä sekä sairauksia (Mielenterveystalo 2016 b). Mallin tarkoituksena on auttaa potilaita ja omaisia hahmottamaan ja ymmärtämään psykoosiin johtaneita tekijöitä.

Haavoittuvuus-stressimalli voi tuntua sekavalta ja hankalalta potilaan ja omaisten mielestä, joten sen läpi käymiseen on varattava riittävästi aikaa. (Kieseppä & Oksanen 2013, 2136–2137.)

Psykoedukaation keskeisin sisältö keskittyy oireiden tunnistamiseen ja hallintaan sekä niiden opetteluun. Tässä psykoedukaation osiossa psykoosin tyypillisiä varo-merkkejä käydään läpi ohjaajan johdolla. (Kieseppä & Oksanen 2013.) Varomerkit ovat oireita jotka esiintyvät päiviä tai viikkoja ennen psykoosijaksoa (Mielenterveystalo 2016 b). Psykoositilaan palaaminen ja sen ajattelu tuntuvat usein pelottavalta ja ahdistavalta. Tämän vuoksi oireiden tunnistaminen ja hallinta tulisi aloittaa vasta kun potilaan tila on tasaisempi ja jaksaminen parempaa. Varomerkkien tunnistamisen jälkeen tulee miettiä, millaisia oireiden hallintakeinoja voidaan alkaa käyttää, jotta tilanne ei uusiudu. Varo-merkkejä ovat mm. univaikeudet ja pelokkuus. Tilanteen uusiutuessa tulee pohtia, mitä keinoja voidaan käyttää psykoosin pahenemisen estämiseen. Lääkehoito on tärkeä osa psykoosisairauden hallintaa, minkä vuoksi lääkityksestä, sen haittavaikutuksista ja vaikutusmekanismeista tulee keskustella riittävästi. Mm. lepo, läheisten tuki ja rentoutuminen voivat olla muita mahdollisia sairauden hallintakeinoja lääkityksen lisäksi. (Kieseppä & Oksanen 2013, 2137.)

Ongelmanratkaisu ja kommunikaatio taitojen harjoittaminen psykoedukaatiossa edistää potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua. Ongelmatilanteita tarkastellaan palloittain ja pyritään luomaan toimintamalleja niiden ratkaisemiseksi. Kertaamisen ja toistamisen rooli psykoedukaatiossa korostuu. Tiedon vastaanottamista helpottaa se, että tieto annetaan selkeästi ja pieni osa kerrallaan. Psykoosisairauksiin liittyvien kognitiivisten heikkouksien kuten keskittymisen, muistin ja oppimisen ongelmien vuoksi tiedon sisäistäminen voi olla hankalampaa kuin normaalisti. Tämän vuoksi potilaan läheisten mukaan ottaminen on ensiarvoisen tärkeää. Keskustelun tukena tulisi käyttää erilaista havainnollistavaa materiaalia kuten kuvia ja videoita. (Kieseppä & Oksanen 2013, 2137, 2138.)

5.3 Motivoiva haastattelu

On tutkittu, että motivoivalla haastattelulla pystytään parantamaan psykiatristen potilaiden lääkehoitoon sitoutumista (Laakso 2012, 8). Motivoiva haastattelu on potilaslähtöistä ja sen tarkoituksena on saada potilas itse haluamaan muutosta. Motivoiva haastattelu sopii varsinkin potilaille, joilla on ristiriitaiset tai negatiiviset ajatukset hoitoon sitoutumista ja lääkehoitoa kohtaan. Motivaatiota ei pidetä osana ihmistä, vaan tunnetilana, joka tulee ja menee niin kuin muutkin tunteet. Motivoivaa haastattelua käytettäessä ohjaaja on kuuntelija ja kannustaja, ei painostava tai määräilevä asiantuntija. Ohjaaja herättää potilaan oman halun muutokseen olemalla empaattinen ja kuuntelee potilasta yksilönä. Potilas saa mahdollisuuden miettiä omia arvojaan ja tulevaisuutta turvallisessa ympäristössä ja päättää itse mitä haluaa elämältään. (Lahti, Rakkolainen & Koski-Jännes 2013, 2063.)

Motivoiva haastattelu perustuu Prochaskan ja DiClemeten vuonna 1982 kehittämään muutoksen mallin teoriaan. Muutoksen malli on viisiosainen tapahtumien ketju, joka alkaa esiharkinta vaiheen jälkeen. Siinä on harkintavaihe, valmistautumisvaihe, toimintavaihe, ylläpitovaihe ja repsahdus eli paluu vanhaan. Esiharkintavaiheessa potilas ei halua muutosta, koska näkee vain sen mitä joutuu tekemään sen eteen, ei sitä mitä voi saavuttaa muutoksella. Harkinnanvaiheessa potilas alkaa nähdä positiiviset asiat, joita muutos tuo mukanaan mutta muutoksen eteen tehtävä työ vaikuttaa edelleen liian vaativalta. Valmistautumisvaiheessa potilas ymmärtää muutoksen tuoman tilan olevan parempi asia kuin työ, jonka joutuu tekemään sen eteen. Tässä vaiheessa potilas päättää itselleen tavoitteen jonka tahtoo saavuttaa. Toimintavaiheessa potilas aloittaa työn, joka johtaa muutokseen. Tämän jälkeen tulee ylläpito vaihe, joka voi jäädä pysyväksi tilaksi eli parantuneeksi elämäntylyksi tai voi tulla repsahdus. Repsahduksesta alkaa uudestaan harkinnanvaihe ja nämä kaikki vaiheet käydään läpi niin kauan, että parantunut elämäntyly jää pysyväksi vaiheeksi. Kaikkia vaiheita ei välttämättä käydä läpi muutoksessa ja repsahdus voi tulla jo ennen ylläpitovaihetta. (Laakso 2012, 10.)

Motivoiva haastattelu jakautuu neljään prosessiin, joita ovat hoitokontaktin käynnistyminen, fokusointi, herättely ja suunnittelu. Hoitokontaktin muodostuminen on

kaikista tärkein, koska ilman potilaskontaktia ei potilasta voi motivoida. Tässä vaiheessa potilasta kuunnellaan ja selvitetään, millainen hänen arvomaailmansa on. Fokusoinnissa valitaan keskustelulle ja ohjaamiselle jokin päämäärä, että päästään eteenpäin. Herättelyssä potilaalla tulee olla jo ajatusta halusta muutokseen. Päämäärä on selvittää, minkälaisiin muutoksiin potilas on valmis sitoutumaan ja mitä hän haluaa muuttaa. Suunnitteluvaiheessa päätetään, kuinka muutos saavutetaan ja tehdään toimintasuunnitelma sen saavuttamiseksi. (Lahti ym. 2013, 2063–2064.)

