

Kari Tolonen

**MASENTUNEEN POTILAAN LÄÄKEHOITO VERKKO-
OPPIMISMATERIAALI MIELENTERVEYSTYÖN OPISKELUUN**

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma

28.11.2008



**Kajaanin
ammattikorkeakoulu**

OPINNÄYTETYÖ TIIVISTELMÄ

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Kari Tolonen	
Työn nimi Masentuneen potilaan lääkehoito verkko-oppimismateriaali mielenterveystyön opiskeluun	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Mielenterveystyö	Ohjaaja(t) Raila Arpala Toimeksiantaja Kajaanin ammattikorkeakoulu, Raila Arpala
Aika Syksy 2008	Sivumäärä ja liitteet 39+47
Tiivistelmä <p>Masennus elämyksellisenä kokemuksena ja erilaiset masennustilat ovat käsitteellisesti eri asioita. Masennus tunnetilana ja häiriönä on normaali ilmiö menetysten, pettymysten ja epäonnistumisten yhteydessä lyhytkestoisena ja tilapäisenä. Patologisesti se muuttuu sairaudeksi silloin, kun se valtaa mielen liian voimakkaana ja kahlitsevana. Tutkimuksissa on todettu masennuksen olevan maailmanlaajuinen ilmiö ja kasvava ongelma nyky-yhteiskunnassa. Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Lääkehoito on osa mielenterveystyötä. Lääkehoidotaito muodostuu useasta tekijästä, jotka vaativat sairaanhoitajilta teoreettista ja käytännön osaamista.</p> <p>Opinnäytetyöni tarkoituksena on, että verkko-oppimismateriaali tukee mielenterveystyöhön suuntautuvia opiskelijoita. Opinnäytetyöni tavoitteena on tuottaa verkko-oppimismateriaalia mielenterveystyöhön suuntautuville opiskelijoille masennuksen lääkehoidosta.</p> <p>Opinnäytteeni tutkimustehtävä on kuvata millaista on hyvä masentuneen potilaan lääkehoitoon liittyvä verkko-opetusmateriaali.</p> <p>Hyvä verkko-oppimismateriaali tukee mielenterveystyöhön suuntautuvia opiskelijoita heidän opiskelussa ja käytännön harjoittelussa. Verkko-oppimismateriaali on rakennettu selkeäksi ja on tiivistä luettavaa.</p> <p>Jatkotutkimus aiheina voitaisiin tuottaa oppimismateriaalia esimerkiksi anksiolyyteistä eli rauhoittavista lääkkeistä tai tutkia sairaanhoitajaopiskelijoiden tiedollisia valmiuksia masennuslääkityksen toteuttamiseen mielenterveystyön harjoittelussa. Lisäksi tuottamani materiaalin opittavuutta voitaisiin testata.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Masennus, masennuslääkkeet, mielenterveystyö, verkko-oppimismateriaali
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun Kaktus-tietokanta <input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Kajaani University of Applied Sciences School of Health Care and Sport	Degree Programme Bachelor's Degree in Nursing
Author(s) Tolonen Kari	
Title Drug Management of Depressed Patients- on-line learning material for mental health care	
Optional Professional Studies Mental health care	Instructor(s) Ahonen Raila
	Commissioned by Kajaani
Date Autumn 2008	Total Number of Pages and Appendices 39+47
<p>Abstract</p> <p>Depression as a mental disorder and depressive disorders conceptually two different things. Short-term and temporary depression is a normal phenomenon in life when connected to loss, disappointments and failure. Depression becomes pathological when it takes over as too overwhelming and disabling for self. In various studies depression has been recognized to be a global phenomenon and an increasing problem in modern societies. The concept of mental health care includes improving the individual's mental well-being, ability to function and personal growth as well as prevention, treatment and alleviating of disorder. Drug management is a part of mental health care. Competency of high quality drug management consists of many components that require nurses' theoretical and practical expertise. There are many forms of treatment and therapy for depressed patients, and drug therapy is one of the most important, it facilitates and supports use of other treatments and therapies in the treatment of depression.</p> <p>The object of this Thesis was that on-line learning material on antidepressant drug management supports nurse students who specialize in mental health nursing in their studies. The goal of the thesis was produce on-line learning material on antidepressant drug management for nurse students.</p> <p>The research assignment of the study was to describe what are the core elements of on-line learning material on antidepressant drug management.</p> <p>Good quality on-line learning material support mental health nurse students in their studies and placements. This on-line learning material was produced in co-operation with a medical expert with and which gave the material a working life-oriented perspective.</p> <p>The follow-up research for this Thesis could be carried out for example, produce learning material about anxiolytics or to study nurse students' theoretical knowledge of antidepressant drug management during placements. In addition to the points mentioned above, also the usability of on-line learning material could be studied.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Depression, antidepressant drugs, mental health care, on-line learning material
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Kaktus Database at Kajaani University of Applied Sciences <input checked="" type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

ALKUSANAT:

Masennuksesta sanottua:

Minä olen nauranut eikä minulla ole ollut hauskaa,
Minä olen itkenyt enkä ole ollut surullinen.
Minä olen sanonut että minulla on ikävä ja en ole tarkoittanut sitä.
Minä olen elänyt täyttä elämää ulospäin,
niin tyhjää sisällä, pimeää.
Minä olen kokenut paljon, tehnyt kaikkea,
olen nauttinut enkä ole ollut onnellinen.

Minä seison nyt tässä ja katson vuosia jatkunutta kierrettä, ahdistusta jonka keräsin.
Harmittaa että en aikaisemmin puhunut.

Luulin että tämä on normaalia.

(Tunteimatton potilas)

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUSMENETELMÄ	3
3 MIELENTERVEYS JA MASENNUS SAIRAUTENA	5
3.1 Mielenterveys	5
3.2 Masennus sairautena	6
3.3 Potilaan masennus mielenterveystyötä opiskelevan sairaanhoitajaopiskelijan näkökulmasta	8
4 LÄÄKEHOITO MASENNUKSEN HOIDOSSA	9
4.1 Masennuslääkkeiden historia ja nykyaika	9
4.2 Potilaan masennuksen lääkehoito	11
4.3 Sairaanhoitaja masentuneen potilaan lääkehoidon toteuttajana	13
4.4 Sairaanhoitajan vastuu lääkehoidon toteutuksessa ja seurannassa	14
5 VERKKOPEDAGOGIIKKA	16
5.1 Verkkopedagogiikan sovellutuksia	16
5.2 Verkko Ammattikorkeakoulun opiskelijan oppimisympäristönä	17
5.3 Verkko-opetus ja -oppiminen	18
5.4 Verkko-oppimateriaali	20
5.5 Verkkopedagogiset valinnat	21
6 TUOTTEISTAMISPROSESSI JA TUOTE	22
6.1 Tuotteistamisprosessi	22
6.2 Tuotteen arviointi ja markkinointi	23
7 POHDINTA	25
7.1 Luotettavuus	25
7.2 Aiheen tarkastelu ja eettisyys	28
7.3 Johtopäätökset	29
7.4 Oma ammatillinen kasvu	30
7.5 Jatkotutkimusaiheet	31
LÄHTEET	32

LITTEET

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni aiheeksi valitsin verkko-opetusmateriaalin tuottamisen masennuslääkkeistä, joita käytetään potilaan masennuksen hoidossa. Kyseisen aiheen valitsin opinnäytetyön aiheeksi sen takia, että masennus voitaisiin nykyään luokitella Suomessa jo ”kansansairaudeksi” (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2002). Masennuksen lääkehoito on viimeisen vuosikymmenen aikana jopa kaksinkertaistunut masennuksen hoitomuotona. Arkikielessä voimme sanoa olemme masentuneita, kun olemme surullisia. Masennus sairautena on kuitenkin eri asia kuin surullisuus. Se on joukko oireita, jotka vaikuttavat oleellisesti potilaan ja toimintakykyyn. Masennus on varsin yleinen sairaus, joka on opittu tunnistamaan aikaisempaa paremmin. Yli 300 000 suomalaista sairastaa toimintakykyä lamauttavaa masennusta. Siksi yhä useampi masennukseen sairastunut saa hyvää hoitoa ja useimmat toipuvat masennuksesta. (Lönngqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen, & Partonen 2007, 167–168.)

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa verkko-oppimismateriaalia masentuneen potilaan lääkeshoidosta mielenterveystyön opiskelijoille. Opinnäytetyöni tarkoituksena on, että verkko-oppimismateriaali tukee hoitoalalle koulututtavia opiskelijoita ja eritoten mielenterveystyöhön suuntautuvia opiskelijoita itsenäisessä opiskelussa. Opinnäytetyössä selvitän, millaista on pedagogisesti hyvä verkko-opiskelumateriaali mielenterveystyöhön suuntautuville opiskelijoille itsenäisessä opiskelussa. Tutkin myös tarkemmin verkko-oppimismateriaalin tuotteistamista. Opinnäytetyöni henkilökohtaisena tavoitteena on, että kehitän valmiuksiani soveltaa lääkeshoidon ja masentuneen potilaan hoitamisen osaamistani hoitotyön asiantuntijan tehtävissä yhteistyössä työelämän kanssa.

Opinnäytetyö kuuluu osana hoitotyön koulutusohjelman opintoihin ja sen laajuus on 15 opintopisteitä. Verkko-opiskelu opiskelumuotona on yleistynyt. Opinnäytetyöni ajankohtaisuus ilmenee myös tämän asian kohdalla. Itsenäisellä opiskelulla on tärkeä merkitys ammattikorkeakoulun opiskelussa ja oppimistapana verkko-opiskelussa. Tämän takia verkko-oppimismateriaaliin on kiinnitettävä huomiota, jotta verkko-opetusmateriaali vastaa opintojen edellyttämää tasoa ja laatua. Toimiva verkko-opetusmateriaali helpottaa opiskelijan oppimisen ajanhallintaa ja se on helposti saatavissa ja luettavissa. Opinnäytetyöni tutkimustehtävänä on kuvata, millaista on pedagogisesti hyvä masentuneen potilaan lääkehoitoa käsittelevä verkko-oppimismateriaali mielenterveystyöhön suuntautuville ammattikorkeakouluopiskelijoille.

Kajaanin ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmassa pakollisiin ammattiopintoihin kuuluu kolmen opintopisteen laajuinen lääkehoidon ja lääkematematiikan opintokokonaisuus. Lisäksi lääkehoidon opintoja kuuluu pakollisten ammattiopintojen opintokokonaisuuksiin. Verkko-oppimismateriaalini tukee mielenterveystyön opiskelijoita heidän masentuneen potilaan lääkehoidon opiskeluissa ja mielenterveystyön opinnoissa. Opinnäytteeni pohjalta valmistuva tuote tukee myös opiskelijaa sairaanhoitajan ammattiin kehittyemisessä masentuneen potilaan lääkehoidon kohdalla. (Kajaanin ammattikorkeakoulun opinto-opas 2003–2004, 57.) Verkko-oppimismateriaalin lääkeosion ja lääkehoidon rajaaminen on tehty yhdessä työelämän asiantuntija lääkärin, apulaisylilääkärin ja psykiatrian erikoislääkäri Heli Karuahon kanssa.

Masennus ei siis ole yksin biologinen sairaus, vaan sillä on psykologiset, sosiaaliset ja yhteiskunnalliset ulottuvuutensa. Masennus ei selity kokonaisuutena teorioiden kautta, vaan jää monilta osin vielä nykyaikanakin usein arvoitukseksi. Sitä tutkitaan koko ajan lisää ja siitä saadaan uutta tutkimustietoa koko ajan. Kuten monet muutkin mielenterveydelliset sairaudet, masennus on ”nuori” sairaus, jonka hoitaminen terapioilla, lääkkeillä ja muilla hoitomuodoilla on alkutaipaleella. Vaikka masennusta on varmaankin ollut niin kauan kuin on ollut ihmisiä, on sitä vasta viime vuosisadalla alettu ymmärtää. Nykyisistä tutkimuksista ilmenee, että vakavaa masennusta sairastaa jopa 250 000 suomalaista (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2002.). Tästä voidaan päätellä sairauden yleisyys eikä ole ihme, että sairaudesta käytetäänkin kansankielessä jo nimitystä ”kansansairaus”. Johtuuko suomalaisten masentuneisuus sitten suomalaisten luonteenlaadusta, ilmastosta tai jostain muusta? Nykyisten tutkimusten valossa voidaan sanoa näiden kaikkien tuovan oman ”mausteensa” sairauteen nimeltä masennus.

2 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUSMENETELMÄ

Kajaanin ammattikorkeakoulun pedagogisen strategian mukaan opiskelijan oppimista pidetään prosessina, jonka aikana teoreettinen ja käytännöllinen osaaminen integroituu kokonaisuudeksi (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2008). Lähtökohtana oppimisessa ovat opiskelijan yksilölliset tiedot, taidot ja ajattelumallit, joiden pohjalta hän tulkitsee ja käyttää hyväkseen uutta tietoa erilaisissa oppimistilanteissa. Opinnäytetyö on yksi erittäin laaja oppimisprosessi. Siinä opiskelija kehittää ja osoittaa valmiutensa soveltaa tietotaitoaan ammattiopintoihinsa liittyvissä käytännön asiantuntijatehtävässä. Opiskelija osoittaa opinnäytetyöllänsä valmiutensa työskennellä päämäärätietoisesti ammattialallaan. (Kajaanin ammattikorkeakoulun opinto-opas 2007–2008, 8-9.)

Opiskelijat voivat syventää tietämystään potilaan masennuksesta ja sen hoitomuodoista ja erityisesti masennuksen lääkehoidosta verkko-oppimismateriaalin avulla. Tarve verkko-opetusmateriaalin tuottamiseen tuli Kajaanin ammattikorkeakoulun opettajalta. Verkko-opetusmateriaali on tuote, joka valmistuu opinnäytetyönä. Tuottamani verkko-opetusmateriaali on osa opiskelijan oppimisprosessia. Tuotteen avulla opetusta ja opiskelua on mahdollisuus toteuttaa monipuolisesti ja opiskelijaystävällisesti. Opinnäytetyöni tarkoituksena on, että verkko-oppimismateriaali tukee hoitoalalle kouluttautuvia ja eritoten mielen-terveystyöhön suuntautuvia opiskelijoita.

Opinnäytetyössä, joka etenee perinteisimmän kaavan mukaisesti, pyritään esittämään tutkimustehtävä mahdollisimman selkeästi ja tarkasti. Aiheen löytymisen jälkeen sitä on usein rajoitettava tutkimustehtävän / -tehtävien selvittämiseksi. Täytyy tarkentaa ajatusta siitä, mitä haluaa tietää tai mitä haluaa osoittaa keräämällään aineistolla. Usein aloittelevat tutkijat valitsevat aiheita, jotka ovat liian laajoja tutkittavaksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 121–122.) Opinnäytetyöni tuoteosuuden rajaaminen syntyy sillä perusteella, miten työelämän ammattiosaaja lääkäri sitä rajaa ja miten ohjaavaopettaja haluaa minun sitä tutkivan. Teoriaosuuden on opinnäytetyössä tuettava tuotetta.

Tutkimustehtävänä on kuvata, millaista on pedagogisesti hyvä masentuneen potilaan lääkehoitoon liittyvä verkko-oppimismateriaali.

Tutkimustehtävä on muodostettu siten, että saan teorian tiedon perusteella pedagogisesti hyvät tiedot verkko-oppimismateriaalin suunnittelusta, rakenteesta, toteutuksesta sekä arvioinnista. Lääkehoito-osan tuotteessa rajaan työelämän asiantuntija lääkärin ohjeiden mukaan.

3 MIELENTERVEYS JA MASENNUS SAIRAUTENA

3.1 Mielenterveys

Hoitotyö, jota käytännössä harjoitetaan, on hoitotieteeseen perustuvaa toimintaa. Hoitotyön tarkoituksena on auttaa, ohjata ja tukea ihmisiä edistämään heidän terveyttään, tulemaan toimeen heidän sairautensa ja sen aiheuttamien rajoitus kanssa. Hoitotyön tarkoitus on henkilön hyvinvoinnin edistäminen. Menetelmät hoitotyön suorittamiseen vaihtelevat suuresti henkilön terveydentilan, toimintakyvyn, elämäntilanteen ja ympäristön kanssa, jossa henkilö on mukaan. Hoitotyötä voidaan tehdä yksilön, perheen tai yhteisöjenkin parissa. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 78.)

Mielenterveyshoitotyön juuret voidaan katsoa alkaneen Florence Nightingalen elämäntyöstä. Florence Nightingale korosti henkilön kohtaamisen laadullista merkitystä. Mielenterveys hoitotyön käytännön perustana on siis holistinen ihmiskäsitys. Holistinen ihmiskäsitys mahdollistaa psyykkisen häiriön erikoisluonteen ymmärtämisen. Psyykinen häiriö kietoutuu koko kehityshistoriansa ajan ihmisen ja hänen ympäristönsä väliseen vuorovaikutukseen. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 135–143.) Mielenterveyden hoitotyön tulee olla suunniteltua toimintaa. Hoitotyön päätöksiä on arvioitava siltä kannalta, miten ne vaikuttavat nyt ja tulevaisuudessa henkilöön.

Ihminen on enemmän kuin osiensa summa. Tämän kokonaisuuden huomioonottaminen ja tukeminen on laiminlyöty terveydenhuollossa. Terveyttä on pidetty sairauksien puuttumisena ja sen edistäminen pelkästään sairauksien ehkäisemisestä ja erilaisten terveysriskien hallitsemisena. Maailman terveysjärjestö WHO määrittää terveyden psyykkiseksi, fyysiseksi ja sosiaaliseksi kokonaisuudeksi. Mielenterveyttä on kuvattu monin tavoin, mutta yhtenäistä ja eri ”osapuolien” kattavaa määritelmää ei ole. Määrittelyyn vaikuttavat useat tekijät kuten aika-kausi, kulttuuri, yhteiskunnan normit ja lainsäädäntö sekä ihmisten omat tarpeet. Sana ”mielenterveys” herättää usein mielikuvia miensairaudesta. Se on kuitenkin enemmän kuin sairauden puuttumista. Mielenterveys on mielen ja ruumiin tasapainoa ja hyvinvointia. (Munnukka, Halme, Kankainen, Kiikkala, Lehto & Rokkanen 1998, 69–70.)

Mielenterveyden tärkeänä kriteerinä pidetään ihmisen kykyä ilmaista ja hallita tunteitaan sekä ottaa vastaan tunteen ilmaisuja. Hyvään hoitoon liittyy olennaisesti hoitotyöntekijän kyky ottaa vastaan tunteen ilmaisuja ja säädellä omia tunteitaan. (Munnukka, ym. 1998, 107.) Mielenterveyttä opiskeleva opiskelija kohtaa nämä asiat opiskelujensa aikana. Harjoittelun ja koulutuksen aikana opiskelija kohtaa syvästi kärsiviä potilaita, voimakkaista kivuista kärsiviä potilaita, kuolevia potilaita ja kenties sairaudestaan tai itsestään piittaamattomia potilaita. Näiden potilaiden kohdalla tulee toimia ammatillisesti.

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ennalta ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat psykiatrisille potilaille lääketieteellisin perustein annettavat sosiaali- ja terveyshuollonpalvelut. Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen eli konstruktiiivinen ja preventiivinen mielenterveystyö. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116) Mielenterveystyöhön suuntautuva opiskelija tulee mitä luultavimmin suuntautumaan työelämässään erikoistumisalallensa eli mielenterveystyön pariin.

3.2 Masennus sairautena

Masennus elämyksellisenä kokemuksena ja erilaiset masennustilat ovat käsitteellisesti eri asioita. Masennustilat ovat oireyhtymä, jossa ihmisillä ilmenee mielialan muutoksen ohella erilaisia neurovegetatiivisia oireita unettomuutta, ruokahaluttomuutta ja painonlaskua sekä muita oireita väsymystä, ärtyneisyyttä, ahdistuneisuutta, nuorilla epäsosiaalista käytöstä ja vanhuksilla erilaisia kognitiivisia häiriöitä ja pseudodementiaa. (Huttunen 2002, 104.) On myös muistettava, ettei potilas tunnista ehkä mitään näistä edellä mainituista oireista itsessään, vaikka sairastaakin masennusta. Masennus tunnetilana ja häiriönä on normaali ilmiö menetysten, pettymyksien ja epäonnistumisten yhteydessä lyhytkestoisena ja tilapäisenä. Patologisesti se muuttuu sairaudeksi silloin, kun se valtaa mielen liian voimakkaana ja kahlitsevana (Lindqvist, Kuvaja & Rasilainen 2005, 6.) Täten voidaan kansanomaisesti sanoa, että masennuksesta puhutaan silloin, kun ns. masennustila ei mene ohi lyhyessä ajassa ja siitä toipumiseen tarvitsee ammattiapua ja mahdollisesti lääkitystä.

Hormoneja syytetään harmillisista persoonallisuuden muutoksista teini-ikäisissä, seksuaalisista intohimoista, kireyttä aiheuttavista kuukautisoireista, vauvakuumeesta ja vaihdevuosien aikana tapahtuvista muutoksista. Mutta kun tutkitaan masennusta, puhutaan täysin eri hormoneista. Kun mainitaan hormonit, useimmat ihmiset tulevat välittömästi ajatelleeksi tavalla tai toisella sukupuolta, ei masennusta tai mistä kyseinen psykiatrinen häiriö voisi johtua. (Aldridge 2001, 20.) Vaikka masennus elämyksellisenä kokemuksena onkin psyykinen ilmiö, biologisilla tekijöillä on tärkeä etiologinen osuus huomattavassa osassa masennuksia. Tästä osoituksena ovat geneettiset tutkimukset spesifisen lääkehoidon tehon merkittävästä osasta sekä vakavien masennustilojen, että kroonisten masennustilojen hoidossa. (Huttunen 2002, 108.)

Tutkimuksissa on todettu masennuksen olevan maailmanlaajuinen ilmiö ja kasvava ongelma nyky-yhteiskunnassa. Suomalaista kansanluonnetta on sanottu synkäksi ja melankoliseksi. Yli 300 000 suomalaista sairastaa toimintakykyä lamauttavaa masennusta. Vain joka toinen potilas saa masennukseensa asianmukaista hoitoa. Yleensä lääkärin vastaanotolle hakeudutaan, vasta kun tilanne on hankala. Masennus on edelleen huonosti tunnistettu, mistä johtuu, etteivät kaikki masentuneet saa tarvitsemaansa hoitoa. Useimmat masennusta sairastavat ihmiset ovat siis työelämässä. Masennus voi myös uusiutua onnistuneista hoidoista huolimatta. Vakavasta masennuksesta toipuminen kestää vuosia. (Lindqvist, ym. 2005, 6-9.)

Masennus ei siis ole yksin biologinen sairaus, vaan sillä on psykologiset, sosiaaliset ja yhteiskunnalliset ulottuvuutensa. Masennus ei selity kokonaisuutena teorioiden kautta, vaan jää monilta osin vielä nykyaikanakin usein arvoitukseksi. Sitä tutkitaan koko ajan lisää ja siitä saadaan uutta tutkimustietoa koko ajan. Kuten muutkin mielenterveydelliset sairaudet, masennus on ”nuori” sairaus, jonka hoitaminen terapioidella, lääkkeillä ja muilla hoitomuodoilla on alkutaipaleella. Vaikka masennusta on varmaankin ollut niin kauan kuin on ollut ihmisiä, on sitä vasta viime vuosisadalla alettu ymmärtää. Nykyisistä tutkimuksista ilmenee, että vakavaa masennusta sairastaa jopa 250 000 suomalaista (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2002). Tästä voidaan päätellä sairauden yleisyys eikä ole ihme, että sairaudesta käytetäänkin kansankielessä jo nimitystä ”kansansairaus”. Johtuuko suomalaisten masentuneisuus sitten suomalaisten luonteenlaadusta, ilmastosta tai jostain muusta? Nykyisten tutkimusten valossa voidaan sanoa näiden kaikkien tuovan oman ”mausteensa” sairauteen nimeltä masennus.

3.3 Potilaan masennus mielenterveystyötä opiskelevan sairaanhoitajaopiskelijan näkökulmasta

Sairaanhoitajan perustehtävä on hoitaminen, joka on potilaan tarpeista lähtevää eettisesti hyväksyttävää toimintaa. Hoitotyön toimintaa sairaanhoitaja toteuttaa oman asiantuntijuuteensa perustuvien päätösten mukaisesti. (Kalkas ym. 1996, 78.) Masennustilojen etiologia on monitekijäinen, kuten edellä olevissa kappaleissa on tullut jo ilmi. Niiden oireet ovat psykologisia ja havaittavissa sekä potilaan käyttäytymisessä ja sosiaalisissa suhteissa, että keskushermoston ja hormonaalisten järjestelmien toiminnassa. Masennustilojen hoidossa voidaankin käyttää biologisia, psykologisia tai potilaan sosiaaliseen ympäristöön vaikuttavia menetelmiä. (Lönnqvist, ym. 2007, 181.) Näillä kaikilla hoitomuodoilla saadaan aikaan masennusta parantavaa ja oireita helpottavaa hoitoa. Sairaanhoitajan tehtävänä on näiden hoitomuotojen toteuttaminen omalla ammatillisella osaamisellaan. Sairaanhoitaja seuraa myös hoitomuotojen toimitusta ja raportoi havainnoistaan yhdessä muiden hoitavien tahojen kanssa potilasta hoitavalle lääkärille.

