

Maarit Koivuniemi & Tea Varjus

KAHDEN PSYKIATRISEN KUNTOUTUSOSASTON HOITAJIEN
KOKEMUKSIA POTILAAN PAINONHALLINNAN KÄYTÄNTEISTÄ

Hoitotyön koulutusohjelma

2020

KAHDEN PSYKIATRISEN KUNTOUTUSOSASTON HOITAJIEN KOKEMUKSIA POTILAAN PAINONHALLINNAN KÄYTÄNTEISTÄ

Koivuniemi, Maarit & Varjus, Tea
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
S yyskuu 2020
Sivumäärä: 41
Liitteitä: 5

Asiasanat: psykiatrinen hoitotyö, mielenterveys- ja päihdehoitotyö, painonhallinta, puheeksi ottaminen, dokumentointi

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Harjavallan sairaalan kahden kuntoutusosaston kanssa. Aihe rajattiin psykiatrisen potilaan painonhallintaan liittyviin toimintatapoihin ja käytänteisiin. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kahden psykiatrisen kuntoutusosaston hoitajien painonhallintaan liittyviä toimintatapoja ja osastojen käytäntöjä painonhallinnan toteuttamiseen, sekä hoitajien omia kehittämisideoita potilaiden painonhallintaan liittyvissä toimintatavoissa. Tarkoituksena oli myös tutkia, mitä haasteita hoitajat kokivat painonhallintaan liittyvissä asioissa. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää painonhallintaan liittyviä käytänteitä kahdella psykiatrisella kuntoutusosastolla. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin teemakyselyllä helmi-maaliskuun aikana 2020. Lomakkeessa oli neljä avointa teemakysymystä. Teemoina olivat potilaiden painonhallintaan liittyvät toimintatavat hoitajilla ja käytänteet osastoilla, hoitajien kokemat haasteet painonhallintaan liittyvissä käytänteissä sekä hoitajien omat kehitysideat painonhallinnan käytänteissä osastoilla. Teemakyselylomakkeet toimitettiin kuntoutusosastoille vuoden 2020 helmikuussa. Teemakyselylomakkeet toimitettiin kuntoutusosastojen osastonhoitajille, jotka jakoivat ne osastojen työntekijöille. Toimitimme 28 lomaketta osastoille. Kyselyyn vastasi yhteensä kuusi hoitajaa. Aineisto analysoitiin induktiivisesti.

Tuloksista kävi ilmi, että hoitajilla on useita erilaisia mahdollisuuksia seurata potilaiden painon muutoksia, sekä keinoja puuttua potilaiden painonhallintaan. Potilaiden paino ja painoindeksi mitattiin aina osastohoidon alussa ja kontrolloitiin tarpeen mukaan. Myös muita mittauksia tehtiin kontrolloidusti. Näistä esimerkkinä pituus, veren-sokeri ja kolesteroliarvot. Hoitajat toivoivat enemmän mahdollisuuksia puuttua esimerkiksi potilaiden tilausruuan määrään ja syömistottumuksien muuttamiseen tarpeen mukaan.

Jatkossa olisi hyvä selvittää hoitajien keinot motivoida potilaita terveellisiin elämäntapoihin, sisältäen ruokailutottumukset ja liikunnan riittävyyden, psykiatristen potilaiden osalta. Tämän lisäksi on tarpeen selvittää, miten motivoinnin keinoja voidaan kehittää ja miten kehitysideat toimivat tietyn seuranta-ajan jälkeen.

THE EXPERIENCES OF TWO PSYCHIATRIC REHABILITATION WARDS NURSES ON PATIENT'S WEIGHT MANAGEMENT PRACTISES

Koivuniemi, Maarit & Varjus, Tea

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Nursing Degree Programme

September 2020

Number of pages: 41

Appendices: 5

Keywords: psychiatric nursing, mental health and substance abuse treatment, weight control, taking up the matter, documentation

The thesis was carried out together with two rehabilitation wards of the Harjavalta Hospital. The topic was limited to psychiatric patient weight management policies and practices. The purpose of the thesis was to describe the weight management practices of the nurses in the two psychiatric rehabilitation wards and the practices of the wards for the implementation of weight control, as well as nurses' development ideas in the patient weight management practices. The purpose was also to explore the challenges faced by nurses in weight management issues. We attached to the questionnaire nurses' own development ideas related to the practices of the wards. The aim of the study was to develop weight management practices in two psychiatric rehabilitation wards. The thesis was carried out as a qualitative study. The material was collected through the thematic survey during February-March 2020. The form had four open thematic questions. The themes were the patients weight management practices used by the nurses and the practices in the wards, the challenges experienced by the nurses in the weight management practices and the nurses' own development ideas in the weight management practices in the wards. Thematic questionnaires were submitted to the wards in February 2020. Thematic questionnaire forms were delivered to the head nurses, who distributed them to the care staff. We submitted 28 forms to the departments. A total of 6 nurses responded to the survey. The data were analyzed inductively.

The results showed that nurses have several different options for monitoring changes in patient weight, as well as ways to address patient weight management. Patients' weight and body mass index were always measured at the beginning of ward care and monitored as needed. Other measurements were also made in a controlled manner. Examples include height, blood sugar and cholesterol levels. Nurses hoped for more opportunities to intervene, for example, in the amount of food ordered by patients and in changing eating habits as needed.

In the future, it would be useful to find out how nurses can motivate patients to lead a healthy lifestyle, including eating habits and the adequacy of exercise for psychiatric patients. In addition to this, it is necessary to find out how motivational tools can be developed and how development ideas work after a certain follow-up period.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIIITEKEHYS.....	7
2.1	Terveysten edistäminen	7
2.2	Psykiatrinen hoitotyö kuntoutusosastolla	8
2.3	Painonhallinta ja terveelliset elämäntavat.....	10
2.4	Psykiatrisen potilaan painonhallintaan vaikuttavia tekijöitä.....	14
2.5	Lääkehoito painonhallinnan vaikeuttajana	18
2.6	Potilaan painon hallintaa tukevat käytänteet.....	20
2.7	Aikaisemmat tutkimukset	23
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	25
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	25
4.1	Tutkimuksen kohderyhmä ja aikataulu	25
4.2	Aineiston keruumenetelmä ja analysointi	26
5	TULOKSET	29
5.1	Hoitajien käyttämät toimintatavat potilaiden painonhallinnassa	29
5.2	Potilaiden painonhallintaan liittyvät käytänteet osastoilla.....	30
5.3	Potilaiden painonhallinnan käytänteisiin liittyvät haasteet.....	31
5.4	Painonhallintaan liittyvien käytänteiden kehittäminen	31
6	TUTKIMUKSEN EETTISET NÄKÖKULMAT JA LUOTETTAVUUS.....	32
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	35
7.1	Johtopäätökset.....	36
7.2	Jatkotutkimusaiheet.....	37
7.3	Oman osaamisen kehittyminen	38
	LÄHTEET.....	40
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Fyysinen terveys ja mielenterveys, keho ja mieli, ovat molemmat terveyteen vahvasti liittyviä komponentteja. Mielenterveys on käsitteenä vaikea ymmärtää, mutta tosiasias-
assa se on yhtä helppo käsite kuin terveyskin. Kummastakin on yhtä paljon syytä huolehtia, jotta ihmisen kokonaisvaltainen hyvinvointi ja terveys pysyisi yllä. Samalla kun huolehdimme kehomme hyvinvoinnista, huolehdimme myös mielen hyvinvoinnista. Syömällä terveellisesti, liikkumalla säännöllisesti ja nukkumalla riittävästi vaikuttamme myös mielen hyvinvointiin ja mielenterveyteen. Mielen hyvinvoinnista huolehditaan myös esimerkiksi koulussa tai töissä käymällä, sillä rutiinit arjessa rytmittävät elämää niin, että keho ja mieli voivat hyvin. Keskusteluhetket arjen keskellä perheen ja ystävien kanssa edesauttavat mielen hyvinvointia. Sosiaaliset suhteet elämässä ovat yhtä tärkeä osa mielen hyvinvoinnin ylläpitämisessä kuin esimerkiksi riittävä unen saanti. Vastoinikäymiset elämässä saattavat horjuttaa mielen hyvinvointia, mutta eivät tavallisesti vie ihmisen mielenterveyttä. Mielenterveydestä huolehtimiseen kuuluu myös olennaisesti rentoutuminen. Omaa elämäänsä ei saa, eikä kannata aikatauluttaa liikaa, jotta aikaa jää myös mielipuuhiin sekä rentouttavaan olemiseen ja tekemiseen. (Mielenterveystalon www-sivut 2020.)

Kuten edellä mainittiin, mielenterveys ja fyysinen terveys ovat tärkeitä osia kokonaisvaltaisessa hyvinvoinnissa, ne ovat todistettavasti erottamattomassa yhteydessä. Tämä on asia, joka luo vankan perustan ihmisen hyvinvoinnille ja sitä kautta toimintakyvylle. Mielenterveys on käsitteenä todella laaja, joka sisältää sekä positiivisen mielen-
terveyden että erilaiset mielenterveyden häiriöt ja sairaudet. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2014, 10.)

Mielenterveyspalveluille on säädetty erilaisia asetuksia ja lakeja, jotka määrittelevät sen mitä mielenterveys- ja päihdehoitopalveluiden tulee sisältää. Asetuksia ja lakeja ovat muun muassa; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Mielenterveyslaki 1116/1990. Kansanterveyslaki 66/1972, Erikoissairaanhoidonlaki 1062/1989, Mielen-
terveysasetus 1247/1990. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 81.) Laeista ja asetuksista löytyy lisää tietoa internetistä muun muassa Finlexin sivuilta. Finlex on

oikeusministeriön hallinnoima sivusto, josta pystyy ilmaiseksi lukemaan lakeja ja säädettyjä säädöksiä (Finlexin www-sivut 2020).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kahden psykiatrisen kuntoutusosaston hoitajien kokemuksia potilaiden painonhallintaan käyttämistään toimintatavoista sekä osastojen käytänteistä. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää painonhallintaan liittyviä käytänteitä kahdella psykiatrisella kuntoutusosastolla Satasairaalan Harjavallan yksikössä.

Tutkimus on työelämälähtöinen, sillä teemme yhteistyötä Satasairaalan Harjavallan yksikön kahden psykiatrisen kuntoutusosaston kanssa. Yhteyshenkilöinäme ovat ylihoitajat, sekä osastonhoitajat kuntoutusosastoilta. Tutkittavat kohteet ovat osastojen hoitajat ja heidän kokemuksensa käytänteistä ja toimintatavoista painonhallintaan liittyvissä asioissa. Tutkimme myös heidän omia kehitysideoitaan osastojen käytänteisiin. Tutkimusmenetelmämme on laadullinen. Aineiston hankintamenetelmänä on teemahaastattelu, jossa lomake sisälsi neljä teemaa avoimin kysymyksin. Toimitimme teemakyselylomakkeet henkilökohtaisesti osastoille ja haimme ne myös henkilökohtaisesti vastausajan päätyttyä. Aineiston analyysimenetelmänä käytimme induktiivista analyysiä.

Aihe valikoitui monien aiheiden joukosta oman kiinnostuksen kohteen mukaisesti ja rajautui nykyiseen muotoonsa monien vaiheiden jälkeen. Halusimme psykiatriaan liittyvän opinnäytetyön aiheen, sillä molemmat olemme kiinnostuneita erityisesti psykiatrisesta hoitotyöstä. Ajatuksena on suuntautua psykiatriseen hoitotyöhön tulevaisuudessa.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

2.1 Terveyden edistäminen

Terveys on fyysisen, sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin tila, jota edistetään sekä ehkäisevällä mielenterveys- ja päihdehoitotyöllä että arjen rutiineilla. Hyvinvointiin kuuluvaksi luokitellaan esimerkiksi itsensä toteuttaminen, sosiaaliset suhteet, elinolot ja toimeentulo. Terveyden edistämällä pystytään vaikuttamaan terveyden ja toiminnan taustatekijöihin, joita ovat muun muassa mielenterveys ja päihteiden käyttö. Terveyden edistämässä pyritään keskittymään ihmisen vahvuuksiin ja voimavaroihin, sekä lisäämään suojaavia tekijöitä että tukemaan yksilön ja yhteisöjen vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä oman terveytensä määrittäjänä. (Holmberg 2016, 8.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tehdään terveyttä edistävää työtä, esimerkiksi terveystarkastuksissa, neuvoloissa, päivähoidossa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, työterveyshuollossa, kotihoidossa, terveysneuvontapisteissä, A-klinikoilla ja nuorisoasemilla. Nämä ovat yhteiskunnallisia, poliittisia ja poikkiallisia toimintoja yhteiskunnassa. (Holmberg 2016, 8.)