Motivoivan haastattelun neljä pääperiaatetta ovat empatian osoittaminen, potilaan itseluottamuksen ja omien kykyjen vahvistaminen, nykyisen ja tavoiteltavan tilanteen välillä olevan ristiriidan voimistaminen ja väittelyn välttäminen, vastarinnan myötäileminen. Empatian osoittaminen auttaa potilasta tuntemaan itsensä hyväksytyksi ja saa hänet helpommin avautumaan asenteistaan ja ongelmistaan. Empaattisessa ja ymmärtävässä ilmapiirissä potilaan on helpompi pohtia omaa ristiriitaisuuttaan käytöksensä ja haluamansa muutoksensa välillä. Potilaan itseluottamus ja omien kykyjen vahvistaminen auttaa potilasta pysymään motivoituneena muutokseen. Tätä tukee se, että potilaan täytyy itse haluta muutosta ja sen ylläpito on potilaan omalla vastuulla. Hoitaja voi olla tukena ja antaa uskoa onnistumiseen. Nykyisen ja tavoiteltavan tilanteen välillä olevan ristiriidan voimistamisessa potilaan tulee itse huomata ero näiden välillä. Tämä voidaan saavuttaa kysymällä potilaalta, kuinka hänen toimintansa vaikuttaa hänen tavoitteisiinsa. Päämääränä on, että potilas luo itse tavoitteensa, ei hoitaja. Hoitaja ei siis taivuttele potilasta olemaan kanssaan samaa mieltä vaan auttaa potilasta päättämään muutoksen kannalle omien ajatusten kautta. Hoitaja ei ala väitellä muutoshaluttomuudesta potilaan kanssa vaan myötäilee sitä. Hän keskustelee potilaan kanssa siitä, miksi potilaalla on vastustusta muutoksen toteuttamiseen ja auttaa potilasta keksimään itse, kuinka selvittää nämä ongelmat. (Laakso 2012, 11–12.)

Motivoivan haastattelun neljä keskustelutekniikkaa ovat avoimet kysymykset, vahvistukset, heijastava kuuntelu ja yhteenvedot. Avoimilla kysymyksillä potilas pyritään saamaan ajattelemaan ja puhumaan, samalla saadaan selville potilaan arvoja. Käypä hoito-suosituksessa (2014) todetaan kysymysten olevan yleensä mitä, miten, miksi, kuinka ja kerro alkuisia. Vahvistukset ovat hoitajan kommentteja potilaan

vahvuuksista, joita potilas ei ehkä itse huomaa. Vahvistuksia on tärkeä antaa varsinkin aihealueilta, joita potilas pitää täysin epäonnistuneina. Niitä ovat kehut yrityksistä muuttua, kehut pienistä onnistumisista ja kommentit siitä, että hoitaja ymmärtää potilasta ja arvostaa häntä. Potilas pysyy motivoituneena, kun saa kuulla positiivisia asioita, vaikka kaikki ei menisi niin hyvin. Heijastavassa kuuntelussa toistetaan mitä potilas sanoi ja kysytään, tarkoittiko potilas sanomansa asian tietyllä tavalla. Yhteenvedossa hoitaja kertoo asiat, joista on keskusteltu ja tuo esiin tärkeimmät ilmenneet asiat. Tämä kertoo potilaalle, että häntä on oikeasti kuunneltu ja antaa mahdollisuuden käydä asioita läpi tarkemmin. (Laakso 2012, 12–13.)

Onnistuneesta motivoivasta haastattelusta potilaalle jää ajatus muutoksen tekemisestä ja hänen kanssaan on tehty suunnitelma, kuinka saavuttaa muutos. Muutos ei tapahdu hetkessä mutta tapaaminen hoitajan kanssa voi auttaa sen tekemisessä. Motivoivalla haastattelulla tehty suunnitelma on toimiva, koska se potilaasta itsestä lähtöisin. (Käypä hoito 2014.)

6 YLEISIMMÄT PSYKIATRISET SAIRAUDET

Tässä luvussa tullaan esittelemään yleisimmät psykiatriset sairaudet, joita psykiatrisessa asumiskoti Purossa hoidetaan lääkkeellisesti. Niitä ovat skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö, masennus ja ADHD. Luvussa esitellään myös lääkehoitoa näihin sairauksiin.

Arviolta 450 miljoonalla ihmisellä on mielenterveydellisiä ongelmia. ¼:lla maailman ihmisistä mielenterveysongelmat vaikuttavat heidän elämäänsä jollain tavalla, jossain vaiheessa elämää. (Fernandez ym. 2006, 70.) Viidesosa nuorista kärsii jostakin mielenterveyshäiriöstä. Nuoren käytöksestä voi olla vaikea erottaa normaalit kehitykseen kuuluvat muutokset häiriintyneestä käytöksestä. (Mielenterveystalo 2016 a.) Yleensä mielenterveysongelmat alkavat nuoruusiässä, varsinkin psykoottiset häiriöt puhkeavat silloin (Mäki & Veijola 2012, 27).

Mielenterveysongelmissa henkilön psyykkinen kykenevyys on alentunut verrattuna muihin samassa kehitysvaiheessa oleviin. Nuorten psyykkiset sairaudet ilmenevät usein aggressiivisuutena ja laihduttamisena. Heidän oireensa liittyvät usein perheen tilanteeseen. Nuorten psykiatrisesta hoidosta haastavaa tekee se, että nuoret kasvavat ja kehittyvät koko ajan. Heidän hoidossaan tulee olla erityisen herkkä ja huomioida nuorten haavoittuvuus. Nuoruusiässä usein puhkeaa psykiatrisia sairauksia, jotka jatkuvat aikuisikään asti. Usein niiden taustalla on nuorten henkistä pahoinvointia ja ahdistusta. (Timlin 2016, 21–22.)

6.1 Psykoosit

Psykoosin puhkeaminen nuorella voi merkitä erilaisten psyykkisten sairauksien puhkeamista, kuten skitsofreniaa, psykoottista masennusta tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Puhkeamiseen voi vaikuttaa myös päihteiden käyttö. Nuorella psykoosi voi olla tila, josta hän paranee. (Mäki & Veijola 2012, 27.)