Sairaanhoitaja saakin kouluttautuessaan hyvät valmiudet lääkinnälliseen hoitamiseen ja lääkehoidon seuraamiseen. Sosiaali- ja terveysalan hoitotyön koulutusohjelmaan kuuluu osana lääkehoidon perusteet opintojakso. Opintojakson tavoite on, että opiskelija osaa toteuttaa potilaslähtöistä lääkehoitoa turvallisesti. Opintojakson sisältöön kuuluu lääkehoitoa ohjaava lainsäädäntö, lääkehoidon seuranta, lääkeaineryhmät ja lääkkeiden antotavat sekä – muodot. (Kajaanin ammattikorkeakoulu opinto-opas 2003–2004, 44.) Tämän opintojakson ja ohjatun harjoittelujen kautta opiskelija oppii hoitotyöntekijältä (sairaanhoitaja/terveydenhoitaja) vaadittavat perusteet lääkehoidon toteuttamiseen.

Mielenterveystyöhön suuntautuva opiskelija saa myös mielenterveystyön vaihtoehtoisissa ammattiopinnoissa hyvät ”työkalut” hoitaa potilasta psykologisilla ja sosiaaliseen ympäristöön vaikuttavilla menetelmillä. Näitä ovat hoitokokoustyö ja keskustelut, joilla saadaan olennaista tietoa potilaan voinnista ja masennukseen vaikuttavista tekijöistä. Sosiaaliseen ympäristöön totuttautuminen ja toiminnallisten ryhmien vetäminen taas auttaa potilasta soisittamaan masennuksesta huolimatta, jolloin potilas saa vertaistukea muilta masentuneilta.

4 LÄÄKEHOITO MASENNUKSEN HOIDOSSA

Sosiaali- ja terveysalan hoitotyön koulutusohjelmaan kuuluu osana lääkehoidon perusteet opintojakso. Opintojakson tavoite on, että opiskelija osaa toteuttaa potilaslähtöistä lääkehoitoa turvallisesti. Opintojakson sisältöön kuuluu lääkehoitoa ohjaava lainsäädäntö, lääkehoidon seuranta, lääkeaineryhmät ja lääkkeiden antotavat sekä – muodot. (Kajaanin ammattikorkeakoulu opinto-opas 2003–2004, 44.) opintojakson ja harjoittelujen kautta opiskelija oppii hoitotyöntekijältä (sairaanhoitaja/terveydenhoitaja) vaadittavat perusteet lääkehoidon toteuttamiseen. Masennuslääkkeistä kuten muistakin mielialalääkkeistä, voi aiheutua potilaalle niin voimakkaita haittavaikutuksia, että lääkärin on harkittava lääkehoidon jatkamista. Tällöin hoitajan ja lääkärin yhteistyö korostuu, koska hoitaja pystyy potilaan ohella raportoimaan lääkärille haittavaikutuksista oman kokemuksen ja näkemyksen perusteella. Lääkehoidon toteuttaminen on hoitajan konkreettista työtä. Hoitaja suorittaa toiminnot lääkärin määräysten perusteella ja oman koulutuksensa, sekä kokemuksen antamalla perusteilla. (Veräjänkorva ym. 2006, 102–104.)

Ammattikorkeakoulussa mielenterveystyötä opiskelevien opiskelijoiden tulee osata ja hallita lääkehoidon toteuttaminen harjoitteluun mentäessä, sillä lääkehoidon toteuttaminen on yleensä sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastuulla. Ammattikorkeakoulussa opiskelun aikana opiskelijat harjoittelevat lääkehoidon toteuttamista ja harjoittelujensa aikana opiskelijat toteuttavat lääkehoitoa valvotusti. Lääkehoidon tieto- ja taitoperusta opetellaan opintojaksoilla, mutta teoria otetaan käytäntöön laborointitunneilla sekä ohjatussa harjoittelussa.

4.1 Masennuslääkkeiden historia ja nykyaika

Masennuksen hoito lääkkeiden avulla ennen vuotta 1959 ja moderneja masennuslääkkeitä oli vaikeaa. Masennusta oli jo onnistuneesti hoidettu 1950-luvulla ECT-hoidolla eli sähköhoidolla. Masennusta olikin ennen 1950-lukua yritetty lääkinnällisesti hoitaa oopiumikuureilla, joiden tulokset eivät olleet häikäiseviä. Lääkkeistä amfetamiinijohdokset olivat etualalla. Eniten käytettiin metyyliifenidaatti- nimistä lääkeainetta (Ritalin®), joka oli synteettinen amfetamiinivalmiste. Kyseiset amfetamiinijohdokset eivät olleet hyviä lääkkeitä masennuksen hoitoon, koska ne eivät lievittäneet masennuksen oireita, vaan ainoastaan rauhoittivat potilasta.

Parempia lääkkeitä ei kuitenkaan vielä ollut saatavilla. Mielenkiintoista on, että vakavaa masennustilaa sairastavat potilaat eivät tulleet riippuvaiseksi amfetamiinista tai oopiumista hoitojen aikana. (Kähkönen & Partonen 1999, 23–24.) Vakavan masennuksen hoidossa on huomattu, että sedatoivan lääkityksen eli rauhoittavan lääkityksen käyttö on suotavaa suurilla annoksilla, koska potilas ei vakavan masennuksen aikana tule riippuvaiseksi lääkitykseen (Huttunen 2002, 111–121.).

Nykyisistä masennuslääkkeistä keksittiin sattumalta trisykliset masennuslääkkeet ensimmäiseksi. Niiden perusaine imipramiini löydettiin, kun yritettiin kehitellä aiempaa parempaa antihistamiinia. Imipramiini ei kuitenkaan ollut hyvä antihistamiini. Sitä kokeiltiin myös anti-psykoottisena lääkkeenä mielisairauksien hoitoon, lähinnä psykoosien hoitoon käytettävänä lääkkeenä klooripromatsiinin keksimisen jälkeen. Antipsykoottiseksi lääkkeeksi lääkaineesta ei ollut. Sveitsiläinen psykiatri oli jo pitkään tutkinut potilaan masennusta ja päätellyt, että täytyy olla jokin aine, joka olisi antidepressiivinen eli masennusta tai sen oireita ehkäisevä tai lievittävä lääkeaine. Hän kokeili ensimmäiseksi imipramiinia ja totesi sillä olevan hyödyllisiä vaikutuksia. Potilaan toimintakyky parani ja masennuksen oireet vähenivät. (Kähkönen ym. 1999, 24.)

MAO-estäjät keksittiin 1950-luvulla; näitä lääkkeitä käytetään nykyisin masennus- ja parkinsonismilääkkeenä ja niillä on monoamiinioksidaasia estävä vaikutus. Mao-estäjällä estetään välittäjäaineiden, kuten serotoniinin, noradrenaliinin ja dopamiinin metaboloituminen presynaptisessa hermopäätteessä. Lääkeryhmä keksittiin vahingossa tuberkuloosisairaaloissa, kun potilaille annettiin isoniatsidia ja iproniatsidia. Potilaiden todettiin näiden lääkeaineiden ansiosta tuntevan aiempaa enemmän hyvän olon tunnetta, kuin oli saatettu uskoa. Potilaat tiesivät sairastavansa tautia, joka siihen aikaan usein johti kuolemaan. Näihin havaintoihin perustuen kyseisiä lääkkeitä ja niiden johdoksia alettiin käyttää masennuksen hoidossa. Lääkeaineella todettiin siis voimakasta mielialaa kohottavaa vaikutusta. (Kähkönen ym. 1999, 24.)

Tosien sukupolven masennuslääkkeet saatiin käyttöön 1970-luvun loppu puolella. Näissä masennuslääkkeissä huomattiin samoja haittavaikutuksia kuin niitä edeltäneissä lääkkeissä. Niiden käytössä oli omat riskinsäkin. 1980-luvun puolivälin jälkeen käyttöön tuli seretoniniselektiiviset masennuslääkkeet. Kyseessä olevassa masennuslääkeryhmässä on monia lääkkeitä, jotka poikkeavat kemiallisesti toisistaan, mutta niiden vaikutus on samantapainen.

(Kähkönen ym. 1999, 24.) Tässä masennuslääkeryhmässä on viisi eri ryhmää sisällä, joista jokaisesta käytetään omaa kirjainlyhennelmää, joka ilmaisee lääkeaineen vaikutustavan.

Kyseessä olevat ryhmät ovat:

- SSRI:t, selective serotonin reuptake inhibitors
= Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät
- SNRI:t, serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors
= Serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät
- NaSSA:t, noradrenergic and specific serotonergic antidepressants
= noradrenergistä ja serotonergistä neurotransmissiota lisäävä masennuslääke
- NRI:t, noradrenaline reuptake inhibitors
= noradrenaliinin takaisinoton estäjät
- SARI, serotonin antagonist-reuptake inhibitors
= Serotoninin takaisinoton estäjä

Yleensä näitä ryhmiä ei erotella toisistaan vaan puhutaan ainoastaan selektiivisistä serotoniinin takaisinoton estäjistä. (Huttunen 2002, 111–121.) Tämän kyseessä olevan masennuslääkeryhmän kutsutaankin aloittaneen uuden aikakauden masennuspotilaiden hoidossa. (Kähkönen ym. 1999, 24.)

4.2 Potilaan masennuksen lääkehoito

Nykyisin on käytettävissä useita masennuslääkkeitä. Lääkkeet ovat erilaisia rakenteeltaan, sivuvaikutuksiltaan ja teholtaan. Nykykäsityksen mukaan ne eroavat toisistaan enemmän sivuvaikutuksiltaan kuin hoitovaikutuksiltaan. (Huttunen 2004, 86.) Antidepressiivinen lääkehoito on yksi tehokkaimmista potilaan masennustilojen hoitomuodoista. Antidepressiivistä lääkehoitoa pidetään yleensä tarpeellisena, mikäli potilas täyttää jonkin masennustilan diagnostiset kriteerit. Masennuksen lääkehoitoon tarvitaan lääketieteellinen diagnoosi. Diagnoosin asettaminen ja lääkityksen aloittaminen ovat aina lääkärin tehtäviä. (Kähkönen ym. 1999, 39.) Masennuslääkityksellä hoidetaan sairaustilaa, lievitetään sen oireita, kohennetaan potilaan vointia ja parannetaan potilaan toimintakykyä. Mitä vakavammasta masennuksesta on kysy-

mys sitä tärkeämpi on sen lääkehoito. Toisaalta masennuslääkehoidon teho vaikeissa masennuksissa on saanut lääkehoidon yleistymään myös masennustiloissa, joissa lääkitykseen ei välttämättä ole tarvetta. Lääkkeen turhaa määräämistä on vältettävä. (Lönnqvist ym. 2007, 703.)

Lääkehoidosta tulee keskustella ja päättää yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Lääkäri keskustelee yhdessä hoitavien tahojen ja potilaan kanssa lääkityksestä ja lääkäri tutkii potilaan somaattisen tilan ennen lääkityksen määräämistä. Kun lääkäri on valinnut potilaalle sopivan lääkkeen, se tulee aloittaa sopivalla annoksella ja lääkityksen vaikutuksia on seurattava riittävästi. Lääkettä määrättäessä on siis lääkärin määritettävä lääkkeen annos, annostelun aikataulu ja arvioitu lääkehoidon kesto. Potilaalle tulee myös kertoa, ettei lääkityksen hoidollinen vaikutus tule esille heti. Hoidollisen vaikutuksen esiintulo saattaa kestää useita viikkoja. (Lönnqvist ym. 2007, 703–708.) Lääkettä valitessa on oleellista mahdollisten haitallisten sivuvaikutusten välttäminen. Yksiselitteistä tapaa lääkkeen valinnalle ei lääkärillä ole. Lääkärit oppivat kokemuksen karttuessa tunnistamaan tietojen ja kokemuksen perusteella, minkälainen masennuslääke potilaan masennuksen auttaa. (Poutanen & Vuorinen 2002, 16.)

Masennuslääkkeen hoidollisen vasteen saaminen saattaa kestää jopa kuusi viikkoa. Masennuksen lääkehoito on tapana jakaa kolmeen vaiheeseen 1)hoitovaihe, 2)jatkohoitovaihe ja 3)estolääkitys. Ensimmäisessä vaiheessa etsitään sopiva masennuslääke. Toisessa vaiheessa etsitään sopiva annostus ja kolmannessa vaiheessa keskitytään depression uusiutumisen ehkäisemiseen. Jos kuusi viikkoa lääkkeen aloittamisesta lääkitys ei ole selvästi vähentänyt potilaan oireita, voidaan lääke vaihtaa, lopettaa tai sen annosta voidaan nostaa. Jos päädytään lääkkeen vaihtoon, tulee lääkitys vaihtaa eri perusvaikutusmekanismilla toimivaan lääkkeeseen. Ensimmäisen lääkkeen rinnalle voidaan myös aloittaa toinenkin masennuslääke, joka vaikuttaa eri mekaanisilla. (Huttunen 2004, 90–96.)

Masennuslääkitystä on hyvä jatkaa oireiden hävittyä tai olennaisesti lievittyttyä. Lääkitystä tulisi ensimmäisen masennustilan akuuttivaiheen jälkeen jatkaa 6-12 kuukautta, akuuttivaiheen kestosta ja potilaan iästä riippuen. Jos potilas on alle 50-vuotias, tulisi lääkitys ensimmäisen masennustilan jälkeen purkaa pois 6-12 kk:n kuluttua akuuttivaiheesta. Potilaan ollessa taas on yli 50-vuotias, ei lääkityksen purkamista suositella. Jos kyseessä on toinen tai sitä useampi kerta kun potilas sairastuu masennustilaan, ei lääkitystä tulisi purkaa 4-5 vuoteen. Masennuksen tiedetään tutkimusten pohjalta uusiutuvan sitä todennäköisemmin, mitä useamman ma-

sennuksen potilas on sairastanut. Jo kolmannen masennuksen jälkeen masennuksen uusiutumisen riski on jopa 90 %. (Huttunen 2002, 134–136.)

Masennuksen ensimmäisestä akuutista vaiheesta toipumisen jälkeen, jos masennustila ei ole uudestaan toipumisen aikana aktivoitunut, tulee masennuslääkitys purkaa hoitavaa annosta asteittain alentaen. Annoksen asteittaisella alentamisella voidaan välttää joidenkin lääkkeiden lopettamisesta johtuvat lopetus- ja vieroitusoireet. (Huttunen 2002, 134–136.) Oireiden voimakkuus vaihtelee yksilöllisesti ja lääkekohtaisesti. Lääkkeiden puoliintumisaika vaikuttaa lääkkeen lopettamiseen liittyvien lopetusoireiden voimakkuuteen ja ilmenemisen ajankohtaan. Lyhyt puoliintumisaika tuo vieroitusoireet esille nopeasti ja voimakkaana, mutta oireet eivät kestä kauan. Pitkä puoliintumisaika tuo vieroitusoireet esiin hitaasti ja lievempinä, mutta oireiden kesto on pitempi. Vieroitusoireiden tunnistaminen on tärkeää, ettei niitä sekoiteta uusiutuvan masennusjakson tai jokin muun psyykkisenhäiriön oireisiin. Vieroitusoireet menevät ohi muutamassa päivässä tai viikossa. (Huttunen 2004, 102.)

4.3 Sairaanhoidaja masentuneen potilaan lääkeshoidon toteuttajana

Jos potilaan terveyden säilyttämiseen tai sairauden hoitoon käytetään lääkettä, puhutaan lääkeshoidosta. Lääkeshoito on tärkeä lääketieteellinen hoitokeino ja samalla olennainen osa hoitotyötä. Se on terveyden- ja sairaudenhoitoa riippumatta siitä, missä lääkeshoito tapahtuu. Lääkeshoito perustuu potilaan, lääkärin, farmaseutin tai proviisorin ja hoitohenkilöstön yhteistyöhön. (Veräjänkorva ym. 2006, 16.) Laissa lääke määritellään valmisteeksi tai aineeksi, jota käytetään sisäisesti tai ulkoisesti parantamaan, lievittämään tai ehkäisemään sairautta tai sen oireita. (Läkelaki 10.4.1987/395) Lääkitys- ja lääkintä-käsitteitä käytetään usein lääkeshoidon synonyymeinä. Ne tarkoittavat lääkkeiden käyttöä hoitokeinona ja lääkeshoitojen toteuttamista. Lääkeshoidolliset tehtävät kuuluvat hoitajalle mielenterveyden hoidossa kun toimintaympäristönä on sairaala. Masennuslääkkeet ovat tärkeä osa masennuksen hoitoa mielenterveytyössä ja potilaiden sitoutuminen lääkeshoitoon asettaa hoitajille haasteita. (Veräjänkorva ym. 2006, 16–20.)

4.4 Sairaanhoidajan vastuu lääkehoidon toteutuksessa ja seurannassa

Potilaalle annettavasta lääkehoidosta vastaa lääkäri, jonka antama lääkehoidon määräys kirjataan esimerkiksi potilaan sairauskertomukseen. Kertomukseen merkitään myös kaikki potilaalle annetut lääkkeet. Hoitohenkilökunta (sairaanhoidaja / terveydenhoitaja) toteuttaa lääkärin antamien ohjeiden mukaan lääkehoidon. Lähtökohtana on että lääkehoitoa toteuttavat siihen koulutuksen saaneet ammattilaiset. (Nurminen 2006, 586.) Jokaisella lääkehoitoon osallistuvalla on oltava asianmukaiset tiedot ja taidot lääkehoidon toteuttamiseksi. (Läkelaki 10.4.1987/395) Lääkemääräys, jonka lääkäri on määrännyt, on ymmärrettävä oikein, ja lääke tulee tarvittaessa osata valmistaa käyttökuntoon ohjeiden mukaisesti. Lisäksi hoitajan, joka lääkehoitoa toteuttaa, tulee perehtyä antamansa lääkkeen käyttöön, vaikutuksiin, tavallisimpiin haittavaikutuksiin ja mahdollisten samanaikaisesti käytettävien lääkkeiden yhteisvaikutuksiin. Lääkehoidon toteuttaminen ja hoidon vaikuttavuus sekä mahdolliset haittavaikutukset on aina dokumentoitava. (Nurminen 2006, 586–587.)

Potilaan tulisi aina olla tietoinen lääkkeen käyttötarkoituksesta ja siitä minkälaisia vaikutuksia ja haittavaikutuksia lääke saattaa aiheuttaa. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä lääkärin suosittelemasta lääkehoidosta ja saada vaihtoehtoista lääketieteellistä hoitoa. (Nurminen 2006, 587.) Nämä kaksi edellä mainittua seikkaa tuovat mielenterveystyöhön haastavuutta, koska psyykelääkkeisiin kohdistuu normaalia enemmän hoitokielteisyyttä. Lääkehoitoa voidaan myös toteuttaa vastoin potilaan omaa tahtoa mielenterveystyössä, jos lääkäri on arvioinut potilaan kykenemättömäksi vastaamaan omaan terveyteensä koskevista asioista. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116)

Lääkkeiden jakaminen potilaskohtaisiin annoksiin on suurta tarkkuutta vaativaa ja riskejä sisältävä toimi. Ennen lääkkeen jakamista on huolellisesti tutkittava lääkkeen nimi, lääkemuoto ja vahvuus. Esimerkiksi kahdella eri valmisteella voi olla hyvin samanlainen nimi (Ciprallex® / Cipramil®), mutta vaikuttava lääkeaine ko. lääkkeissä on erilainen. Myös samasta lääkkeestä voi olla kahta eri valmistemuotoa (Efexor® / Efexor® Depot), tällöin lääkeaine on sama, mutta imeytymisaika /-paikka elimistössä on eri. Lääkkeet viedään potilaalle henkilökohtaisesti. Hoitajan tulee myös varmistua siitä, että lääke otetaan ja näin lääkkeen antama hoidollinen vaikutus saadaan näkyviin. (Nurminen 2006, 587–588.) Ennen lääkkeen antoa potilaalle on varmistettava, että seuraavat asiat ovat kunnossa, Seitsemän O:n sääntö:

Oikealle potilaalle – **O**ikea lääkettä - **O**ikea annos – **O**ikea antotapa - **O**ikea antoaika – **O**ikea dokumentointi – **O**ikea potilaan ohjaus. (Veräjänkorva 2006, 85.)

5 VERKKOPEDAGOGIIKKA

Pedagogiikka on kasvatusta ja opetusoppiin liittyvä yleiskäsite. Opinnäytteen yhteydessä olen rajannut käsitteen nimenomaan opetusoppiin ja siinä verkkopedagogiikkaan. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2008) Verkkopedagogiikkaa voidaan tarkastella kasvatustieteen alana, joka tarkastelee verkoissa tapahtuvaa opetus-oppimis-prosessia eli verkko-oppimista tai verkossa tarvittavien taitojen opettamista ja oppimista eli verkkotyöskentely (Yli-Luoma & Pirkkalainen 2005. 8-9.).

5.1 Verkkopedagogiikan sovellutuksia

Opiskelu verkossa eli Internetissä räjähti muotikäsitteeksi 1990-luvun loppupuolella kun EU:n ja Suomen tietoyhteiskuntien strategioiden myötä oppilaitokset varustettiin tietokoneilla ja tietoverkkoyhteyksillä. Verkko-opetuksen tavoitteena oli, että opiskelu tasa-arvoistuu, kun tietoverkot tuovat kurssit kaikkien saataville. (Kalliala 2002, 18–19.) Uusien oppimisympäristöjen kehittyminen ja käyttöön ottaminen ei tarkoita perinteisten oppimisympäristöjen katoamista. Perinteisiä oppimisympäristöjä ja oppimistapoja tarvitaan uusien oppimisympäristöjen rinnalla opetuksessa. Verkkopedagogiikkaa voidaan siis tarkastella kasvatustieteen alana.

Kirjeopetusmalli, joka on alkanut 1800-luvulla, on kehittynyt nykyiseen tietoverkkojen ja Internetin välityksellä toteutettavaksi opetuksiksi. Se mahdollistaa työskentelyn omaan tahtiin, ajasta ja paikasta riippumatta. Jokainen opiskelija voi siis itse päättää milloin ja missä opiskelee, ajasta ja paikasta riippumatta. Opiskelijan omasta aktiivisuudesta riippuu siis miten nopeasti hän etenee opiskelussaan, ainoa rajoittava tekijä on oppimiseen varattu aika. (Aarnio, Engvist & Helnius 2002, 15–16.)

Lähes jokaiselle teollisuusmaissa asuvalle ihmiselle verkko on osa arkipäivää, niin työssä, opiskelussa kuin vapaa-ajassakin. Tietoyhteiskunnaksi kehittyminen on vaikuttanut koulutusjärjestelmän uudistumiseen. Verkolla on monta kutsumanimeä: Internet, WWW, netti, webbi ja seitti. Verkko voidaan myös lyhyesti määritellä tietokonevälitteisen viestinnän teknologiksi. Tässä teknologiassa tapahtuu uudistuksia jatkuvasti, mutta sen keskeisimpinä osina ovat säilyneet sähköposti ja tietokonekonferenssit. Verkkopedagogiikka voidaan siis yksinkertai-

simmillaan määritellä tarkoittavan tieto- ja viestintätekniiikan soveltamista opetukseen ja oppimiseen.

Verkkopedagogiikassa yhdistyvät lähiopetus ja verkkopohjainen opetus monimuoto-opetuksiksi. (Tella, Vahtivuori, Vuorento, Wager & Oksanen 2001, 11–14.) Verkkopedagogiikka on uusikäsite, joten siinä käytettävät termit eivät ole vielä vakiintuneet. Opinnäytetyössä käytän käsitettä verkko. Käsitteen verkko valitsin sen takia että se antaa parhaimman kuvan opinnäytetyöstäni, koska opinnäytetyöni tuote on verkko-oppimismateriaali. Eli opinnäytetyöni ohella valmistuu tuote joka on verkko-opetusmateriaalia. Verkkopedagogiikan ollessa uusikäsite siitä ei löytynyt vielä opinnäytetyön tekovaiheessa luotettavaa tutkimustietoa. Tutkimuksia on kyllä paljon aiheesta, mutta ne ovat ”ristiriidoissa” toistensa kanssa.

Kun terveyttä koskeva tutkimustieto lisääntyy jatkuvasti, on ammattihenkilöstöllä suuri haaste pitää ammattitaitoaan yllä. Perinteisellä tavalla uutta tietoa haetaan ja opiskellaan kirjasta. Nykyään kuitenkin sähköiset tietokannat ja tietoverkot ovat syrjäyttämässä perinteiset menetelmät, uusien menetelmien helppouden ansiosta. Uutta tietoa on helppoa hakea ja sitä on saatavilla lähes mistä tahansa verkkoon kytketystä tietokoneesta. (Saranto & Korpela 1999, 347.)

5.2 Verkko Ammattikorkeakoulun opiskelijan oppimisympäristönä

Ammattikorkeakoulu opiskelussa ja opetuksessa käyttöön otetut, tietoverkkoperustaiset ratkaisut ovat konkreettinen osoitus tietoyhteiskuntakehityksestä luonnehtivan teknologian monista sovelluksista. Kysymys ei kuitenkaan ole täysin uudesta asiasta. Yksilön oppimisen tukena on pyritty käyttämään myös ihmisen luomia teknisiä apuvälineitä ja keinoja. Nämä keinot ovat herättäneet pedagogista keskustelua, puolesta ja vastaan. Verkkoperustaista oppimisympäristöä voidaan tarkastella kahdella opetuksen ja opiskelun organisointimuotojen kehitysjatkumolla. Ensimmäistä jatkumoa voi nimittää luokkaopetuksen laajennuksen jatkumoksi. Toinen jatkumo liittyy tietokoneperustaisen teknologian opetuskäyttöön ja sen historiaan. Edellä määritellyt jatkumot eivät ole toisistaan riippumattomia. Verkko oppimisympäristönä sijoittuukin molemmille edellä mainituille jatkumoille. (Korhonen 2004, 49–50.)