Omasta kehosta ja mielestä kannattaa jokaisen pitää hyvää huolta jo ennaltaehkäisevästi. Terveellisten elämäntapojen peruspilareita ovat liikunta, oikeanlainen ravinto, riittävä uni ja mielekäs tekeminen. Terveelliset elämäntavat omaksutaan yleensä jo nuorena. Useimmiten kotona saadaan esimerkki ja malli tulevaisuuden terveellisille elämäntavoille. Lapsi oppii esimerkin ja mallin kautta, jota aikuiset ihmiset heille antavat koko lapsuuden ajan. Lapsuuden mallit esimerkiksi oikeanlaisesta ruokavaliosta ja liikuntatottumuksista helpottavat niiden noudattamista läpi elämän. Ravinnossa tärkeintä on, että sitä nautitaan sopivasti, ei liikaa tai liian vähän. Tärkeää on myös se, että ravinnossa olisi tarpeeksi erilaisia ravintoaineita, kuten vitamiineja, hivenaineita, hiilihydraatteja, kuituja ja proteiineja. Kasvikset ja vihannekset ovat tärkeä osa terveellistä lautasmallia ja niitä tulisi käyttää runsaasti. Lautasmallin mukaisesti puolet ateriasta pitäisi koostua niistä. Terveellisiin elämäntapoihin kuuluu olennaisesti myös riittävä nukkuminen ja lepo. Unen tarve on jokaisella ihmisellä yksilöllistä, mutta keskimäärin ihmisen tulisi nukkua noin 8 tuntia vuorokaudessa. Liian vähäinen uni voi

aiheuttaa mielialan ja vireen laskua. Tämän lisäksi liian vähäinen unen määrä tai riittämätön lepo voi aiheuttaa painon nousua, sillä väsyneenä ihminen valitsee lautaselleen helpommin epäterveellisiä ruokia. Riittävä uni ja lepo taas edistää uuden oppimista ja keskittymistä, sekä vahvistaa vastustuskykyä ja sairauksista toipumista. (Nuorten elämä www-sivut 2020.)

Terveellinen ja samalla myös sydänystävällinen ruokavalio, sekä liikunta, tai sen lisääminen, voivat laskea kolesterolia ja kohottaa yleiskuntoa ja mielialaa. Yleisen suosituksen mukainen, 30 minuutin kohtuullinen liikunta viisi kertaa viikossa parantaa hyvän HDL-kolesterolin arvoja. Liikunnan voi suorittaa osissa tai lisätä yleisten kansallisten suositusten mukaisesti sekä aerobista- että lihaskuntoliikuntaa oman kunnon mukaan. Arjen hyötyliikuntaa kannattaa myös hyväksikäyttää tässä tilanteessa ja kannattaakin valita portaat hissien sijaan. Liikunta auttaa pitämään painon kurissa. Samalla ihminen virkistyy, rentoutuu ja stressi vähenee. Kolesterolin hoidossa myös tupakoinnin lopettaminen on tärkeää, sillä tupakointi vähentää hyvän kolesterolin pitoisuutta kehossa. Tupakoinnin lopettaminen parantaa verisuoniston kuntoa ja vähentää välittömästi muita riskitekijöitä, kuten valtimokovettumataudin, sekä sydän- ja aivoinfarktin vaaraa ja parantaa ihmisen hapenottokykyä. (Orionin www-sivut 2020.)

2.2 Psykiatrinen hoitotyö kuntoutusosastolla

Kuntoutuksen tarkoituksena on tukea psykiatristen potilaiden selviytymistä normaaleista arkipäivän rutiineista. Tämän lisäksi kuntoutus tukee mielen hyvinvointia elämän eri vaiheissa tarpeen mukaan. Kuntoutuksen tavoitteena on edesauttaa mielenterveyskuntoutujaa selviytymään omassa elämässään ja sen hallinnassa. (Mielenterveystalon www-sivut 2019.)

Mielenterveys- ja päihdehoitotyö perustuu asiakkaan/potilaan ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden ja elämän kunnioittamiseen. Ihminen on arvokas riippumatta terveydentilasta, fyysisestä tai psyykkisestä terveydestä tai oireiden kirjosta huolimatta. Hoitotyöntekijä on vastuussa työstään asiakkaalle/potilaalle ja heidän läheisilleen. Hänen tulee myös edistää asiakkaan/potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa ja päätöksenteossa. (Holmberg 2016, 55.)

Psykiatrinen hoitotyö on kiteytettynä psykiatrisen potilaan sisäisen kasvun tukemista terapeuttisessa ja vastavuoroisessa vuorovaikutussuhteessa. Psykiatrinen hoitotyö on myös sosiaalisten ja yhteistyötaitojen tukemista ja äärimmillään niiden opettamista potilaille. Hoitajan olisi hyvä käyttää omaa persoonallisuuttaan työvälineenä, jotta hoitosuhde olisi mahdollisimman vastavuoroinen. Sekä neuvojen antaminen ja opettaminen että huolenpitäminen siitä, että hoitoyhteisö on terapeuttinen, kuuluu olennaisesti psykiatriseen hoitotyöhön. Hoitotyön perustukipilareita ovat hoitosuhdetyöskentely ja hoidollinen asenne potilaita kohtaan. Psykiatrinen hoitotyö sisältää myös lääketieteen, psykologiaan ja sosiaalitieteisiin perustuvaa toimintaa ja havainnointia. Psykiatrinen hoitotyö on parhaimmillaan kokonaisvaltaista ihmisen hoitoa ja huolenpitoa. (Kekkonen, Pöppönen & Sainola-Rodriguez 2007,13.)

Mielenterveyspalvelujen järjestäminen on kuntien vastuulla. Yleensä mielenterveyspalveluita tarvitaan, kun mielenterveys on jostain syystä järkkynyt ja toimintakyky heikentynyt sairauden tai tilapäisen elämäkriisin takia. (Mielenterveystalon www-sivut 2019.)

Usein ihmisillä, jotka eivät tunne psykiatrian osa-aluetta, on ennakkoluuloja, tai jopa pelkoja psykiatrisia sairaaloita ja niiden osastoja kohtaan. Usein niiden kuvitellaan olevan pelottavia ja ahdistavia paikkoja. Ihmisiä, jotka päätyvät psykiatriseen sairaalahoitoon pidetään usein sairaina, harhaluuloisina ja pelottavina henkilöinä. Toisessa ääripäässä ja mielikuvissa psykiatrinen sairaala on paikka, jonne uupunut tai jopa loppuun palanut henkilö pääsee hengähtämään ja lepäämään arjen pyöryksestä. Todellisuudessa psykiatriset osastot ovat usein hyvinkin rauhallisia paikkoja. Akuuteilla osastoilla saatetaan nähdä useammin levottomuuksia ja suljetut osastot taas ovat rauhallisempia ja turvallisempia paikkoja sekä potilaille että heidän läheisilleen. Mielenterveyskuntoutuksen ja hoitosuhteen pääpaino on nykyään avohoidossa, jossa potilas voi asua kotonaan ja käydä sieltä käsin avohoidon yksiköissä hoitosuhteen mukaisissa tapaamisissa. Tarpeen vaatiessa mielenterveyden häiriöistä kärsivällä on mahdollisuus kuitenkin myös päästä sairaalajaksolle. Vaikka potilas sairaalajaksollaan joutuisi suljetulle osastolle, joissa ovet pysyvät lukittuina, niin hänen on kuitenkin mahdollista päästä ulkoilemaan tai ostoksille sairaalan sisällä sijaitsevaan kanttiiniin. Suljetuilla osastoilla hoidetaan sekä vapaaehtoisesti että tahdosta riippumattomaan hoitoon tulleita potilaita. Tavoitteena on sairauden akuuttien ja elämää haittaavien oireiden

poisto, ja ajankohtaisen elämäntilanteen saaminen tasapainoon, jonka jälkeen potilas voisi mahdollisimman nopeasti kotiutua ja siirtyä avohoidon puolelle hoitosuhteeseen. (Mielenterveystalon www-sivut 2019.)

Osastohoidon kesto riippuu täysin potilaan voinnista ja terveydentilasta, oirekuvasta ja sen muutoksista sekä kyvystä huolehtia omista arjen rutiineistaan. Monissa paikoissa on mahdollista olla intervallijaksoilla, joiden kesto vaihtelee yleensä yhden ja kolmen viikon välillä. On myös osastoja, joissa on mahdollista olla pidempään. Nämä osastot ovat kuntoutusosastoja. Kuntoutusosastot vastaavat nimensä mukaisesti pidempiaikaisesta kuntouttavasta ja toimintakykyä palauttavasta hoidosta. Hoito koostuu muun muassa omahoitajan ja omalääkärin kanssa käydyistä keskusteluista, perhetapaamisista ja lääkehoidosta. Hoitoa toteutetaan moniammatillisesti ja hoitoon sekä suunnitteluun osallistuvat myös psykologi, toimintaterapeutti, fysioterapeutti ja sosiaalihoitaja. Potilaalla on mahdollisuus voinnin mukaan osallistua toiminnallisiin sekä/tai terapeuttisiin ryhmiin. Osallistuminen on potilaalle vapaaehtoista. Myös perhetapaamiset ovat potilaalle ja läheisille vapaaehtoisia. Hoidossa oleva potilas voi kieltää tapaamiset näin halutessaan, vaikka tapaamisiin kannustetaan ja toivotaan, että niitä pidettäisiin. Tapaamisten on havaittu nopeuttavan toipumista ja parantavan läheisten ymmärrystä potilaan tilanteesta. (Mielenterveystalon www-sivut 2019.)

2.3 Painonhallinta ja terveelliset elämäntavat

Terveydellä on paljon laajempi merkitys kuin sairauden tai siihen kuuluvan vaivan taikka oireen puute. Terveys on fyysisen, sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin kokonaisvaltainen tila. Se on ihmisen voimavara, jonka avulla muiden hyvinvoinnin osatekijöiden kuuluisi toteutua. Terveys luokitellaan inhimillisyyden perusarvoksi, jolla on myös välttämätön arvo taloudelliselle ja sosiaaliselle kehitykselle. Terveys on myös ihmisen oma kokemus terveydestään. Koetulla terveydellä voidaan ennustaa ihmisen toimintakykyä, terveystalvelujen käyttöastetta, sekä väestön kuolleisuutta. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2020.)

Säännöllisellä liikunnalla, monipuolisella ravinnolla sekä laadukkaalla ja riittäväällä unella on vaikutus väestön terveyteen ja hyvinvointiin. Hyvillä ja terveellisillä

elintavoilla on suuri merkitys sairauksien ennaltaehkäisyssä, niiden hoidossa ja myös mahdollisessa kuntoutuksessa. (Jussila 2018, 4.)

Jokaisen omilla elintavoilla on suuri merkitys ihmisen hyvinvointiin, sekä psyykkiseen että fyysiseen. Mielenterveyden ongelmista kärsivien kohdalla niiden vaikutus omaan hyvinvointiin on vielä suurempi. Psykkisesti sairastuneiden elintavoilla, liikunnan osuudella ja ruokavaliolla, unella ja levolla, sekä päihteettömyydellä on suurempi merkitys hyvinvointiin, kuin valtaväestön tasolla asiaa katsottuna. Erityisesti asia vaikuttaa mielenterveyden häiriöistä kärsivien oireiden vakavuuteen ja niiden kirjoon. Terveelliset elämäntavat tukevat jokaisen ihmisen, sekä valtaväestön että psyykkisesti sairastuneiden, stressin- ja elämäntavojen kykyjä. (Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2018.)

Painonhallinta voi tarkoittaa joko painon pitämistä samalla tasolla tai tarpeen vaatiessa pientä painon pudotusta terveyttä edistävällä tavalla. Painonhallinta tarkoittaa myös pitkäjänteistä pyrkimystä pitää paino sellaisella tasolla, että elimistö toimii mahdollisimman normaalisti. (Diabetesliiton www-sivut 2019.)

Painonhallinta ehkäisee ylipainon syntymistä ja lihavuuteen liittyvien sairauksien puhkeamista ja niiden etenemistä. Ylipainoa voidaan ehkäistä monipuolisella ja terveellisellä ruokavaliolla, kohtuullisella annoskoolla, säännöllisellä ateriaritmillä sekä säännöllisellä liikunnalla ja riittävällä unen määrällä. Tämä tarkoittaa siis, että painonhallintaa pystyy pitämään yllä kokonaisvaltaisella hyvinvointia ylläpitävällä elämäntavalla. (Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2018.)

Psykkisesti sairastuneilla mielenterveyden potilailla on todettu olevan enemmän niitä sairauksia, jotka aiheutuvat epäterveellisistä elintavoista. Muun muassa skitsofrenioiden elinajanodote on 15-20 vuotta vähemmän, mitä ei skitsofreniaa sairastavilla. Elintavoilla on suuri merkitys jokaisen ihmisen ylipainoon. Mielenterveyden häiriöistä kärsivien ihmisten lääkitys on myös usein painonnousua edistävä tekijä, huonojen elintapojen lisäksi. Lääkityksen ohella mielenterveyden häiriöistä kärsivillä on valtaväestöön verrattuna useammin yksipuolinen ruokavalio, joka aiheuttaa ylipainoa osaltaan. Ravintoaineita ja vitamiineja ei ruokavaliosta useinkaan saada riittävästi, ja se on todella usein liian yksipuolinen. Lautasmallin noudattaminen sekä mielenterveyden

potilaille että valtaväestöllä edesauttaa ja helpottaa terveellisiä ruokailutottumuksia. Lautasmallin on tarkoitus olla esimerkkiannos jokaiselle ihmiselle. Tätä esimerkkiä ja mallia noudattamalla useimmiten myös saadaan riittävästi erilaisia ravintoaineita ruuasta. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2018.)