Psykoosin oireet jaetaan kolmeen luokkaan, positiivisiin oireisiin, hajanaisuuteen ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisia oireita ovat aistiharhat ja harhaluulot. Hajanaisuus tarkoittaa outoa puhetta, jota ei voi ymmärtää, hajanaista käytöstä ja outoja

asentoja ja liikkeitä. Negatiivisia oireita ovat tunteiden latistuminen, aloitekyvyttömyys, eristäytyminen ja puheen köyhtyminen. Psykooseille olennaisinta on heikentynyt todellisuudentaju. Psykoosissa olevan on vaikeaa tai mahdotonta erottaa todellisuus ja kuvitelmat toisistaan. (Mäki & Veijola 2012, 27–28.) Ennen psykoosin puhkeamista voi ilmetä varomerkkejä, jotka kertovat mahdollisesta psykoosin tulosta. Näitä ovat unihäiriöt, muutos ruokahalussa, mielialan muutos, epäluuloisuus, uskomusten vahvistuminen, pelottavat ajatukset, syrjään vetäytyminen ja riitely muiden ihmisten kanssa. Varomerkkejä voi ilmetä ennen ensipsykoosia tai psykoosin uusiutuessa. (Mielenterveystalo 2016 c.)

Varomerkkien tunnistaminen on tärkeää, koska varhainen ja nopea psykoosin hoito lyhentää akuutin psykoosi jakson hoitoa. Akuutissa vaiheessa ilmenee psykoosin oireita. Psykoosista voi toipua ja psykoosin takana olevan sairauden kanssa voi oppia elämään. Psykoosia aiheuttavista sairauksista voi tulla pitkäaikaisoireita, mutta niitä voi oppia hallitsemaan. Pitkäaikaisoireet ilmenevät, vaikka potilas ottaisi lääkkeensä niin kuin ne on määrätty. Pitkäaikaisoireita voi olla harhat, harhaluulot, masennus, ahdistus, ajatus- ja puhehäiriöt, keskittymisvaikeudet, pakko-oireet ja negatiiviset oireet. Tärkeää sairauden hallinnan ja elämänlaadun kannalta on näiden oireiden tunnistaminen. Niistä puhumalla ja tiedostamalla niiden olemassaolon voi seurata omaa psyykkistä hyvinvointia. Oireita voi hillitä tekemällä jotain aktiiviteettia tai suuntaamalla ajatukset johonkin muuhun. Varomerkit ja pitkäaikaisoireet ovat asioita, joita on hyvä käydä läpi psykoedukaatiossa, jonka olisi hyvä olla osa psykoosia sairastavan hoitoa. (Mielenterveystalo 2016 c.)

6.2 Masennus

Masennuksella voidaan tarkoittaa erilaisia asioita. Varsinaisessa merkityksessä se tarkoittaa alentunutta mielialaa tai vähentyntä mielenkiintoa asioihin. Masennustilalla tarkoitetaan näiden oireiden pitkäaikaista ja yhtäjaksoista ilmentymistä. Oireiden kuvaa voidaan luokitella lieviksi, keskitasoisiksi ja vaikeiksi masennustiloiksi. Lievässä masennustilassa oireet häiritsevät vain hieman normaalia elämää ja ihmissuhteita, kun taas vaikeassa masennustilassa oireet vaikuttavat merkittävästi ihmissuhteisiin ja toimintakykyyn. (Huttunen 2015.)

Nuoren masennus voi näkyä keskittymisvaikeuksina ja syrjään vetäytyneisyytenä sekä mielenkiinto aikaisemmin kiinnostaviin asioihin voi kadota. Masennustilan ydinoireisiin kuuluu edellä mainittujen lisäksi myös alentunut mieliala. Muita oireita voi olla mm. unihäiriöt, heikentynyt ruokahalu, jonka myötä painon putoaminen sekä itsetuhoiset ajatukset. Masennustilan diagnosointi edellyttää vähintään kahta samanaikaisesti esiintyvää ydinoiretta ja kaksi muuta oiretta joiden tulee kestää yhtäjaksoisesti vähintään kaksi viikkoa. Pitkäaikaisesta masennuksesta puhutaan, kun nuoren masennustila on kestänyt yhtäjaksoisesti vähintään vuoden. (Marttunen, Huurre, Strandholm, Viialainen 2013, 42.)

Masennustilat yleistyvät nuoruusiässä ja niistä kärsiikin 5-10 prosenttia 15–18-vuotiaista nuorista. Masennukseen voi liittyä myös muita mielenterveydenhäiriöitä kuten käytöshäiriöitä, ahdistuneisuutta tai päihdehäiriöitä. (Marttunen ym. 2013, 43.) Masennukseen johtavia syitä on monia ja usein masennukseen sairastuminen onkin useamman kuin yhden tekijän muodostama summa (Karlsson & Marttunen 2007, 8). Nuorten masennukseen johtavia syitä voi olla perheen sisäiset ongelmat kuten avioero tai liian suuret odotukset esimerkiksi koulumenestyksen suhteen. Suuret menetykset, väkivallan kokeminen ja kiusaaminen voivat myös olla osana syinä masennustilan syntymiseen (Mielenterveystalo 2016 d.)

6.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö jaetaan tyyppiin I ja II. I tyypissä on vähintään yksi maaninen jakso. Tyypissä II varsinaista maniaa ei esiinny vaan hypomaniaa, jonka oireena ovat lievät manian oireet. Kolmasosa kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista on sairastunut lapsena tai nuorena. Perinnöllisyys vaikuttaa sairastumisen riskiin. Enemmän sairastumiseen vaikuttaa kuitenkin ympäristö, pähteiden käyttö ja stressi. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnusmerkkejä ovat mania ja masennus vaiheet. On tyypillistä, että ne tulevat jaksoittain ja niiden välissä voi olla oireettomiakin jaksoja. Nuorilla kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireet ovat yleensä enemmän masennusta kuin maniaa tai ne ilmenevät sekamuotoisesti samaan aikaan. Nuorilla kaksisuuntainen mielialahäiriö voi olla vaikea erottaa ADHD:sta.

ADHD:ta nuorilla esiintyy 1,9 %, kun taas kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastaa vain 0,1 %. (Mantere & Pajakko 2014.) Niiden samoja piirteitä ovat levottomuus, puheliaisuus, hajamielisyys ja ylivilkkaus, mutta kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ne tulevat jaksoittain toisin kuin ADHD:ssa. (McDougal 2009, 35).