Verkko-oppimisympäristöllä tarkoitetaan Internet- tai intranetverkkoon luotua verkkosivustoa, joka mahdollistaa opiskelijalle ja opettajalle yhteisen virtuaalisen toimintatilan opiskelussa ja opetusta varten. Laajimmillaan verkko-oppimisympäristö tarkoittaa verkkokurssien

muodostamaa kokonaisuutta. Tällöin myös opintoneuvonta- ja opintotoimistopalvelut sekä opetuksen tukipalvelut ovat toteutettu verkon välityksellä. (Nevgi & Tirri 2003, 20.) Oppimisympäristö on yleisesti määriteltynä paikka tai toimintakäytäntö, jonka tarkoituksena on edistää oppimista. Oppimisympäristöön ei välttämättä liitetä tietotekniikan käyttöä. Joten verkko-oppimisympäristö sana on syntynyt kuvaamaan perinteisestä opettajajohtoisesta opetuksesta poikkeavaa oppimisympäristöä. (Yli-Luoma ym. 2005, 25.)

Oppijan oma aktiivisuus ja itseohjautuvuus ovat tärkeällä sijalla kun hän työskentelee verkko oppimisympäristössä. Oppimisympäristössä opiskelija on vuorovaikutuksessa opittavan asian kanssa. Opetuksessa tällöin yleensä käytetään ongelmakeskeistä lähestymistapaa. Hyvin tärkeää verkko oppimisympäristössä on, että opettaja muuttuu varsinaisesta tiedonjakajasta ohjaajaksi, tukihenkilöksi ja organisoijaksi. (Yli-Luoma ym. 2005, 25.) Oppimisympäristö on oppimista edistävä ympäristö, jossa mahdollistuu kokonaisvaltainen oppimisprosessi. Oppimisympäristön tarkastelun ulottuvuuksia ovat sosiaalinen, fyysinen, tekninen ja didaktinen ulottuvuus. Sosiaalinen ulottuvuus tarkoittaa ryhmän vuorovaikutusta, fyysinen ulottuvuus tarkoittaa Ammattikorkeakoulun tarjoamia tiloja ja välineitä, tekninen ulottuvuus tarkoittaa tekniikkaa mitä Ammattikorkeakoulu tarjoaa ja didaktinen ulottuvuus on opetuksellinen ulottuvuus. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2008)

Opettajan on suunniteltava Ammattikorkeakoulussa verkko sellaiseksi oppimisympäristöksi yhteistyössä opiskelijoiden ja työelämän kanssa, että se kehittää opiskelijan asiantuntijuutta mahdollisimman tehokkaasti ja tuloksellisesti (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2008). Tuotetta tehdessäni minun on otettava edellä mainitut asiat huomioon, jotta tuotteesta saataisiin kaikki hyöty irti.

5.3 Verkko-opetus ja -oppiminen

Opetuksen, opiskelun ja oppimisen kysymyksiin liittyy nykyisin yhä enemmän pohdinta tieto- ja viestintätekniiikan merkityksestä. Keskeinen muutos on ollut siirtyä tekniikan painotuksesta ja teknisten atk:n keskeisyydestä kohti inhimillistä lähestymistapaa. Verkko opetuksella viittaamme opetukseen, opiskeluun ja oppimiseen, jota tuetaan tai jokin osa perustuu tietoverkkojen, erityisesti Internetin kautta saataviin tai siellä oleviin aineistoihin ja palveluihin. Verkko opetuksessa yhdistyvät sekä kasvokkainopetus eli lähiopetus ja verkkopohjainen opetus moni muoto-opetuksiksi. Nykymuotoinen verkko-opetus rakentuu toisaalta painettuun

tekstuaalisuuteen teksteihin, oppikirjoihin ja toisaalta elektroniseen tai telemaattiseen, esimerkiksi televisioon, kuvaruutuun tai tietokoneen näytön tekstuaalisuuden varaan. Verkko-opetus ymmärretään laajassa merkityksessä osana moni-ilmeistä mediaympäristöä, jolle tyyppillistä eri välineiden, sovellusten, palvelujen ja ohjelmistojen sulautuminen laajaksi mediakulttuuriksi. Verkko-opetus on siis ensisijaisesti mediakasvatuksellinen ja didaktiivinen käsite. (Tella ym. 2001, 16–22.)

Verkko-opetus sisältää suuren alueen tekniikoita ja menetelmiä, miten opetusta toteutetaan tietokoneilla teknologiaa ja ohjelmia hyväksikäyttäen, erilaisissa verkko ympäristöissä. (Clarke 2004, 9.) Opetus-opiskelu-oppimisprosessi yhdistää didaktiikan kannalta tämän uudenlaisen painotuksen ja kielenkäytön. Oppimisprosessia voidaan analysoida muun muassa opetus-opiskelu-oppimisprosessin kautta. Tämän näkemyksen mukaan tärkeitä ovat sekä opetus että oppiminen, mutta myös niitä välittävä kolmas komponentti eli opiskelu. Kuviosta 1. ilmenee didaktiikan perustana oleva opetus-opiskelu-oppimisprosessi. (Tella ym. 2001, 24.)



Kuvio1. Didaktiikan perustana oleva opetus-opiskelu-oppimisprosessi.

Opetuksella ei siis voida vaikuttaa suoraan oppimiseen, vaan vaikutus tapahtuu epäsuorasti ja nimenomaan opiskeluprosessin kautta. Kirjallisuudessa verkko-oppimisesta käytetään useita eri käsitteitä kuten virtuaaliopiskelu, e-learning, e-oppiminen, Internet-perustainen- ja verkko-pohjainen oppiminen sekä web-pohjainen opiskelu. Keskeisiä asioita verkko-oppimisessa ovat ongelmalähtöisyys ja itseohjautuvuus. Opetus ei tapahdu opettajan läsnä ollessa lähiope- tuksen mukaisesti, vaan itsenäisesti etäopiskeluna. Verkko-oppija ottaa itse vastuun siitä, että ohjaa itsensä verkko-oppimismateriaalin ääreen. Verkko-oppimisen etu on joustavuus. Opiskelijalla on itsellään mahdollisuus määritellä opiskelun aikataulu. Joustava oppimismuoto tuo

opiskelijalle aikaisempaa enemmän vastuuta omasta oppimisesta ja sen myötä lisääntyä opiskelijan oma aktiivisuus. Opiskelija ei voi jäädä passiivisena odottamaan ohjaajan/opettajan antamaa tietoa vaan hänen täytyy oma-aloitteisesti perehtymään oppimismateriaaliin. (Tella S. ym. 2001)

5.4 Verkko-oppimateriaali

Verkko-oppimismateriaalin tekemistä kutsutaan usein sisällöntuottamiseksi tai sisällöntuottannoksi. Seuraavilla käsitteillä tarkoitetaan verkko-oppimateriaalin laadintaa ja sen julkaisemista verkossa. Tavallisimmat julkaisumuodot ovat web-sivut, verkkokurssit ja verkossa toimiva multimedia. Kuka tahansa voi laatia ja julkaista verkkomateriaalia, mutta opetuskäyttöön suunnatun materiaalin tulee olla ohjauksellista, suunniteltua ja pedagogisesti tarkoituksen mukaista. (Tella ym. 2001, 106–108.) Verkko-oppimateriaalin laadinnassa huomioon otettava asia on oppimateriaalin pituus. Pituuden tulisi olla 1/10 osa kirjasta luettavasta pituudesta, koska teksti ja opetusmateriaali luetaan yleensä näyttöpäätteeltä. Lyhyet virkkeet ja lauseet tuovat tekstiin selkeyttä ja sujuvuutta, joten turhia toistoja ja täytesanoja on vältettävä. Epäselvä ja tylsän näköinen teksti ei houkuttele lukemaan, vaikka opiskelija olisikin kiinnostunut tekstin sisällöstä. (Matikainen ym. 2000, 155–156.) Omaa verkko-oppimismateriaalia tehdessäni olen huomionut kyseessä olevat asiat.

Verkko-oppimismateriaalin yhteyteen on hyvä ideoida todellisesta elämästä olevia ongelmia opiskelijoiden ratkaistavaksi. Ongelmat voivat olla kysymyksiä, jotka ohjaavat opiskelijaa miettimään lukemaansa ja opiskelemaansa materiaalia. (Tella ym. 2001, 110–111.) Tekemääni verkko-oppimismateriaaliin tulee materiaalin loppuun kysymyksiä, jotka ohjaavat opiskelijoi- ta verkko-oppimismateriaalin kertaamiseen ja uudelleen lukemiseen. Lisäksi verkko-oppimismateriaalin lopussa on luettelo kirjallisuudesta, josta opiskelijat voivat halutessaan tutustua syvemmin opeteltuun asiaan.

Verkko-oppimismateriaalissa kannattaa hyödyntää linkkejä, joiden avulla opiskelija siirtyy kohdasta toiseen, tai toiseen verkko-opetusmateriaaliin, jossa käsitellään samaa asiaa. Linkkejä tulee käyttää harkiten, jottei opiskelija eksyisi liian kauas opiskeltavasta asiasta. Linkkien heikkous on niiden päivitettävyyys sillä linkit vaativat jatkuvaa sivuston ylläpitoa eli päivittämistä. Linkkien suuri määrä saattaa myös saada verkko-oppimismateriaalin näyttämään erittäin ”tukkoiselta”, jos asioiden selvittämiseksi/oppimiseksi on ”pompittava” linkistä toiseen.

(Lindh & Parkkonen 2000, 153–154.) Verkko-oppimismateriaalissani ei ole linkkejä, joita opiskelijat voisivat hyödyntää.

Verkko-oppimismateriaalin, joka tulee itsenäiseen opiskeluun, pitää toimia ilman opettajan neuvoja ja ohjeita. Opiskelijan on ymmärrettävä ilman opettajan tukea, mitä häneltä odotetaan ja mitä hän opiskelee. Verkko-opetusmateriaalissa ei saa olla sisällöllisiä eikä teknisiä ongelmia. (Tella ym. 2001, 110–111.) Verkko-oppimismateriaalini sisällön on tarkastanut psykiatrian erikoislääkäri Heli Karuaho ja tekniset tarkastuksen suorittavat ohjaava opettaja ja opiskelijat jotka tuotteeseen tutustuvat. Verkko-oppimismateriaalin laatija ”sokeutuu” itse helposti tekemäänsä materiaaliin, eikä huomaa siinä olevia virheitä. Näillä testauksilla saadaan verkko-oppimismateriaalin laatu varmennettua.

5.5 Verkkopedagogiset valinnat

Verkko-oppimismateriaalin laatimisen tärkein vaihe on tarkka sisällön suunnittelu. On huomioitava, millaisista osista kokonaisuus muodostuu ja mikä on näiden osien välinen suhde ja sisällön looginen rakenne. Huomiota on myös kiinnitettävä verkko-oppimismateriaalin audiovisuaalisuuteen. Suunnitellessa verkko-oppimismateriaalia tulee huomiota kiinnittää käytettävyyteen eli siihen, miltä sivu näyttää ja tuntuu käyttäjältä. Sivujen on toimivia ja helppo-käyttöisiä, koska se vaikuttaa olennaisesti oppimiseen. (Tella 2001, 116–118.)

Verkko-oppimismateriaalissa tulee myös kiinnittää huomiota visuaalisuuteen. Visuaalisuudella tarkoitetaan värejä mitä materiaalissa käytetään. Tuotteen visuaalisuuteen en voi vaikuttaa, koska tuote tulee Kajaanin Ammattikorkeakoulun sivuille, jossa käytetään Kajaanin Ammattikorkeakoulun suositusväriskaalaa. Fontin koko kappaleissa on 12 ja otsikoissa 14. Fontin tyyli tulee Kajaanin Ammattikorkeakoulun tyyleistä. Verkko-oppimismateriaalin siirtämisestä verkkoon vastaa Kajaanin Ammattikorkeakoulun verkkoassistentti. Materiaali siirretään FrontPage ohjelmalla. Verkko-oppimismateriaalini sijaitsee Kajaanin Ammattikorkeakoulun kotisivuilla.

6 TUOTTEISTAMISPROSESSI JA TUOTE

Opinnäytetyöni aiheen sain mielenterveystyönopettaja Raila Arpalalta keväällä 2007. Hän tarjosi minulle opinnäytetyöni aiheeksi masennuslääkkeisiin liittyvää verkko-oppimismateriaalin tuotteistamista. Aiheen valintaan liittyi oma kiinnostukseni potilaan masennuksen hoitoon masennuslääkkeillä. Olen koulutuksen alkuvaiheesta lähtien ollut kiinnostunut lääkehoidosta. Tiesin opinnäyteprosessin alusta alkaen, että opinnäytteenä valmistuisi tuote Kajaanin Ammattikorkeakoululle mielenterveystyön opiskelijoiden käyttöön.

6.1 Tuotteistamisprosessi

Opinnäytetyöni valmistuessa olen tuotteistanut koulun ja mielenterveystyön opiskelijoiden käyttöön tuotteen, jota opiskelijat tulevat hyödyntämään opiskelussaan. Perinteisesti tuotteella on tarkoitettu lähinnä materiaalisia tavaroita, laitteita, apuvälineitä, raaka-aineita. Tämä määrittely on nykyään vanhentunut. Nykyisin tuotteilla tarkoitetaan sekä tavaroita että palveluita ja tuote voi myös olla edellä mainittujen yhdistelmä. Sosiaali- ja terveysalan tuotteeseen sisältyy myös lähes aina tuotteen sisältöä tukeva vuorovaikutustilanne. Olipa tuote aineellinen tai aineeton tai niiden yhdistelmä, tulee sen olla selkeästi rajattavissa, hinnoiteltavissa ja sisällöltään täsmennettävissä. Tuotteen tulee myös noudattaa alan eettisiä ohjeita. Edellä mainittuja tuotemääritelmiä noudattaen, sosiaali- ja terveysalan tuotteet voivat olla hyvin erilaisia. (Jämsä 2000, 13–14). Opinnäytteestäni tulee siis materiaalityö, koska se on verkko-oppimismateriaali potilaan masennuksen lääkehoidosta.

Tuotekehitysprosessin tavoitteet ja aikaansaannokset määräytyvät hankekohtaisesti. Jos päätös tuotteesta ja sen ominaisuuksista on tehty jo alkuvaiheessa, pääpaino on tuotteen valmistamisessa. Sosiaali- ja terveysalan tuotteiden suunnittelu ja kehittäminen jäsentyy tuotekehityksen perusvaiheiden mukaan. Tuotekehitysprosessin tavoitteet ja aikaansaannokset määräytyvät hankekohtaisesti. Riippumatta siitä, mitkä tekijät tuotekehitysprosessissa painottuvat, on siinä viisi vaihetta. Riippumatta mitkä tekijät tuotteistamisprosessissa painottuvat, voidaan siitä siis erottaa viisi vaihetta: 1) Ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen 2) Ideavaihe, 3) Luonnosteluvaihe, 4) Tuotteen kehittäminen ja 5) Tuotteen viimeistely. (Jämsä 2000, 28–29).

Perusta, johon laadukas verkko-opetus nojaa, on laadukas materiaali. Verkko-opetuksen tuotteistaminen ei voi olla oppimateriaalilähtöistä, vaan tuotteistamisen on luotava puitteet oppimateriaalin tehokkaalle tuotannolle. Verkko-oppimateriaalin tuotteistaminen on työmenetelmien ja tuotantoprosessien kehittämistä siten, että luodaan puitteet ja rakenteet oppimateriaaliin perustuvalle räätälöidylle oppimateriaalituotannolle. (Sipilä 1996). Tuotteistamisena opinnäytteenäni tuotteen, joka on verkko-opetusmateriaalia masennuslääkkeistä. Tuote tulee ammattikorkeakoululle ”sisäiseen verkkoon” ja sitä käytetään verkko-opetuskäytössä. Jotta verkko-opetus voisi todella lunastaa sille asetetut tavoitteet, on perustan oltava kunnossa.

Suunniteltaessa materiaalia käytettäväksi verkko-opiskelua varten tulee erityisesti ottaa huomioon itse materiaali, eli sisältö. Oppimateriaalin suunnittelussa pitää huomioida opiskelijoiden ikärakenne ja sitä kautta heidän kykynsä opiskella itseohjautuvasti, asenteet, taidot sekä motivaatio. Haasteena on myös kuinka pitää mielenkiinto yllä opittavaa asiaa kohtaan. (Matiainen & Manninen 2000, 72.) Opinnäytteenäni osana valmistuva tuote on suunniteltu mielen-terveystyön opiskelijoille, joiden ikähaitari voi olla hyvinkin iso (18-vuotiaasta ylöspäin). Siltä osin materiaalin tuotteistaminen on osaltani haastavaa. Tuotteen tekemistä helpottaa tulevien tuotteen käyttäjien motivaatio. Opiskelijat ovat valinneet suuntautumismotivaatioista mielen-terveystyön, joten motivaatiota tuotteen lukemiseen ja opeteltavaan asiaan on todennäköisesti.

6.2 Tuotteen arviointi ja markkinointi

Sosiaali- ja terveydenhuollon laatua voidaan katsoa asiakkaan, palvelun tuottajan tai organisaation näkökulmasta. Tuotteeseen kohdistuvat odotukset vaihtelevat sen mukaan, kenen näkökulmasta tuotteen laatua tarkastellaan. Jos laatua tarkastellaan käyttäjän näkökulmasta, sen on vastattava hänen odotuksiaan ja tarpeitaan. Laatu on tuotteen tai palvelun ominaisuuksien muodostama kokonaisuus ja tuotteen laatua voidaan arvioida sillä miten hyvin tuote täyttää sille asetetut vaatimukset ja tavoitteet. (Jämsä 2000, 29.) Opinnäytteenäni tuotetta on arvioinut opiskelija ryhmä ja heidän mielestään tuote vastaa sille asetetut vaatimukset. Ohjaava opettaja on myös sanonut tuotteen olevan erittäin tärkeä osa opinnäytetyötä.

Toimeksiantajani opettaja voi hyödyntää opinnäytettäni, kun tutkimustulokset alkavat selvitä. Kun opinnäytetyö on esitetty, toimeksiantaja esittää tuloksia eteenpäin Kajaanin ammattikorkeakoululla myös muille opiskelija/ammattiryhmille. Opinnäytetyöllä voidaan tukea masennuksen ja siihen liittyvän lääkehoidon opetusta. Opinnäyte työtä hyödynnetään siis opetuksen kautta. Tulen esittämään valmiin opinnäytteen tänä syksynä, jolloin se markkinoi itse itseään esityksen kuulijoille. Opinnäyte tulee myös esille koulun verkkoon josta sen voivat opiskelijat käydä nähdessään lukemassa. Opinnäytteen tuotteesta on ehkä tulossa CD-ROM version jonka markkinointi jää koululle. Itse opinnäytteestä on ohjaavan opettajan kanssa ollut puhetta, että siitä voisi kirjoittaa pienen artikkelin alan lehteen, joka markkinoisi tuotetta mahdollisille käyttäjille ja tuotteen hyödyntäjille.

7 POHDINTA

Kajaanin ammattikorkeakoulu on koulutuksen ja kehittämisen huippuyksikkö Pohjois- ja Itä-Suomessa sekä valituilla aloilla valtakunnallisesti ja kansainvälisesti tunnustettu toimija. Kajaanin ammattikorkeakoulu edistää koulutuksellaan ja kehittämistoiminnallaan vaikutusalueensa osaamista, hyvinvointia ja yrittämistähtoa. Kajaanin ammattikorkeakoulu on yhteistyössä työelämän edustajien kanssa määritellyt ne valmiudet eli kompetenssit, joita ammattikorkeakoulusta valmistuneen tulisi osata. Kompetenssit ovat laajoja osaamiskokonaisuuksia – yksilön tietojen, taitojen ja asenteiden yhdistelmiä. Eli kompetenssi kuvaa yksilön ja opiskelijan kykyä suoriutua ammattiinsa kuuluvista tehtävistä. Yleiset kompetenssit ovat: **I**tsensä kehittäminen – **E**ettinen osaaminen – **V**iestintä- ja vuorovaikutusosaaminen - **K**ehittämistoiminnan osaaminen – **O**rganisaatio- ja yhteiskuntaosaaminen – **K**ansainvälisyys osaaminen. (Kajaanin ammattikorkeakoulun opinto-opas 2007–2008, 6-10.) Opinnäytetyöni painottuu itsensä kehittämiseen ja viestintä- ja vuorovaikutusosaamiseen. Opinnäytetyö on kehittänyt ammatillista osaamistani ja viestintäosaamista tuotteen osalta.

Opinnäytetyössä olen laatinut verkko-oppimismateriaalia mielenterveystyöhön suuntautuville opiskelijoille. Opinnäytetyö prosessi aiheanalyysistä opinnäytetyösuunnitelmaan ja itse valmiiseen opinnäytteeseen on ollut mielenkiintoista ja haastavaa. Opinnäytetyön aikana olen kartuttanut masennuksen hoitoon liittyvää asiantuntemusta. Opinnäytteen yhteydessä valmistuva verkko-oppimismateriaalia on lisännyt tietoisuuttani masennuslääkkeiden vaikutuksista ja masennuksen lääkehoitoon liittyvistä asioista. Asiantuntemukseni on parantunut huomattavasti, mikä on tärkeää tulevien työtehtävieni kannalta. Pohdinnassa käsittelem yksityiskohtaisemmin opinnäytteeni luotettavuutta, eettisyyttä, johtopäätöksiä ja omaa ammatillista kasvua.

7.1 Luotettavuus

Opinnäytetyön aiheenvalinta on yhteiskunnallisesti ajankohtainen ja opinnäytetyönä valmistuva tuote on tuotteena tarpeellinen työn tilaajalle. Opinnäytetyön luotettavuutta mietittäessä on otettava huomioon tiedonhankintaan liittyviä ongelmakohtia juuri tämän opinnäytetyön kannalta, koska opinnäytetyöni on laadullinen ja täten kokonaan teoriapohjainen. Opinnäyte-

työni toteuttaminen ei vaadi potilaiden henkilötietojen käsittelyä, joten minun ei tarvitse haakea lupaa potilastietojen käsittelyyn. Opinnäytetyön ohessa valmistuvan verkko-opetusmateriaalin masennuslääkkeistä tarkistaa Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalvelujen psykiatrian erikoislääkäri ja apulaisylilääkäri Heli Karuaho. Täten varmistutaan siitä, että tieto mitä verkko-opetusmateriaalilla jaetaan, on paikkansa pitävää ja oikeaa. Itse opinnäytettä testataan nykyisillä Kajaanin ammattikorkeakoulun hoitoalan opiskelijoilla. Lisäksi annan opinnäytteeni luettavaksi työpaikkani (Kainuun keskussairaala os.12) osastonhoitajalle Saara Pikkaraiselle, jotta saan mahdollisimman monta näkökohtaa/arviota opinnäytteelleni. Lisäksi myös vertaiset arvioivat ja antavat palautetta opinnäytteestä, yhdessä ohjaavien opettajan kanssa.

Opinnäytetyön tekijä joutuu jatkuvasti pohtimaan tekemiään valintojaan. Tutkija ottaa samanaikaisesti kantaa niin tutkimuksen kannattavuuteen kuin tutkimuksen luotettavuuteen. (Eskola & Suoranta 2000, 208.) Opinnäytetyöni on tuotteistettu, joten luotettavuuden arvioinnissa voi käyttää soveltuvin osin luotettavuuden kriteereitä. Näitä kriteereitä ovat uskottavuus, todeksi vahvistettavuus, merkityksellisyyden arviointi kyllästeisyys ja siirrettävyys. (Nikkonen 1997, 146.) Eskolan ym. (2008, 210.) tosin tekstisään kritisoivat kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän luotettavuuskriteereiden hämäryydestä. Opinnäytetyöni luotettavuuden arviointikriteereinä käytin työssäni uskottavuutta, siirrettävyyttä, kyllästeisyyttä, todeksi vahvistettavuutta ja merkityksellisyyttä.

Uskottavuus tarkoittaa sitä, että totuus tuodaan esille juuri sellaisena kuin se tutkittavassa kohteessa esiintyykin. Uskottavuuden viittaa totuuden muotoutumisen tutkijan ja tiedon antajan kesken. (Nikkonen 1997, 146.) Opinnäytetyössäni uskottavuuden kriteeri toteutuu siten, että verkko-opetusmateriaalin lukija vakuuttuu tekemistäni ratkaisuista materiaalia kohtaan ja sen luotettavuudesta. Opinnäyte työtä tehdessäni olen käyttänyt mahdollisimman uusia teoksia, ja olen käyttänyt näitä teoksia luotettavasti. Kaikki etsimäni tieto perustuu jo aikaisemmin tutkittuun tietoon, ja sama tieto on ollut luettavissa useista teoksista. Jos sama tieto esiintyy useissa teoksissa, se lisää tutkimuksen luotettavuutta Hirsjärven ym. (1997, 216.) mukaan.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, missä määrin tulokset ovat siirrettävissä toiseen samanlaiseen kontekstiin niin, että tulkinnat pitävät paikkaansa. (Nikkonen 1997, 147.) Tuotteeni on suunniteltu Kajaanin ammattikorkeakoululle ja mielenterveystyön opetukseen. Tuottamani verkko-opetusmateriaali on siirrettävissä toiseen kontekstiin. Masennuslääkkeiden pääsään-

töinen aloitus- ja käyttöpaikka on psykiatriset osastot, mutta myös somaattisilla osastoilla voidaan aloittaa masennuslääkitys. Somaattisille osastoille tulee myös masennuslääkkeitä käyttäviä potilaita somaattisiin hoitoihin, jolloin hoitajan on hyvä tietää masennuslääkkeistä esimerkiksi yhteisvaikutuksesta kipulääkkeiden kanssa. Tuotteen voisi myös siirtää toisen ammattikorkeakoulun käyttöön.