Usein sairaalassa tarjottava ruoka on potilaille huomattavasti monipuolisempi kuin mitä he kotona ovat tottuneet syömään, sillä se on koostettu lautasmallin ja valtakunnallisten ravitsemussuositusten mukaisesti. Lautasmallin mukainen aterian koostaminen on suositus koko väestölle Suomessa ja siitä on hyötyä kaikille kokonaisvaltaista terveyttä ajatellen. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2018.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivuilla (2018) saa ohjeistusta painonhallintaan ja terveellisiin elämäntapoihin. Terveellisiin elämäntapoihin ja painonhallintaan auttavat komponentit ovat: terveellinen ruokavalio, kohtuullinen annoskoko, säännöllinen ateriarytmi ja hyvät liikuntatottumukset. Kaikki terveellisen elämäntavan komponentit auttavat pitämään verensokerin tasaisena. Kun verensokerin saa pysymään tasaisena, se myös vähentää hallitsematonta ja kohtuutonta syömistä. Tasainen verensokeri sekä säännöllinen kuntoliikunta ja pari kertaa viikossa suoritettu lihaskuntoharjoittelu kohentavat terveydentilaa merkittävästi ja painoa pystyy hallitsemaan paremmin. Nämä kaikki auttavat ehkäisemään ja/tai vähentämään jo tulleiden sairauksien oireita ja niiden vakavuutta. Epäterveellisillä elämäntavoilla ja ylipainolla on kuormittava vaikutus ainakin tuki- ja liikuntaelimistöön, ja se rasittaa insuliini- ja muita aineenvaihduntaa. Epäterveelliset elämäntavat siis vaikuttavat sekä psyykkiseen että fyysiseen hyvinvointiin.

Suurin merkitys painonhallinnassa ja ylipainon vähentämisessä on ruokavalion muuttaminen. Parempia valintoja ruokavalion koostamiseen ovat täysjyväviljat, vähärasvaiset maitotuotteet, kasvikset ja marjat, hedelmät ja hyvää & pehmeää rasvaa sisältävät tuotteet. Näitä tuotteita voi ruokavalioonsa saada lisättyä enemmän kun noudattaa lautasmallia ja ruokakolmiota. Ruokailutottumuksien lisäksi, jos pystyy lisäämään liikuntaa päiväänsä, on painonpudotus hallitumpaa ja psyykkistä hyvinvointia lisäävää. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2018.)



Kuva 1. Ravitsemussuositusten mukainen lautasmalli (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2019).



Kuva 2. Ravitsemussuositusten ruokakolmio (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2019).

2.4 Psykiatrisen potilaan painonhallintaan vaikuttavia tekijöitä

Psykiatrisessa hoitotyössä ensimmäinen tehtävä on tehdä ensimmäiseksi kliininen haastattelu kasvokkain potilaan kanssa, joka on jostain syystä hakeutunut avun piiriin. Haastattelussa on tarkoituksena ymmärtää se perimmäinen syy, jonka vuoksi potilas on hakeutunut psykiatriseen hoitoon. Esitietoja kerätään muun muassa haastattelujen avulla potilaalta itseltään, hänen lähipiiriltään ja muilta viranomaisilta. Tietoja täydennetään vielä erilaisilla testeillä ja laboratoriokokeilla. Näiden esitietojen ja tulosten perusteella tehdään potilaalle henkilökohtainen hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelman pitää sisältää keskeiset tavoitteet potilaan hoidossa sekä tarvittavat toimenpiteet asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Tavoitteet on aikataulutettu, jotta potilaan tilaa ja sairautta pystytään myös sen myötä hieman ennakoimaan. Psykiatrisen potilaan hoitotyö toteutetaan useimmiten moniammatillisena yhteistyönä. Työryhmään kuuluu muun muassa psykiatri, sairaanhoitaja ja terapeutti. Hoitosuunnitelmassa on tärkeä olla asiat ammatillisessa tärkeysjärjestyksessä, jossa akuuteinta vaivaa tai oiretta hoidetaan ensin. Erityisen tärkeää moniammatillisen työryhmän keskuudessa on huomioida ja arvioida potilaan riski elämää uhkaaviin tekijöihin, eli itsemurhaan ja/tai väkivaltaan, sekä puuttua siihen tarpeen vaatiessa. Näiden lisäksi pitää arvioida elimelliset riskit, eli sairaudet ja niiden oirekirjot ja ulkoiset vaaratekijät, eli muun muassa potilaan elinolot yksityiselämässä. Hoitosuunnitelmassa pitää näkyä potilaan vastuuhenkilö, ja se toteutuvatko hoitosuunnitelmassa esitetyt hoitotavoitteet. (Lönnqvist 2019, 002.001 & 002.005.)

Psykiatrisen potilaan painonhallintaan ja ylipainoriskiin vaikuttavat sekä epäsuotuisat ja epäterveelliset elämäntavat, heidän fyysinen terveydentilansa ja jo esiin tulleet fyysiset sairaudet. Tämän lisäksi mielenterveyden häiriöissä käytössä olevat antipsykoottiset lääkkeet vaikuttavat psykiatrisen hoidon piirissä olevien henkilöiden painonnousuun ja painonhallintaan. Painonnousu on jo pitkään tiedossa ollut haittavaikutus antipsykoottien käytön aikana. (Heiskanen & Ruusunen 2016.)

Psykykenlääkkeiden lisäksi painonhallintaan vaikuttavia tekijöitä ovat virheelliset ja yleisistä suosituksista (jotka olemme maininneet aiemmin tutkimuksessamme) poikkeavat liikunta- ja elintottumukset. Virheellisistä liikunta- ja elintavoista aiheutuvia, terveydelle haitallisia elimellisiä mekanismeja on esimerkiksi perusaineenvaihdunnan

hidastuminen. Tämän lisäksi ne vaikuttavat sedaatioon ja neurologisiin haittaoireisiin kuuluvaan liikunnan ja energiankulutuksen vähenemiseen, sekä leptiinin (rasvasolujen tuottama hormoni) määrän lisääntymiseen. (Koponen & Lappalainen 2015, 578.) (Liite 1) Leptiini on siis peptidihormoni, joka vaikuttaa muun muassa energia-aineenvaihdunnan säätelyyn ja kehon ravinnon ottoon. Painonhallinnan kanssa kamppailevilla henkilöillä on tällöin leptiini-arvot koholla ja normaalipainoisilla taas normaalien viitearvojen sisällä. (Huslabin www-sivut 2020.) Leptiini-resistenssi kehittyy myös monesti vääränlaisista elintavoista. Leptiiniresistenssi tarkoittaa tilannetta, jossa ihmisen aivot eivät tunne leptiinihormonin viestejä kehossa. Kun viestejä ei tunnusteta, ihmisen on vaikeampi hahmottaa kylläisyyden tunnetta ja tämä taas johtaa ihmisen ylen-syöntiin. Muita painonhallintaa vaikuttavia tekijöitä on hyperprolaktinemia (prolaktiinin liikatuotanto), nesteretentio (sydän- tai munuaisongelmista johtuva nesteen kertyminen elimistöön) ja muutokset kudosten insuliiniherkkyydessä. (Koponen & Lappalainen 2015, 578. Liite1)

Metabolinen oireyhtymä, eli MBO on yksi tekijä, joka lisää sydän- ja verisuonisairauksien sekä kakkostyypin diabeteksen riskiä eritoten skitsofreniaa ja masennusta sairastavilla potilailla. (Heiskanen 2015, 2. Liite 1.) Metaboliseen oireyhtymään kuuluvat vaaratekijöiden kasauma, joita ovat vyötärölihavuus, dyslipidemia eli rasva-aineenvaihdunnan häiriö, koholla oleva verenpaine ja verensokeri (Heiskanen 2015, VII, Liite 1).

Painonnousun riski liittyy niin uudempiin, eli epätyypillisiin psykoosilääkkeisiin, kuin perinteisiin psykoosilääkkeisiin. Painonnousulla on usein haitallisia vaikutuksia jokaiselle ihmiselle, mutta eritoten se vaikuttaa psykiatrisen potilaan hoitoon sitoutumisessa. Psykiatrisen potilaan huono hoitoon sitoutuminen vaikuttaa psyykkisen sairauden oireisiin, sen kulkuun ja ennusteeseen. Psykiatrisista potilaista suuri osa ajattelee, että painonousu on suurin haittavaikutus, joka vaikuttaa heidän elämäänsä ja sen laatuun. Painonnousu potilailla aiheuttaa myös muita kardiometabolisia riskitekijöitä kuten metabolisen oireyhtymän riskiä, sekä tyypin 2-diabetekseen sairastumisen riskiä. Jos ihminen käyttää useampaa psykoosilääkevalmistetta samaan aikaan, niin luonnollisesti riski muun muassa metaboliselle oireyhtymälle kasvaa entisestään. Painonnousu alkaa heti lääkityksen alkuvaiheessa ja jatkuu usein pitkään. Näistä riskitekijöistä on tehty tutkimuksia ja niissä on selvinnyt eri lääkeainevalmisteiden riskit painonnousulle

ja kardiometabolisille riskitekijöille. Lumekontrolloidussa meta-analyysissä, eli tutkimuksessa, jossa samaa aihetta käsitteleviä aikaisempia tutkimuksia on yhdistetty, ensipsykoosipotilaiden painonnousu oli keskimääräisesti 3,2 kg ensimmäisten kolmen kuukauden aikana. Pidemmän seuranta-ajan aikana paino nousi keskimääräisesti 5,3 kg. Painonnousua aiheutti eniten klotsapiini ja olantsapiini. Klotsapiinin ja olantsapiinin vaikutuksen painonnousuun näkee myös liitteestä 1. 15-72% skitsofreniaa sairastavilla on todettu painonnousua psykoosilääkehoitonsa aikana. Lihavuutta on todettu 16-74% skitsofreniapotilaista eri tutkimuksien mukaan. Lihavuutta ilmentyy vähintään kolminkertaisesti psykoosilääkkeitä käyttävillä, verrattuna yleisväestöön. Tutkimustietoa monen eri psykoosilääkkeen samanaikaisesta käytöstä ei ole vielä juuri ollenkaan. Lääkkeiden samanaikaisen käytön lisäksi myös kardiometabolisten riskitekijöiden estosta on hyvin vähän tutkimustietoa psykoosilääkkeiden käyttäjien osalta. Näissä tilanteissa haittavaikutusten ilmaantumista ja niiden seuranta, sekä tutkimusta on lisättävä, jotta saataisiin luotettavaa tietoa kyseisten asioiden osalta. (Heiskanen & Ruusunen 2016., Terveyskirjaston www-sivut 2020.)

Eniten metabolista oireyhtymää psykoosilääkkeistä aiheutti klotsapiini, olantsapiini ja klooripromatsiini. Pienimmät riskit olivat aripipratsolilla ja tsiprasidonilla. Psykoosilääkkeiden vaikutukset potilaiden rasva-aineenvaihdunnan häiriöiden riskeihin on yksilöllisiä. Rasva-aineenvaihdunnan, eli dyslipidemian riski on suurin klotsapiinin ja olantsapiinin käyttäjillä. Pienin riski taas on aripipratsolin ja tsiprasidonin käyttäjillä. Psykoosilääkkeiden vaikutukset potilaiden sokeriaineenvaihdunnan riskeihin on myös yksilölliset ja vaihtelee lääkeaineittain. Taulukossa (Liite 2) on eritelty kaikki psykoosilääkkeet ja niiden vaikutukset painonnousuun ja glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden todennäköisyyksiin. Myös kohonnutta verenpainetta on todettu psykoosilääkkeiden käyttäjillä enemmän, kuin mitä lääkkeitä käyttämättömillä henkilöillä. (Heiskanen & Ruusunen 2016.)

Psykoosilääkitystä käyttävien potilaiden painonhallintaan tulee heti lääkityksen alettua ottaa kantaa silloisten hoitosuosituksen mukaisesti. Hoidon alussa potilasta haastatellaan ja häneltä tulee kysyä suvussa kulkevat rasitteet sydän- ja verisuonisairauksiin ja elintavat, sekä paino sisältäen painoindeksin ja vyötärön ympäryksen. Näiden lisäksi mitataan verenpaine, kolesteroli- ja verensokeriarvot ja EKG. Nämä kaikki esitiedot ja tiedot tulee kirjata tarkasti potilastietoihin, jotta painonhallinnan kontrollointia

saadaan järjestetyksi luotettavalla ja helposti seurattavalla tavalla. Kontrollointia tulee suorittaa ohjeistusten mukaisesti 2-3 kuukauden kohdalla ja vuoden kohdalla lääkeshoidon aloituksen jälkeen. Tämän jälkeen kontrollikäyntejä tulee suorittaa joka vuosi tai tarpeen mukaan. Hoitosuositusten mukaan painoa olisi hyvä kontrolloida useammin. Ensimmäisten viikkojen aikana olisi hyvä suorittaa painon mittauksia joka viikko ja sen jälkeen vähintään neljännesvuosittain. Liikuntaan ja terveelliseen ruokavalioon on tarjottava ohjeistusta ja ohjausta, jotta painonnousua ei tapahtuisi holtittomasti tai potilas pystyisi painonsa hallinnassa. Potilaalle tulee tarjota myös tukea tupakoinnin vähentämiseen ja mahdollisuuksien mukaan lopulta lopettamiseen. Psykoosilääkkeiden riskeihin kuuluviin sokeriaineenvaihdunnan häiriöihin, dyslipidemian ja painonnousun suhteen on reagoitava aina kunkin osa-alueen hoitosuositusten mukaisesti. (Heiskanen & Ruusunen 2016.)