Lapset ja nuoret voivat kokea manian, masennuksen ja tasaisen mielialan saman päivänä eli jaksottaisuus mielialoissa voi olla todella nopeatempoista. Nuorilla kohonnut mieliala voi ilmetä liiallisena hilpeytenä ja hassutteluna, kun taas huonossa mielentilassa nuoret ovat ylinegatiivisia. Heitä ei saa näistä mielialoista pois keskustelemalla ja nämä mielialat voivat vaihdella todella nopeasti hetkestä toiseen. Kohonnut itsetunto liittyy oleellisesti mania jaksoihin. Nuori uskoo olevansa parempi, voimakkaampi, viisaampi ja kykenevämpi kuin muut. Tästä voi seurata se, että he määräilevät muita tai tekevät uhkarohkeita tekoja, koska uskovat olevansa niin hyviä, että selviytyvät niistä. Vähentynyt unen tarve on myös manian merkki. Nuorella voi olla vaikeuksia nukahtaa ja hän heräilee kesken unien ja silti hän herää aamulla pirteänä. Oireistoon voi liittyä myös psykoosit ja itsemurha ajatukset. (Apps ym. 2008, 85–86.)

6.4 ADHD

ADHD:n eli aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriön oireet voidaan jakaa kolmeen osaan, impulsiivisuus ja ylivilkkaus painotteiseen, keskittymishäiriö painotteiseen tai molempia sisältävään tyyppiin. ADHD voi ilmetä mm. myöhästelynä, vaikeuksina keskittyä ja saattaa loppuun annetut tehtävät sekä vaikeutena huolehtia omista tavaroistaan. Tyypillisimmät impulsiivisuuteen ja ylivilkkauteen liittyvät oireet lieventyvät iän myötä, mutta tarkkaamattomuus oireet voivat olla merkittäviä vielä nuoruusiässä. THL:n mukaan ADHD:ta esiintyy tyypillisesti viidellä prosentilla 6–18 vuotiaista ja esiintyvyyden on todettu olevan yleisempää pojilla kuin tytöillä. Oireet voidaan havaita jo varhaislapsuudessa, jolloin diagnoosin tekeminen on helpompaa kuin nuorella, sillä usein nuoren ADHD sekoittuu muihin mielenterveyshäiriöihin. Diagnoosia ei voida tehdä yksittäisten oireiden perusteella vaan edellytetään, että oireista koituu selvää haittaa nuoren tai lapsen elämään, oireita ilmenee kahdessa eri paikassa, esimerkiksi koulussa ja kotona eikä vain toisessa, oireita on

voitu havaita jo ennen seitsemättä ikävuotta sekä oireiden pitkäaikainen ja samanaikainen ilmeneminen. (Marttunen ym. 2013, 79–80, 82–85.) Aktiivisuus ja tarkkaavaisuushäiriön puhkeamiseen vaikuttaa perimä ja ympäristötekijät. Perinnölliset tekijät selittävät jopa 60–90% kaikista lapsuus- ja nuoruusiän diagnooseista. (Käypä hoito 2013 a.) ADHD:n hoito aloitetaan ensisijaisesti psykososiaalisilla hoitomuodoilla, kuten terapioidilla, mutta vaikeaoireisessa ADHD:ssä näiden rinnalle on hyvä lisätä lääkehoito (Duodecim 2008).

7 LÄÄKEHOITO

Psykykenlääkkeiden käyttö lasten ja nuorten psyykkisten häiriöiden hoidossa on 10–15 vuoden aikana lisääntynyt. Lääkehoito tukee aina muuta psykiatrasta kuntouttavaa hoitoa. (Puustjärvi ym. 2016, 943.) Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2009, 962) on luonut suosituksen, miten lasten ja nuorten psykiatrasta lääkehoitoa tulisi toteuttaa. Toimintasuunnitelma on jaettu viiteen osaan. Yleistilanteen arviointiin, hoito- ja seurantasuunnitelman tekemiseen, psykoedukaatioon ja lääkemyöntyvyyden arviointiin, suunnitelman toimeenpanoon sekä lääkinnällisen hoidon toimivuuden tarkistamiseen. Mielenterveyslaissa (L14.12.1990/1116) on säädetty, ettei potilasta saa pakottaa lääkitykseen, ellei potilas ole tahdosta riippumattomassa hoidossa.

7.1 Nuorten psykiatrinen lääkehoito

Alle 18-vuotiaiden psykiatrisesta lääkehoidosta on melko vähän tutkimusta, suuri osa tutkimuksesta on aikuisten lääkehoidosta. Nuorten lääkehoidossa joudutaan siis turvautumaan niihin tai kokemustietoon. Tämän vuoksi lääkehoidon aloituksessa tulee tarkkaan miettiä, onko lääkkeelle tarvetta ja mikä sen annos on. Tässä kohtaa tulee myös ottaa huomioon nuoren ikä ja kokonaistilanne. Nuoren lääkityksen toteuttamisessa päävastuu on aikuisella. Nuorelle annetaan lisävastuuta omasta lääkityksestä iän karttuessa. Kuitenkin on perusteltua käyttää lääkkeitä alle 18-vuotiaidenkin psykiatrisessa hoidossa, koska sillä lisätään heidän toimintakykyään ja lievitetään oireita. Nuorten psykiatrisen lääkityksen toteuttaminen vaatii erityisen hyvää ammattitaitoa ja tiheää vaikutusten seurantaa, koska lääkkeiden vaikutuksista nuorilla tiedetään niin vähän. (Puustjärvi ym. 2016, 943–946, 949.)

Tärkeää lääkehoidon oikeasta toteutumisesta tekee se, että kahden vuoden sisällä 20 % hoitoon tulleista potilaista kokee relapsin. Relapsista ja lääkkeiden epäsäännöllisestä käytöstä voi seurata uusia sairaalajaksoja, jotka voivat johtaa nuoren lisääntyneeseen häiriökäyttäytymiseen. (Timlin 2015, 28–34.) Psykoosilääkkeiden ottamatta jättäminen ja lopettaminen suurentavat relapsiriskiä viisinkertaiseksi (Oksanen 2015, 1437). Relapsilla tarkoitetaan oireiden palautumista tai pahentumista näennäisen parantumisen jälkeen (Terveyskirjasto 2016).

7.2 Psykiatrisessa hoidossa käytettävät lääkkeet

Nuorella psyykenlääkkeiden käyttö pitää aloittaa varovasti ja muuttaa lääkemannosta lääkkeestä ilmenevän vasteen mukaan. Psykoosien lääkehoidossa käytetään neuroleptejä. Niitä ovat vanhat neuroleptit ja toisen polven psykoosilääkkeet. Usein nuorilla käytetään enemmän toisen polven psykoosilääkkeitä. (Mäki & Veijola 2012, 32) Toisen polven psykoosilääkkeet ovat tehokkaampia ja niistä tulee vähemmän haittoja. Tavallisia oireita ovat väsymys ja lihominen, josta voi seurata metabolinen oireyhtymä. (Puustjärvi ym. 2016, 947.) Psykoosien hoidossa voidaan tarvita myös rauhoittavia- ja unilääkkeitä (Mäki & Veijola 2012, 33).