Kyllästeisyydellä tarkoitetaan sitä, että ilmiöstä on saatu kaikki olennainen tieto. (Nikkonen 1997, 147.) Opinnäytetyössäni kyllästeisyys tulee esille siten, että olen perehtynyt huolella masennuksen hoitoon ja sen lääkehoitoon liittyvään materiaaliin. Näistä materiaaleista olen koonnut tuotteen, josta tulee verkko-opetusmateriaali. Masennuksesta ja sen hoitamisesta on saatavana runsaasti materiaalia ja materiaaleja lukiessani huomasin, että eri materiaalit toistavat toisiaan.

Todeksi vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että tutkimustiedon on perustuttava aineistoon eikä ainoastaan opinnäytetyön tekijän omiin näkemyksiin (Nikkonen 1997, 146). Opinnäytteessäni on käytetty laajasti lähdemateriaalia ja lähdemateriaalin ja omien näkemysten yhtäläisyys todeksi vahvistaa opinnäytettä. Opinnäytetyössäni on käytetty suomen- ja englanninkielistä lähdemateriaalia. Lähdemateriaalien kirjoittajat ovat oman alansa erikoisosaajia ja heidän materiaaleja on käytetty myös muissa tutkimuksissa.

Tulosten merkityksellisuuden arviointi tarkoittaa kuvattujen tapahtumien ymmärtämistä ja niiden liittämistä johonkin erityiseen tilanteeseen tai laajempaan ympäristöön (Nikkonen 1997, 147). Opinnäytteeni tuottaa verkko-oppimismateriaalia Kajaanin Ammattikorkeakoulun mielenterveystyön opiskelijoille. Käytännön työelämän aikana sain masentuneen potilaan lääkehoidosta hyvän käsityksen jota sitten syvensin opinnäytetyöhöni lähdemateriaalin ja opinnäytteen oikeellisuutta tarkastaneen lääkärin kanssa käymillä keskusteluilla. Olen koko opinnäytetyöprosessin ajan käyttänyt työelämässä hyväkseni opinnäytettäni.

Ennen tuotteen verkkoon siirtämistä luetin tuotteen mielenterveystyön opiskelijoilla. Mielenterveystyön opettaja luetutti tuotteen tunnillansa ryhmälle oppilaita luettavaksi, tuotteen mukana oli kirje jossa oli tarkemmat ohjeet (Liite2). Tuotteeni luki ryhmä oppilaita, jotka sitten antoivat palautetta tuotteesta minulle. Pyysin heitä arvioimaan verkko-oppimateriaalin ulkoasua, luettavuutta, sisältöä ja ymmärrettävyyttä. Opiskelijoiden mielestäni tuotteeni oli mielenkiintoinen ja antoi paljon masennuksen lääkehoidosta tietoa. Tuotetta on näin testattu jo sen kohdejoukolla. Tuotteesta oltiin kiinnostuneita ja palaute oli rakentavaa, minkä osalta

tuotteeseen tulee muutoksia ennen verkkoon siirtämistä. Jokainen voi julkaista omia WWW-sivuja, jotka ovat kaikkien vapaasti luettavissa ympäri maailmaa riippumatta tietokoneen mallista. Edellyttäen kuitenkin, että tietokoneissa on sopiva ohjelmisto.

7.2 Aiheen tarkastelu ja eettisyys

Opinnäytetyöni antaa minulle tietoa masentuneen potilaan lääkehoidon toteuttamisesta. Eri-lähteisiin opinnäytetyön aikana tutustuminen on vahvistanut ammatillista valmiuttani. Verkkoppimismateriaalin tekeminen on kehittänyt minua tiedon hankinnassa.

Verkkoppimismateriaalini sisältö perustuu lähdeaineistoihin sekä tuotteen oikeellisuutta tarkastavan erikoislääkärin antamiin neuvoihin. Verkkopiskelussa korostuu opiskelijoiden itseohjautuvuus ja vastuu omasta oppimisesta. Hyvä verkkooppimismateriaali oppimisvälineenä virittää sekä tukee opiskelijan oppimista, että saa opiskelijan mielenkiinnon asiaa kohtaan heräämään. Pelkästään verkkooppimismateriaalin käyttö opetuksessa ei kuitenkaan välttämättä tuota hyviä oppimistuloksia. Siksi onkin hyvä, että verkkooppimismateriaalin saa halutessaan tulostaa paperille. Näin kukaan opiskelija ei myöskään jää ilman oppimateriaalia, kuten kirjojen kohdalla voi tapahtua, kirjojen kalleuden tai vähyiden takia.

Hyvä verkkooppimismateriaali on rakenteeltaan helposti hahmoteltavissa ja helppokäyttöistä. Graafisen ulkoasun on oltava selkeä, mielenkiintoa herättävä sekä oppimista edistävä. Verkkoppimismateriaalini kohdalla en pysty vaikuttamaan graafiseen ulkoasuun, koska tuote tulee koulun verkkoon ja koulun antamien sivujen pohjalle. Olen kuitenkin yrittänyt pitää aiheen mielenkiintoa herättävänä sekä oppimista edistävänä. Hyvä verkkooppimismateriaali lisää opiskelijoiden vastuullisuutta, koska on heistä itsestään kiinni kuinka he tiedon oppimateriaalista opiskelevat (vapaus ajan ja paikan suhteen). Vastuullisuus lisää sairaanhoitajan ammatillista kehitystä.

Mielestäni tällainen opinnäytetyö on hyödyllinen opiskelijoille. Masennuspotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu tärkeänä osana lääkehoito. Sairaanhoitajan työhön kuuluu keskeisenä hoitotoimenpiteenä lääkehoidon toteuttaminen. Lääkehoidon toteuttaminen muodostuu useasta eri asiasta. Nämä asiat vaativat sairaanhoitajalta teoreettista ja käytännön osaamista. Verkkoppimismateriaalissa on paljon teoreettista tietoa ja tämä tieto edistää lukijan ammatillista oppimista.

Tutkimuskohdetta valittaessa on pohdittava, miksi tutkimukseen ryhdytään ja kenen ehdoilla tutkimus valitaan. (Hirsjärvi ym. 1997, 26.) Valitsin opinnäytetyöni aiheen koska aihe oli minua erikoisesti kiinnostava ja vaihtoehtoisia ammattiopiskeluita tukeva. Myös ohjaava opettaja suositteli aihetta minulle. Opinnäytetyöni ensimmäinen eettinen ratkaisu oli siis tutkimusaiheen valinta, koska valitsin itse minua kiinnostavan aiheen. Opinnäytetyöni eettisyyttä lisää se, että tuotteen oikeellisuuden tarkastaa alan erikoislääkäri. Annan opinnäytteeni luettavaksi työpaikkani (Kainuun keskussairaala os.12) osastonhoitajalle Saara Pikkaraiselle, jotta saan mahdollisimman monta näkökohtaa opinnäytteeni. Lisäksi myös vertaiset arvioivat ja antavat palautetta opinnäytteenistä yhdessä ohjaavan opettajan kanssa ja nämä asiat lisäävät myös opinnäytetyöni eettisyyttä.

Opinnäytetyön eettisyyttä tarkastellessa on syytä ottaa huomioon tutkimuksen yleiset eettiset pelisäännöt. Tutkimusvilppi, piittaamattomuus hyvistä käytännöistä ja plagiointi eli toisen työn kopiointi ovat esimerkkeinä sääntöjen rikkomuksista. Yleisten rehellisyyden periaatteiden noudattaminen on suotavaa koko opinnäytetyöprosessin ajan. Lähdekritiikki, tiedon luotettavuus ja soveltuvuus antavat hyvän pohjan eettisyydelle. Eettisyys on osaltaan valintoja ja niiden perustelua. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsittely 2002; Perustutkimuksen opinnäytetyö 2006.) Edellä kuvattuja eettisyyteen liittyviä asioita on noudatettu. Lähdekritiikin kehittäminen on aina paikallaan työskennellessä erilaisten lähteiden äärellä. Esimerkiksi verkon sisältämään tietoon aion suhtautua varauksella. Tutkimuslupaa en opinnäytetyössäni tarvitse, sillä en haastattele varsinaisesti ketään, varsinkaan potilaita.

7.3 Johtopäätökset

Tutkimuksen tuloksia täytyy pyrkiä laatimaan synteesejä, sillä tutkimustulosten analysointi ei pelkästään riitä kertomaan tutkimuksen tuloksia. Synteetit antavat vastauksia asetettuihin ongelmiin sekä kokoavat yhteen päädeikat. Johtopäätökset perustuvat näihin synteeseihin. On tärkeää, että tutkija pohtii saatujen tulosten merkityksellisyyttä, mutta tärkeää olisi pohtia myös millaisia laajempia merkityksiä tuloksilla voi olla. (Hirsjärvi ym. 1997, 214-215.)

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli selvittää millaista on pedagogisesti hyvä masentuneen potilaan lääkehoito verkko-oppimismateriaali mielenterveystyönopiskelijoille. Opinnäytteen tavoite oli tuottaa verkko-oppimismateriaali mielenterveystyön opiskelijoille, missä opinnäytteeni onnistuikin. Opinnäytteeni tarkoitus oli verkko-oppimismateriaali tukee mielenterveys-

työn opiskelijoita heidän opinnoissaan. Palautteen mukaan mitä tuotteesta sain opiskelijat jotka tuotetta testasivat, kokivat tuotteen tukevan heidän opiskeluaa. Tästä voidaan siis päätellä, että olen pystynyt selvittämään millaista on pedagogisesti hyvä verkko-oppimismateriaalia ja lisäksi tuottanut sellaisen.

Tuotteesta saatujen vastauksien pohjalta voisi jatkotutkimus aihe opinnäytteeseeni liittyen olla tuotteessa olevien käsitteiden ja lääketieteellisten sanojen auki purkaminen. Ne olivat tuottaneet joillekin opiskelijoille, jotka tuotetta testasivat päänvaivaa. Tästä on ollutkin puhetta jo ohjaavan opettajan kanssa.

7.4 Oma ammatillinen kasvu

Mielenterveyden edistäminen ja häiriöiden ehkäiseminen sekä mielenterveystyön tekeminen antaa uutta sairaanhoitajan työssä tarvittavaa tietoa. Opinnäytetyöni tekemisen yhteydessä olen oppinut kriittisyyttä niin omaa ajatteluaani, toimintaani sekä mielipiteitäni kohtaan. Kriittinen ajattelu mahdollistaa kehittymiseni sairaanhoitajana ja mahdollistaa kehittävän toiminnan. Opinnäytetyöni tekeminen yksin on mahdollistanut itsenäisen päätöksenteon, eikä minun ole tarvinnut toisten opiskelijoiden kanssa neuvotella/keskustella. Olen myös pystynyt työskentelemään omaan tahtiini. Samalla minulle on jäänyt paljon vastuuta ja tehtävää opinnäytetyöni kanssa. Itsenäinen päätöksenteko on ollut tärkeä osa opinnäytetyöni prosessia. Ohjaavan opettajan ja ammattikorkeakoulun asettamat vaatimukset ja sovitut sisältöasiat ovat ohjanneet työni etenemistä. Sairaanhoitajanakin minun on pystyttävä itsenäisiin ratkaisuihin työtäni ohjaavien sääntöjen, periaatteiden ja ohjeiden perusteella.

Opinnäytetyöni edetessä olen perehtynyt masennuksen hoitomuotoihin ja masennuksen lääkehoidossa käytettäviin masennuslääkkeisiin. Osaan ohjata masentuneille potilaille oleellimmat tiedot heidän masennuslääkitykseen liittyvistä huomioitavista kohdista. Opinnäytetyöni on lisännyt ammatillisia valmiuksiani olla mukana suunnittelemassa potilaan lääkehoidtoa yhdessä muiden ammattini kanssa. Opinnäytetyöni on myös lisännyt tieteellisen tiedon hankinnan valmiuksia ja kehittänyt minua sairaanhoitajana. Sairaanhoitajan eettisen ohjeistuksen mukaan sairaanhoitajalla on vastuu kehittää itseään ammatissaan toimiessaan Näin tulevaisuudessa osaan pitää ammatitaitoa yllä.

Olen työskennellyt useilla eri psykiatrisilla osastoilla opintojeni aikana. Kaikilla osastoilla toimiessani olen törmännyt potilaiden lääkehoitoon ja siihen liittyviin kysymyksiin. Opinnäytetyöni on siis jo tässä vaiheessa palvellut minua loistavasti, kuten sen tuote tulee palvelemaan tulevaisuudessa sairaanhoitajaopiskelijoita. Olen myös huomannut, että psykiatristen lääkkeiden nopea uudistuminen viimeisen 20-vuoden aikana on saanut työyksiköissä olevien hoitajien lääkkeiden tuntemuksen heikentymään. Opinnäytetyöni aikana olen vakuuttunut opinnäytetyöni tärkeydestä.

Opinnäytetyössäni olen kehittänyt ja osoittanut valmiuksia ammattiopintoihin liittyvissä käytännön asiantuntija tehtävissä. Opinnäytetyö on oppimisprosessi, jossa sovellan oman alan teoriaa sekä ongelmanratkaisu-, kehittämis-, ja työmenetelmiä käytäntöön. Opinnäytetyöprosessi on lisännyt tieteellistiedon hankintataitojani. Tieteellistiedon hankintataitoni ovat kehittyneet varsinkin verkosta. Tämä tukee sairaanhoitajan työtäni jatkossa, kun etsin uutta tutkimustietoa asioista. Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tulee jatkuvasti kehittää omaa ammattitaitoaan.

7.5 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyössäni käsittelin masennuslääkkeitä. Masennuslääkkeet kuuluvat mielenterveyden hoitamiseen käytettäviin lääkkeisiin. Jatkossa voitaisiin tuottaa uutta oppimismateriaalia esimerkiksi anksiolyyteistä eli rauhoittavia lääkkeitä. Näiden lääkkeiden käyttö mielenterveystyössä on jokapäiväistä ja niitä käytetään kaikkien mielenterveyshäiriöiden hoidossa tukemassa hoitavan lääkkeen vaikutusta. Tutkia voitaisiin myös sairaanhoitajaopiskelijoiden tiedollisia valmiuksia masennuslääkityksen toteuttamiseen mielenterveystyön harjoittelussa. Lisäksi tuottamani materiaalin opittavuutta voitaisiin testata.

LÄHTEET

- Aldridge S. 2001. Masennus ja Stressi – tunteiden biologiaa. Pieksämäki: RT-print Oy
- Clarke A. 2004. e-Learning Skills. China: Palgrave Macmillan
- Eskola J. & Suoranta J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino
- Hirsjärvi S. & Remes P. & Sajavaara P. 1997. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Huttunen M. 2002. Psykeenlääkeopas. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino
- Huttunen M. 2004. Lääkkeet mielen hoidossa. Tampere: Tammerpaino Oy
- Jämsä K. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy
- Kajaanin ammattikorkeakoulu opinto-opas 2003–2004. 2003. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy
- Kajaanin ammattikorkeakoulu opinto-opas 2007–2008. 2007. Espoo: Painotalo Casper Oy
- Kalliala E. 2002. Verkko-opettamisen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Kalkas H. & Sarvimäki A. 1996. Hoitotyön etiikan perusteet. Porvoo: WSOY
- Korhonen V. 2004. Verkko-opetus ja yliopistopedagogiikka. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Kähkönen S. & Partonen T. toim. 1999. Mielen lääkkeet - lääkkeen mieli. Helsinki: Vammalan Kirjapaino Oy
- Lindh K. & Parkkonen M. 2000. Oppimateriaalia verkossa. Tampere: Tammer-paino
- Lindqvist M. & Kuvaja T. & Rasilainen A. Therapia-säätiö . 2005. Masennus –mustaa ja valkoista – Vantaa: Dark Oy
- Lönnqvist J. & Heikkinen M. Henriksson M. & Marttunen M. & Partonen T. 2007. Psykiatria. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy
- Lääkelaki 10.4.1987/395
- Matikainen J. & Manninen J. 2000. Aikuiskoulutus verkossa. Tampere: Tammer-paino
- Metsämuuroinen J. 2000. Tilastollisen päättelyn perusteet. Viro: Jaabes OÜ
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

- Munnukka T. & Halme S. & Kankainen A. & Kiikkala I. & Lehto P. & Rokkanen R. 1997. Hoitotyön vuosikirja 1998 mielenterveys. Tampere: Tammer-Paino Oy
- Nevgi A. & Tirri K. 2003. Hyvää verkko-opetusta etsimässä. Turku: Painosalama Oy
- Nikkonen M. Etnografinen malli. Teoksesta Paunonen M. & Vehviläinen - Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1997. Juva: WSOY
- Nurminen M-L. 2006. Lääkehoito. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy
- Oermann M-H. Professional nursing education in the future. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing. 1994.
- Poutanen O. & Vuorinen M. 2002. Masennus: masennuslääkkeet, niiden vaikutus ja masennuksen hoitomuodot. Vantaa: Printway Oy
- Saranto K. & Korpela M. 1999. Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Porvoo: WSOY
- Sipilä J. 1999. Asiantuntijapalvelujen tuotteistaminen. Porvoo: WSOY-kirjapainoyksikkö
- Tella S. & Vahtivuori S. & Vuorento A. & Wager P. & Oksanen U. 2001. Verkko-opetuksessa – opettaja verkossa. Helsinki: Edita Oyj
- Veräjänkorva O. & Huupponen R. & Huupponen U. & Kaukkila H-S. & Torniainen K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy
- Välimäki M. & Holopainen A. & Jokinen M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WS Bookell Oy
- Yli-Luoma P. & Pirkkarainen L. 2005. Verkko-oppimisen työvälineenä. Naantali: IMDL Oy Ltd

INTERNET LÄHTEET

- Kajaanin Ammattikorkeakoulu. 2008. Pedagoginen strategia. tehty 31.5.2008 www.kajak.fi/includes/loader.aspx?id=ae8e2efb-a2ab-45ef-bf32-1655cd95c760
Luettu 25.11.2008
- Sosiaali- ja terveysministeriö, Kansanterveyslaitos: Terveys 2000 – tutkimus, 2002 <http://pre20031103.stm.fi/suomi/tiedote/tied02/haotiedote2041.htm>. Luettu 28.4.2008
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 2002. Opetusministeriö, tutkimuseettinen neuvottelukunta. Verkkodokumentti. Luettu 25.11.2008.
<http://www.protsv.fi/tenk/JulkaisutjaOhjeet/htkfi.pdf>

LIITTEIDEN LUETTELO:

(Liite 1)

VERKKO-OPPIMISMATERIAALIA MASENNUKSEN HOIDOSTA JA MASENNUKSEN LÄÄKEHOIDOSTA SAIRAANHOITAJAN NÄKÖKULMASTA MIELENTERVEYSTYÖSSÄ

(LIITE OPINNÄYTETYÖHÖN)

(Liite 2)

KIRJE OPISKELIJA RYHMÄLLE JOKA TESTASI TUOTETTA

VERKKO-OPPIMISMATERIAALIA MASENNUKSEN HOIDOSTA JA MASENNUKSEN LÄÄKKEHOIDOSTA SAIRAANHOITAJAN NÄKÖKULMASTA MIELENTERVEYSTYÖSSÄ

(LIITE OPINNÄYTETYÖHÖN)

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	3
2 MIELENTERVEYS	4
3 MASENNUS JA SEN HOITAMINEN	5
3.1 Masennus	5
3.2 Masennuksen hoitaminen	6
3.3 Masennuksen hoitomuodot	8
3.3.1 Psykoterapia	9
3.3.2 Sähköhoito eli elektrokonvulsiivinen hoito (ECT)	9
3.3.3 Kirkasvalohoito	10
4 MASENNUSLÄÄKKEET MASENNUKSEN HOIDOSSA	11
4.1 Masennuslääkkeiden historia	11
4.2 Masennuksen lääkehoito	13
4.3 Sairaanhoidtaja masennuslääkehoidon toteuttajana	15
4.3.1 Lääkehoidon toteutus ja seuranta	15
4.3.2 Lääkehoidon haittavaikutukset	17
4.3.3 Lääkehoidon haittavaikutuksia	19
5 MASENNUSLÄÄKKEET	21
5.1 TRIPTYL®	22
5.2 DOXAL®	24
5.3 CIPRALEX®	26
5.4 EDRONAX®	30
5.5 EFEXOR® DEPOT	33
5.6 REMERON®	37
5.7 AURORIX®	40
5.8 LITO® (ei varsinainen depressiolääke)	42
6 LÄÄKELASKUJA JA MUITA MASENNUSLÄÄKITYKSEEN LIITTYVIÄ KYSYMYKSIÄ JA SUOSITELTAVAA KIRJALLISUUTTA	45
7 LÄHTEET	46

1 JOHDANTO

Arkikielessä voimme sanoa olevamme masentuneita, kun olemme surullisia jostakin asiasta. Masennus sairautena / psykiatrisena häiriönä on kuitenkin eri asia. Se on joukko oireita, jotka vaikuttavat oleellisesti vointiimme ja toimintakykyymme. Masennus on varsin yleinen sairaus, joka on opittu tunnistamaan aikaisempaa paremmin. Siksi yhä useampi masennukseen sairastunut saa hyvää hoitoa ja useimmat toipuvat masennuksesta hyvin. Masennusta esiintyy jostakin syystä enemmän naisilla kuin miehillä. (Lönnqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 167–168.) Opinnäytetyön tuotteessa käyn läpi mielen terveystyötä ja masennuksen hoitoa ja masennuksen hoitoa lääkkeillä.

Opinnäytetyön tuotteeksi kyseessä oleva aihe kasvoi opinnäytetyöni aiheen valinnan johdosta. Yhdessä mielen terveystyötä opettavan opettajan kanssa pohdimme, että tästä olisi hyötyä minulle ja opinnäytetyölleni. Aiheeseen minulla oli omakohtainen kiinnostukseni psykiatriseen häiriöön nimeltä masennus eli depressio sekä sen hoitamiseen, että masennuslääkkeiden vaikutukseen / käyttöön / lääkehoitoon yleensä. Opinnäytetyön tavoitteena on syventää ja monipuolistaa opiskelijan valmiuksia alansa asiantuntijana. (Kajaanin ammattikorkeakoulu opinto-opas. 2003–2004, 69.).

Olen ollut hoitotyön opiskelujen ohessa töissä kohta kolme vuotta akuutin psykiatrian osastoilla. Masennus ja sen hoitaminen eri menetelmin alkaa olla minulle tuttua. Olen huomannut lääkehoidon tärkeyden akuutissa mielen terveystyössä sekä sen merkityksen masennuksen hoidossa. Lääkehoidon yleisyys kertoo paitsi hoidon tarpeesta myös hoidon kysynnästä ja saatavuudesta, masennuksen paremmasta tunnistamisesta ja masennuslääkkeiden käytöstä muiden sairauksien kuin masennuksen hoidossa. Oman kokemukseni kautta tiedän masennuslääkkeitä käytettävän myös ahdistuneisuushäiriöissä, paniikkihäiriöissä, sosiaalisten tilanteiden pelossa, syömishäiriöissä ja myös pakko-oireisissa häiriöissä. Lisäksi masennuslääkkeitä käytetään myös kiputilojen hoidossa. Masennuslääkkeiden tiedetään nostavan kipukynnystä ihmisellä ja myös auttavan ns. kroonisen kivun kestämisessä. Lisäksi masennuslääkkeitä käytetään migreenin tai lihasjännityspäänsäryn estohoidossa ja neuropaattisen kivun hoidossa. (Hednäs & Peittola & Ruponen & Tuderman & Winter 2008, 26–42.)

2 MIELENTERVEYS

Ihminen on paljon enemmän kuin osiensa summa. Tämän kokonaisuuden huomioiminen ja tukeminen on pitkään laiminlyöty terveydenhuollossa. Itse terveys on nähty sairauden puuttumisena ja sen edistäminen pelkästään sairauksien ehkäisemisestä ja erilaisten terveysriskien hallitsemisena. Maailman terveysjärjestö WHO määrittää nykyisin terveyden psyykkiseksi, henkiseksi ja sosiaalisesti kokonaisuudeksi. Mielenterveyttä on kuvattu monin tavoin, mutta yhtenäistä ja eri ”osapuolien” kattavaa määritelmää ei ole maailmassa. Määrittelyyn vaikuttavat monet tekijät kuten aikakausi, kulttuuri, yhteiskunnan normit ja lainsäädäntö sekä ihmisten omat tarpeet. Sana ”mielenterveys” herättää usein päinvastaisia mielikuvia mielen sairaudesta. Se on kuitenkin paljon enemmän kuin sairauden puuttumista. Mielenterveys on mielen ja ruumiin tasapainoa ja hyvinvointia. (Munnukka & Halme & Kankainen & Kiikkala & Lehto & Rokkanen 1998, 69–70.)

Yhtenä mielenterveyden tärkeimmistä kriteereistä pidetään ihmisen kykyä ilmaista ja hallita tunteitaan sekä ottaa vastaan tunteen ilmaisuja. Hyvään hoitoon liittyy olennaisesti hoitotyöntekijän kyky ottaa vastaan tunteen ilmaisuja ja säädellä omia tunteitaan. (Munnukka ym. 1998, 107.) Näihin asioihin hoitotyötä ja varsinkin mielenterveyttä opiskeleva opiskelija törmää opiskelujensa aikana. Harjoittelun ja koulutuksen aikana opiskelija kohtaa mm. syvästi kärsiviä, voimakkaissa kivuissa eläviä potilaita, kuolevia potilaita ja kenties sairautaan tai itsestään pittaamattomia potilaita. Näiden potilaiden kohdalla tulee toimia ammatillisesti, eikä antaa omien tunteiden vaikuttaa hoitamiseen.