Elämäntapainterventioita, joilla pyritään vaikuttamaan psykoosipotilaiden kokonaisvaltaiseen terveydentilaan, on tehty hyvin vähän kohdennettuna juuri kyseiselle potilasryhmälle. Kohderyhmänä näille elämäntapainterventioille on yleensä ollut psykoosipotilaat, jotka sairastavat psykoosin ensimmäistä kertaa. Interventioiden kesto on vaihdellut kolmen ja kahdentoista kuukauden välillä. Keston suurehkon vaihtelun lisäksi myös niiden sisältö on vaihdellut. Interventioissa on ollut tapana yhdistää liikunta- ja ravitsemusinterventiot, ja kahteen edellä mainittuun interventioon on taas yhdistelty paljon erilaisia psykologisia interventioita. Näistä esimerkkeinä mainittakoon motivoiva haastattelu ja/tai kognitiivis- behavioraalinen terapia. Viimeisimpänä mainittu kognitiivis- behavioraalinen terapia tarkoittaa terapiaa, jossa voidaan tutkia potilaan mielen toimintamalleja ja näistä johtuvien toimintatapojen merkitystä potilaan hyvinvointiin. Juuri näillä edellä mainituilla interventioilla on todistetusti ollut vaikutus ensipsykoosipotilaan painonnousun riskiin ennaltaehkäisevässä mielessä. Suotuisa vaikutus on myös huomattu koskien potilaiden vyötärönympärystä, veren-sokeri- ja triglyseridi- ja insuliinitasoja. Elämäntapainterventioiden vaikutusta ei ole huomattu potilaiden verenpainetta tai kolesterolia mitattaessa. Interventioiden on todettu olevan tehokkaampia yksilömuotoisina, kuin mitä ne ovat olleet ryhmämuotoisina järjestettäessä. Pois voidaan lukea painonhallinnan interventiot, jossa molemmat yhdistettyinä toimivat parhaiten. (Heiskanen & Ruusunen 2016., Käypä hoito- suositusten [www-sivut](http://www.sivut) 2020.)

Mielenterveyden häiriöitä sairastavien potilaiden, varsinkin vaikeita muotoja sairastavien kardiometabolista tilaa tulee arvioida hoidon alussa tiiviimmin, kuten aiemmin jo totesimme. Alun tiiviimmän seurannan jälkeen tilaa tulisi seurata vähintään vuosittain, sillä lääkitys aiheuttaa suuren riskin kardiometabolisille ongelmille. Vähintään yhtä tärkeää on kertoa potilaille rehellisesti ja oikealla tavalla hyödyistä, joita psykoosilääkityksen kautta haetaan, sekä lääkkeen mahdollisista, ja odotettavista metabolisista haitoista ja muista haittavaikutuksista. Potilaita kannattaa myös tältä osin kannustaa lääkehoidon sopivuuden seurantaan, esimerkiksi oman painon ja verenpaineen tarkkailuun. Tämä lisää lääkehoitoon liittyvää yhteistyötä ja tukee potilasta lääkehoitoon sitoutumisessa. Lääkehoitoon sitoutuminen on potilaan toipumisen kannalta erittäin tärkeää ja jos potilaalle ollaan alusta asti lääkityksen suhteen rehellisiä, niin potilas todennäköisesti sitoutuu hoitoonsa huomattavasti paremmin. Aiheesta tehtyjen tutkimusten mukaan ei ole täysin mahdotonta ennaltaehkäistä painonnousua ja metabolisten riskien ilmaantumista potilailla, joilla on käytössä psykoosilääkitys. Ennaltaehkäisevä työ tarvitsee hyvin toimivaa yhteistyötä psykiatrian erikoisosaamisen ja perusterveydenhuollon välillä. Tämän lisäksi se vaatii jokaiselta osapuolelta suurta tahtotilaa ennaltaehkäistä elämänlaatuun vaikuttaviin haittavaikutuksiin. Skitsofreniapotilaiden haasteet huomioiva elämäntapainterventio moniammatillisesti järjestettynä, säännölliset seurannat koskien kardiometabolisia riskitekijöitä jo sairastumisen alkumetreiltä lähtien voivat tukea potilasta noudattamaan terveellisiä, suositusten mukaisia elämäntapoja paremmin. Nämä kaikki myös voivat ennaltaehkäistä sydän- ja verisuonisairauksiin liittyviä tapahtumia. (Heiskanen & Ruusunen 2016.)

2.5 Lääkehoito painonhallinnan vaikeuttajana

Jokaisella lääkkeellä, kuten myös psykoosilääkkeellä on, omat haittavaikutuksensa ja ne vaikuttavat potilaisiin aina yksilöllisesti. Toiselle painonnousua aiheuttava lääke voi aiheuttaa toiselle esimerkiksi sydämentykytyksiä. Voi kestää pitkäänkin ennen kuin potilaalle löydetään juuri hänelle sopiva lääkevalmiste, jossa on enemmän hyötyjä, kuin haittoja. Lääkevalmisteen vaihtamisella voidaan vähentää painonnousua tai metabolisten riskitekijöiden ilmaantumista, jotka johtuvat nimenomaan lääkityksestä. Näiden riskien ilmaantumista pyritään hillitsemään elämäntapainterventioilla ja elämäntapamuutoksilla, mutta jos nämä keinot eivät riitä, niin silloin lääkitystä

muutetaan. Jos edellä mainitut keinot, elämäntapainterventiot, elämäntapamuutokset tai lääkityksen muutokset, eivät ole riittäneet hillitsemään painonnousua tai metaboliisia haittavaikutuksia, voidaan psykoosilääkettä käyttävälle aloittaa metformiini. Enimmillään 24 viikkoa kestäneillä seurantajaksoilla metformiinilääkitys on meta-analyysien mukaan edistänyt painonlaskua noin 3,2 kiloa. Aiemmista tutkimuksista, joista meta-analyysi tehtiin, kävi ilmi, että 90% seurantajaksoista oli tehty klotsapiini- ja olantsapiinilääkityksen aikana. (Heiskanen & Ruusunen 2016.)

Metformiinia, joka yleisesti tiedetään diabetekseen käytettäväksi lääkkeeksi, voidaan käyttää myös ilman diabetes- diagnoosiakin. Tällöin kyseessä on psykoosipotilaat, jotka eivät ole lääkkeettömästi pystyneet muuttamaan ruokailutottumuksiaan tai elämäntapojaan toivotunlaisesti. Pitkäaikaisnäyttöä metformiinin käytöstä tällaisissa tapauksissa ei ole ja sen vaikutus painonmuutoksiin on pieni. Ylipaino ei ole metformiinin pääasiallinen käyttöindikaatio ja siksi sen käyttö psykoosipotilaille on osattava perustella tarkoin. (Koponen & Lappalainen 2015, 578. Liite 1)

Lääkehoito on vain osa mielenterveys- ja päihdehoitotyön asiakkaan kokonaisuhoitoa, mutta sen vaikutus hoidon onnistumiseen on kuitenkin tärkeä. Onnistuakseen lääkehoito tarvitsee kuitenkin rinnalleen myös muitakin hoitomuotoja, kuten terapiaa, jota on tarjolla monessa eri muodossa. Tehokkain psykiatrinen hoitomuoto on kun lääkehoito yhdistetään psykososiaaliseen tukeen. (Innamaa ym. 2014, 270.)

Lääkehoitoa voidaan mielenterveys- ja päihdehoitotyön puolella käyttää yhtä monipuolisesti, kuin muuallakin lääketieteessä. Vaihtoehtoina on muun muassa tablettilääkitys suun kautta tai injektio lihaksensisäisesti. Injektio voi olla joko lyhytvaikutteinen tai pitkävaikutteinen. Per os. käytettävän lääkityksen huono puoli on sen hukkaan menevä osa, esimerkiksi ruuansulatuskanavan kautta imeytymätön osa. Injektion vaikutusaika taas on usein nopea ja hukkaosuus on huomattavasti pienempi. Psykykenlääke voidaan tarpeen mukaan antaa myös infuusiona laskimoon, jos tavoitteena on erityisen nopea lääkeaineen imeytyminen elimistöön. (Innamaa ym. 2014, 272.)

Lääkehoidon vaikuttavuuteen, tehokkuuteen ja lääkevasteeseen vaikuttaa moni asia jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti. Esimerkiksi potilaan somaattinen terveydentila, ikä ja paino, ja asenteet hoitosuhdetta ja hoitomuotoja kohtaan, lääkehoitoon

sitoutuminen ja yhteistyö hoitavan tahon kanssa. Hyödyt ja haitat ovat jokaisella potilaalla yksilökohtaisia. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 301.)

Eri lääkkeiden välillä on suuria eroja haittavaikutusten ilmaantumisessa, ja ne voivat ilmetä myös jokaisen potilaan kohdalla eri tavalla. Viimeisen kymmenen vuoden aikana on markkinoille tullut niin kutsuttuja uusia psykoosilääkkeitä, jotka ovat antaneet uusia vaihtoehtoja potilaille. Mahdollisuuksia on tullut muun muassa potilaille, joilla on painonhallinnan ongelmia tai kardiometabolisia riskitekijöitä. Alla olevasta taulukosta näkee eri lääkkeiden haittavaikutuksia ja lääkkeiden eroja haittavaikutusten osalta. (Koponen, Lappalainen & Leinonen 2016, 1119. Liite 1)

Taulukko 1. Uusimmat psykoosilääkkeet – uutuuksia vai vanhan toistoa? (Koponen, Lappalainen & Leinonen 2016, 1120. Liite 1)

Lääkeaine	Teho oireisiin	Lääkehoidon keskeytyminen	Painon lisääntyminen	Ekstrapyramidaali-oireet	Prolaktiini-pitoisuuden suureneminen	QT-ajan piteneminen	Sedaatio
Klotsapiini	1	3	12	1	NA	NA	13
Amisulpridi	2	1	5	6	NA	10	1
Olantsapiini	3	2	13	3	4	6	9
Risperidoni	4	5	8	10	10	7	6
Paliperidoni	5	4	7	9	11	3	2
Haloperidoli	6	13	1	13	9	4	7
Ketiapiini	7	7	9	4	2	5	10
Aripipratsoli	8	6	4	5	1	2	4
Sertindoli	9	12	10	2	8	11	3
Tsiprasidoni	10	10	2	7	6	9	11
Klooripromatsiini	11	8	11	12	5	NA	12
Asenapiini	12	9	6	8	3	8	8
Lurasidoni	13	11	3	11	7	1	5

1 = tehokkain tai vähiten kyseistä haittaoiretta, NA = ei arvioitavissa

2.6 Potilaan painon hallintaa tukevat käytänteet

Puheeksi ottaminen on prosessi/tapa/työmenetelmä, jossa askarruttava asia, eli huoli, otetaan esille/puheeksi toista loukkaamatta ja toista kunnioittavalla tavalla. Tämä on tärkeää, jotta suhteet (esimerkiksi hoitosuhde) eivät vahingoittuisi. Työmenetelmässä otetaan esiin oma huoli ja pyydetään apua sen huojentamiseen. Huoli kannattaa ottaa puheeksi mahdollisimman varhain, jotta ennaltaehkäisevä työ pystytään myös

aloittamaan mahdollisimman varhain. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2019.)

Erityisesti painoon liittyvien asioiden puheeksi ottaminen koetaan haastavana, niin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön, kuin potilaidenkin mielestä. Hyvää tarkoittava keskustelunavaus saattaa aiheuttaa potilaassa kielteisiä, jopa vihaisia tunteita ja torjuvan tai loukkaantuneen reaktion ja tulkinnan, jossa potilasta syyllistetään. Potilaalle paino, lihavuus tai hoikkuus, on syvästi henkilökohtainen asia. Paino ja sen muutokset liittyvät vahvasti potilaan koko muuhunkin elämään, eikä se silloin ole eristettävissä vain koskemaan terveystalolta potilaalla. Kehon paino ja ruumiinrakenne on yhteydessä suoraan kehonkuvaan, minäkuvaan ja itsearvostukseen, psyykkiseen hyvinvointiin ja sosiaaliseen ja taloudelliseen asemaan. Myös syrjinnän ja leimaamisen kokemukset painon ja ruumiin rakenteen osalta ovat yleisiä nyky-yhteiskunnassa. (Käypä hoito suositusten www-sivut 2020.)

Puheeksi ottamisen lisäksi potilaan painonhallintaan liittyviin käytänteisiin kuuluu motivoiva haastattelu. Motivoivan haastattelun peruselementtejä ovat hyvän yhteistyösuhteen luominen hoitavan tahon ja potilaan välillä, potilaan arvon ja autonomian, itsemääräämisoikeuden säilyttämisen hyväksyminen, myötätuntoisuus ja muutostivaation herättäminen potilaassa. Motivoiva haastattelu on tunnetuin ja tutkituin potilaslähtöisen kommunikoinnin tapa. (Käypä hoito suositusten www-sivut 2020.)

Haastattelun ensimmäisenä vaiheena on hyvähenkisen keskustelun ja yhteyden luominen potilaaseen. Kun otetaan potilaalle niin henkilökohtainen asia kuin paino puheeksi, niin erityisen tärkeää on oikea ajoitus. Oikealla ajalla tarkoitetaan sitä, kun potilas kokee, että ammattilainen on niin sanotusti hänen puolellaan ja pystyy luottamaan ammattilaiseen. Tämän jälkeen yhteistyöhenkinen ja rakentava keskusteleminen painosta on mahdollista. Painon puheeksi ottamisen ja painonhallinnasta keskustelemisen haastavuus tulee usein siitä, että potilaan henkilökohtainen näkökulma omaan lihavuuteen ja ammattilaisen terveystalokulma eivät kohtaa toisiaan. Keskusteleminen helpottuu, kun terveydenhuollon ammattilainen toimii potilaslähtöisesti, pyrkien kuulemaan ja ymmärtämään kunkin potilaan yksilöllistä kokemusta. Kommunikointitekniikoiden hallitsemista tärkeämpää on keskustella niin, että kuuntelee ja kyselee enemmän, kuin informoi ja neuvoo. Potilaslähtöisyys on yksilöllisen hoidon edellytys.