Masennuslääkkeiden vaste tulee hitaasti ja arvio lääkkeen tehokkuudesta tehdään 6-8-viikon kuluttua lääkkeen aloittamisesta (Puustjärvi ym. 2016, 948). Lääkehoito aloitetaan pienillä annoksilla ja annosta nostetaan tarpeen mukaan vähän kerrallaan (Haapasalo-Pesu 2016). Nuorilla käytetään yleensä fluoksetiinia mutta myös muita SSRI-lääkkeitä voidaan käyttää. Trisyklisten masennuslääkkeiden tehoa nuorilla ei ole voitu osoittaa, joten niitä ei käytetä. Aluksi masennuslääkkeistä voi seurata itsetuhoisia-ajatuksia ja aktiivisuuden lisääntymistä. Lisäksi voi ilmetä lievempiä haittoja, kuten päänsärky, pahoinvointi, unettomuus, huimaus ja väsyneisyys. Nämä haitat saadaan yleensä pois pienentämällä lääkemannosta. (Puustjärvi ym. 2016, 948). Masennuslääkkeitä nuorilla käytetään paljon ilman virallista suositusta, koska Suomessa niillä ei ole virallista hyväksyttyä käyttötarkoitusta nuorille (Haapasalo-Pesu 2016).

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon tärkeimpiä lääkkeitä ovat mielialaa tasaavat lääkkeet ja toisen polven psykoosilääkkeet. Mielialaa tasaavat lääkkeet ovat yleisin lääke kaksisuuntaisen mielialahäiriön maniavaiheen hoidossa. Tavallisin mielialaa tasaava lääke on litium. Litiumista aiheutuvia haittoja ovat pahoinvointi, oksentelu, vapina, yökastelu ja päänsärky. Litiumin käytössä veriarvoja tulee seurata tarkasti, koska veren litium pitoisuudesta on tarkat viitearvot. Jos arvo on liian suuri, siitä seuraa litiummyrkytys. Toisaalta liian matalalla litium arvolla lääkkeestä ei ole hyötyä. (Apps ym. 2008, 86.) Vakavimmillaan litiummyrkytys voi aiheuttaa munuaisten vajaatoimintaa, kouristelua ja tajuttomuutta. Pahimmassa tapauksessa

myrkytys voi johtaa kuolemaan. (Käypä hoito 2013 b.) SSRI-lääkkeitä voidaan käyttää tehostamaan mielialaa tasaavaa lääkitystä kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakson aikana (Mäki & Veijola 2012, 33).

ADHD-lääkitys jaetaan kahteen ryhmään, stimulantteihin ja muihin kuin stimulantteihin. ADHD-lääkitys aloitetaan usein metyyllifenidaattivalmisteilla, jotka vaikuttavat ADHD:n ylivilkkaus, tarkkaamattomuus ja impulsiivisuus oireisiin. ADHD-lääkityksen haittavaikutuksia ovat huono ruokahalu, univaikeudet, alakuloisuus ja aggressiivisuus. (Puustjärvi ym. 2016, 946.) Lääkityksen alkuvaiheessa oireina voi esiintyä päänsärkyä sekä vatsavaivoja, jotka ovat yleensä ohimeneviä (Marttunen ym. 2013, 92). Lääkehoitoa aloittaessa pituuden ja painon kasvu saattaa hidastua. Oikein käytettynä ADHD-lääkitys on turvallinen. (Puustjärvi ym. 2016, 946.)

Ennen lääkityksen aloittamista kontrolloidaan paino, pituus, verenpaine ja veriarvot. Lääkityksen aikana toistetaan näitä mittauksia, että voidaan seurata lääkkeitä mahdollisesti ilmeneviä haittavaikutuksia. Lääkitys lopetetaan asteittain, ettei tule pahoja poisjättooireita, kuten voimattomuutta, tasapaino ongelmia, ahdistuneisuutta ja unettomuutta. (Puustjärvi ym. 2016, 945.)

8 KIRJALLISEN OHJAUSMATERIAALIN LAATIMINEN

Ohjaustilanteet rakentuvat yhdessä ohjaajan ja ohjattavan kanssa. Ohjaustilanteet sisältävät usein eri elementtejä joita ovat mm. tiedon antaminen, neuvonta ja oppiminen. (Vänskä ym. 2011, 19.) Vuorovaikutteinen ohjaussuhde etenee sanallisen ja sanattoman viestinnän avulla. Tavoitteena on, että molemmat osapuolet saavuttavat yhteisymmärryksen ja ymmärtävät keskustellut asia samoin. (Kyngäs ym. 2007,38.)

Kirjallisen ohjeen tulee olla asiakkaan tarpeiden mukainen eli tehty käyttäjää varten. Kirjallisen ohjemateriaalin tulee olla kirjoitettu ymmärrettävästi ja tiiviisti. Jos teksti on vaikeaselkoista, voi tulla väärinymmärryksiä. Huonosti tehty ohje voi huonontaa ohjaustulosta. Hyvän kirjallisen ohjeen tulee vastata kysymyksiin mitä, miksi, miten, milloin ja missä. (Kyngäs ym. 2007,124–126.)

Helposti ymmärrettävä teksti on jäsenelty hyvin ja mietitty esitettävien asioiden järjestys loogiseksi. Kannattaa aloittaa tärkeimmillä asioilla. Tekstissä neuvotut asiat tulee perustella hyvin eli kerrotaan miten ja miksi näin toimitaan. Tekstin lukemista helpottaa selkeä ulkoasu, väliotsikot ja hyvä kielioppi. Lyhyt ohje on toivottavaa ja osan tärkeästä tiedosta voi siirtää omaan otsikkoon, ettei kaikki ole samassa kohdassa ja sen takia teksti muodostu pitkäksi. (Hyvärinen 2005.)

Ohjelehtisen toteutus aloitettiin hahmottelemalla ohjelehtisen sisältö yhdessä kohdeorganisaation kanssa. Sen jälkeen opinnäytetyöntekijöillä oli melko vapaat kädet ohjeen ulkoasun toteutuksessa. Aluksi etsittiin riittävästi tietoa toteutusta varten ja mietittiin ohjeen ulkoasua ja sisällön jäsentelyä. Ensimmäisessä versiossa oli kielellisiä ongelmia ja liian paljon tekstiä ilman väliotsikoita, joka teki lukemisesta raskasta. Lopulliseen versioon lisättiin väliotsikoita selkeyttämään lukemista. Ohjeesta tehtiin selkeämpi ja johdonmukaisempi muokkaamalla ohjeen rakennetta, lisäämällä väriä taulukoihin ja kieliopin korjaamisella. Ohjeesta toimitettiin sähköinen- ja paperiversio nuorisopsykiatriseen asumiskoti Puroon.