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ennalta ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat psykiatrisille potilaille lääketieteellisin perustein annettavat sosiaali- ja terveyshuollonpalvelut. Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen eli konstruktiiivinen ja preventiivinen mielenterveystyö. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116)

3 MASENNUS JA SEN HOITAMINEN

3.1 Masennus

Puhuttaessa hormoneista useimmat ihmiset tulevat välittömästi ajatelleeksi tavalla tai toisella sukupuolta, ei masennusta tai mistä kyseinen psykiatrinen häiriö voisi johtua. Hormoneja syytetään harmillisista persoonallisuuden muutoksista teini-ikäisillä, seksuaalisista intohimoista, kireyttä aiheuttavista kuukautisoireista, vauvakuumeesta ja vaihdevuosien aikana tapahtuvista muutoksista. Mutta kun tutkitaan masennusta, puhutaan täysin eri hormoneista. (Aldridge 2001, 20.) Vaikka masennus elämyksellisenä kokemuksena onkin psyykkinen ilmiö, biologisilla tekijöillä on tärkeä etiologinen osuus huomattavassa osassa masennuksia. Tästä osoituksena ovat geneettiset tutkimukset spesifisen lääkehoidon tehon merkittävästä tehosta sekä vakavien masennustilojen, että kroonisten masennustilojen hoidossa. (Huttunen 2002, 108.)

Masennus elämyksellisenä kokemuksena ja erilaiset masennustilat ovat käsitteellisesti eri asioita. Masennustilat ovat oireyhtymä, jossa ihmisillä ilmenee mielialan muutoksen ohella erilaisia neurovegetatiivisia oireita (unettomuus, ruokahaluttomuus, painonlasku jne.) ja muita oireita (väsymys, ärtyneisyys, ahdistuneisuus, nuorilla epäsosiaalinen käytös ja vanhuksilla erilaiset kognitiiviset häiriöt ja pseudodementia). (Huttunen 2002, 104.) On myös muistettava, ettei potilas / ihminen tunnista ehkä mitään näistä edellä mainituista oireista itsessään, vaikka sairastaakin masennusta. Masennus tunnetilana ja häiriönä on normaali ilmiö menetysten, pettymyksien ja epäonnistumisten yhteydessä lyhytkestoisena ja tilapäisenä. Patologisesti se muuttuu sairaudeksi silloin, kun se valtaa mielen liian voimakkaana ja kahlitsevana. (Lindqvist & Kuvaja & Rasilainen 2005, 6.) Täten voidaan kansanomaisesti sanoa, että masennuksesta puhutaan silloin, kun masennustila ei mene ohi lyhyessä ajassa ja siitä toipumiseen tarvitaan ammattiapua ja mahdollisesti lääkitystä.

Masennuksen on tutkimuksissa todettu olevan maailmanlaajuinen ilmiö ja kasvava ongelma nyky-yhteiskunnassa. Depressio eli masennus aiheutti 4. suurimman sairaustaakan maailman väestölle vuonna 1990 ja nousee 2. suurimmaksi vuoteen 2020 mennessä. Suomalaisista kansanluonnetta on sanottu synkäksi ja melankoliseksi. Yli 300 000 suomalaista sairastaa toimintakykyä lamauttavaa masennusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2002.). Masennus ei siis ole yksin biologinen sairaus, vaan sillä on psykologiset, sosiaaliset ja yhteiskunnalliset

ulottuvuutensa. Masennus ei selity kokonaisuutena teorioiden kautta, vaan jää monilta osin vielä nykyaikanakin usein arvoitukseksi. Sitä tutkitaan koko ajan lisää ja siitä saadaan uutta tutkimustietoa koko ajan.

Masennustilat eli depressiot ovat oireyhtymiä. Masennusoireyhtymät ovat mielenterveyden häiriöitä. Tavalliset masennusoireyhtymät erotellaan oireiden yleisen vaikeusasteen perusteella kolmeen vaikeusluokkaan. Näitä luokkia ovat 1) lievä masennus, 2) keskivaikea masennus, 3) vaikea masennus. Lisäksi on olemassa vielä psykoottista masennusta. Alla näistä masennuksen vaikeustiloista tarkempi selostus:

- 1) Lievää masennustilaa sairastava henkilö pystyy yleensä toimimaan normaalisti.
- 2) Keskivaikeaa masennustilaa sairastava henkilö kokee jo selkeää huonontumista työ- ja toiminta kyvyssään.
- 3) Vaikeaa masennustilaa sairastava henkilö on lähes aina työkyvytön ja tarvitsee usein apua päivittäisissä toiminnoissaan.
- 4) Psykoottista masennusta sairastavan henkilön todellisuudentaju pettää.

Maassamme virallisena tautiluokituksena käytössä oleva ICD-10-luokitusta esitellään kunkin mielialahäiriön yhteydessä tarkemmin. (Lönnqvist ym. 2007, 157–158.) Näiden vaikeusasteiden ja muutaman muun luokittelun perusteella (sairauden kesto ja oireiden laatu) saadaan masennus eli depressio diagnosoitua. Diagnosointi on siksi tärkeää, että se ohjaa potilaan hoitoa ja hoitomuotojen käyttämistä. (Lönnqvist ym. 2007, 157.)

3.2 Masennuksen hoitaminen

Kuten muutkin mielenterveydelliset sairaudet, masennus on ”nuori” sairaus, jonka hoitaminen terapioilla ja lääkkeillä ja muilla hoitomuodoilla on alkutaipaleella. Vaikka masennusta on varmaankin ollut niin kauan kuin on ollut ihmisiä, on sitä vasta viime vuosisadalla alettu ymmärtämään. Nykyisistä tutkimuksista ilmenee, että vakavaa masennusta sairastaa jopa 250 000 suomalaista (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2002.) Tästä voidaan päätellä sairauden yleisyys, eikä ole ihme, että sairaudesta käytetäänkin kansankielessä jo nimitystä ”kansansairaus”. Johtuuko suomalaisten masentuneisuus sitten suomalaisten luonteenlaadusta, ilmastosta tai jostain muusta? Nykyisten tutkimusten valossa voidaan sanoa näiden kaikkien tuovan oman ”mausteensa” sairauteen nimeltä masennus.

Vain joka toinen potilas saa asianmukaista hoitoa. Ja yleensä lääkärin vastaanotolle hakeudutaan, vasta kun tilanne on toivoton. Masennus on edelleen huonosti tunnistettu, mistä johtuu, etteivät kaikki masentuneet saa tarvitsemaansa hoitoa. Masennus voi myös uusiutua onnistuneista hoidoista huolimatta. Vakavasta masennuksesta toipuminen kestää vuosia. (Lindqvist ym. 2005, 6-9.) Masennustilojen etiologia on monitekijäinen. Masennuksen oireet ovat psykologisia ja havaittavissa potilaan käyttäytymisessä. Oireita voi myös olla sosiallisissa suhteissa, että keskushermoston ja hormonaalisten järjestelmien toiminnoissa. Tästä johtuen masennuksen hoidossa voidaan käyttää biologisia tai potilaan sosiaaliseen ympäristöön vaikuttavia menetelmiä. Masennuksen hoitomuodoista biologisia hoitoja käytetään erityisesti keskivaikeissa, vaikeissa ja psykoottisissa masennustiloissa. Lievissä ja keskivaikeissa masennuksissa hoitomuotona saattaa riittää usein psykoterapeuttinen hoitomuoto. Mutta lievässäkin masennustilassa antidepressiivinen lääkehoito on perusteltua. (Lönngqvist ym. 2007, 181–182.)

Hoitomuodon valintaa ohjaavat keskeisesti sekä depression vaikeusaste, että eri hoitomuotojen saatavuus. Hoitomuotojen valinnassa huomioon otettavia tekijöitä ovat myös potilaan psykiatrinen monihäiriöisyys, mahdollisten aiempien hoitoyritysten teho, haitoista saatu kokemus, itsemurhavaara, toimintakyky, somaattinen terveydentila sekä yhtenä tärkeimmistä potilaan omat toiveet hoitonsa suhteen. (Lönngqvist ym. 2007, 182.) Hoitomuodon valinnassa hoitaja on osana tietojen antamista lääkärille. Hoitaja voi hyvinkin tuntea potilaan oireet ja sairauden historian paremmin kuin lääkäri, koska hänellä on voinut olla hoitosuhde potilaan kanssa. Näin potilaille saadaan hänelle parhaiten sopiva hoitomuoto / hoitomuodot.

Tavallisimmin masennuksen hoitoon kuuluu hoitosuhde. Hoitosuhteessa lääkäri ja hoitavat tahot selittävät depression taustoja ja lääkityksen ja hoitomuotojen vaikutusta sekä pyrkivät tukemaan potilasta tämän elämäntilanteessa. Potilaan hoidossa ovat myös keskeisesti mukana potilaan lähimmät omaiset ja ystävät, jotka tukevat potilaan paranemista. (Poutanen & Vuorinen 2002, 11–15.) Depression hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen. 1) Akuuttivaihe, jossa hoidon tavoitteena on mahdollisimman pikainen ja täydellinen toipuminen. 2) Jatko-hoitovaihe, jossa sairaustilan välitön uusiminen ehkäistään. 3) Ylläpitovaihe, jossa potilas pyritään suojaamaan muutoin hyvin todennäköisesti sairauden uudelleen puhkeamiselta. (Lönngqvist ym. 2007, 182.)

3.3 Masennuksen hoitomuodot

Hoitomuoto	Lievä	Keskivaikea	Vaikea	Psykoottinen
Psykoteraapia	+	+	(+)	-
Masennuslääkkeet	+	+	+	+
Psykoosilääkkeet	-	-	-	+
Sähköhoito	-	-	+	+

Kuten yllä olevasta taulukosta on luettavissa, masennuksen eri hoitomuotoja käytetään masennuksen erivaikeus asteiden hoitoon. (Lönngqvist ym. 2007, 183.) Yllä olevien hoitomuotojen (psykoteraapiat, masennuslääkkeet, psykoosilääkkeet ja sähköhoito) lisäksi masennuksen hoidossa voidaan käyttää myös muita hoitomuotoja (erilaiset terapiat: perheterapia, eläinterapiat jne.). Valohoidon eli kirkasvalohoidon tiedetään auttavan eräiden masennusten hoidossa, näitä masennustiloja ovat esim. kaamosmasennus. Valohoidolla pyritään vaikuttamaan melatoniini - nimisen hormonin erittymiseen, minkä erittymisen aivoissa tiedetään tutkimusten pohjalta olevan yhteydessä vuorokauden valoisaan aikaan. (Partonen 2005, 85–110.) Masennuksen hoitoon kehitellään koko ajan uusia hoitomuotoja, koska masennus on ”nuori” sairaus. Masennuksen hoitaminen terapioilla ja lääkkeillä ja muilla hoitomuodoilla on alkutaipaleella ja tämän takia uusia hoitomuotoja ilmaantuu nopeasti. Uusimpina kokeellisina hoitomuotoina voitaisiin mainita aivokirurgia ja magneettihoito. (Lönngqvist ym. 2007, 737.) Eri terapia muotojakin masennuksen hoitoon on monta (kognitiivinen terapia, interpersoonallinen psykoteraapia, perheterapia, psykoanalyttinen tai psykodynaaminen psykoteraapia, supportiivinen psykoteraapia). Seuraavassa osiossa näistä edellä mainituista hoitomuodoista esitellään muutama tarkemmin.

3.3.1 Psykoteraapia

Psykoterauttisia tekniikoita ja suuntauksia on maailmalla runsaasti. Useimmat psykoteraapiamuodot ovat lähtökohdiltaan ja teoriataustaltaan alun perin yksittäisten ihmisten innovaatioita. Menetelmiä on sitten myöhemmin tutkittu tieteellisesti ja pyritty ottamaan käyttöön ne terapiatavat, jotka ovat myös tutkimustiedon perusteella tehokkaita ja toimivia. Vain muutamia niistä on pystytty osoittamaan tieteen kriteerein tehokkaiksi. Kognitiivis-behavioraaliset terapiat on näistä tutkituimpia. (Brummer & Enckell 2005, 46.) Kognitiivinen psykoteraapia perustuu tavoitteellisuuteen, tutkivaan yhteistyösuhteeseen ja aktiiviseen tasavertaiseen vuorovaikutussuhteeseen. Kognitiivisen terapian eri malleja on täydennetty

eri näkemyksillä. Mielen sisäisten prosessien, ajatusten ja tunteiden tarkastelu on kognitiivisen psykoterapian ydin. (Kähkönen & Karila & Holmberg 2008, 14–15.)

Kognitiivisen teorian mukaan masennuksesta kärsivällä on kognitiivinen alttius masennukseen. Hänen elämänsähistoriansa sisältyy kokemuksia, jotka ovat muistissa elintärkeinä menetyksinä. Ne voivat säilyä hänen mielessään pitkään latteina ja pölevinä. Kun henkilö joutuu tilanteeseen, joka muistuttaa tätä alkuperäistä menetystä, palaavat nämä kokemukset hänen mieleensä. Ne alkavat vaikuttamaan kielteisellä ja vääristävällä tavalla siihen, mitä hän havaitsee ja millaisia päätelmiä hän havaintojensa pohjalta muodostaa. Tällöin masennukseen taipuvainen ihminen alkaa katsella maailmaa ”mustien silmälasien” läpi. Kognitiivisella terapialla pyritään kahdenlaiseen muutokseen. Ensinnäkin muutetaan henkilön välitöntä ajattelua suhteessa itseen, muihin ja tulevaisuuteen. Toiseksi tunnistetaan ja muutetaan masennuksen taustalla olevia laajempia perusoletuksia tai – uskomuksia. (Kähkönen ym. 2008, 72–73.)

3.3.2 Sähköhoito eli elektrokonvulsiohoito (ECT)

Aivojen sähköhoito eli ECT - hoito annetaan nukutuksen aikana johtamalla kalloon sähkövirta. Hoidon tavoitteena on aiheuttaa potilaalle yleistynyt kouristuskohtaus. Toistuvilla riittävän pitkäkestoisilla kouristuksilla on etenkin vaikeaa masennusta lievittävä vaikutus. Aiemmin kouristus aiheutettiin hoidossa kemiallisesti. Potilaalle annettiin joko suoneen tai lihakseen lääkeainetta joka aiheutti hetken kuluttua kouristuksia. Kemialliset aineet korvattiin sähköllä vuonna 1938. Sähköhoitoa nimitettiin aluksi sähkösoikkihoidoksi. Kun ensimmäiset tehokkaat antipsykootit ja depressiolääkkeet tulivat kliiniseen käyttöön 1950-luvulla, sähköhoidon käytön suosio alkoi laskea. Suomessa aivojen sähköhoidon käyttö on pysynyt vakaana 1980-luvulta lähtien. (Lönnqvist ym. 2007, 732.)

Sähköhoitoa tulee ensisijaisesti harkita, kun nopea hoitovaste on välittämätöntä potilaan hoitamiseksi. Lisäksi muut hoidot aiheuttaisivat enemmän haittavaikutuksia tai niiden hoitovaste on aiemmin todettu liian pieneksi. Sähköhoitoa on myös harkittava kun potilaan vointi heikkenee huonoksi ja nopean hoitovasteen saavuttaminen on välttämätöntä potilaan hoitamiseksi. Sähköhoito on tehokas hoitokeino masennustilojen hoitoon, joihin liittyy somaattinen oireyhtymä. Somaattista oireyhtymää on myös nimitetty sisäsyntyiseksi masennukseksi. Nämä masennustilat ovat yleensä vaikeasteisia ja psykoottisia. Tyypillisiä

oireita ovat aamuyön unettomuus, masentuneen mielialan vaihtelu vuorokauden ajan mukaan, psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys, ruokahalun menetys ja laihtuminen, libidon lasku sekä voimakkaat, joskus harhaluulon asteiset syyllisyydentunteet. Sähköhoito soveltuu myös katatonian hoitoon taustatekijöistä riippumatta. Sähköhoidolla voidaan myös lievittää raskaana olevien naisten ja vanhusten tai elimellisestä sairaudesta kärsivien potilaiden vaikeaa masennustilaa, joille lääkehoito ei sopisi. Sähköhoito ei ole osoittautunut tehokkaaksi pitkäaikaisen masennustilan hoidossa, muttei myöskään ole sen este jos potilas kärsii kroonisesta vakavasta masennuksesta ja muilla hoidoilla ei saavuteta hoitovastetta. (Lönnqvist ym. 2007, 733–735.)

3.3.3 Kirkasvalohoito

Kirkasvalohoito on otettu kliiniseen käyttöön vuonna 1980. Sen tarkoituksena on vähentää aivoissa tapahtuvaa melatoniini-hormonin tuotantoa ja täten piristää potilasta. Kirkasvalo hoitoa on tutkittu myös muiden sairauksien kuin masennuksen hoidossa. Valoaltistuksen on myös todettu lisäävän serotoniinin tuotantoa aivoissa. Valoa voidaankin pitää eräänlaisena lääkkeenä, jonka annos on määritettävissä joko valon voimakkuuden tai valoaltistuksen kestoa säätelemällä. (Lönnqvist ym. 2007, 737–738.)

Kirkasvalohoito on osoitettu vaikuttavaksi hoitomuodoksi niille masennuspotilaille, joiden masennuksen katsotaan johtuvan vuodenajasta. Tällöin puhutaan kaamosmasennuksesta. Hoitoa toteutetaan antamalla hoidettavalle potilaalle kirkasvaloa vähintään 30-60 minuutin ajan 2500 luxin valoteholla. Hoito aikaa ja valon kirkkautta voidaan vaihdella. Valon kirkkautta nostaessa tämän hoitomuodon haittavaikutus silmien aristus olennaisesti lisääntyy. Hoidon vaikutusta ja onnistumista voidaan kumminkin arvioida jo viikon jälkeen, mikä on olennaisesti lyhyempi aika kuin esimerkiksi lääkehoidolla. Mikäli hoidolla on tehoa potilaan masennuksen tilaan voi potilas hankkia itselleen kotiin kirkasvalo-laitteen ja hoitaa sillä itseään. Hoidolla ei ole todettu vaikutusta potilaissa joiden masennus ei ole johtuvainen vuoden ajasta. (Lönnqvist ym. 2007, 192.)

4 MASENNUSLÄÄKKEET MASENNUKSEN HOIDOSSA

4.1 Masennuslääkkeiden historia

Depressioiden hoito lääkkeillä ennen vuotta 1959 ja moderneja depressiolääkkeitä oli vaikeaa. Depressiota oli jo kumminkin onnistuneesti 1950-luvulla hoidettu ECT-hoidolla. Depressioita oli ennen 1950-lukua yritetty lääkinnällisesti hoitaa mm. oopiumikuureilla, joiden tulokset eivät olleet häikäiseviä. Lääkkeistä amfetamiinijohdokset olivat etualalla. Eniten käytettiin *metyylyfenidaatti*-nimistä lääkeainetta (Ritalin), joka oli synteettinen amfetamiinivalmiste. Kyseiset amfetamiinijohdokset eivät olleet hyviä lääkkeitä masennuksen hoitoon, mutta parempiakaan ei ollut saatavilla. Mielenkiintoista oli, että vakavaa masennustilaa sairastavat potilaat eivät tulleet riippuvaiseksi amfetamiinista tai oopiumista hoitojen aikana. Vakavan depression hoidossa onkin huomattu, että sedatoivan lääkityksen käyttö on suositeltavaa suurilla annoksilla, koska jostain syystä potilas ei vakavan masennuksen aikana jää ns. koukkuun riippuvuutta aiheutaviin lääkityksiin. (Kähkönen ym. 1999, 23–24.)

Nykyisistä depressiolääkkeistä keksittiin sattumalta trisykliset depressiolääkkeet ensimmäiseksi. Niiden perusaine *imipramiini* löydettiin, kun yritettiin kehitellä parempaa antihistamiinia. *Imipramiini* ei kuitenkaan ollut erityisen hyvä antihistamiini. Sitä kokeiltiin myös antipsykoottisena lääkkeenä (mielisairauksien hoitoon), klooripromatsiinin keksimisen jälkeen. Antipsykoottiseksi lääkkeeksi ko. lääkeaineesta ei ollut. Sveitsiläinen psykiatri oli jo pitkään tutkinut depressiota ja päätellyt, että täytyy olla jokin aine, joka olisi antidepressiivinen (masennusta tai sen oireita ehkäisevä tai lievittävä). Hän kokeili ensimmäiseksi *imipramiinia* ja totesi sillä olevan hyödyllisiä vaikutuksia. (Kähkönen ym. 1999, 24.)

1950-luvulla keksittiin myös MAO-estäjät. Kyseistä lääkettä käytetään nykyisin depressio- ja parkinsonismilääkkeenä ja sillä on monoamiinioksidaasia estävä vaikutus (estetään välittäjäaineiden (*serotoniini*, *noradrenaliini* ja *dopamiini*) metaboloituminen presynaptisessa hermopäätteessä). Tämäkin lääkeryhmä keksittiin vahingossa tuberkuloosisairaaloissa, kun potilaille annettiin *isoniatsidia* ja *iproniatsidia*. Potilaiden todettiin näiden lääkeaineiden ansiosta tuntevan enemmän hyvän olon tunnetta kuin olisi saattanut uskoa. Potilaat tiesivät sairastavansa tautia, joka siihen aikaan usein johti kuolemaan. Näihin havaintoihin perustuen, ky-

seisiä lääkeaineita ja niiden johdoksia alettiin käyttää masennuksen hoidossa. Lääkeaineella todettiin siis voimakasta mielialaa kohottavaa vaikutusta. (Kähkönen ym. 1999, 24.)

1970-luvun loppupuolella käyttöön saatiin ns. toisen sukupolven depressiolääkkeet. Näissäkin depressiolääkkeissä huomattiin samoja haittavaikutuksia kuin niitä edeltäneissä lääkkeissä. Ja lisäksi niiden käytössä oli omat riskinsäkin. 1980-luvun puolivälin jälkeen käyttöön tulivat ns. *serotoniiniselektiiviset* depressiolääkkeet. Kyseessä olevassa depressiolääke ryhmässä on monia lääkeaineita jotka poikkeavat kemiallisesti paljon toisistaan, mutta niiden vaikutus on hyvin samantapainen. (Kähkönen ym. 1999, 24.) Tässä depressiolääke ryhmässä on viisi eri ryhmää, joista jokaisesta käytetään omaa kirjainlyhennelmää, joka ilmaisee lääkeaineen vaikutustavan. Kyseessä olevat ryhmät ovat:

- 1) SSRI:t, selective serotonin reuptake inhibitors
= Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät
- 2) SNRI:t, serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors
= Serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät
- 3) NaSSA:t, noradrenergic and specific serotonergic antidepressants
= noradrenergistä ja serotonergistä neurotransiota lisäävä masennuslääke
- 4) NRI:t, noradrenaline reuptake inhibitors
= noradrenaliinin takaisinoton estäjät
- 5) SARI, serotonin antagonist-reuptake inhibitors
= Serotonin takaisinoton estäjä

Yleensä näitä ryhmiä ei eroitella toisistaan vaan puhutaan ainoastaan selektiivisistä serotoniinin takaisinoton estäjistä. (Huttunen 2002, 111–121.) Tämän kyseessä olevan masennuslääkeryhmän kutsutaankin aloittaneen uuden aikakauden depressiopotilaiden hoidossa. (Kähkönen ym. 1999, 24.)

4.2 Masennuksen lääkehoito

Käytettävissä on nykyään useita masennuslääkkeitä, kuten edellisessä kappaleessa tuli esille. Lääkitykset ovat erilaisia rakenteeltaan, sivuvaikutuksiltaan ja teholtaan. Nykykäsityksen mukaan ne eroavat toisistaan enemmän sivuvaikutuksiltaan kuin hoitovaikutuksiltaan. (Huttunen 2004, 86.) Antidepressiivinen lääkehoito on nykyisin tehokkaimpia olemassa olevia masennustilojen hoitomuotoja. Antidepressiivistä lääkehoitoa pidetään yleensä tarpeellisena, mikäli potilas täyttää masennustilan diagnostiset kriteerit. Kuten itse masennuk-

sen- myös sen lääkehoito tarvitsee diagnoosin. Diagnoosin asettaminen ja lääkityksen aloittaminen ovat aina lääkärin tehtäviä. (Kähkönen ym. 1999, 39.) Masennuslääkityksellä hoidetaan sairaustilaa, lievitetään sen oireita, kohennetaan potilaan vointiaan ja parannetaan potilaan toimintakykyä. Mitä vakavammasta masennuksesta on kysymys sitä tärkeämmässä roolissa lääkehoito on. Toisaalta nykyisen depressiolääkehoidon teho vaikeissa masennuksissa on saanut lääkehoidon yleistymään myös masennustiloissa, joissa lääkitykseen ei välttämättä olisi tarvetta. Lääkkeen turhaa määräämistä on vältettävä. (Lönnqvist ym. 2007, 703.)

Lääkehoidosta tulee keskustella ja päättää yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Lääkärin tulee keskustella potilaan kanssa lääkityksestä ja tutkia potilaan somaattinen tila ennen lääkityksen määräämistä. Kun lääkäri on valinnut potilaalle sopivan lääkkeen, tulee se määrätä sopivin annoksin ja lääkityksen vaikutuksia on seurattava riittävästi. Lääkettä määrättäessä on siis lääkärin määritettävä lääkkeen annos, annostelun aikataulu ja arvioitu lääkehoidon kesto. Kaikki nämä asiat ovat yksilöllisiä. Potilaalle tulee myös kertoa, ettei lääkityksen hoidollinen vaikutus tule esille heti. Hoidollisen vaikutuksen esiintulo saattaa kestää useitakin viikkoja. (Lönnqvist ym. 2007, 703–708.) Lääkettä valitessa on oleellista mahdollisten haitallisten sivuvaikutusten välttäminen. Yksiselitteistä ohjetta lääkkeen valinnalle ei lääkärillä ole. Lääkäreiden kokemuksen karttuessa he oppivat tunnistamaan tietojensa ja kokemuksiansa perusteella, minkälainen masennuslääke mihinkin masennuksen auttaa. (Poutanen ym. 2002, 16.)