Lisäksi potilas motivoituu omista sanoistaan, eikä ammattilaisten neuvoista. Hyvällä keskustelutekniikalla saadaan potilas motivoitua itse tekemään tarvittavat muutokset painonhallinnan tueksi. (Käypä hoito suositusten www-sivut 2020.)

Elintapahoito on hoitomuoto lihavuuteen, jossa potilaalle annetaan useita ohjauskerroja hänen painonhallintansa kannalta keskeisiin elintapoihin liittyvissä asioissa, joko ryhmässä tai yksilöllisesti. Potilaan tilanne kartoitetaan, elintapamuutosta ja motivaatiota edistetään sekä hoidolle asetetaan tavoitteet. Painonhallintaa tukevia ruokailutottumuksia, fyysisen aktiivisuuden lisäystä, riittävää unta sekä painoa seurataan. Ohjaus toteutetaan yleensä lähiohjauksena, etäohjauksena tai internetin välityksellä. Hoidon suunnittelussa on tärkeää selvästi tuoda esiin, että potilas on itse päävastuussa painonhallinnastaan ja laihduttamisesta ja häntä kannustetaan siihen hoidon alusta alkaen. Hoidon suunnittelussa käytetään potilaslähtöisen ohjauksen keinoja. Hoidossa tulee myös huomioida elämänlaatu sekä psyykinen ja fyysinen toimintakyky, lihavuuden liittämissairaudet ja niiden vaaratekijöiden hoito sekä syömishäiriöiden kehittymisen riski. (Käypä hoito suositusten www-sivut 2020.)

Dokumentointi tarkoittaa asiakirjojen laatimista, sosiaali- ja terveydenhuollon osalta potilastietojen ja potilaskohtaamisten kirjoittamista ylös, ja tallentamista tietokantoihin, sekä asiakassuhteessa ja palvelutapahtumissa syntyvien tietojen, kuvien ja äänitteiden tallentamista (Laaksonen M., Kääriäinen A., Penttilä M., Tapola-Haapala M., Sahala H., Kärki J. & Jäppinen A., 2011,14). Yhteiskuntaa ja sivilisaatiota sellaisenaan ei olisi olemassa ilman dokumentointia (Vuori 2010). Dokumentointi on ihmisen toimintaa ja heijastus ajatuksesta, jossa kirjataan asioita ja ajatuksia muistiin. Jos ajattelu on huonoa, yleensä dokumentitkaan eivät voi olla hyviä. Ne sisältävät myös merkitysisältöjä. Omaelämäkerrat, päiväkirjat, kirjeet, muistelmat ja viralliset dokumentit voivat olla aineiston dokumentteina. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 212.)

Asiakkaille on tärkeä kertoa, että heistä kirjataan tietoja ylös ja dokumentoidaan tärkeitä asioita, jotta esimerkiksi työntekijän vaihtuessa seuraava saisi mahdollisimman hyvän kuvan asiakkaan tilanteesta. Potilas voi halutessaan pyytää dokumentoituja asiakirjoja hänestä, siksikin ne on syytä kirjata huolella ja puolueettomasti Huolellinen kirjaaminen ja kirjaaminen, niin että tekstit voi näyttää myös asiakkaalle hänen

pyytäessään, on ensiarvoisen tärkeää kaikissa työyksiköissä, joissa työskennellään arkaluontoisten asioiden kanssa.

Kirjaamisen ja dokumentoinnin pääperiaatteina voidaan pitää seuraavia asioita; asiakkaalle kerrotaan, että hänestä kirjataan tietoja ja asiakkaalle näytetään henkilötietorekisteri ja pyydetään siihen allekirjoitus. Asiakkaalle kerrotaan omat oikeudet asiakirjoihin, jotka häntä itseään koskevat. Asiakkaalle luovutetaan omia asioita koskevat asiakirjat nopeasti asiakkaan niin pyytäessä. Tässä kuitenkin pitää huomioida lakipykälät tietojen luovuttamisen suhteen. Suunnitelmallisuutta pitää noudattaa dokumentoinnissa. Huolellisuus asiakastietojen käsittelyssä on ensiarvoisen tärkeää, jottei asiakkaan tietoja joudu ulkopuolisille. Dokumentointiin ja kirjauksiin on myös kiinnitettävä huolellisuutta, jotta kirjattu tulee, vain oman työn hoitamiseen tarvittavat välttämättömät asiat. Kirjaa ylös kaikki tapahtumat ja asiat, joissa asiakkaan tietoja on käsitelty. Asiakastiedot on pidettävä ajantasaisina ja niissä pitää näkyä laatimispäivä ja kuka dokumentit on laatinut. Kirjaamisessa käytetään selkeää ja ymmärrettävää kieltä. Kirjaamisessa tulisi välttää ns. ammattislangia ja termejä ja lyhenteitä. Asiakas ei ymmärrä välttämättä tämänkaltaista tekstiä. Tekstiä kirjoitetaan niin, että lukija ymmärtää kuka oli mitäkin mieltä mistäkin asiasta. Kirjaamista tulisi suorittaa mahdollisimman paljon asiakkaiden kanssa yhdessä. Näiden asioiden lisäksi kirjattuja asioita ja dokumentteja tulisi käyttää mahdollisimman paljon asiakkaan kanssa tehtävän yhteistyön suunnittelussa ja arvioinneissa. (Laaksonen ym. 2011, 51-52.)

2.7 Aikaisemmat tutkimukset

Kirjallisuushakuun opinnäytetyössämme käytimme Medic, Chinahl, Duodecim ja JBI tietokantoja. Rajasimme hakumme vuosille 2014-2019. Sisäänotto kriteerit olivat suomen kieli, sillä englanninkielisiä tekstejä oli todella paljon saatavilla ja englannin kielen taitomme ovat hyvin rajallisia, joten rajasimme hakutulokset suomen kielellä oleviin teksteihin. Halusimme, että tietomme työssämme ovat ajantasaisia. Rajauksien vuoksi hakutuloksiimme tuli kaikissa tietokannoissa samoja katsauksia/artikkeleita 3kpl ja vain yksi tutkimus, jota pystyimme käyttämään työssämme. Hakusanat ja rajaukset näkyvät kokonaisuudessaan liitteessä 1. Lähimpänä omaa opinnäytetyötämme

tarkoitusta hakutuloksista tuli Tuula Heiskasen väitöskirja vuodelta 2015 – Metabolinen oireyhtymää skitsofreniaa ja masennusta sairastavilla. (Heiskanen 2015. Liite 1.)

Heiskasen tutkimuksen tavoitteena oli tutkia metabolisen oireyhtymän esiintyvyyttä skitsofreniaa ja masennusta sairastavien avohoitopotilaiden keskuudessa. Tutkimuksessa hän myös vertaa metabolisen oireyhtymän esiintyvyyttä sairastuneiden henkilöiden ja terveen väestön kesken. Tutkimuksessa käydään läpi metabolisen oireyhtymien, jota löytyy monilla eri yhdistelmillä, välisiä yhteyksiä, sekä masennusta sairastavien potilaiden suuren painonnousun selittäviä asioita/tekijöitä. (Heiskanen 2015, 2. Liite 1.)

Tutkimuksessa ei todettu yhteyttä metabolisen oireyhtymän esiintyvyyden ja tietyn psykoosilääkkeen käytön välillä. Tulokseen saattoi vaikuttaa tutkimusjoukon pieni koko ja se, että klotsapiinilääkitys oli käytössä 2/3:lla potilaista. Klotsapiinin keskimääräisillä päiväannoksilla ei ollut yhteyttä metabolisen oireyhtymän esiintyvyyteen, mutta puolella klotsapiinin käyttäjistä oli metabolinen oireyhtymä. Tutkimusten vähäisyyden vuoksi ei vielä ole voitu erotella eri psykoosilääkkeiden itsenäistä yhteyttä metabolisen oireyhtymän esiintyvyyteen. Tässä tutkimuksessa ei löytynyt yhteyttä metabolisen oireyhtymän ja psykoosi- tai masennusoireiden vaikeuden välillä. Tutkimuksessa ei todettu tekijöitä, jotka liittyisivät erityisesti skitsofreniapotilaiden suurempaan metabolisen oireyhtymän esiintyvyyteen. Psykoosioireiden voimakkuus tai masentuneisuus ei näyttäisi liittyvän skitsofreniapotilaiden suurempaan metabolisen oireyhtymän esiintyvyyteen, mutta tutkimuksia tästä aiheesta on vähän. (Heiskanen 2015, 53-54. Liite 1.)

Vaikeammat masennus- ja ahdistuneisuusoireet saattavat ennustaa hoitoon tulevien masennuspotilaiden merkittävää painon nousua seuraavien vuosien aikana. Aiheesta tarvitaan lisää pitkäaikaisseurantoja, joissa tutkitaan tarkemmin sekä masennus- että ahdistuneisuusoireiston diagnoosit sekä muiden painon nousuun liittyvien tekijöiden osuutta. (Heiskanen 2015, 59. Liite 1.)

Tutkimuksen johtopäätöksenä Heiskaselle tuli, että laajaa pitkäaikaisseurantaa tarvitaan edellä mainittujen potilaiden kohdalla, jotta metabolinen riski määritetään mahdollisimman varhain. Eli oireiden alkuvaiheessa jo. Metabolista profiilia pitäisi

seurata sairauden jatkuessa kauemmin. Erilaiset interventiotutkimukset olisivat Heiskanen tutkimuksen mukaan erittäin tärkeitä seurantatyökaluja mielenterveyspotilaiden kohdalla. (Heiskanen 2015, 62. Liite 1.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kahden psykiatrisen kuntoutusosaston hoitajien kokemuksia potilaiden painon hallintaan käyttämistään toimintatavoista sekä käytänteistä. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää painon hallintaan liittyviä käytänteitä kahdella psykiatrisella kuntoutusosastolla.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

1. Millaisia potilaiden painonhallintaan liittyviä toimintatapoja hoitajilla on käytössä?
2. Millaisia potilaiden painonhallintaan liittyviä käytänteitä osastoilla on käytössä?
3. Mitä haasteita potilaiden painonhallinnan käytänteisiin liittyy hoitajien kokeman?
4. Miten hoitajat haluaisivat kehittää painonhallintaan liittyviä käytänteitä?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aikataulu

Tutkimuskohteeksemme valikoitui Satasairaalan, Harjavallan yksikön kahden kuntoutusosaston hoitajat, N=28. Kuntoutusosastoilla hoidetaan potilaita, joilla on mielenterveysongelmia ja jotka tarvitsevat pidempää kuntouttavaa hoitoa. Suuri osa potilaista siirtyy kuntoutusosastolle vastaanotto-osastolta. Osa potilaista tulee suunnitelluille

intervallijaksoille ja osa potilaista siirtyy valtion mielisairaaloista jatkohoitoon. (Sata-sairaalan www-sivut 2019.)

Haastattelukysymysten testaus piti alkaa marraskuussa 2019. Tietoteknisten ongelmien vuoksi teemakyselylomakkeet vietiin suoraan kuntoutusosastojen osastonhoitajille ilman testausta helmikuussa 2020. Osastonhoitajat kommentoivat kyselylomaketta kuitenkin, ja tätä kautta saimme hyväksynnän teemakyselylomakkeiden toimitamiselle. Saatekirjeessä (liite 3) ilmoitimme vastausaikaa olevan vuoden 2020 maaliskuun 16. päivään asti, jolloin kävimme lomakkeet hakemassa osastoilta. Vastauslomakkeiden hakemisen jälkeen analysoimme ja teimme päätelmiä vastauksien perusteella.

Tutkimusluvan saatuaamme, olimme viipymättä yhteydessä kuntoutusosastojen osastonhoitajiin sähköpostitse. Osastonhoitajien toiveesta vastausaikaa annoimme reilusti eli noin 4 viikkoa. Yhteyden ja tiedon saaminen kaikkiin osapuoliin vaikutti olevan työmme valmistelun osalta hyvinkin haastavaa, joka hankaloitti työmme etenemistä. Vastauksia saimme kyseisiltä osastoilta yhteensä 6 kappaletta. Vastausprosentti teemakyselylomakkeeseen oli siis 21%. Lomakkeita olimme varanneet osastoille yhteensä 30 kappaletta, 28 hoitajien lukumäärän, sekä 2 kappaletta ns. varalle. Tämän jälkeen kohtasimme vielä muutamia haasteita tutkimuksemme kulussa. Opinnäyte-työmme valmistui kuitenkin lokakuun 2020 aikana. Aikataulumme siis myöhästyi kaiken kaikkiaan yli puoli vuotta.

4.2 Aineiston keruumenetelmä ja analysointi

Tutkimuksemme on laadullinen tutkimus, jossa käytimme aineiston keruumenetelmänä teemakyselyä. Teemahaastatteluun loimme neljä avointa kysymystä teemoittain. Teemahaastattelussa koehaastattelujen tekeminen olisi ollut hyvä keino varmistaa kysymysten yksiselitteisyyttä ja ymmärrettävyyttä kohderyhmän keskuudessa. (Vilkka 2005, 109.)

Varsinaisia koehaastatteluja emme kuitenkaan tiiviiksi muodostuneen aikataulun takia tehneet. Teemakyselylomakkeiden testaus jäi osastonhoitajien kommenttien varaan.

Tutkimuksessamme pohdimme käytäntöjen riittävyttä Satasairaalan kuntoutusosastoilla potilaiden painonhallintaan liittyvissä toimintatavoissa ja käytänteissä. Viimeinen teema kyselylomakkeessa koski hoitajien omia kehitysideota potilaiden painonhallintaan liittyvissä käytänteissä. Pieni tutkittavien määrä ja tutkimuksemme suppea koko, sekä vastaukset kysymyksiin miksi, miten ja millainen viittaavat laadulliseen tutkimukseen. Tutkimuksemme on siis kvalitatiivinen, eli laadullinen tutkimus. (Heikkilä 2014, 7.)