9 POHDINTA

Tässä osiossa pohditaan opinnäytetyö projektin toteutusprosessia ja tarkoituksen sekä tavoitteiden toteutumista. Luvussa pohditaan myös projektin luotettavuutta, eettisyyttä ja esitellään jatkotutkimusideat. Lopuksi opinnäytetyön tekijät arvioivat, mitä ovat itse oppineet ja kuinka hyödyntää oppimaansa.

9.1 Opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden arvio

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ohjelehtinen nuoren ohjauksesta ja sitouttamisesta lääkehoitoon nuorisopsykiatriseen asumiskoti Puroon. Ohjelehtinen valmistui maaliskuussa 2017. Ohjelehtinen toteutettiin yhteistyössä kohdeorganisaation kanssa.

Opinnäytetyön tavoitteina oli lisätä ohjaajien ohjaustaitoa ja tietoja nuoren ohjauksesta sekä sitouttamisesta lääkehoitoon. Onnistuneella ohjauksella voidaan vaikuttaa potilaan hoitoon sitoutumiseen. Opas antaa yksikön työntekijöille tietoa eri ohjaus menetelmistä ja siitä mitä nuoren ohjauksessa tulisi erityisesti huomioida.

Toisena tavoitteena oli nuorten sitoutumisen lisääminen lääkehoitoon. Sitoutuminen edistää nuoren omaa hyvinvointia ja sairauden hallintaa. Opinnäytetyön valmistumisvaiheessa tavoitteiden toteutumista ei pystytä vielä arvioimaan, koska opas ei ole ollut vielä henkilökunnan käytössä. Jos käytössä ilmenee parannustarpeita, Puron henkilökunta voi vapaasti tehdä oppaaseen muutoksia.

9.2 Projektin toteutumisen arviointi

Opinnäytetyön suunnitelmassa työlle tehtiin SWOT–analyysi, jossa pohdittiin työn mahdollisia uhkia, mahdollisuuksia, heikkouksia ja vahvuuksia. Suunnitelmasta ilmeni myös opinnäytetyöprojektin aikataulun suunnitelma.

Projektin alussa työn vahvuuksiksi ajateltiin tekijöiden ja kohdeorganisaation kiinnostus opinnäytetyön aiheeseen sekä yhteisen ajan löytyminen työn tekijöiden kesken. Vahvuudet säilyivät koko prosessin ajan. Tekijöiden kiinnostus aiheetta kohtaan edisti työn etenemistä sekä yhteistä aikaa työn tekemiselle oli helppo löytää. Koska

kiinnostus oli olemassa, kirjallisen materiaalin etsiminen ja lukeminen sujuivat hyvin.

Heikkouksiksi määriteltiin aiheesta löytyvän tiedon rajaamisen vaikeus ja sen tiivistäminen ohjelehtiseksi. Nuoriin kohdistuvan tiedon vähäinen löytyminen ajateltiin olevan heikkous. Heikkoudet toteutuivat osin. Osa tiedosta, jota löytyi, oli suunnattu erityisesti nuoriin. Kuitenkin tietoa, jossa puhuttiin vain yleisesti potilaista, löytyi. Onneksi löytyi myös nuoriin kohdistuvaa tietoa, jolla pystyi vahvistamaan yleistä tietoa. Ajankohtaista ja tuoretta tietoa löytyi yllättävän paljon, mahdollisesti juuri aiheen ajankohtaisuuden vuoksi. Tietoa oli vaikea rajata pelkän otsikon ja tiivistelmän pohjalta, joten usein joutui lukemaan artikkelia tai kirjoitusta, josta ei loppujen lopuksi ollut mitään hyötyä. Tiedon rajaaminen luetusta oli kuitenkin melko helppoa, koska aihe oli hyvin rajattu.

Mahdollisuutena oli parantaa kohdeorganisaation nuorten lääkehoitoon sitoutumista ohjauksen kehittämällä. Opinnäytetyöntekijöillä oli mahdollisuus lisätä omaa tietoaan ohjauksesta. Mahdollisuuksien toteutumista kokonaisuudessa on vaikea arvioida. Se, parantuuko kohdeorganisaatiossa lääkehoitoon sitoutuminen, selviää vasta ajan kanssa. Uskottavaa kuitenkin tutkitun tiedon pohjalta on, että sitoutuminen paranisi kehittyneellä ohjauksella. Opinnäytetyöntekijät saivat paljon uutta tietoa ohjauksesta ja voivat varmasti hyödyntää oppimaansa tulevissa työpaikoissaan sairaanhoitajina.

Uhka opinnäytetyön toteutumiselle oli se, että tekijät olisivat eri luokilla. Tekijät myös pitivät uhkana ajankäytön hallinnan epäonnistumista. Uhat eivät toteutuneet, koska tekijöiden uutta luokkajakoa muutettiin ja he olivatkin samalla luokalla, joten aikataulut sopivat paremmin yhteen. Kesän aikana työ ei edistynyt, koska tekijät olivat töissä eri paikkakunnilla. Syksyllä koulun alkaessa projekti alkoi edistyä hyvin. Vapaa-aika, jota tekijöillä oli, käytettiin tehokkaasti opinnäytetyön tekemiseen. Tekijät tekivät tehokkaasti kirjallisia osuuksia projektista ja ne olivat valmiita keväällä 2017.

9.3 Projektin eettisyys, luotettavuus ja jatkotutkimusideat

Tieteellisen toiminnan perustana on tutkimusetiikka. Tutkimusetiikkaa säätelevät monet ohjeet ja lait. Eettisyyden kannalta on tärkeää, että tutkija on kiinnostunut uuden tiedon hankinnasta ja hänen täytyy tutkia aihetta riittävästi. Rehellisyys ja arvostus ovat tutkijan ominaispiirteitä. Tutkimuksen eettisiä lähtökohtia ovat potilaiden itsemääräämisoikeus, osallistumisen vapaaehtoisuus, tietoinen suostumus, oikeudenmukaisuus, anonymiteetin säilyvyys ja tutkimusluvan hankinta. Haastatteluvalla on oikeus valita, haluaako osallistua tutkimukseen. Anonymiteetin säilyttäminen on tärkeää haastatteluissa. Anonymiteetin säilyttämiseksi kerätty aineisto tulee säilyttää lukon tai tietokoneella salasanan takana. Tutkimusta varten tulee hankkia tutkimuslupa kohdeorganisaatiolta. Samalla varmistetaan, saako kohdeorganisaation nimi näkyä tutkimusraportissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211, 218–223.)