Masennuslääkkeen hoidollinen esiintulo saattaa kestää kuusikin viikkoa. Tästä syystä masennuksen lääkehoito on tapana jakaa kolmeen vaiheeseen 1)hoitovaihe, 2)jatkoitovaihe ja 3)estolääkitys. Ensimmäisessä vaiheessa etsitään sopiva masennuslääke. Toisessa vaiheessa etsitään sopiva annostus ja kolmannessa vaiheessa keskitytään depression uusiutumisen ehkäisemiseen. Jos kuusi viikkoa lääkkeen aloittamisesta lääkitys ei ole selvästi vähentänyt potilaan oireita, voidaan lääke vaihtaa, lopettaa tai sen annosta voidaan nostaa. Jos päädytään lääkkeen vaihtoon, tulee lääkitys vaihtaa eri perusvaikutusmekanismilla toimivaan lääkkeeseen. Ensimmäisen lääkkeen rinnalle voidaan myös aloittaa toinen masennuslääke, joka vaikuttaa eri mekanismilla tai jopa kolmas masennuslääke. (Huttunen 2004, 90-96.)

Masennuslääkitystä on tutkimusten mukaan hyvä jatkaa oireiden hävittyä tai olennaisesti lievittyä. Lääkitystä tulisi ensimmäisen masennustilan akuuttivaiheen jälkeen jatkaa 6-12 kuukautta, akuuttivaiheen kestosta ja potilaan iästä riippuen. Jos potilas on alle 50-vuotias, tulisi lääkitys ensimmäisen masennustilan jälkeen purkaa pois 6-12 kk:n kuluttua akuutti vaiheesta. Potilaan ollessa yli 50-vuotias ei lääkityksen purkamista suositella. Jos kyseessä on toinen tai useampi masennusjakso, ei lääkitystä tulisi purkaa 4-5 vuoteen. Masennuksen tiedetään tutkimusten pohjalta uusiutuvan sitä todennäköisemmin, mitä useamman masennuksen potilas on sairastanut. Jo kolmannen masennuksen jälkeen masennuksen uusiutumisen riski on jopa 90 %. (Huttunen 2002, 134–136.)

Masennuksen ensimmäisestä akuutista vaiheesta toipumisen jälkeen, jos masennustila ei ole uudestaan toipumisen aikana aktivoitunut, tulee masennuslääkitys purkaa hoitavaa annosta asteittain alentaen. Annoksen asteittaisella alentamisella voidaan välttää joidenkin lääkkeiden lopettamisesta johtuvat kiusalliset lopetus- ja vieroitusoireet. (Huttunen O. 2002, 134–136.) Oireiden voimakkuus vaihtelee yksilöllisesti ja lääkekohtaisesti. Yleensä oireet kestävät vain muutaman päivän. Lääkkeiden puoliintumisaika vaikuttaa lääkkeen lopettamiseen liittyvien lopetusoireiden voimakkuuteen ja ilmenemisen ajankohtaan. Lyhyt puoliintumisaika tuo vieroitusoireet esille nopeasti ja voimakkaana, mutta oireet eivät kestä kauan. Pitkä puoliintumisaika tuo vieroitusoireet esiin hitaasti ja lievempinä, mutta oireiden kesto on pitempi. Vieroitusoireiden tunnistaminen on tärkeää, ettei niitä sekoiteta uusiutuvan masennusjakson tai jonkin muun psyykkisen häiriön oireisiin. Vieroitusoireet menevät ohi muutamassa päivässä tai viikossa. (Huttunen 2004, 102.)

4.3 Sairaanhoidaja masennuslääkehoidon toteuttajana

Jos potilaan terveyden säilyttämiseen tai sairauden hoitoon käytetään lääkettä, puhutaan lääkehoidosta. Lääkehoito on tärkeä lääketieteellinen hoitokeino ja samalla olennainen osa hoitotyötä. Se on terveyden- ja sairaudenhoitoa riippumatta siitä, missä lääkehoito tapahtuu. Lääkehoito perustuu potilaan, lääkärin, farmaseutin tai proviisorin ja hoitohenkilöstön yhteistyöhön. (Veräjänkorva & Huupponen & Huupponen & Kaukila & Torniainen 2006, 16.) Lääke määritellään laissa valmisteeksi tai aineeksi, jota käytetään sisäisesti tai ulkoisesti parantamaan, lievittämään tai ehkäisemään sairautta tai sen oireita. (Läkelaki 10.4.1987/395) Lääkitys- ja lääkintä-käsitteitä käytetään usein lääkehoidon synonyymeinä. Ne tarkoittavat lääkkeiden käyttöä hoitokeinona ja lääkehoitojen toteuttamista. Lääkehoi-

dolliset tehtävät kuuluvat hoitajalle mielenterveyden hoidossa, kun toimintaympäristönä on sairaala. Masennuslääkkeet ovat tärkeä osa masennuksen hoitoa mielenterveystyössä ja potilaiden sitoutuminen lääkehoitoon asettaa hoitajille haasteita. (Veräjänkorva ym. 2006, 16–20.)

Sosiaali- ja terveystieteiden hoitotyön koulutusohjelmaan kuuluu osana lääkehoidon perusteet kurssi. Kurssin tavoite on, että opiskelija osaa toteuttaa potilaslähtöistä lääkehoitoa turvallisesti. Kurssin sisältöön kuuluu lääkehoitoa ohjaava lainsäädäntö, lääkehoidon seuranta, lääkeaineryhmät ja lääkkeiden antotavat sekä – muodot. (Kajaanin ammattikorkeakoulu opinto-opas 2003–2004, 44.) Tämän kurssin ja harjoittelujen kautta opiskelija oppii hoitotyöntekijältä (sairaanhoitaja/terveydenhoitaja) vaadittavat perusteet lääkehoidon toteuttamiseen. Masennuslääkkeistä kuten muistakin mielialalääkkeistä, voi aiheutua niin voimakkaita haittavaikutuksia, että lääkärin on harkittava sen lopettamista. Tällöin hoitajan ja lääkärin yhteistyö korostuu, koska hoitaja pystyy raportoimaan lääkärille haittavaikutuksista oman kokemuksensa ja näkemyksensä perusteella. Lääkehoidon toteuttaminen on hoitajan konkreettista työtä. Hoitaja suorittaa toiminnot lääkärin määräysten perusteella ja oman koulutuksen ja kokemuksen perusteella. (Veräjänkorva ym. 2006, 102–104.)

4.3.1 Lääkehoidon toteutus ja seuranta

Potilaalle annettavasta lääkehoidosta vastaa lääkäri, jonka antama lääkehoidon määräys kirjataan esimerkiksi potilaan sairauskertomukseen. Kertomukseen merkitään myös kaikki potilaalle annetut lääkkeet. Hoitohenkilökunta (sairaanhoitaja / terveydenhoitaja) toteuttaa lääkärin antamien ohjeiden mukaan lääkehoidon. Lähtökohtana on että lääkehoitoa toteuttavat siihen koulutuksen saaneet ammattilaiset. (Nurminen 2006, 586.) Jokaisen lääkehoitoon osallistuvalla on oltava asianmukaiset tiedot ja taidot lääkehoidon toteuttamiseksi. (Läkelaki 10.4.1987/395) Lääkemääräys, jonka lääkäri on määrännyt, on ymmärrettävä oikein, ja lääke tulee tarvittaessa osata valmistaa käyttökuntoon ohjeiden mukaisesti. Lisäksi hoitajan joka lääkehoitoa toteuttaa tulee perehtyä antamansa lääkkeen käyttöön, vaikutuksiin, tavallisiin haittavaikutuksiin ja mahdollisten samanaikaisesti käytettävien lääkkeiden yhteisvaikutuksiin. Lääkehoidon toteuttaminen ja hoidon vaikuttavuus sekä mahdolliset haittavaikutukset on aina dokumentoitava. (Nurminen 2006, 586-587.)

Potilaan tulisi aina olla tietoinen lääkkeen käyttötarkoituksesta ja siitä minkälaisia vaikutuksia ja haittavaikutuksia lääke saattaa aiheuttaa. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä lääkärin suosittelemasta lääkehoidosta ja saada vaihtoehtoista lääketieteellistä hoitoa. (Nurminen 2006, 587.) Nämä kaksi edellä mainittua seikkaa tuovat mielenterveystyöhön haastavuutta, koska psyykelaäkkeisiin kohdistuu normaalia enemmän hoitokielteisyyttä. Lääkehoitoa voidaan myös toteuttaa ilman potilaan omaan tahtoa mielenterveystyössä, jos lääkäri on arvioinut potilaan kykenemättömäksi vastaamaan oman terveyteensä koskevista asioista. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116)

Lääkkeiden jakaminen potilaskohtaisiin annoksiin on suurta tarkkuutta vaativaa ja riskejä sisältävä toimi. Ennen lääkkeen jakamista on huolellisesti tutkittava lääkkeen nimi, lääke-muoto ja vahvuus. Esimerkiksi kahdella eri valmisteella voi olla hyvin samanlainen nimi (Ciprallex / Cipramil), mutta vaikuttava lääkeaine ko. lääkkeissä on erilainen. Myös samasta lääkkeestä voi olla kahta eri valmistemuotoa (Eflexor / Eflexor Depot), tällöin lääkeaine on sama, mutta imeytymisaika / paikka elimistössä on eri. Lääkkeet viedään potilaalle henkilökohtaisesti. Tarvittaessa seurataan, että potilas ottaa lääkkeen etenkin mielenterveyspuolella ja seurataan lääkkeen ”perillemeno”. Ennen lääkkeen antoa potilaalle on varmistettava, että seuraavat asiat ovat kunnossa (”Viiden O:n sääntö”):

Oikealle potilaalle – **O**ikea lääkettä - **O**ikea annos – **O**ikea antotapa - **O**ikea antoaika.

Samalla hoitaja tarkistaa että lääke jota on antamassa, on vielä käyttökelpoinen. (Nurminen 2006, 587-588.)

Lääkkeiden jakelussa on kiinnitettävä huomiota hygieniaan. Kädet pestään ja desinfioidaan huolellisesti, ennen lääkkeiden jakoa. Lääkkeitä ei tulisi käsitellä avokäsin, vaan jakamisessa ja annostelussa tulisi käyttää hanskoja, lusikoita ja pinsettejä. Pore- ja purutabletit jaetaan muista lääkkeistä erikseen omaan kuppiin. Nestemäiset lääkkeet annostellaan ruiskuihin tai kannella varustettuihin lääkelaseihin. Lattialle tippuneet lääkkeet hävitetään. Jos lääkevalmisteita joudutaan murskaamaan esimerkiksi nielemisen helpottamiseksi, tulee jokainen lääkeaine murskata omalla murskaimella ja murskain on pestävä jokaisen murskauskerran jälkeen. (Nurminen 2006, 587-589.)

4.3.2 Lääkehoidon haittavaikutukset

Lääkehoitoon liittyy toisinaan toivotun terapeuttisen vaikutuksen lisäksi ns. haittavaikutuksia. Haittavaikutukseksi nimetään tunnetta / tilaa, jossa lääkkeen koetaan tai huomataan aiheuttavan käyttäjässä, ei toivottuja reaktioita. Näitä tuntemuksia ovat mm. päänsärky, huimaus, väsymys, pahoinvointi, ummetus, ripuli, virtsaamisvaikeudet tai ihottuma. Haitallisten vaikutusten toteaminen ei aina ole helppoa, koska ne saattavat muistuttaa hoidettavan sairauden oireita. Lisäksi harvinaiset ja epätavalliset haittavaikutukset ovat huonosti tunnettuja, jolloin niitä on vaikea luokitella lääkehoidon haittavaikutuksiksi. Tämän lisäksi potilaat saavat tutkimusten mukaan herkästi niitä oireita, joita he tietoisesti tai alitajunteisesti odottavat. Haittavaikutus voi myös johtua lääkkeen apuaineesta. Joissakin lääkkeissä on apuaineena laktoosia, mitä potilas ei välttämättä siedä (laktoosi-intoleranssi). (Nurminen 2006, 587–589.)

Haittavaikutusten vuoksi ei lääkitystä tarvitse läheskään aina lopettaa vaan paremmin siedettävä hoito voidaan yrittää etsiä muuttamalla annosta. Haittavaikutuksia voidaan myös minimoida välttämällä useiden lääkkeiden samanaikainen käyttö. Lääkehoitoon kuuluu myös olennaisena osana aina niin sanottu hyöty-haittatasapainon arviointi. Tällöin arvioidaan lääkkeestä saama hyöty ja verrataan sitä lääkkeen haittavaikutuksiin ja näiden asioiden pohjalta päätetään lääkkeen käytön jatkaminen. (Nurminen 2006, 587–589.) Yleensä haittavaikutukset ovat kumminkin lieviä ja ne vähenevät pitkäaikaisen käytön yhteydessä. Mutta on myös mahdollista, että haittavaikutus tulee ns. myöhäisreaktiona, jolloin oireet ilmenevät 2-3 viikon kuluttua lääkkeen aloituksesta. Joitakin haittavaikutuksia voidaan lievittää toisella lääkeaineella. Tähän on hyvä perustelu silloin kun lääkkeestä saatu hyöty on hyvä, mutta haittavaikutukset suuret. Lääkkeiden käyttöä olisi kumminkin vältettävä. Esimerkiksi *biperideeni*-nimistä lääkeainetta voidaan käyttää ekstrapyramidaalihäiriöiden hoitoon. (Huttunen 2002, 138.)

Lääkeaineet voivat myös aiheuttaa allergisia reaktioita kuten edellä on mainittu. Tavallisimpia allergisia reaktioita ovat astma, angioneuroottinen ödeema, anafylaksia, lääkekuume ja seerumitauti. Myös eri elimiin kohdistuvat reaktiot, kuten maksa- tai munuaisvauriot, keuhkomuutokset ja verenkuva muutokset, saattavat syntyä allergian pohjalta. Lääkeallergioiden hoidossa on tärkeintä kyseisen lääkeaineen lopettaminen, jolloin oireet yleensä häviävät. Jos potilas saa hänelle allergiaa aiheuttavaa lääkeainetta uudelleen, tuolloin oireet voivat puhjeta lähes välittömästi ja allerginen reaktio saattaa olla vakava. (Nurminen 2006, 500–502.)

Anafylaksia on hengenvaarallinen mutta onneksi harvinainen allerginen reaktio. Se ilmaantuu tavallisimmin 5-30 minuutin kuluttua lääkkeen parenteraalisen annon jälkeen. Anafylaksia on myös mahdollinen reaktio suun kautta annettavan lääkityksen yhteydessä. Vaikeassa anafylaksisessa reaktiossa potilaan verenpaine laskee ja potilas menee shokkiin. Angioneuroottisella ödeemalla tarkoitetaan äkillistä turvotusta, joka ilmenee erityisesti kasvojen alueella, silmäluomissa ja huulissa. Turvotusta voi esiintyä myös limakalvoissa tai sisäelimissä. Turvotusta voi esiintyä myös kurkunpäässä, jolloin tila on vaarallinen, koska hengitys vaikeutuu. Lääkekuume ja seerumitauti ovat myöhäisreaktioita, jotka ilmaantuvat vasta runsaan viikon kuluttua lääkehoidon aloittamisesta. Näiden edelle mainittujen haittavaikutusten oireita ovat joskus pelkkä kehonlämmön nousu. Muita oireita ovat nokkosihottuma, kutina, nivelkipu, iho-oireet, turvotus ja imusolmukkeiden suureneminen. (Nurminen 2006, 502.)

4.3.3 Masennuslääkehoidon haittavaikutuksia

Vastuu lääkehoidon toteuttamisesta on laillistetuilla ammattihenkilöillä. Ammatillisen koulutuksen tulee antaa hoitajille tähän toimintaan riittävät valmiudet. Lisäksi hoitajat oppivat työssään seuraamaan lääkityksen vaikutuksia ja arvioimaan sen tuomaa hyötyä potilaalle ja myös arvioimaan mahdollisia haittavaikutuksia. (Veräjänkorva ym. 2006, 40.) Hoitajalla osallistuu myös omalla ammattitaidollaan ja -tiedoillaan potilaan masennuslääkehoidon toteuttamiseen. Hoitaja raportoi lääkehoidon toteutumisesta lääkärille, joka on vastuussa potilaan lääkehoidon toteuttamisesta. Masennuslääkityksen käyttöön liittyy lääkeaineille omia haittavaikutuksia, joista hoitajan täytyy olla tietoinen (Huttunen 2004, 95.)

Antikolinergiset sivuvaikutukset ovat ominaisia trisyklisille masennuslääkkeille. Ne aiheutuvat siitä, että lääkkeet estävät parasympaattisen hermoston välittäjäaineena toimivan asettylikoliinin vaikutuksia eri elimissä. Antikolinergisiä haittavaikutuksia ovat suun kuivuminen, näön hämärtyminen, sydämen tiheälyöntisyys (takykardia), huimaus, ummetus, virtsaamisvaikeudet, turvotus ja muistihäiriöt. Antikolinergisen lääkkeen nopea lopettaminen voi aiheuttaa potilaassa antikolinergisen vaikutuksen korostumista. Tämän tilan oireena on kiihtyneisyys, levottomuus, hikoilu ja erilaiset ruumiilliset oireet. (Huttunen 2004, 96.)

Masennuslääkkeiden käytön tarkoituksena on lievittää masennusta sekä lievittää siihen liittyvää ahdistusta ja ”piristää” masennuslääkkeen käyttäjää mutta saattaa vaikutus olla käänteinen. Trisykliset masennuslääkkeet väsyttävät erityisesti lääkehoidon alkuvuikoina, mutta säännöllisen käytön aikana väsymys yleensä häviää. Masennuslääkkeet saattavat joillakin ihmisillä aiheuttaa myös tunteiden latistumista. Tällöin masennuslääkkeen vaihtaminen toisen tyyppiseen masennuslääkkeeseen mahdollistaa usein hoitovaikutuksen, ilman tätä kiusallista ongelmaa. Masennuslääkitys saattaa myös viedä ruokahalun varsinkin iäkkäältä ihmiseltä. Tämä johtuu siitä, että SSRI- lääkkeet aiheuttavat hyponatremiaa. Hyponatremian oireita ovat ruokahaluttomuus, väsymys, pahoinvointi ja jopa sekavuus. Jos potilaalla ilmenee hyponatremiaa, on syytä vaihtaa lääke toisentyypiseen masennuslääkkeeseen. (Huttunen 2004, 97.)

SSRI- lääkkeet ja trisykliset masennuslääkkeet voivat hoidon alussa aiheuttaa motorista levottomuutta. Erityisen tavallista tämä on aikaisemmin paniikkikohtauksia saaneilla potilailla. Motorinen levottomuus lievittyy ja häviää usein muutamassa päivässä. Ahdistuksesta kärsivän masentuneen on syytä tietää levottomuuden ja ahdistuksen lisääntymisestä lääkehoidon alkupäivinä. Ahdistuksen lisääntyminen lääkityksen alkupäivinä voi voimistaa itsemurha-ajatuksia. Kappaleen alussa mainituilla lääkkeillä on myös valitettavasti vaikutuksia potilaan seksuaalisiin toimintoihin. Lääkkeet voivat aiheuttaa seksuaalisen halun heikkene mistä, erektion pitkittymistä tai vaikeuksia erektion, kiihottumisen, siemensyöksyn tai orgasmin kanssa. Nämä ovat varsin yleisiä haittavaikutuksia ja jopa kolmannes ko. lääkkeiden käyttäjistä kärsii näistä haittavaikutuksista. Lääkeannoksen pienentäminen lievittää joskus näitä haittavaikutuksia. (Huttunen 2004, 98–99.)

Potilaan painonnousu on myös masennuslääkityksen haittavaikutuksia. Joillakin masennuslääkkeillä on tapana aiheuttaa huomattavaakin painonnousua (esim. *mirtatsapiini*). SSRI- lääkkeet voivat myös lisätä verenvuotoalttiutta. Niiden käytön yhdessä vatsaa ärsyttävien lääkkeiden kanssa voi lisätä vatsahaavan riskiä. SSRI- lääkkeet ja myös muut masennuslääkkeet voivat aiheuttaa potilaassa lievää vapinaa. Kaikki masennuslääkkeet alentavat potilaan kouristuskyynnystä ja voivat siten laukaista epileptisen kouristuksen tai altistaa epilepsian synnylle. (Huttunen 2004, 99.) SSRI- ja SNRI-lääkkeet voivat aiheuttaa etenkin hoidon alussa pahoinvointia, erilaisia vatsavaivoja tai ripulia. Yleensä vaivat häviävät tai lievittyvät lääkehoidon jatkuessa. Pahoinvointi (kuvotus) johtuu lääkeaineen sitoutumisesta ja hajoa misesta gi-kanavassa. (Huttunen 2008, 126.)

Viimeisenä, muttei vähäisempänä, on serotoniinioireyhtymä, joka on harvinainen, mutta hengenvaarallinen tila. Tila voi kehittyä jos potilas käyttää yhtä aikaa MAO- estäjän kanssa SSRI- lääkettä. Se voi olla myös mahdollinen, kun SSRI- lääke on yhdistettynä *trisykliseen* lääkkeeseen tai *bupironiin*, *milnasipraaniin* tai särky- ja migreenilääkkeinä käytettyihin *tramadoliiin*, *sumatriptaaniin* tai *dihydroergotamiiniin*. Oireina tälle yhtymälle ovat vatsakouristukset, vaikea ripuli, sekavuus, kooma, puhehäiriö, hikoilu, sydän / verenpaine oireet, pakkoliikkeet, koordinaatiohäiriöt, ahdistus, ärtyneisyys, kuume ja refleksien kiihtyminen. Oireyhtymälle ei ole tiettyä hoitoa, vaan sitä hoidetaan oire kohtaisesti. Yleensä oireyhtymä menee ohi nopeasti, kun ongelmia aiheuttanut lääkeyhdistelmä puretaan. (Huttunen 2004, 99.)

5 MASENNUSLÄÄKKEET

Tällä hetkellä käytössä on useanlaisia lääkkeitä depression hoitoon:

* Trisykliset antidepressiivit, TCA:t (amitriptyliini, nortriptyliini, doksepiini, klomipramiini, trimipramiini)

* Selektiiviset monoamiinioksidaasin eli MAO:n estäjät (moklobemidi)

* Toisen sukupolven antidepressiivit (mm. mianseriini, tratsodoni)

* Serotoniiniselektiiviset depressioläkkeet:

SSRI:t, selective serotonin reuptake inhibitors (fluoksetiini, fluvoksamiini, paroksetiini, sertraliini, sitalopraami, essitalopraami)

SNRI:t, serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (milnasipraani, venlafaksiini)

NaSSA:t, noradrenergic and specific serotonergic antidepressants (mianseriini, mirtatsapiini)

NRI:t, noradrenaline reuptake inhibitors (reboksetiini)

SARI, serotonin antagonist-reuptake inhibitors (nefatsodoni, tratsodoni)

* Muut ei-varsinaiset antidepressiivit (mm. alpratsolaami, buspironi, litium)

(Hednäs ym. 2008, 136–142.)

Näiden lisäksi käsikauppavalmisteena on saatavana mäkikuismaa (*hypericum perforatum*). Se on osoittautunut tehokkaaksi lievän masentuneisuuden hoidossa, ja sen on todettu aiheuttavan mahdollisesti vähemmän sivuvaikutuksia kuin varsinaiset antidepressiivit. Mäkikuisma voi kuitenkin aiheuttaa huomattavia yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa. Mahdollisista vaarallisista interaktioista on pyritty tiedottamaan ja valmisteiden myynti on rajoitettu apteekkeille.

5.1. TRIPTYL®

Vaikuttava aine: ja lääkeaineryhmä:

Amitriptyliini, Trisykliset antidepressiivit

Lääkemuodot:

tabletteja 10 mg, 25 mg ja 50 mg vahvuisina

Käyttöaiheet:

Depression eri muodot, kuten endogeeninen, reaktiivinen ja neuroottinen depressio, atyyppiset depressiot, skitsofreniaan liittyvät depressiiviset oireet ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön depressiivinen vaihe. Unettomuus, erityisesti kun siihen liittyy depressiivisiä oireita.

Krooniset kiputilat, kuten sentraalinen tai perifeerinen neuropaattinen kipu, fibromyalgia, sekä lisälääkkeenä erilaisissa tuki- ja liikuntaelinperäisissä kivuissa. Migreenin ja lihasjännityspäänsäryn estohoito.

Annostus ja antotapa:

Depressiot: Alkuannos 10-50 mg/vrk. Suurennetaan portaittain, kunnes riittävä vaste saavutetaan. Hoitoannos tavallisesti 150-300 mg/vrk, minkä jälkeen pienennetään alimman tehoavaan annokseen. Vrk-annoksen voi ottaa kerralla iltaisin. Jos se jaetaan kahteen osaan, suurempi osa otetaan iltaisin.

Unettomuus: Yleensä 10-25 mg/vrk, max 50 mg/vrk. Vanhuksille aluksi 10 mg/vrk. Vakavaan masennukseen liittyvään unettomuuteen tavallista suurempi annostus.

Krooniset kiputilat ja migreenin tai lihasjännityspäänsäryn estohoito: Alkuannos 10-25 mg/vrk. Suurennetaan vasteen ja siedettävyyden mukaan ad 150 mg/vrk. Voidaan ottaa kerta-annoksena illalla. Jos annos jaetaan kahteen osaan, suurempi osa otetaan iltaisin.