Tutkimuksemme aikana emme yrittäneet löytää totuutta, vaan tulkitsimme hoitajien vastauksia. Aineistoa käsitelimme induktiivisesti. Tarkoituksemme oli ensin kartoittaa osastojen toimintatavat ja käytänteet ja pyrimme saamaan kuntoutusosastoille jatkotutkimus- ja kehittämisideoita siitä, miten osastoilla voitaisiin jatkossa kehittää painonhallinnan toimintatapoja ja käytänteitä.

Aineistoa kerättiin avoimen teemahaastattelulomakkeen (liite 4) avulla. Teemakyselylomakkeen avoimilla kysymyksillä pyrimme saamaan esille hoitajien käyttämiä konkreettisia keinoja potilaiden painonhallintaan liittyvissä asioissa. Teemakysymysten avulla pyrimme myös saamaan vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Tutustuessamme aikaisempaan kirjallisuuteen kirjallisuushaun avulla, tulokset jäivät melko suppeaksi rajoitusten takia. Aiempi tutkimus aiheestamme on avattu tarkemmin luvussa 2.7. Aiheeseen haettiin lisää kirjallisuutta painetuista kirjoista

Tutkimuskysymyksemme olivat vakioituja. Ne sisälsivät aina yhden asiasisällön ja vastaajat vastasivat aina yhteen asiasisältöön kerrallaan. Sanallisten vastausten purkaminen toi haastetta, mutta teemoittain kysymysten esittäminen toi helpotusta tähän osioon. Tämä helpotti meidän tutkijoiden työtä analyysivaiheessa, jolloin pystyimme analysoimaan tutkimuskysymyksiä asiasisältö kerrallaan. Pystyimme antamaan osastoille kehitysideota ja jatkotutkimusideoita asia kerrallaan. (Heikkilä 2014, 35.)

Teemakyselylomakkeen luomisen lähtökohtana oli tutkimuskysymyksemme. Tältä pohjalta kehitimme teemakyselylomakkeeseen avoimet kysymykset omina teemoinaan. Teemakyselylomakkeen kysymysten tarkoitus on antaa tutkimuskysymyksiin vastauksia, joita on tarkoitus tukea aiemman tutkimuksen avulla. Vastaajille avoimet

kysymykset olivat vaikeampia, sillä ne antavat mahdollisuuden olla vastaamatta ja vaativat vastaajalta enemmän työskentelyä. (Heikkilä 2014, 35.)

Induktiivisessa sisällönanalyysissä vastauksia luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Tutkimuksessamme tämä ilmenee niin, että jaottelimme aina samaa tarkoittavat vastaukset aina ryhmittäin. Induktiivisessä analyysissä, eli sisältölähtöisessä analyysissä pyritään tutkimusaineistosta luomaan teoreettinen kokonaisuus siten, etteivät aikaisemmat havainnot, tutkimustiedot tai teoriat ohjaa analyysia. Aineiston analyysi etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan vaiheittain. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.) Induktiivisesta päättelystä tulee aineistolähtöistä, kun havainnoidaan yksittäisiä tapahtumia tai vastauksia, jotka yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi, eli samaa tarkoittavat asiat aina yhteen kokonaisuuteen (Juvakka, T. & Kylmä, J. 2007, 22).

Aloitimme sisällönanalyysimme lukemalla kaikki vastauslomakkeet lävitse, jonka jälkeen jaoin lomakkeet aina kysymyksittäin ja jokaisen vastaus kirjattiin uudelleen ryhmiteltyinä. Tässä kohtaa siis redusoimme vastaukset vielä niiden samankaltaisuuden mukaan ja karsimme tutkimukseen kuulumattomat vastaukset pois. Kysymykseen tuli pääsääntöisesti vastauksia aina enemmän, kuin yksi. Kahdessa lomakkeessa oli jäänyt sama kysymys vastaamatta. Viimeisimpänä abstrahoin vastaukset teemoittain ja pyrimme tulkitsemaan vastaukset tutkimuskysymykseen. Analyysin vastauksista teimme siis aineistolähtöisesti. Tämän jälkeen loimme kokonaisuuden, jota pyrimme tukemaan aiemmalla tutkimuksella. Näiden avulla pystyimme tekemään johtopäätöksiä ja ehdotuksia kuntoutusosastoille jatkotutkimuksiin. Vaikka tutkimukseemme tuli vähän vastauksia, saimme tästä huolimatta melko hyvän käsityksen mitä hoitajat toivoisivat tai kehittäisivät. Luotettavuuteen kuitenkin vaikuttaa vastaajien prosentuaalinen vähyys kaikista kuntoutusosaston hoitajista.

Tutkimus suoritettiin teemakyselylomakkeella, johon valitsimme 4 avointa kysymystä. Esimerkkinä kysymys 3; Mitä haasteita potilaiden painonhallinnan käytänteisiin liittyy hoitajien kokemana? Vastaukset kävimme yksitellen läpi ja mielestämme samaa asiaa tarkoittavat vastaukset tulkittiin yhdeksi asiaksi. Tämän jälkeen pystyimme yleistämään asian ja tehdä johtopäätöksiä tutkimuksen tuloksista.

5 TULOKSET

5.1 Hoitajien käyttämät toimintatavat potilaiden painonhallinnassa

Ensimmäinen teema kyselylomakkeessamme oli hoitajien käytettävissä olevat toimintatavat. Hoitajien käyttämät toimintatavat potilaiden painonhallinnassa oli muun muassa elintapaohjaus/keskustelu, erilaiset konkreettiset mittaukset potilailla, ruuan määrän rajoittaminen, esimerkkiannosten/lautasmallin havainnollistaminen ja vuorokausirytmien ylläpitäminen. Hoitajien vastauksista kävi ilmi, että monen mielestä tilausruuan mahdollisuutta pitäisi rajoittaa tai jopa poistaa kokonaan. Potilaita on jo ohjeistettu syömään mieluummin potilasruokaa, kuin tilausruokaa. Hoitajilla on mahdollisuus käyttää potilaille esimerkkeinä muun muassa lautasmallia, joka on terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen sivuilta saatavilla. Lautasmallin avulla pystyy potilaille havainnollistamaan esimerkkiannokset terveellisestä ruokavaliosta. Hoitajilla on myös mahdollista tarjolla ruoka suoraan potilaalle tarjottimen avulla. Tähän syynä voi olla potilaan liikasyöminen tai ahminta. Tämänlaisella ruuan säännöstelyllä pystytään rajoittamaan potilaan ylensyöntiä, rajoittamaan potilaan annoskokoa ja sitä kautta ehkäisemään liiallista painonnousua. Toisinaan hoitajat ovat joutuneet jopa kieltämään lisäruuan hakemisen, jos potilas ylensyö. Päiväkahvilla on tarjolla monesti pullan vaihtoehtona hedelmiä tai jogurtti.

Potilaille on tarjolla ravitsemus- ja ruokailuneuvontaa. Tämän lisäksi hoitajilla on mahdollisuus motivoida potilaita terveellisempiin syömistapoihin. Lisäksi he keskustelevat potilaiden kanssa ruokailutottumuksista. Lomakkeesta ei käynyt ilmi keinot, joilla hoitajat pystyvät potilaita motivoimaan.

Liikunta ja vuorokausirytmien tärkeys pitää muistaa mielenterveysongelmien kanssa työskennellessä. Potilaita pitää motivoida liikuntaan ja heille onkin tarjolla sekä yksilö-, että ryhmäliikuntaa. Tarjolla on myös liikuntaterapiaa.

Hoitajien mukaan käytössä ovat kuukausittaiset punnitukset ja painonseuranta. Tämän lisäksi potilailta mitataan painoindeksi, pituus, verensokeri, verenpaine, kolesteroli ja yleiskunto.

Potilailta pitää perehdyttää ja heidän kanssaan tulisi keskustella. Potilaita neuvotaan lääkityksen vaikutuksesta ruokailuun ja kylläisyyden tunteeseen, sillä neuroleptit muun muassa poistavat/vähentävät kylläisyyden tunnetta ruokaillessa. Tällöin potilaan painoa tarkkailtava herkemmin ja syömiseen on kiinnitettävä huomiota enemmän. Lääkityksen riskeistä kerrotaan potilaalle. Painonnousun syy selvitetään. Selvityksessä käytetään keskustelua potilaan kanssa, jolla selvitetään, johtuuko painonnousu psyykkisestä oireilusta ja laboratoriokokeita, jotka sisältävät kaliumin, natriumin, kreatiniinin, suolatasapainon. Jos taas potilas laihtuu, selvitetään, että onko taustalla esimerkiksi sairaus tai pakonomainen liikunta. Potilaan lääkitys katsotaan ja varmistetaan, että se on kunnossa.

Tutkimuksemme toteutettiin kyselylomakkeella, jossa oli 4 avointa kysymystä omina teemoinaan. Kysymykseen 3 saatiin esimerkiksi seuraavia vastauksia; Mitä haasteita potilaiden painonhallinnan käytänteisiin liittyy hoitajien kokemana? ”Noutoruuan rajaton tilaaminen osastolle”. ”Jotkut potilaat tilaavat pizzaa/kebabia osastolla tarjottavan ruoan lisäksi”. Vastauksista voimme hyvin päätellä, että moni hoitaja koki pikaruuan tilaamisen osastolle hyvinkin haastavana painonhallinnan kannalta ja olivat valmiita rajoittamaan tätä toimintaa. Vastausten perusteella selvisi myös, että psykiatrisen potilaan motivointi terveelliseen elämäntapaan ja ruokailutottumuksiin koetaan haastavana. Esimerkkeinä vastauksista ovat ”Kaikki lihavat eivät halua/jaksa laihtua”. ”Saada potilas ymmärtämään ja sitoutumaan normaaliin ruokavalioon”. Psykiatrisen potilaan motivointi voisikin olla yksi mahdollinen aihe jatkotutkimukselle.

5.2 Potilaiden painonhallintaan liittyvät käytänteet osastoilla

Toinen teemakyselylomakkeen kysymyksistä liittyi osastojen käytänteisiin potilaiden painonhallintaan liittyvissä asioissa. Vastauksista kävi ilmi, että osastolla seurataan painoa ainakin kerran kuukaudessa sekä tarpeen mukaan. Uusilta potilailta mitataan myös vyötärön ympärysmitta, jota seurataan säännöllisesti. Ainakin toisella osastolla on ollut käytössä myös erilaisia ryhmäliikuntamuotoja.

Ruokailuun liittyen tarjotaan potilaille terveellistä ja monipuolista perusruokaa säännöllisesti. Potilaita ohjataan ja rakennetaan yhdessä potilaalle ateria-annos malleja. Yhteisöruokailussa voidaan toteuttaa esimerkkiruokailua, jossa potilas näyttää esimerkkiä toiselle potilaalle hoitajan avustuksella. Potilaiden kanssa keskustellaan riskitekijöistä, joita epäterveelliseen ruokailuun liittyy, sekä annetaan potilaille painonhallintaa käsitteleviä esitteitä.

5.3 Potilaiden painonhallinnan käytänteisiin liittyvät haasteet

Kolmas teema ja kysymys liittyi painonhallintaan liittyviin haasteisiin hoitajien kokemana. Hoitajat halusivat enemmän mahdollisuuksia rajoittaa potilaiden noutoruuan tilaamisen mahdollisuutta. Esimerkkinä oli, että olisi noutoruokaa vain yhden kerran viikossa tai ei joka päivä tilausruokaa. Ehdotuksissa oli myös, että potilaalle olisi tarjolla vain joko tilausruoka tai potilasruoka osastolla. Lomakkeista kävi myös ilmi, että osa olisi valmis kieltämään tilausruuan kokonaan. Osa mielestä parannettavaa oli myös ravitsemusterapeutin saatavuudessa. Se haluttiin helpommin saavutettavaksi. Terveys- ja ravitsemusneuvontaa pitäisi tarjota potilaille aktiivisemmin. Lomakkeissa myös haluttiin, että potilaat saataisiin ymmärtämään ruokailun tärkeys päivän aikana. Yksi lämmin ruoka olisi hyvä syödä joka päivä ja 2 lautasellista ruokaa on jo ihan riittävästä. Osa halusi lisätä velvoitteita liikuntaan ja potilaille velvollisuuden osallistua toimintoihin, jotka mahdollistavat liikunnan. Tarvetta olisi myös osastojen lisäresursseihin, jotta hoitajat pääsisivät helpommin potilaiden kanssa ulkoilemaan ja lenkille. Osalle potilaista pitäisi myös pystyä järjestämään punnituksia ja painonhallinnan seuranta useammin.

5.4 Painonhallintaan liittyvien käytänteiden kehittäminen

Viimeinen teemalomakkeen kysymys koski hoitajien omia kehitysideoita potilaiden painonhallinnassa. Vastausten perusteella voidaan sanoa, että psykiatrisen potilaan motivointi elämäntapamuutokseen on hyvin vaikeaa. Haastavaa on saada potilas ymmärtämään monipuolisen ja säännöllisen ruokailun tärkeys ja mitä liitännäissairauksia mahdollisesti epäterveellinen ruokavalio saattaa aiheuttaa. Monesti terveellisen ruokavalion toteutus ei enää onnistu kotioloissa. Tehokas lääkitys yleensä kasvattaa

ruokahalua ja siksi aiheuttaa painon nousun, sekä passivoittavat potilasta johon hoitajat eivät mielestään pysty vaikuttamaan. Toiveena erään vastaajan kohdalla olikin uusien parempien lääkkeiden kehittäminen.