Opinnäytetyön eettisyydestä kertoo tekijöiden kiinnostus oppaan tekemiseen ja sen aiheeseen. Teoria tietoa hankittiin laajasti ja aiheesta luettiin monia eri artikkeleita ja kirjoituksia. Opinnäytetyölle hankittiin aihelupa asianmukaisesti Vaasan ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutuspäälliköltä. Tämän jälkeen tehtiin tutkimussuunnitelma, jonka avulla tutkimuslupaa haettiin myös kohdeorganisaatiosta. Luvan haun yhteydessä on varmistettu, että kohdeorganisaation nimi saa tulla esille opinnäytetyön raportissa. Opinnäytetyön toiminnallista osuutta varten suoritettujen haastattelujen anonymiteetti on säilytetty asianmukaisesti. Toiminnallisessa osuudessa toteutetun oppaan käytettävyyden arviointi jää kohdeorganisaatiolle ja he voivat päivittää sitä oman tarpeensa mukaan.

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa tuoreen lähdemateriaalin käyttö. Tuoreella lähdemateriaalilla tarkoitetaan alle 10 vuoden takaisia tutkimusartikkeleita. Luotettavuuteen vaikuttaa tutkijan tieteellisen kirjoittamisen taito. Siteeratessa toisten tutkijoiden tekstiä tulee lähteet merkitä tarkasti. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää tiivis yhteistyö ohjaavan opettajan ja opinnäytetyön tekijöiden välillä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 173,179.)

Lähteinä teoreettiseen viitekehykseen ja opinnäytetyöhön käytettiin tutkittua tietoa, lääketieteellisiä- ja hoitotieteellisiä artikkeleita. Niistä koottiin opas kohdeorganisaatioon ja luotiin teoreettinen viitekehys. Lähteet ovat suurimmalta osin alle kymmenen vuotta vanhoja ja moni lähteistä on hyvinkin tuoreita. Lähteet liittyvät hyvin aiheeseen ja olivat relevantteja. Lähteitä lukiessa myös huomasi, että niissä toistui samat asiat, joten voidaan olettaa, että tiedot pitävät suurella todennäköisyydellä paikkansa. Lähteissä on merkitty tarkasti alkuperäinen kirjoitus ja sivunumerot. Viittaukset on tehty myös tarkasti Vaasan ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeiden mukaisesti. Lukijan on siis helppo tarkistaa tiedon alkuperä. Opinnäytetyön on tarkistettu kohdeorganisaation toimesta henkilökunta ja koulun puolesta ohjaava opettaja.

Jatkotutkimukseksi voisi tarkastella eroja nuorten ja aikuisten ohjauksen välillä kirjallisuuskatsauksella tai kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Olisi myös kiinnostava tutkia omaisten näkökulmasta, kuinka heidät otetaan potilasohjaukseen mukaan, koska psykiatristenpotilaiden hoidossa omaisten tuki on tärkeää. Jatkotutkimukseksi voisi myös tehdä kyselyn henkilökunnalle, kuinka he kokevat osaavansa ohjaamisen ja mitä teoretietoa heillä on ohjauksensa pohjana.

9.4 Oman oppimisen arviointi

Opinnäytetyöntekijät oppivat paljon kaikista teoreettisen viitekehyksen aiheista. Varsinkin ohjaustaito ja -tieto on tekijöillä kehittynyt. Tästä on paljon hyötyä sairaanhoitajan työssä, koska potilasohjausta tapahtuu sairaaloissa kaikilla osastoilla ja poliklinikoilla. Oli kiinnostava oppia tarkemmin motivoivan haastattelun tekniikoita ja tutustua psykoedukaatioon ja mitä se pitää sisällään. Tärkeä tieto on, että näillä voidaan parantaa potilaiden sitoutumista. Nykypäivänä potilailla on entistä enemmän vastuuta omasta hoidostaan, ja on hyvä, että opinnäytetyöntekijöillä on keinoja potilaan sitoutumisen arviointiin ja tietoa siitä, kuinka sitoutumista parantaa. Kun potilaalla on vastuu omasta hoidosta, hänelle täytyy antaa hyvää ohjausta siitä, kuinka toteuttaa omahoitoa.

Opinnäytetyötä varten täytyi etsiä paljon tietoa ja käyttää eri tietokantoja. Tiedonhaku on tärkeä taito sairaanhoitajan ammattitaidon ylläpidon kannalta. Tietokantoja

täytyy osata käyttää, että voi etsiä ajankohtaista tieteellistä tietoa. Sairaanhoidajan toiminnan täytyy perustua näyttöön ja sen vuoksi tieteellisiä artikkeleita ja tekstejä täytyy osata lukea ja hyödyntää. Näitä taitoja opinnäytetyöntekijät kehittivät todella paljon opinnäytettä tehtäessä. Lukiessa artikkeleita kehittyi myös taito erottaa turha tieto ja luotettavuuden arvioinnin taito kasvoi.

LÄHTEET

Aarnio, E & Martikainen, J. 2016. Lääkehoitoon sitoutumisella on merkittäviä yhteiskunnallisia vaikutuksia. Sic! Lääketietoa Fimeasta. 1/2016, 93–94. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea.

Apps, J., Winkler, J. & Jandrisevits, M. 2008. Bipolar Disorders: Symptoms And Treatment in Children and Adolescents. *Pediatric Nursing* 34,1, 84–88.

Duodecim 2008. Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito. Käypä hoito -suositusten tiivistelmä. Moilanen, I., Närhi, V., Olsén, P., Pihlakoski, L., Puustjärvi, A., Virkkunen, L. & Voutilainen, A. 124, 665–666.

Fernandez, R.S., Evans, V., Griffiths, R.D. & Mostacchi, M.S. 2006. Educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication: A review of the evidence. *International Journal of Mental Health Nursing*. 15, 70-80.

Haapasalo-Pesu, K-M. 2016. Lasten ja nuorten psyykenlääkehoito vaatii erityisosaamista. Sic! Lääketietoa Fimeasta. 2/2016. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Viitattu: 10.12.2016. http://sic.fimea.fi/artikisto/2016/2_2016/psykye-ja-laake/lasten-ja-nuorten-psykyenlaakehoito-vaatii-erityisosaamista

Huttunen, M. 2015. Masennus. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 11.12.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389#s1

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Duodecim. 121, 1769–73. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>

JAACAP. 2009. Practice Parameter on the Use of Psychotropic Medication in Children and Adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 48, 9, 961-973.