Vasta-aiheet:

Yliherkkyys valmisteen jollekin aineosalle. Feokromosytooma.

Varoitukset:

Varoen, jos maksan, sydämen tai keuhkojen vajaatoiminta, diabetes, korkea ikä tai epilepsia. Voi haitata parkinsonismin hoitoa sekä sulkukulmaglaukoomaa tai eturauhasen liikakasvua sairastavia. Ristiallergia muille trisyklisille depressiolääkkeille mahdollinen. Mianian oireiden ilmaantuessa lääkitys lopetettava. Itsemurhavaaran vuoksi määrättävä pieninä ostokertoina.

Raskaus ja imetys:

Raskauden ja imetyksen aikana pyrittävä pidättäytymään käytöstä.

Haittavaikutukset:

Antikolinergisiä haittoja, kuten suun kuivumista, virtsaretentiota, akkommodaatiovaikeutta, sykkeen nousua, ummetusta, glaukooman akutisoitumista, impotenssia ja muistihäiriöitä. Salpaa alfareseptoreita ja voi aiheuttaa asentohypotoniaa, priapismia ja ejakulaatiovaikeuksia. Annoksesta riippuen keskushermoston lamaa, tavallisimmin väsymystä ja seadaatiota. Altistaa rytmihäiriöille etenkin suurina annoksina ja muiden sydämen sähköiseen toimintaan vaikuttavien lääkkeiden kanssa. Yliherkkyys harvinaista.

Yhteisvaikutukset:

Voimistaa mm. alkoholin, sedatiivien, anksiolyyttien, antidepressanttien, antipsykoottien, unilääkkeiden ja sedatiivisten antihistamiinien keskushermostoa lamaavaa vaikutusta. Voimistaa muiden antikolinergien vaikutuksia ja voi hidastaa muiden aineiden imeytymistä. Adrenaliini voi käänteisreaktiona alentaa verenpainetta. Amitriptyliini voi heikentää klonidiinin, metyylidopan, reserpiinin ja bretyylin verenpainetta laskevaa vaikutusta. Käyttö muiden rytmihäiriöille altistavien aineiden kanssa lisää arytmiariskiä. Voi pidentää varfariinia saavilla protrombiiniaikaa. Sympatomimeetit, levodopa ja tyroksiini voivat aiheuttaa voimakkaan sympaattisen tonuksen, lisätä rytmihäiriöriskiä ja nostaa verenpaineen vaarallisen korkeaksi. Epäselektiivisten MAO:n estäjien käyttö voi johtaa hengenvaarallisiin rytmihäiriöihin, hypertermiaan ja kouristuksiin, mutta reversiibeillä estäjillä, kuten moklobemidilla, merkittävää vaaraa ei ole.

Karbamatsepiini, fenobarbitaali, tupakointi ja omepratsoli voivat nopeuttaa amitriptyliinin eliminaatiota. Käytettävä varoen triptaanien kanssa.

5.2 DOXAL®

Vaikuttava aine: ja lääkeaineryhmä

Doksepiini, Trisykliset antidepressiivit

lääkemuodot:

tabletteja 10 mg , 25 mg ja 50 mg vahvuisena

Käyttöaiheet:

Masennustilat ja niihin liittyvä ahdistuneisuus. Unettomuus, erityisesti jos siihen liittyy masennusoireita.

Annostus ja antotapa:

Masennukseen aluksi 10-25 mg illalla, hoitoannos 75-150(-300) mg/vrk. Optimaalinen vaikutus tulee 2-3 viikossa. Unettomuuteen 10-25(-50) mg, vanhuksille aluksi 10 mg, vakavaan masennustilaan liittyvänä suurempia annoksia. Yli 100 mg/vrk jaetaan 2-3 osa-annokseen, joista suurin otetaan iltaisin. Vanhuksille aloitus pienellä annoksella, nostetaan varoen ja haittavaikutuksia seuraten. Maksan vajaatoiminnassa annostusta voi joutua pienentämään.

Ei alle 12-vuotiaille.

Vasta-aiheet:

Yliherkkyys doksepiinille, muille dibentsoksepiineille tai jollekin valmisteen apuaineista. Samanaikainen MAO-inhibiittorilääkitys. Muiden keskushermostoon vaikuttavien aineiden (esim. alkoholi, analgeetit ja psykotrooppiset lääkkeet) aiheuttama intoksikaatio. Akuutti delirium. Prostatan liikakasvuun liittyvä tai muu virtsaretentio. Hoitamaton ahdaskulmaglaukooma. Paralyyttinen ileus.

Varoitukset:

Käytettävä varoen, jos potilaalla on epilepsia tai kouristelutaipumus, hematopoieettisen järjestelmän häiriöitä, vakava maksan toiminnanvajaumus tai elimellinen aivo-oireyhtymä. Deliriumin mahdollisuus on näillä potilailla otettava huomioon.

Käytettävä erityisen varoen sydänhäiriöiden, etenkin johtumishäiriöiden yhteydessä.

Liitettävä säännöllinen EKG-valvonta, jos potilaalla on toisen asteen AV-katkos tai

haarakatkoksia. Ei pidä käyttää, jos on vaikea-asteisia AV-katkoksia tai diffuuseja supraventrikulaarisia tai ventrikulaarisia johtumishäiriöitä. Doksepiini voi etenkin aluksi alentaa verenpainetta. Pitkäaikaishoito tulee lopettaa vähitellen. Hoito on kuitenkin lopetettava heti, jos ilmaantuu manian oireita tai skitsofreniapotilaalle akuutteja ja produktiivisia oireita.

Raskaus ja imetys:

Käyttöä raskauden aikana ei suositella. Ei tule käyttää imetyksen aikana.

Haittavaikutukset:

Erittäin yleisiä (yli 10 %): Uneliaisuus, väsymys. Suun kuivuminen etenkin hoidon alussa. Yleisiä (1-10 %): Huimaus, vapina, akkomodaatiohäiriöt. Takykardia, hypotonia, ortostaattinen hypotonia etenkin hoidon alussa. Nenän kuivuminen tai tukkoisuus. Ummetus. Painonnousu, hikoilu.

Yhteisvaikutukset:

Doksepiini voi vahvistaa muiden keskushermostoa lamaavien aineiden vaikutusta, (mm. fluoksetiini, paroksetiini, haloperidoli, perfenatsiini) voivat suurentaa doksepiinin pitoisuutta. Yhteiskäyttö tioridatsiinin kanssa ei ole suositeltavaa kardiotoxisuuden ja rytmihäiriöiden vaaran vuoksi. Muut antikolinergisesti vaikuttavat aineet voivat lisätä antikolinergisia vaikutuksia. Doksepiini voi tehostaa sympatomimeettien, kuten noradrenaliinin, vaikutusta. MAO-inhibiittorien kanssa saattaa esiintyä vakavia haittavaikutuksia, kuten agitaatiota, tajuttomuutta, deliriumia, hyperpyreksiaa, kouristuksia ja verenpainevaihteluita. Siirryttäessä MAO-estäjästä doksepiiniin tai päinvastoin tulee noudattaa varoajoja. Doksepiini voi heikentää mm. guanetidiinin, reserpiinin ja klonidiinin (rebound-hypertonian riski) verenpainetta alentavaa vaikutusta. Nitraattien ja antihypertensiivisten aineiden verenpainetta alentava vaikutus saattaa voimistua. Doksepiinin aiheuttama suun kuivuminen voi hidastaa sublinguaalisen nitraatin imeytymistä. Kilpirauhashormonin annostusta voidaan joutua muuttamaan.

Vaikutus ajokykyyn:

Saattaa heikentää suorituskykyä liikenteessä varsinkin hoidon alussa tai alkoholin

5.3 CIPRALEX®

Vaikuttava aine: ja lääkeaineryhmä:

Essitalopraami (oksalaattina), SSRI

lääkemuodot:

tabletteja 5 mg, 10 mg, 15 mg, ja 20 mg vahvuisena

oraalinenesteinä, tipat 10 mg/ml ja tipat 20 mg/ml

Käyttöaiheet:

Vakavien masennustilojen hoito. Paniikkihäiriön ja siihen liittyvän julkisten paikkojen pelon hoito. Sosiaalisten tilanteiden pelon hoito. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoito. Pakko-oireisen häiriön hoito.

Annostus ja antotapa:

Yli 20 mg/vrk annosten (40 tippaa 10 mg/ml:n tai 20 tippaa 20 mg/ml:n liuosta) turvallisuutta ei ole osoitettu. Annostellaan kerran päivässä. Ruokailu ei vaikuta annosteluun. Tipat voidaan sekoittaa veteen, appelsiini- tai omenamehuun. Vakavat masennustilat: Tavallisesti 10 mg (20 tippaa 10 mg/ml:n tai 10 tippaa 20 mg/ml:n liuosta) x 1, voidaan suurentaa vasteen mukaan ad 20 mg/ml/vrk (40 tai 20 tippaa). Depressio lievittyy yleensä 2-4 viikon kuluessa. Oireiden helpotuttua hoitoa tulee jatkaa vähintään 6 kk.

Paniikkihäiriö ja siihen liittyvä julkisten paikkojen pelko: ensimmäisellä viikolla 5 mg (10 tippaa 10 mg/ml:n tai 5 tippaa 20 mg/ml:n liuosta)/vrk, sen jälkeen 10 mg (20 tai 10 tippaa) x 1, voidaan suurentaa ad 20 mg (40 tai 20 tippaa)/vrk (max). Hoito saavuttaa täyden tehonsa noin 3 kk kuluttua ja kestää useita kuukausia. Sosiaalisten tilanteiden pelko: Annostus tavallisesti 10 mg (20 tippaa 10 mg/ml:n tai 10 tippaa 20 mg/ml:n liuosta) x 1, kesto 2-4 viikkoa oireiden lievittämiseksi. Annostusta voidaan myöhemmin vasteen mukaan joko laskea 5 mg:aan (10 tai 5 tippaa) tai nostaa ad 20 mg/vrk (40 tai 20 tippaa). Hoitotuloksen varmistamiseksi suositellaan 12 viikon hoitoa. Pitkäaikaishoitoa voidaan harkita uudelleen sairastumisen estämiseksi, mutta vastetta tulee tällöin arvioida säännöllisin välein.

Sosiaalisten tilanteiden pelkoa ei tule sekoittaa liialliseen ujouteen. Lääkehoito on tarpeen vain, jos sairaus haittaa olennaisesti ammatillista ja sosiaalista toimintaa. Lääkehoitoa ei ole verrattu käyttäytymisterapiaan.

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö: Aloitusannos 10 mg (20 tippaa 10 mg/ml:n tai 10 tippaa 20 mg/ml:n liuosta) x 1. Voidaan nostaa vasteen mukaan ad 20 mg (40 tai 20 tippaa)/vrk (max). Tällä annostasolla on kokemusta vähintään 6 kk:n pitkäaikaishoidosta. Hoidon hyödyt ja annostus tulee arvioida uudelleen säännöllisin välein.

Pakko-oireinen häiriö: Aloitusannos 10 mg (20 tippaa 10 mg/ml:n tai 10 tippaa 20 mg/ml:n liuosta) x 1. Voidaan nostaa vasteen mukaan ad 20 mg:aan (40 tai 20 tippaa)/vrk (max).

Hoidon tulisi jatkua riittävän kauan oireettomuuden varmistamiseksi. Hoidon hyödyt ja annostelu tulee arvioida uudelleen säännöllisin välein. Iäkkäät (yli 65 v): Tavallisesti aloitus puolella normaalista annostuksesta, ja normaalia pienempää enimmäisannosta tulee harkita. Tehoa sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa ei ole tutkittu vanhuksilla.

Valmistetta ei tulisi käyttää alle 18-vuotiaille.

Vasta-aiheet:

Yliherkkyys essitalopraamille tai apuaineille. Samanaikainen käyttö epäselektiivisten, irreversiibelien MAO-estäjien kanssa serotoniinioireyhtymän vaaran vuoksi. Samasta syystä käyttö reversiibelien MAO-A:n estäjien (kuten moklobemidi) tai reversiibelin, epäselektiivisen MAO-estäjän linetsolidin kanssa on vasta-aiheista.

Varoitukset:

SSRI-masennuslääkkeitä ei tulisi käyttää lasten ja alle 18-vuotiaiden nuorten hoitoon, koska itsetuhoisuutta (itsemurhayrityksiä ja itsemurha-ajatuksia) sekä vihamielisyttä (pääasiassa aggressiota, vastustavaa käyttäytymistä ja vihaa) on havaittu. Jos hoito

kuitenkin aloitetaan, tulee potilasta seurata tarkasti itsetuhoisten oireiden ilmaantumisen varalta. Pitkäaikaishoidon turvallisuutta koskevat tiedot lasten ja nuorten kasvamisen ja kypsymisen sekä kognitiivisen ja käyttäytymisen kehityksen suhteen ovat puutteelliset.

Paradoksaalinen ahdistuneisuus voi paniikkihäiriöpotilailla lisääntyä lääkehoidon alussa, mutta se lievittyy yleensä 2 viikon sisällä hoitoa jatkettaessa. Reaktion välttämiseksi kannattaa käyttää alkuun pieniä annoksia. Käyttö tulee lopettaa, jos potilas saa kouristuskohtauksia. Käyttöä on vältettävä, jos potilas sairastaa epästabiliä epilepsiaa, ja hallinnassa olevan epilepsiapotilaan tilaa tulee seurata tarkoin. Käyttö on lopetettava, jos kohtaukset lisääntyvät.

Käytettävä varoen, jos potilaalla on ollut mania tai hypomania, ja käyttö on lopetettava, jos potilaalle tulee maaninen vaihe. SSRI-lääkkeet saattavat vaikuttaa diabeteksen glukoositasapainoon, joten annostusta voi joutua sovittamaan. Itsemurhan riski voi lisääntyä ensimmäisten hoitoviikkojen aikana, ja se voi olla tavallista suurempi nuorilla aikuisilla. Varoitus koskee myös muita essitalopraamilla hoidettuja psykiatrisia sairauksia.

SSRI- ja SNRI-lääkkeiden käytön yhteydessä on ilmennyt akatisiaa, joka ilmenee subjektiivisesti epämiellyttävänä tai häiritsevänä levottomuutena ja tarpeena liikkua. Näille potilaille annoksen nostaminen voi olla haitallista. ADH:n erityksen muutoksesta johtuvaa hyponatremiaa on todettu joskus harvoin SSRI-lääkkeitä käyttävillä. Tila paranee yleensä, kun lääkkeen käyttö lopetetaan. Käytettävä varoen, jos iäkäs potilas sairastaa kirroosia tai käyttää hyponatremiaa aiheuttavaa lääkitystä. SSRI-lääkkeitä on käytettävä varoen antikoagulanttien tai verihutaleiden toimintaan vaikuttavien lääkkeiden kuten atyyppisten neuroleptien, fentiatsiinien, useimpien trisyklisten depressiolääkkeiden, ASA:n tai NSAID-lääkkeiden kanssa, tai jos potilaalla on anamneesissa verenvuotohäiriöitä.

Kokemusten puuttuessa käytettävä varoen sähkösoikkihoidon yhteydessä. Serotonii- nioireyhtymän vaaran vuoksi ei suositella käytettäväksi serotonergisten lääkkeiden, kuten triptaanien, tramadolin tai tryptofaanin kanssa. Oireiden ilmetessä käyttö tulee lopettaa. Mäkikuismaa sisältävien valmisteiden samanaikainen käyttö voi lisätä hait-

tavaikutuksia. Vieroitusoireiden välttämiseksi käyttö tulisi lopettaa pienentämällä annostusta vähitellen 1-2 viikon aikana. Kokemusta sepelvaltimotautipotilaiden hoidosta on niukasti.

Raskaus ja imetys:

Ciprallexia ei tulisi käyttää raskauden aikana, ellei se ole selvästi tarpeen, ja silloinkin vasta, kun hyöty-haittasuhde on huolellisesti punnittu. SSRI-lääkkeiden käyttö viimeisen raskauskolmanneksen aikana voi aiheuttaa vastasyntyneelle vieroitusoireita. Jos SSRI-lääkkeitä käytetään raskauden aikana, niiden käyttöä ei tule lopettaa yhtäkkiä. Imetys on keskeytettävä, jos lääkitys on tarpeen.

Haittavaikutukset:

Haittavaikutukset ovat yleisimmillään ensimmäisen tai toisen hoitoviikon aikana ja lievittyvät ja harvenevat yleensä hoitoa jatkettaessa. Käytön lopettamiseen liittyvät vieroitusoireet. Erittäin yleisiä (yli 10 %): Pahoinvointi. Yleisiä (1-10 %): Ruokahalun väheneminen tai lisääntyminen. Libidon heikkeneminen, anorgasmia naisilla. Ahdistuneisuus, levottomuus, poikkeavat unet Unettomuus, uneliaisuus, huimaus, parestesia, vapina. Sinuiitti, haukottelu. Ripuli, ummetus, oksentelu, suun kuivuminen. Lisääntynyt hikoilu. Nivelkipu, lihaskipu. Ejakulaatiohäiriöt, impotenssi. Väsymys, kuume Painon nousu.

Yhteisvaikutukset:

Farmakodynaamiset yhteisvaikutukset, vasta-aiheet yhdistelmät: Epäselektiiviset MAO-estäjät. Yhdistelmät, joita ei suositella: Moklobemidi. Yhdistelmät, joiden käytössä on noudatettava varovaisuutta: Selegiliini ja serotonergiset lääkkeet, kuten tramadoli ja triptaanit (serotoniinioireyhtymän vaara). Kouristuskynnystä alentavat lääkkeet. Litium, tryptofaani (vaikutus voi voimistua). Mäkikuismavalmisteet voivat lisätä haittavaikutuksia. Antikoagulantit (verenvuotojen vaara). Alkoholia ei suositella käytettäväksi samanaikaisesti.

Vaikutus ajokykyyn:

Kaikki psykoaktiiviset lääkevalmisteet voivat huonontaa arviointi- ja suorituskykyä mm. liikenteessä.

5.4 EDRONAX

Vaikuttava aine: ja lääkeaineryhmä:

Reboksetiini, NRI

Lääkemuodot:

tabletti 4 mg vahvuisena

Käyttöaiheet:

Masennuksen/vakavan masennuksen akuutti hoito sekä parantuneen kliinisen tilan ylläpito potilailla, joilla on saatu aikaan hoitovaste.

Annostus ja antotapa:

Aloitus ja ylläpito 4 mg x 2, voidaan nostaa 3-4 viikon kuluttua ad 10 mg/vrk, max 12 mg/vrk. Pienintä tehoavaa annostusta ei vielä ole määritetty. Ei suositella vanhuksille eikä lapsille eikä alle 18-vuotiaille nuorille. Munuaisten tai maksan vajaatoiminnassa aloitus 2 mg x 2, voidaan nostaa sietokyvyn mukaan.

Vasta-aiheet:

Yliherkkyys valmisteen aineosille. Raskaus ja imetys.

Varoitukset:

Reboksetiinia ei tule käyttää lasten ja alle 18-vuotiaiden nuorten hoitoon, koska heillä on tutkimuksissa havaittu itsetuhoista käyttäytymistä (itsemurhayrityksiä ja itsemurha-ajatuksia) ja vihamielisyyttä (pääasiassa aggressiota, vastustavaa käyttäytymistä ja vihaa). Jos reboksetiinia silti päätetään käyttää, potilasta on seurattava tarkoin. Saatavilla ei ole pitkäaikaisia turvallisuustietoja lasten ja nuorten kasvun, kypsymisen ja kognitiivisen ja käyttäytymisen kehityksen suhteen. Käytettävä varoen, jos potilaalla on ollut taipumusta kouristeluun, ja lopetettava käyttö, jos kouristuksia ilmenee. Vältettävä käyttöä MAO-estäjien kanssa. Käyttöä muiden masennuslääkkeiden kanssa ei ole tutkittu. Tutkimuksissa on esiintynyt heilahtelua masennuksesta maniaan/hypomaniaan, joten kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavia olisi seurattava tarkoin. Itsemurhayritysten riski voi kasvaa ennen remission saavuttamista. Kokemukset käytöstä vakavien

systemisen sairauksien yhteydessä ovat vähäisiä. Seurattava tarkoin potilaita, joilla on merkkejä virtsaretentiosta, eturauhasen liikakasvusta tai glaukoomasta, tai joilla on anamneesissa sydänsairaus. Ylisuuriin annoksiin liittyy ortostaattisen hypotension vaara. Käytettävä varoen muiden verenpainetta alentavien lääkkeiden kanssa. Iäkkäillä potilailla on havaittu kaliumpitoisuuden alenemista.

Raskaus ja imetys:

Kontraindisoitu raskauden ja imetyksen aikana.

Haittavaikutukset:

Hoidon keskeyttäviä haittavaikutuksia ovat tutkimuksissa olleet unettomuus, heitehuimaus, suun kuivuminen, pahoinvointi, hikoilu, tunne virtsarakon epätäydellisestä tyhjenemisestä (vain miehillä), virtsaamisvaikeudet (vain miehillä) ja päänsärky.

Hyvin yleisiä (yli 10 %): unettomuus, suun kuivuminen, ummetus, hikoilu.

Yleisiä (1-10 %) Hermosto: kiertohuimaus. Sydän: tiheälyöntisyys tai tykytys, vasodilaatio, ortostaattinen hypotensio. Silmät: akkommodaatiohäiriöt. GI-oireet: ruokahaluttomuus tai ruokahalun menettäminen. Urogenitaalit: virtsaamisvaikeudet, tunne virtsarakon epätäydellisestä tyhjenemisestä, virtsatietulehdus, erektiohäiriöt, kipu siemensyöksyssä, siemensyöksyn viivästyminen, kiveskivut. Yleisoireet: vilunväristykset.

Yhteisvaikutukset:

Reboksetiini metaboloituu ensisijaisesti CYP 3A4 -isoentsyymin, ei 2D6:n, välityksellä. Reboksetiinia ei saa antaa yhdessä 3A4:ää tunnetusti estävien lääkkeiden kanssa, kuten atsolijohdoksiin kuuluvien sienilääkkeiden ja makrolidiantibioottien (kuten erytromysiinin) tai fluvoksamiinin kanssa. Yhteisvaikutukset muiden CYP-entsyymien välityksellä metaboloituvien lääkkeiden kanssa eivät ole todennäköisiä.

Loratsepaamin kanssa annettaessa on esiintynyt tokkuraisuutta ja lyhytaikaista ortostaattista sykkeen kiihtymistä. Reboksetiini ei näytä voimistavan alkoholin vaikutusta kognitiivisiin toimintoihin.

MAOn estäjien ja reboksetiinin samanaikaista käyttöä olisi vältettävä niiden aiheuttaman mahdollisen riskin (tyramiinin kaltainen vaikutus) vuoksi. Reboksetiinin ja muiden masennuslääkkeiden (trisykliset masennuslääkkeet, MAOn estäjät, SSRI-

masennuslääkkeet ja litium) samanaikaista käyttöä ei ole arvioitu tutkimuksissa.

Ergotjohdosten ja reboksetiinin samanaikainen käyttö saattaa nostaa verenpainetta.

Ruoka viivästyttää reboksetiinin imeytymistä, mutta ei merkitsevästi vaikuta imeytyneen lääkeaineen määrään. Hypokalemian mahdollisuus on otettava huomioon käytettäessä reboksetiinia samanaikaisesti kaliumvarastoja kuluttavien diureettien kanssa.

Vaikutus ajokykyyn:

Ajokyvyn heikentymiseen viittaavaa ei ole ilmennyt, mutta potilaan on syytä tarkkailla omaa reaktiotaan etenkin hoidon alkaessa, ks. tarkemmin PF.

5.5 EFEXOR® DEPOT

Vaikuttava aine: ja lääkeaineryhmä:

Venlafaksiini, SNRI

lääkemuodot:

Depot kapseleina 37,5 mg, 75 mg ja 150 mg vahvuksina

Käyttöaiheet:

Masennustilat. Depressiokohtauksen relapsien tai taudin uudelleenpuhkeamisen ehkäisy. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (DSM-IV luokituksen mukaan). Sosiaalisten tilanteiden pelko. Paniikkihäiriö - myös, kun siihen liittyy julkisten paikkojen pelkoa (agorafobia).

Annostus ja antotapa:

Depot kapselit niellään kokonaisina aterian yhteydessä.

Masennus:

Tavallisesti 75 mg x 1, voidaan vasteen mukaan nostaa 75 mg:lla kerrallaan 4 päivän välein, keskivaikeassa masennuksessa ad 225 mg/vrk ja vaikeassa ad 375 mg/vrk. Hoitoa tulisi jatkaa vasteen aiheuttaneella annostuksella vähintään 4 viikkoa, minkä jälkeen voidaan esimerkiksi puolittaa, elleivät oireet uusiudu. Hoitoa jatketaan, kunnes potilas on ollut täysin oireeton 4-6 kk, minkä jälkeen lopetus asteittain.

Ahdistuneisuushäiriö:

Tavallisesti 75 mg x 1, mikä voi riittää osalle potilaista pitkäaikaishoidossa. Voidaan vasteesta riippuen nostaa 2 viikon kuluttua ad 150(-225) mg x 1.

Sosiaalisten tilanteiden pelko:

Lääkitys tulee aloittaa vain, kun oireet haittaavat merkittävästi sosiaalista vuorovaikutusta. Annostus tavallisesti 75 mg x 1, mikä voi riittää osalle potilaista pitkäaikaishoidossa. Voidaan vasteesta riippuen nostaa 2 viikon kuluttua ad 150(-225) mg x 1. Vaste ilmenee noin 6 viikossa, mutta vasteen varmentamiseksi suositellaan vä-

hintään 12 viikkoa kestävää hoitoa. Yli 6 kk kestävästä hoidosta ei ole tutkittua tietoa. Depot-valmistetta ei ole tutkittu tässä indikaatiossa riittävästi vanhuksilla.