Vastauksista käy selvästi ilmi, että kaikki eivät halua/jaksa kiinnittää huomiota terveelliseen ruokavalioon, eikä liikuntaan. Ketään ei voi pakottaa ryhmätoimintaan. Jonkin asteista velvoitetta ryhmiin osallistumisesta kuitenkin kannatetaan.

Vastaajista suuri osa oli sitä mieltä, että osastoille tilattavan/ostettavan pikaruuan ja herkkujen mahdollisuutta tulisi rajoittaa. Jotkut vastaajista kieltäisi mahdollisuuden kokonaan. Myös omaisten tuomiin herkkuihin tulisi voida vaikuttaa rajoittavasti. Toisaalta taas rajoitukset/kiellot lisäisivät konflikteja.

6 TUTKIMUKSEN EETTISET NÄKÖKULMAT JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan Hyvä tieteellinen käytäntö -ohjeissa lähtökohtana on periaate, että eettisesti hyvä tutkimus ja tieteen laatu ovat rinnakkain (Mäkinen 2006, 24).

Tutkimussuunnitelmamme oli lopullisessa muodossaan ja ohjaavan opettajan hyväksymä vuoden 2019 lokakuun lopussa ja valmis lähetettäväksi Satasairaalaan tutkimusluvan saamista varten (Liite 2). Tutkimusluvan saamisessa tuli tietoteknisiä ongelmia, eikä tutkimuslupa saavuttanut meitä 2019 vuoden lopulla. Luvan saimme 2020 alkuvuonna vasta. Loka-, marras- ja joulukuun aikana työstimme teoriaa tutkimukseemme sekä mietimme teemalomakkeen kysymykset lopulliseen muotoonsa ja saatekirjeen. Varsinainen teemakyselylomakkeiden testaaminen jäi tekemättä. Lähetimme teemakyselylomakkeet suoraan osastonhoitajille, joilta saimme kannanotot kysymystemme laadusta. Kysymykset jäivät siis lopulliseen muotoonsa heti ja olivat valmiit osastojen muille hoitajille annettaviksi.

Tutkimuksen validiteettiin vaikuttaa se, että vain 21% osastojen hoitajista vastasi lomakkeen kysymyksiin. Saimme vastauksia niin vähän, että yhteenvedon tutkimuksemme teimme molempien osastojen osalta yhdessä. Näin pystyimme takaamaan vastaajien anonymiteetin.

Tutkimuksemme validiteetin tueksi käytimme mahdollisimman uusia ja nykyaikaisia käytäntöjä noudattavia tutkimuksia ja kirjallisuutta tutkimuskysymysten laatimisen tueksi. Luotettavuuden tueksi haimme teoretietoa aiheesta ja aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Hakutuloksia meille ei tullut montaa, sillä teimme rajauksia melko tarkkaan. Tästä syystä pyrimme, että valitsemamme tutkimus ja muu aineisto oli mahdollisimman uutta ja tieteellisesti perusteltuja, jotta luotettavuus tutkimuksellamme säilyisi.

Vastausten luotettavuuteen ja kysymysten oikein ymmärtämiseen vaikutti vastaajien ympäristö ja sen aiheuttamat häiriötekijät, esimerkiksi kiire tai keskeytykset. Teemakysymysten oikein ymmärtämiseen vaikuttaa suuresti myös tutkijoiden kyky tehdä kysymykset mahdollisimman ymmärrettäviksi ja kyky poistaa kysymysten muotoilusta mahdolliset väärinymmärrettävät sanat ja kohdat. Vastaajien halu vastata teemakyselylomakkeeseen vaikuttaa tuloksien luotettavuuteen. Tästä syystä halusimme tehdä tutkimuksen teemakyselyn vastaajille mahdollisimman yksinkertaisesti täytettäväksi. Avoimet kysymykset eivät kuitenkaan saavuttaneet niin suurta vastausprosenttia, kuin toivoimme. Vastauksia saimme yhteensä kuusi kappaletta. Eli 22 vastauslomaketta jäi palauttamatta. Tämä vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Seuraavan tutkimuksen aiheesta olisi hyvä olla strukturoidumpi.

Tutkimuksen luotettavuutta parantaa usein se, että tutkija selostaa tutkimuksen kulkua tarkkaan vaihe vaiheelta ja kerrotaan tutkimuksen työn osa-alueista rehellisesti (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2010, 232).

Tutkimuksen lopputulokseen vaikutti tutkijoiden omat tulkinnat haastateltavien vastauksista avoimiin teemakysymyksiin. Tulkinnat vaikuttivat raportin ja tutkimustuloksen lopulliseen muotoon. Tulkinta piti pystyä tekemään objektiivisesti ilman omia mielipiteitä. Tulkinnat yritimme selostaa lukijalle mahdollisimman tarkkaan, jotta lukija saisi hyvän kuvan tutkimuksestamme. Tämä kaikki vaikuttaa lukijan mielikuvaan tutkimuksen luotettavuudesta.

Tutkijoita ohjaa tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet ja ohjeistukset tutkimusta tehdessä. Näihin ohjeistuksiin ja eettisiin periaatteisiin kuuluu tärkeänä osana ihmisarvon, sekä yksilön vapauden ja sananvapauden kunnioittaminen. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut 2020.) Tätä ohjetta noudatimme pitämällä huolen vastaajien anonymiteetistä. Asiaa hankaloitti vastaajien pieni määrä, mutta ilmoitimme vastauksista vain tarpeellisen osion. Ja kerroimme vain yleistäen vastauksista. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisusta (3/2019, 7) voidaan lukea myös ohje tutkimuksen toteuttamisesta. Tutkimus tulisi toteuttaa tavalla, jolla ei koidu vahinkoa tai häitää tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä. Tähän kuuluu muun muassa vastaajien anonymiteetin säilyttäminen. Ja vastauslomakkeet tulee hävittää asianmukaisesti, ettei lomakkeet pääse väärin käsiin.

Tutkimuksemme eteni niin, ettemme aiheuttaneet vastaajille häitää minkään asian saralla. Emme aiheuttaneet häitää vastaajien työaikaan, emmekä hoitotoimenpiteiden suorittamiseen. Annoimme riittävän pitkän vastausajan vastaajille. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisussa (3/2019) sanotaan, että pitää välttää aiheuttamasta tarpeetonta häitää tutkittaville henkilöille ja heidän edustamilleen yhteisöille ja sen vuoksi olisi hyvä pyrkiä tutustumaan tutkittavaan yhteisöön riittävän hyvin ennakoon. Tätä emme valitettavasti ehtineet tehdä niin huolella, kuin olisimme halunneet. Saimme ennakkoon tietoja tutkittavista muun muassa Satasairaalan www-sivuilta ja olimme sähköpostitse yhteydessä kummankin kuntoutusosaston osastonhoitajiin. Hoitajia tapasimme vasta, kun olimme viemässä kyselylomakkeita osastoille.

Annoimme tutkittaville henkilöille mahdollisuuden osallistua vapaaehtoisesti. Samalla annoimme tutkittaville mahdollisuuden jättää tutkimus kesken ja jättää vastaamatta meidän teemakyselylomakkeeseemme. Tutkittavat saivat ennakkoon tiedon, miten aiomme käsitellä vastauslomakkeita ja miten tulemme hävittämään teemakyselylomakkeet tutkimuksemme päätyttyä. Tutkittavat saivat selkeän kuvan, millaiseen tutkimukseen he osallistuivat ja mitkä tutkimuksemme tarkoitukset ja tavoitteet olivat. Nämä kaikki edellä mainitut kohdat löytyvät Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisusta tutkittavan kohtelu ja oikeudet kappaleesta. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 3/2019, 7-8.)

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata kahden psykiatrisen kuntoutusosaston hoitajien kokemuksia potilaiden painon hallintaan käyttämistään toimintatavoista sekä käytänteistä. Tutkimuksemme tavoitteena oli kehittää painon hallintaan liittyviä käytänteitä kahdella psykiatrisella kuntoutusosastolla. Vastausprosentti kyselylomakkeeseen oli varsin pieni, vain 21%. Muun muassa tästä syystä tutkimuksemme validiteetti ja yleistettävyyttä kärsi hyvin paljon. Jotta validiteetti olisi pysynyt hyvänä, olisimme tarvinneet vähintään 60% vastausmäärän. Tässä kohtaa tutkimustyömme epäonnistui. Saimme kuitenkin luvan jatkaa tutkimuksen tekemisen loppuun asti alhaisesta vastausmäärästä huolimatta.

Avoimet kysymykset toivat lisähaastetta. Pyrimme minimoimaan kysymysten väärinymmärryksen mahdollisuuden. Myös vastausten osalta riskinä oli tutkijoiden liiallinen tulkitseminen. Objektivisuuden säilyttäminen vaati paljon työskentelyä vastausten parissa.

Tutkimuksemme tulokset antavat periaatteessa oikean tuloksen, mutta vastaajien määrän takia sitä ei voida pitää varsin luotettavana. Oikea tulos tulee kuitenkin vastaajien omasta kokemuspohjasta ja osastojen yleisistä käytänteistä. Näin ollen saimme myös jatkotutkimusaiheita, joihin olisi hyvä saada vastausprosentti nousemaan, jotta validiteetti ja reliabiliteetti saavutettaisiin. Vastausprosentti todennäköisesti nousisi, jos haastattelu/kysely suoritettaisiin joko yksilö- tai ryhmähaastatteluna. Tiesimme jo alhaisen vastausprosentin riskin olevan olemassa, kun laitoimme paperiset teemakyselylomakkeet eteenpäin. Siitä huolimatta uskoimme saavuttavamme paremman prosentuaalisen osuuden.

Mielestämme hyviä aiheita jatkotutkimukselle voisi olla esimerkiksi, millä keinoilla voisi motivoida psyykkisesti sairas potilas noudattamaan terveellistä ruokavaliota ja terveellisiä elämäntapoja ja mitä erityispiirteitä tulisi ottaa huomioon psyykkisesti sairaan potilaan ohjauksessa.

Tiivis aikataulu vaikutti työmme luotettavuuteen ja laatuun negatiivisesti. Vaikka pyrimme noudattamaan tutkimussuunnitelmaa, kommunikaatio- ja tiedon välitysyhteeyksissä ilmenneiden hankaluuksien vuoksi työmme valmistuminen myöhästyi suunnitelmasta yli puoli vuotta.

7.1 Johtopäätökset

Tutkimuksemme mukaan hoitajilla on useita erilaisia keinoja ja toimintatapoja käytössä potilaiden painonhallintaan liittyviin seikkoihin. On mittauksia, jotka hoitajat hoitavat itse. Näihin mittauksiin kuuluu pituus, paino, painoindeksi, vyötärön ympäryys, verensokeri, verenpaine ja kolesteroliarvot, sekä potilaiden yleiskunnon mittaaminen. Yleiskunnon mittaamisesta emme saaneet tutkimukseen lisätietoa, että miten yleiskunto mitataan eri potilailla. Lääkärin määräyksestä on mahdollisuus myös laboratoriokokeisiin. Heillä on myös jonkinasteinen mahdollisuus rajoittaa potilaiden syömistä, moni kuitenkin kaipasi tähän lisää mahdollisuuksia. Muun muassa mahdollisuutta kieltää potilaiden tilausruuan tilaaminen. Hoitajilla on myös keinoja motivoida potilaita liikkumaan enemmän. Tarjolla on erilaista neuvontaa, sekä terveellisiin syömistottumuksiin, kuin liikunnan lisäämiseen. Tutkimuksessamme ei käynyt ilmi, mitkä ovat keinot motivoida potilaita, sekä motivoinnin toimivuus eri potilasryhmien keskuudessa. Tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajien mielestä on tärkeää huomioida mielenterveyspotilaiden kanssa vuorokausirytmä (sisältäen ruokailurytmin) ja liikunnan riittävyys. Potilaille on tarjolla ryhmäliikuntaa ja mahdollisuus harrastaa yksilöliikuntaa. Liikuntaterapiaa on myös potilaille tarjolla. Konkreettiset keinot, muun muassa mittaukset, tutkimuksemme mukaan olivat riittäviä hoitajille kontrolloida ja seurata potilaiden painon muutoksia.

Hoitajilla on mahdollisuus keskusteluihin potilaiden kanssa, mutta tutkimuksessa ei käynyt ilmi sekään mitä potilaiden kanssa käydään läpi keskusteluissa, ja niiden toimivuudesta painonhallintaan.

Tuloksena voisimme todeta tähän asiakokonaisuuteen, että potilaita pitäisi pystyä enemmän motivoimaan terveellisiin elämäntapoihin ja ruokailutottumuksiin. Jos asia pilkotaan pienempiin kokonaisuuksiin, niin jatkotutkimusideoita olisi, että miten

potilaita pystytään motivoimaan terveellisiin ruokailutottumuksiin (sisältäen päiväkahvin kohdalla pullan sijasta terveellisemmän vaihtoehdon valitsemisen ja siihen motivoinnin ja noutoruuan vaihtaminen kokonaan osastolla tarjottavaan potilasruokaan) ja miten potilaita pystyttäisiin motivoimaan enemmän liikunnallisiin toimintoihin. Jatkotutkimukseen liittäisimme vielä keinot, joita hoitajilla on ja uudet kehitettävät keinot, joilla potilaita pystytään motivoimaan enemmän. Eli miten ja millä keinoin motiivointi onnistuisi paremmin.