Joanna Briggs Institute 2016. Nursing Care: Patient Education. Lizarondo, L. Viitattu 9.12.2016. http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.puv.fi/sp-3.23.0a/ovid-web.cgi?&S=HIDCPDHHAGHFFLMIFNHF-FOFCLHMAA00&Link%20Set=S.sh.21%7C2%7Csl_190

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy, Helsinki.

Karlsson, L. & Marttunen, M. 2007. Nuorten depressio: Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. 10/2007.

Kielitoimiston sanakirja. 2016. Kotimaisten kielten keskus ja kielikone Oy. Viitattu 1.12.2016. <http://www.kielitoimistonsanakirja.fi/>

Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. *Duodecim*. 129, 2133–2139.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki. 1.painos. WSOY.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki. 1.painos. WSOY.

Käypä hoito 2013 a. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 11.12.2016.

Käypä hoito 2013 b. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoidon seuranta: somaattiset haitat. Käypä hoito -suositus. Salminen, E. & Tikkanen, T. Viitattu 10.12.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01207>

Käypä hoito 2014. Motivoiva haastattelu. Käypä hoito-suositus. Järvinen, M. Viitattu 8.12.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02109>

L14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 2.12.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L4>

L17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 2.12.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P7>

Laakso, L. 2012. Motivational Interviewing: Addressing Ambivalence to Improve Medication Adherence in Patients with Bipolar Disorder. *Issues in Mental Health Nursing*. 33, 8–14.

Lahti, J., Rakkolainen, M. & Koski-Jännes, A. 2013. Motivoiva haastattelu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. *Duodecim*. 129, 2063–2068.

Mantere, O. & Pajakko, S. 2014. Nuorten kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistaminen. *Lääkärilehti*. 40/2014, 69, 2537–2543.

Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T. & Viialainen, R. 2013. Nuorten mielenterveyshäiriöt: opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.12.2016. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110484/THL_OPA025_2013.pdf?sequence=1

McDougal, T. 2009. Nursing Children and Adolescents with Bipolar Disorder: Assessment, Diagnosis, Treatment, and Management. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 22, 1, 33–39.

Mielenterveystalo 2016 a. Nuorten mielenterveystalo. Tietoa mielenterveydestä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 11.10.2016. https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/nuorten_mielenterveysongelmat/Pages/Johdanto-nuoruusik%20a4%20n.aspx

Mielenterveystalo 2016 b. Psykoedukaatio. Omahoito ja oppaat. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 13.12.2016. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/oireenhallinta.aspx>

Mielenterveystalo 2016 c. Psykoosiopas. Omahoito ja oppaat. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 11.12.2016. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/psykoosiopas.aspx>

Mielenterveystalo 2016 d. Nuorten mielenterveystalo. Häiriöt ja ongelmat. Masennus ja mielialahäiriöt. Viitattu 11.12.2016. https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/nuorten_mielenterveysongelmat/Pages/Masennus_ja_mielialahairiot.aspx

Mäki, P. & Veijola, J. 2012. Nuoren esipsykoosi. *Duodecim*. 128, 27–34.

Oksanen, J. 2015. Lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen psykiatriassa. *Duodecim*. 131, 1437-1442. <http://www.terveysportti.fi/ezproxy.puv.fi/xmedia/duo/duo12385.pdf>

Puro 2016. Nuorisopsykiatrinen asumiskoti Puro. Asumiskoti. Viitattu 27.5.2016. http://www.asumiskotipuro.fi/?page_id=213

Puustjärvi, A., Raunio, H., Lecklin, A. & Kumpulainen, K. 2016. Lasten psykiatristen häiriöiden lääkehoito ja tavallisimmat lääkkeet. *Duodecim*. 132, 943–950.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi Projektinvetäjän käsikirja. Konsulttitoimisto Planpoint Oy. Viitattu 17.11.2016. http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf

Terveyskirjasto. 2016. Relapsi. *Duodecim*. Viitattu 18.11.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02902

Timlin, U. 2015. Adolescent's adherence to treatment in psychiatric care. Pro gradu. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

World Health Organization. 2003. Adherence to long-term therapies evidence for action.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Gummerus kirjapain Oy, Jyväskylä 2003, Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Helsinki. 1.painos. Edita.

LIITE 1

Tietokantahakutaulu

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumien määrä	Käytettyjen julkaisujen määrä
Medic 18.5.2016.	"medication adherence" AND "adolescent,"	-	1	0
Medic 18.5.2016.	"medication adherence"	-	20	1
Medic 18.5.2016.	"medication adherence" AND "adolescent"	-	26	1
Cinahl 18.5.2016.	"drug therapy" AND "patient education as topic"	adolescent,julkaisuvuodet 2006-2016, kieli: suomi, englanti	1	0
PubMed 18.5.2016.	"patient education as topic" AND "Drug therapy" AND psychiatry"	adolescent, 10 vuotta	24	1
JBI 18.5.2016.	"patient education as topic" AND "motivation" AND "psychiatry"	-	146	0
JBI 18.5.2016.	"motivation" AND "psychiatry"	-	43	0
Cinahl 19.5.2016	"patient education" AND "psychotropic medication" AND "drug therapy"	2006-2015	11	0
Cinahl 19.5.2016	"drug therapy" AND "mental disorders" AND "education"	2006-2015, nuoret 13-18	30	2
PubMed 19.5.2016	"patient education" AND "Mental disorders" AND "drug therapy"	2006-2015	95	0
Medic 1.12.2016	"Sitoutuminen"	-	138	1

JBI 9.12.2016	“patient education”	2006-2016 relevance: 5 stars	103	1
Medic 10.12.2016	“Kaksisuuntainen mielilähäiriö” AND “nuori”	-	17	2
Cinahl 11.12.2016	“bipolar disorder treatment” AND “adolescent”	2006-2016	24	1
Medic 11.12.2016	“depression” AND “adolescent”	-	63	1

LIITE 2

Asiantuntijahaastattelut

Asiantuntijahaastattelu 1.

1. Mitä toivotte opinnäytetyöltä, jonka nimenä on "Nuoren ohjaus ja sitouttaminen lääkehoitoon"-ohje?
2. Mitkä ovat mielestänne suurimpia ongelmia sitoutumisen suhteen yksikössänne?
3. Mitä huomioitte ohjauksessa tällä hetkellä?
4. Kuinka toimitte, kun nuori kieltäytyy lääkkeistä?
5. Mitä teette, jos lääkkeet ovat jääneet ottamatta?

Asiantuntijahaastattelu 2.

1. Miksi nuoren sitouttaminen ja ohjaus on tärkeää yksikössä?
2. Onko aiheeseen liittyen yksikössä jotakin parantamisen varaa?
3. Mitä te toivotte Nuoren sitouttaminen ja ohjaaminen lääkehoitoon- ohjeelta?