Paniikkihäiriö:

Suosittelun annos 75 mg x 1. Aloitus 37,5 mg x 1 ensimmäiset 4-7 vrk, minkä jälkeen 75 mg x 1. Max 225 mg/vrk. Annosta voi nostaa 75 mg päivässä noin 2 viikon, ei alle 4 päivän välein. Maksan tai munuaisten vajaatoiminnassa aloitus tableteilla. Annostusta tulisi pienentää 25-50 %:lla, jos munuaisten suodatusnopeus on 10-70 ml/min. Lievästi kohonneiden maksa-arvojen yhteydessä annostus on puolitettava, ja annostusta vähennetään enemmän vakavamman toimintahäiriön yhteydessä, minkä ohella harkittava tablettien käyttöä.

Vanhuksille normaali aikuisten annostus.

Hoidon lopetus. Yli viikon kestäneen hoidon jälkeen annostusta pienennetään asteittain, yli 6 viikon hoidon jälkeen vähintään 2 viikon kuluessa.

Vasta-aiheet:

Yliherkkyys venlafaksiinille tai jollekin apuaineelle. Samanaikainen MAO-estäjähoito.

Varoitukset:

Interaktiot MAO-estäjien kanssa ovat mahdollisia. Venlafaksiinia ei tule käyttää samanaikaisesti MAO-estäjien kanssa eikä 14 vrk:n sisällä estäjähoiton päättymisestä. Vaihdettaessa Efexor MAO-estäjään tulee pitää vähintään 7 vrk:n tauko.

Verenpainetta ja sen kohoamiseen liittyviä oireita on syytä seurata, etenkin jos potilaalla on tai jolla epäillään olevan jokin sydän- tai verisuonisairaus, kuten sydän- tai aivoinfarkti tai diabetes. Efexorin käyttö tulisi lopettaa, jos diastolinen paine nousee yli 100 mmHg:n. Sykkeen nousua voi esiintyä, erityisesti korkeita annoksia käytettäessä. Epilepsian ja orgaanisen aivo-oireyhtymän yhteydessä, tarkkailtava potilasta huolellisesti mahdollisten kouristusten vuoksi. Minkä tahansa yliherkkysoireen ilmetessä hoito pitää keskeyttää. Hoidon äkillinen lopetus voi aiheuttaa erilaisia oireita. Annostuksen pienentäminen maksan ja munuaisten vajaatoiminnan yhteydessä.

Käytettävä varoen, jos potilaalla on virtsaamisvaikeuksia, ongelmia silmänpaineessa,

matala tai korkea verenpaine, johtumishäiriöitä, angina pectoris tai tuore sydäninfarkti. Maanis-depressiivisen psykoosin depressiivinen vaihe voi muuttua maniaksi. Itsemurhayrityksen riski voi kasvaa, minkä vuoksi aluksi tulisi kirjoittaa pienin mahdollinen määrä lääkettä yliannostusriskin vähentämiseksi, ks. tarkemmin PF. Potilasta pitää tarkkailla tilan huononemisen sekä itsemurhakäyttäytymisen vuoksi varsinkin hoidon alussa sekä annostuksen muuttuessa. Venlafaksiinia käyttävillä voi olla kohonnut ihon ja limakalvon verenvuotoriski.

Lähinnä vanhuksilla sekä diureettien käyttöön liittyvän nestevajauksen yhteydessä on raportoitu hyponatremiatapauksia. Venlafaksiinin käyttöä yhdessä laihdutusvalmisteiden kanssa ei suositella, eikä venlafaksiinia pidä käyttää laihdutukseen. Venlafaksiini voi kohottaa seerumin kolesterolia merkittävästi.

Valmistetta ei tule käyttää lasten ja alle 18-vuotiaiden nuorten hoitoon, koska tähän on liittynyt suisidaalista käyttäytymistä (itsemurhayrityksiä ja itsemurha-ajatuksia) sekä vihamielisyyttä (pääasiassa aggressiota, vastustavaa käyttäytymistä ja vihaa). Jos hoitopäätös silti tehdään, pitäisi potilasta seurata tarkasti suisidaalisten oireiden varalta. Lisäksi pitkän aikavälin turvallisuutta koskevat tiedot lasten ja nuorten kasvamisesta, kypsymisestä sekä kognitiivisesta kehityksestä ja käyttäytymisen kehityksestä ovat puutteelliset.

Raskaus ja imetys:

Raskauden aikana saa käyttää vasta perusteellisen harkinnan jälkeen. Ei saa käyttää imetyksen aikana.

Haittavaikutukset:

Yleisiä ($\geq 1\%$)

Koko elimistö	Voimattomuus/väsymys
Kardiovaskulaariset	Korkea verenpaine, vasodilataatio (yleisimmin kuumia aaltoja)
Ruoansulatuskanava	Heikentynyt ruokahalu, ummetus, pahoinvointi, oksentelu
Silmät	Silmän akkommodaatiohäiriöt, mydriaasi, näköhäiriöt
Aineenvaihdunta ja	Kokonaiskolesterolin nousu (etenkin pitkäaikaiskäytössä)

ravitsemus	ja ehkä suurilla annoksilla), painon lasku
Hermosto	Epänormaalit unet, libidon heikkeneminen, huimaus, suun kuivuminen, lisääntynyt lihastonus, unettomuus, hermostuneisuus, parestesia, sedaatio, treemori
Hengitystiet	Haukottelu
Iho	Hikoilu (myös yöhikoilu)
Urogenitaaliset	Ejakulaatio/orgasmihäiriöt (miesten), anorgasmia, erektiohäiriöt, virtsaamisvaikeudet (useimmiten katkonaista virtsaamista)

Yhteisvaikutukset:

Varfariinihoidon aikana hyytyminen voi muuttua.

Vaikutus ajokykyyn:

Voi joillakin potilailla heikentää reaktiokykyä.

5.6 REMERON®

Vaikuttava aine: ja lääkeaineryhmä

Mirtatsapiini, NaSSA

Lääkemuodot:

tabletteja 15 mg, 30 mg ja 45 mg vahvaisina

Käyttöaiheet:

Masennustilat.

Annostus ja antotapa:

Tabletti asetetaan kielelle, jossa se hajoaa nopeasti, minkä jälkeen sen voi niellä joko nesteen kera tai ilman. Aloitus 15 tai 30 mg x 1, mieluummin ilta-annoksena. Hoitoannos 15-45 mg/vrk, yleensä kerta-annoksena iltaisin tai kahtena osa-annoksena aamulla ja illalla, jolloin suurempi annos otetaan illalla.

Vanhuksille normaali aikuisten annostus, mutta annostusta tulee nostaa varoen. Mirtatsapiinia ei pidä antaa lapsille eikä alle 18-vuotiaille nuorille, koska tehoa ja turvallisuutta ei heillä ole tutkittu. Munuaisten tai maksan vajaatoiminnassa annoksen nosto varoen. Hoitoa jatketaan kunnes potilas on ollut täysin oireeton 4-6 kuukautta, minkä jälkeen lopetus asteittain. Vaste tulee yleensä 2-4 viikossa. Jos se ei riitä, annos voidaan nostaa maksimiin. Ellei tästä 2-4 viikon jälkeenkään saada vastetta, hoito tulee lopettaa asteittain.

Vasta-aiheet

Yliherkkyys mirtatsapiinille tai valmisteen muille aineosille.

Varoitukset

Granulosytopeniana tai agranulosytoosina useimmin ilmenevää luuydindepressiota on raportoitu hoidon yhteydessä. Tätä esiintyy tavallisimmin 4-6 viikon hoidon jälkeen, ja

se yleensä korjaantuu kun hoito lopetetaan. Agranulosytoosi voi harvoin olla fataali.

Käytettävä varoen, jos potilaalla on epilepsia tai orgaaninen aivosyndrooma, maksan tai munuaisten vajaatoiminta, johtumishäiriö, angina pectoris, tuore sydäninfarkti, matala verenpaine, virtsaamishäiriötä, sulkukulmaglaukooma, kohonnut silmänpaine tai diabetes. Hoito on lopetettava, jos ilmaantuu keltaisuutta. Seuraavat asiat tulee ottaa huomioon: Psykoottiset oireet saattavat paheta hoidettaessa antidepressanteilla skitsofreenikkoja tai muista psykoottisista häiriöistä kärsiviä; paranoidiset ajatukset saattavat voimistua.

Hoidettaessa maanis-depressiivisen psykoosin depressiivistä vaihetta tila voi muuttua maaniseksi. Varsinkin hoidon alkuvaiheessa itsemurhan mahdollisuus kasvaa, joten tabletteja tulee antaa rajoitettu määrä. Pitkäaikaisen hoidon äkillinen lopettaminen voi aiheuttaa pahoinvointia, päänsärkyä, huonovointisuutta, ahdistuneisuutta ja levottomuutta. Vanhuspotilaat voivat olla muita herkempiä masennuslääkkeiden haittavaikutuksille.

Serotoniinisyndroomaa esiintyy ilmeisen harvoin pelkkää mirtatsapiinia saaneilla.

Tabletit sisältävät aspartaamia, joka on yksi fenyylialaniinin lähde ja siten haitallinen fenyyliketonuriaa sairastaville. Mirtatsapiinia ei tule käyttää lasten ja alle 18-vuotiaiden nuorten hoitoon, koska tutkimuksissa on havaittu suisidaalista käyttäytymistä sekä vihamielisyyttä. Lisäksi pitkän aikavälin turvallisuutta koskevat tiedot kasvamisesta, kypsymisestä sekä kognitiivisesta kehityksestä ja käyttäytymisen kehityksestä ovat puutteelliset.

Raskaus ja imetys:

Tiedot haittavaikutuksista raskauden aikana ovat puutteelliset, joten mirtatsapiinia tulisi antaa vain välttämättömissä tapauksissa.

Käyttöä imetyksen aikana ei suositella.

Haittavaikutukset:

Yleisiä (1-10 %):

Aineenvaihdunta: Ruokahalun lisääntyminen ja painon nousu.

Hermosto: Heitehuimaus ja päänsärky. Uneliaisuus (voi heikentää keskittymiskykyä) yleensä ensimmäisten viikkojen aikana. Annoksen pienentäminen ei yleensä vähennä se-daatiota, mutta voi heikentää hoitotehoa.

Yleisoireet: Turvotukset.

Yhteisvaikutukset:

Jos varfariinia ja mirtatsapiinia käytetään samanaikaisesti, suositellaan protrombiiniajan seuranta. Kliinisesti merkitseviä yhteisvaikutuksia litiumin kanssa ei ole havaittu. Mirtatsapiini voi voimistaa alkoholin keskushermostoa lamaavaa vaikutusta.

Valmistetta ei tule käyttää samanaikaisesti MAO-estäjien kanssa, eikä kahteen viikkoon niiden lopettamisesta. Mirtatsapiini voi voimistaa bentsodiatsepiinien sedatiivisia vaikutuksia. Yhteiskäytössä muiden serotonergisten lääkkeiden kanssa (esim. SSRI:t ja venlafaksiini) kasvaa serotoniinisyndrooman vaara.

Vaikutus ajokykyyn:

Saattaa heikentää keskittymis- ja huomiokykyä.

5.7 AURORIX®

Vaikuttava aine: ja lääkeaineryhmä:

Moklobemidi, Selektiivisen monoamiinioksidaasin eli MAO:n estäjä

Lääkemuodot:

tabletteja 150 mg ja tabl 300 mg vahvuisina

Käyttöaiheet:

Depressio. Vaikea tai keskivaikkea sosiaalisten tilanteiden pelko.

Annostus ja antotapa:

300-600 mg/vrk jaettuna yleensä 2 annokseen, alkuannos 300 mg/vrk. Depressio: 300 mg/vrk viikon ajan, sen jälkeen nostetaan ad 600 mg/vrk. Ensimmäisen hoitoviikon aikana ei annostusta tulisi muuttaa. Sosiaalisten tilanteiden pelko: Aluksi 300 mg x 1, sitten neljännestä hoitopäivästä alkaen 300 mg x 2, jolla jatketaan 8-12 viikkoa. Kroonisissa tapauksissa ja potilaan reagoiessa hoitoon harkittava pitkäaikaislääkitystä. Vanhuksille ja munuaisten vajaatoiminnassa normaali annostus. Maksasairauden yhteydessä tai vakavissa maksan metaboliahäiriöissä annostus pienennetään puoleen tai kolmannekseen.

Vasta-aiheet:

Yliherkkyys moklobemidille tai lääkkeen apuaineille. Selegiliinin samanaikainen käyttö. Akuutit sekavuustilat. Ei lapsille.

Varoitukset:

Voi vaikeuttaa skitsofreenisiä tai skitsoaffekttiivisiä psykooseja sairastavien masennuspotilaiden skitsofreenisiä oireita. Tällaisten potilaiden jatkohoitoon voi sopia pitkävaikutteinen neurolepti. Itsemurha-ajatuksille taipuvaista potilasta seurattava huolellisesti.

Käytettävä varoen, jos potilaalla on feokromosytooma tai kilpirauhasen liikatoimintaa.

Raskaus ja imetys:

Turvallisuudesta raskauden aikana ei ole tietoa; hyöty punnittava sikiöön mahdollisesti kohdistuvaan riskiin nähden. Pieni määrä erittyy äidinmaitoon; hyöty ja riskit otettava huomioon.

Haittavaikutukset:

Yleisiä (1-10 %) unihäiriöt, päänsärky, ripuli, pahoinvointi ja huimaus.

Yhteisvaikutukset:

Samanaikainen käyttö selegiliinin kanssa on kontraindisoitu. Opiattien vaikutus voi voimistua, eikä petidiinin samanaikaista käyttöä suositella. Vaikutus tyramiiniin on vähäinen ja nopeasti ohimenevä. Simetidiinin käytön yhteydessä pienennettävä moklobemidin annostusta puoleen tai kolmannekseen. Systemisten sympatomimeettien vaikutukset voivat voimistua ja pidentyä. Muita serotoniiniin vaikuttavia lääkkeitä ei tulisi käyttää samanaikaisesti. Tämä koskee erityisesti klomipramiinia ja SSRI-masennuslääkkeitä. Muusta depressiolääkkeestä voi siirtyä moklobemidiin tai päinvastoin ilman taukoa, lukuun ottamatta fluoksetiinia ja muita pitkän puoliintumisajan depressiolääkkeitä. Aurorixin annostus ei siirtymisen yhteydessä saisi ensimmäisen viikon aikana ylittää 300 mg/vrk. Dekstrometorfaania sisältäviä lääkkeitä ei tulisi käyttää samanaikaisesti moklobemidin kanssa ilmenneiden yksittäisten vakavien CNS-haittojen vuoksi.

Vaikutus ajokykyyn:

Potilaan on syytä tarkkailla reaktiotaan lääkkeelle ennen tarkkuutta vaativien tehtävien suorittamista.

5.8 LITO®

(ei varsinainen depressiolääke, mutta erittäin tehokas hoitoresistanssin masennuksen hoidossa)

Vaikuttava aine: ja lääkeaineryhmä

Litium, kaksi suuntaisen mielialahäiriön lääkkeit.

Lääkemuodot:

tablettina 300 mg vahvuisena

Käyttöaiheet:

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön mania- ja masennusvaiheiden ehkäisy ja hoito.

Annostus ja antotapa:

Aluksi 2-3 tabl iltaisin tai jaettuna 2 annokseen. Ylläpidossa pyritään yhteen vuorokausiannokseen seerumin litiumtason mukaisesti.

Vasta-aiheet:

Munuaisten toimintahäiriöt, sydämen vajaatoiminta, elektrolyytti- ja nestetasapainon häiriöt, raskaus ja imetys. Käyttö keskeytettävä, jos ilmaantuu korkea kuume tai oksentelua, sekä aloitettaessa diureettihoito, siirryttäessä vähäsuolaiseen ravintoon ja ennen leikkauksia.

Varoitukset:

Potilas tutkittava tarkoin ennen aloittamista. Munuaisten ja kilpirauhasen toimintaa seurattava 6-12 kk:n välein. Kliinistä tilaa ja litiumin pitoisuutta seurattava hoidon aikana terapeuttisen alueen kapeuden vuoksi. Nesteen ja natriumin saantia lisättävä kuumeilun, oksentelun tai ripulin aikana. Hoito keskeytettävä kuumeisen infektion, kovan hikoilun tai ripulin yhteydessä. Ei tulisi määrätä, jos potilaalla on vaikea sydän- ja verisuoni- tai munuaissairaus, elektrolyytti- ja nestetasapainon häiriöitä tai vähäsuolainen ruokavalio.

Vanhukset ovat alttiita haittavaikutuksille jo tavallisilla pitoisuuksilla, ja litiummyrkytyksen riski on heillä tavallista suurempi. Alle 12-vuotiaiden hoito erikoislääkärin valvonnassa.

Raskaus ja imetys:

Kontraindisoitu raskauden ja imetyksen aikana.

Haittavaikutukset:

Litium aiheuttaa tavallisimmin CNS-, GI- ja munuaisperäisiä haittavaikutuksia, joiden esiintyvyys lisääntyy pitoisuuksien noustessa yli tason 1-1,3 mmol/l, CNS-haittoja etenkin lapsilla ja vanhuksilla pienemmilläkin pitoisuuksilla. Monet haittavaikutukset ilmaantuvat hoidon alkaessa ja voivat lievitä sitä jatkettaessa.

Hyvin yleisiä (yli 10 %):

Palautuva leukosytoosi. Ataksia, käsien hienojakoisen vapina, lihasheikkous. Pahoinvointi, anoreksia, ripuli, oksentelu, vatsakivut. Diabetes insipidus, joka ilmenee polyuriana ja polydipsiana. Väsymys. Suun kuivuminen ja janon tunne. EKG-muutoksina hyvänlaatuisia, palautuvaa T-aallon madaltumista

Yleisiä (1-10 %):

Hypotyreoosi, struuma. Päänsärky, muistihäiriöt, puhevaikeudet, sekavuus, keskittymisvaikeudet, kohonnut lihasärtyvyys, nykyinä, tooniset liikkeet, kiihtyneet jänneheijasteet. Aknetyyppinen ihottuma, follikulitiitti. T-aallon isoelektrisyys ja inversio.

Yhteisvaikutukset:

NSAID:t voivat nostaa pitoisuuden toksiselle tasolle. ACE-estäjät, metyylidopa, diltiaseemi ja verapamiili voivat nostaa pitoisuuden toksiselle tasolle. A II antagonistien käytön yhteydessä tämä on harvinaista. Antipsykootit, karbamatsepiini ja fenytoiini voivat lisätä neurologisia haittavaikutuksia. Käyttö SSRI-masennuslääkkeiden kanssa voi aiheuttaa neurologisia haittavaikutuksia, kuten vapinaa. Klonidiinin teho voi heikentyä. Jodin ja litiumin yhteiskäyttö voi voimistaa molempien hypotyreoottista vaikutusta. Teofylliini ja aminofylliini voivat pienentää pitoisuutta. Natriumtasapaino vaikuttaa litiumin eritykseen, joten suolaa on saatava tasaisesti. Metronidatsoli ja tetrasykliini voivat aiheuttaa toksisia oireita. Baklofeeni voi aiheuttaa hyperkinesiaa sekä tardiivia dyskinesiaa. Litium vähentää opiaattien analgeettista vaikutusta.

Vaikutus ajokykyyn:

Ei yleensä haittaa suorituskkyä liikenteessä, mutta potilaan syytä tarkkailla omaa reaktiotaan tässä suhteessa.

6 LÄÄKELASKUJA JA MUTTA MASENNUSLÄÄKITYKSEEN LIITTYVIÄ KYSYMYKSIÄ JA SUOSITELTAVAA KIRJALLISUUTTA

1. Potilaalle on määrätty annettavaksi CIPRALEX® oraaliliuosta 25mg. Liuoksen vahvuus on 10mg/ml. Kuinka paljon annat CIPRALEX® oraaliliuosta?
2. Potilaalle on määrätty annettavaksi EFEXOR® DEPOT nimistä lääkettä 300mg. EFEXOR® DEPOT lääkettä löytyy seuraavina vahvuuksina: 37,5 mg, 75 mg ja 150 mg. Kuinka monta tablettia/kapselia potilas saa jos lääke jaetaan mahdollisimman isoista tableteista/kapseleista?
3. Mitkä ovat serotoniinioireyhtymän oireet?
4. Masentuneelle potilaalle on määrätty aloitettavaksi EFEXOR® DEPOT masennuslääke. Lääkärin ohjeen mukaan potilas saa ensimmäiset 2 päivää 37,5mg, seuraavat 2 päivää 75mg ja siitä eteenpäin 150mg. Kuinka paljon lääkettä potilas saa ensimmäisen viikon aikana?
5. Lääkäri on pyytänyt hoitajia tarkkailemaan esiintyykö potilaalla uuden masennuslääkkeen aloittamisen jälkeen Antikolinergisia sivuvaikutuksia. Mitä oireita/sivuvaikutuksia sinun tulee seurata?

Suosittelavaa kirjallisuutta:

*Pharmaca Fennica 2008

*Huttunen M. 2002. Psykeenlääkeopas. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino

*Huttunen M. Lääkkeet mielen hoidossa. 2004: Tampere: Tammerpaino Oy

*Nurminen M-L. Lääkehoito. 2006. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy

*Poutanen O. & Vuorinen M. 2002. Masennus: masennuslääkkeet, niiden vaikutus ja masennuksen hoitomuodot. Vantaa: Printway Oy

* Veräjänkorva O. & Huupponen R. & Huupponen U. & Kaukkila H-S. & Torniainen K. Lääkehoito hoitotyössä. 2006. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy

7 LÄHTEET

Aldridge S. Masennus ja Stressi –tunteiden biologiaa-. 2001. Pieksämäki: RT-print Oy

Brummer M. & Enckell H. Lasten ja nuorten psykoterapia. 2005. Helsinki: WSOY kirjapainoyksikkö

Hednäs P. & Peittola S. & Ruponen M. & Tuderman P. & Winter S. Pharmaca Fennica 2008 osa I tiivistelmä. 2008. Porvoo: Painoyhtymä Oy

Hednäs P. & Peittola S. & Ruponen M. & Tuderman P. & Winter S. Pharmaca Fennica 2008 osa II. 2008. Porvoo: Painoyhtymä Oy

Hednäs P. & Peittola S. & Ruponen M. & Tuderman P. & Winter S. Pharmaca Fennica 2008 osa III. 2008. Porvoo: Painoyhtymä Oy

Huttunen M. Psykeenlääkeopas. 2002. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino

Huttunen M. Lääkkeet mielen hoidossa. 2004. Tampere: Tammerpaino Oy

Huttunen M. Lääkkeet mielen hoidossa. 2008. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy

Kajaanin ammattikorkeakoulu opinto-opas 2003-2004. 2003. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy

Kähkönen S. & Karila I. & Holmberg N. toim. Kognitiivinen Psykoterapia 2008. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino

Kähkönen S. & Partonen T. toim. Mielen lääkkeet - lääkkeen mieli. 1999. Helsinki: Vammalan Kirjapaino Oy

Lindqvist M. & Kuvaja T. & Rasilainen A. Masennus –mustaa ja valkoista – Terapia-säätiö . 2005. Vantaa: Dark Oy

Lönnqvist J. & Heikkinen M. & Henriksson M. & Marttunen M. & Partonen T. toim. Psykiatria 2007. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy

Läkelaki 10.4.1987/395

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Munnukka T. & Halme S. & Kankainen A. & Kiikkala I. & Lehto P. & Rokkanen R. Hoitotyön vuosikirja 1998 mielenterveys. 1997. Tampere: Tammer-Paino Oy

Nurminen M-L. Lääkehoito. 2006. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy

Partonen T. Voimaa valosta, viritä sisäinen kellosi. 2005. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy

Poutanen O. & Vuorinen M. Masennus: masennuslääkkeet, niiden vaikutus ja masennuksen hoitomuodot. 2002. Vantaa: Printway Oy

Veräjänkorva O. & Huupponen R. & Huupponen U. & Kaukkila H-S. & Torniainen K. Lääkehoito hoitotyössä. 2006. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy

INTERNET LÄHTEET

Sosiaali- ja terveysministeriö, Kansanterveyslaitos: Terveys 2000 – tutkimus, 2002

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/tiedote/tied02/haotiedote2041.htm>. Luettu 28.4.2008

Hei!

Olen sairaanhoitaja opiskelija ja valmistun joulukuussa 2008. Olen tehnyt opin-
näytetyönä verkko-oppimismateriaalin masentuneen potilaan lääkehoidosta mie-
lenterveystyön opiskelijoille. Verkko-oppimismateriaali tulee Kajaanin Ammatti-
korkeakoululle mielenterveystyön opettajille opetuskäyttöön ja mahdollisesti sitä
hyödynnetään muuallakin.

Tarvitsen sairaanhoitaja opiskelijoita testaamaan verkko-oppimismateriaalia, jo-
ten pyydän teidän apuanne. Pyydän, että arvioitte verkko-oppimateriaalin ulko-
asua, luettavuutta, sisältöä ja ymmärrettävyyttä.

Verkko-oppimismateriaali löytyy opettajan teille lähettämästä sähköpostista, josta
voitte käydä sen lukemassa. Palautteen verkko-oppimismateriaalista voitte lähet-
tää sähköpostilla osoitteeseen sth3sbkarit@kajak.fi.

Kiitos antamastanne palautteesta!

t. Kari Tolonen STH3SB