Hoitajat siis kokivat, että heillä oli liian vähän keinoja puuttua potilaiden syömisiin ja ruokailutottumuksiin. Se tuo omat haasteensa hoitajille seurata potilaiden painonhallintaan liittyviä asioita ja seuranta pitäisi pystyä lisäämään osalla potilaista. Lisäresurssit koettiin asiaksi, joka helpottaisi hoitajien työtä näissä asioissa. Haasteeksi koettiin myös, että ravitsemusterapeutin saatavuus oli huonoa.

Konkreettisia asioita kehitettäväksi osastoille, jotka kävivät ilmi tutkimuksessamme, olivat hoitajien kokemana, että mahdollisuuksia noutoruuan rajoittamiseen pitäisi lisätä entisestään. Tämä siksi, että pystyttäisiin kontrolloimaan painonnousua ja muutoksia paremmin. Ravitsemusterapeutin palvelut haluttiin myös helpommin saataviksi. Potilaille haluttiin lisätä velvoitteita osallistua liikuntatoimintoihin. Sekä tarpeen mukaan punnituksia lisättäisiin tiettyjen potilaiden kohdalla.

Haastavaksi hoitajien kesken koettiin potilaiden motiivointi terveellisiin elämäntapoihin. Nämä sisältävät sekä ruokailutottumukset, että liikunnan tarpeen.

7.2 Jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksemme tuloksia voidaan hyödyntää jatkotutkimuksen avulla paremmin. Jatkotutkimuksen avulla pystyisi tutkimaan potilaiden motivoinnin keinot, tavoitteet ja tulokset. Miten potilaita pystytään motivoimaan terveellisiin elämäntapoihin? Mitkä motivoinnin konkreettiset tavoitteet ovat eri potilaiden kohdalla? Mitä tuloksia potilailla saadaan aikaiseksi motivoinnin avulla?

Jatkotutkimuksessa selvitetäisiin nykyiset keinot motivoida potilaita ja se, että miten keinot toimivat eri potilasryhmiin. Miten hoitajat pystyisivät motivoimaan potilaita valitsemaan terveellisemmän vaihtoehdon. Esimerkiksi päiväkahvilla sen hedelmän tai jogurtin, tai miten potilaat saataisiin valitsemaan potilasruoka osastolla tilausruuan sijasta. Jatkotutkimuksen avulla saisi tutkittua, miten nykyisiä keinoja pystyisi kehittämään ja miten mahdolliset kehitettävät kohteet vaikuttaisivat potilaiden painonhallintaan. Tuloksia voisi selvittää esimerkiksi tietyn väliajan jälkeen tapahtuvalla seurannalla, kuinka kehitetyt motivoinnin keinot vaikuttavat potilaisiin.

7.3 Oman osaamisen kehittyminen

Opinnäytetyömme tekemisen aloitimme elokuussa 2019 luennoilla, joilla päätettiin työparit ja aiheet alustavasti. Aloittaminen tuntui ensin helpolta, mutta osoittautui kuitenkin haastavaksi. Aihe muuttui moneen kertaan ja tutkimusmenetelmän ymmärtäminen otti oman aikansa. Kummallakaan opinnäytetyön tekijöistä ei ollut aikaisempaa kokemusta tutkimuksen tekemisestä. Koimme hankalaksi hahmottaa minkälainen tutkimus opinnäytetyöstämme tulisi. Ajatuksenamme oli ensin, että työmme tulee olemaan laadullinen tutkimus ja sellaisena se pysyikin loppuun asti.

Laadimme teemakyselylomakkeen, jonka olimme toimittaneet Harjavallan sairaalan kuntoutusosastoille helmikuussa 2020. Kyselylomakkeeseen vastasi vain kuusi hoitajaa ja se hankaloitti tutkimuksen tekemistä jonkin verran. Vastaukset saatiin suhteellisen nopeasti käytyä läpi, mutta valitettavasti pieni vastausmäärä vaikutti työn validiteettiin liikaa. Työtämme ei siis voi pitää kovinkaan luotettavana tutkimuksellisessa mielessä. Jatkotutkimukseen työmme saattaisi antaa osviittaa. Myöskään tieteellisen tiedon löytyminen ei ollut meidän puoleltamme kovin helppoa, sillä kielitaidossamme olisi runsaasti parantamisen varaa. Tästä syystä jouduimme rajaamaan hakutuloksia vain suomen kielellä kirjoitettuihin teoksiin. Jos olisimme alkanut kääntämään englanninkielisiä tekstejä suomen kielelle, meillä olisi suurin aika opinnäytetyön teosta kulunut käännöstehtäviin. Meillä molemmilla olisi tässä parantamisen varaa tulevaisuutta ajatellen. Ja tulevaisuudessa osaamme varmasti tähän varautua paremmin.

Oma aikataulumme osoittautui ongelmaksi työn edetessä. Aluksi ajattelimme kunnianhimoisesti tehdä työn alusta loppuun reilussa puolessa vuodessa. Emme onnistuneet siinä monista eri syistä, ja lopulta työn kokonaiskestoksi tuli vuosi ja kaksi kuukautta. Aikataulutuksessa on myös siis oppimisen varaa ja nyt tämän kokemuksen perusteella osaamme varata tulevaisuudessa paremmin aikaa jokaiseen tutkimuksen eri vaiheeseen. Aikataulutukseen vaikutti myös molempien erilainen elämäntilanne ja välillä oli hankalaa löytää yhteistä aikaa työn teolle. Yhteisen ajan puuttuminen vaikutti myös työn valmistumiseen. Kumpikaan meistä ei oikein osannut tehdä yksin työtä eteenpäin. Haastavuudesta huolimatta saimme työmme valmiiksi takarajaan mennessä ja opimme tutkimuksellisen opinnäytetyön tekemisestä arvokkaan paljon.

LÄHTEET

- Diabetesliiton www-sivut 2019. Viitattu 20.5.2019. <http://www.diabetesliitto.fi>
- Finlexin www-sivut 2020. Viitattu 21.9.2020. <https://www.finlex.fi/fi/>
- Heikkilä, T. 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy. Viitattu 23.9.2020. <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. Mieli ja terveys. 2014. Helsinki:Edita.
- Heiskanen, T. 2015. Metabolinen oireyhtymä skitsofreniaa ja masennusta sairastavilla. Väitöskirja. Itä-Suomen Yliopisto. Viitattu 17.12.2019. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1795-9/urn_isbn_978-952-61-1795-9.pdf
- Heiskanen, T. & Ruusunen, A. Psykoosilääkityksen metaboliset riskit skitsofreniassa – voidaanko niihin vaikuttaa? Lääketietoa Fimeasta Sic!- verkkolehti 2/2016. Viitattu 11.5.2020. <https://sic.fimea.fi/arkisto/2016>
- Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. 2010. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Holmberg, J. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. 2016. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 2020. <https://huslab.fi/ohjekirja>
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tutkimusohjekirjan www-sivut. Viitattu 21.9.
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. Mielenterveys-hoitotyö. 2017. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Jussila, A-M. 2018. Mikä ihmeen VESOTE? Terveysliikunta uutiset 2018. Viitattu 11.5.2020. <http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/3609-Terveysliikuntauutiset-web.pdf>
- Kankkunen, P. Vehviläinen-Julkunen, K. Tutkimus hoitotieteessä. 2009. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kekkonen, N., Pöppönen, T. & Sainola-Rodriguez, K. 2007. Masentuneen potilaan näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät. Tutkimus- ja kehittämistyö masentunutta auttavista hoitotyön menetelmistä. Tutkimus ja työyksikön kehittämistyö. Pohjois-Karjalan keskussairaala, Psykiatrian hoitotyön palveluyksikkö. Viitattu 22.5.2019. <http://www.pkssk.fi/>
- Koponen, H., Lappalainen, J. & Leinonen, E. 2016. Uusimmat psykoosilääkkeet – uutuuksia vai vanhan toistoa? Duodecim-lehti 132, 1119-24. Viitattu 11.5.2020. <https://www-terveysportti-fi.lillukka.samk.fi>

Koponen, H. & Lappalainen, J. 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. Duodecim-lehti 131, 577-82. Viitattu 11.5.2020. <https://www-terveysportti-fi.lil-lukka.samk.fi/xmedia/duo/duo12166.pdf>

Käypä hoito suositusten www-sivut. 2020. Viitattu 11.5.2020. <https://www.kaypa-hoito.fi>

Laaksonen M., Kääriäinen A., Penttilä M., Tapola-Haapala M., Sahala H., Kärki J. & Jäppinen A. 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti. Asiakastyön Dokumentointi Sosiaalihuollossa, Opastusta asiakastiedon käyttöön ja kirjaamiseen. Viitattu 12.2.2020. <https://www.julkari.fi>

Lönnqvist, J. Psykiatria. 2019. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 18.12.2019. <https://www.oppoportti.fi/op/pkr00205/do>

Mielenterveystalon www-sivut. 2020. Viitattu 30.4.2020. www.mielenterveystalo.fi

Mäkinen, O. Tutkimusetiikan ABC. 2006. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nuorten elämä www-sivut. 2020. Viitattu 11.5.2020. <https://www.nuortanelama.fi>

Orionin www-sivut. 2020. Viitattu 11.5.2020. <https://www.orion.fi>

Ravitsemusneuvottelukunnan www-sivut. 2019. Viitattu 25.11.2019. <https://www.ruokavirasto.fi>

Satasairaalan www-sivut. 2019. Viitattu 14.6.2019. <http://www.satasairaala.fi>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2019. Viitattu 20.11.2019. <https://thl.fi>

Terveyskirjaston www-sivut. Viitattu 22.9.2020. www.terveyskirjasto.fi

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut 2019. Viitattu 21.5.2019. <https://www.tenk.fi>

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 3/2019. Viitattu 12.5.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarviointin_ohje_2019.pdf

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan www-sivut 2019. Viitattu 20.11.2019. <https://www.ruokavirasto.fi>

Vilkkä, H. Tutki ja kehitä. 2005. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vuori, M. '125 pointtia dokumentoinnista'. Matti Vuori 16.8.2010. Viitattu 23.5.2019. https://www.mattivuori.net/julkaisuluettelo/liitteet/satavartti_pointtia_dokumentoinnista.pdf

LIITE 1

Kirjallisuuskatsaus

Tietokannat	Hakusanat	Tulokset	Valitut	Hylätyt
Medic (asiasanojen synonyymit käytössä,	paino / psykiatria	116	2	114
vain koko teksti, vuodet 2014-2019, pro gradu, väitöskirja, alkuperäistutkimus,	somaattinen terveydentila / psykiatrinen potilas	21	1	20
hoitosuositus)	mielenterveys	92	2	90
	mental disorders / comorbidity / weight control	10	0	10
	komorbiditeetti / metabolinen oireyhtymä	19	1	18
	painonhallinta / psyk*potilas	3	0	3
	puheeksi ottaminen / psyk*potilas	8	0	8
	puheeksi ottaminen / psykiatrinen potilas	4	0	4
	puheeksi ottaminen, painonhallinta	40	1	39

Chinahl (full text, 2014-2019, academic journal)	mental disorders / co-morbidity	13	0	13
	mental health / weight control	144	0	144
	psychiatric patients / weight control	8	0	8
Duodecim-lehti (2014-2019)	paino* / psyk*	19	0	19
	somaattinen terveydentila*	8	1	7
	mielenterveys* / painonhallinta*	0	0	0
	mental disorders / weight control	266	1	265
	comorbidity (alkup.tutkimus)	9	0	9
	komorbiditeetti	1	0	1
JBI	somatic health* / mental health*	0	0	0
	weight control and psych*	0	0	0
	mental disorders* and weight control*	0	0	0

	comorbidity* / weight control*	0	0	0
	comorbidity* (2014- 2019)	163	0	163

Taulukko 1. Painonnousun ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöiden todennäköisyys eri psykoosilääkkeillä. Lähde: Holt & Mitchell 2015.

	Painonnousun todennäköisyys	Glukoosiaineenvaihdunnan häiriön todennäköisyys
Perinteiset psykoosilääkkeet		
Flufenatsiini	+	+?
Haloperidoli	++	+
Klorpromatsiini	+++	+++?
Perfenatsiini	+	+
Pimotsidi	+	+?
Tioridatsiini	++	+++?
Uudemmat psykoosilääkkeet		
Amisulpridi	+	+
Aripipratsoli	+	+
Asenapiini	+	+?
Ketiapiini	++	++
Klotsapiini	+++	+++
Lurasidoni	+	+?
Olantsapiini	+++	+++
Paliperidoni	+	++
Risperidoni	++	++
Sertindoli	++	+
Tsiprasidoni	+	+

+ vähäinen; ++ keskitasoinen; +++ suuri; ? rajallinen tieto

Tietoa Fimeasta Sic!- verkkolehden 2/2016 artikkelista taulukko psykoosilääkkeiden vaikutuksista painonnousun todennäköisyyteen ja glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden todennäköisyyteen.

MAARIT KOIVUNIEMI JA
TEA VARJUS



ETUNIMI.SUKUNIMI
@STUDENT.SAMK.FI



MAARIT: 0400605887
TEA: 0443025345

SATASAIRAALA, PSYKIATRIAN
KUNTOOUTUOSASTOT 24&25

Hei Satasairaalan psykiatrian kuntoutusosastojen 24&25 henkilökunta!

Olemme Satakunnan Ammattikorkeakoulun opiskelijoita. Teemme laadullisen tutkimusopinnäytetyön osastoillenne. Aiheenamme on psykiatristen hoitajien kokemukset potilaan painonhallintaan liittyvistä toimintatavoista, käytänteistä ja kehitysideoista. Toteutamme tutkimuksen kyselylomakkeen avulla, joka sisältää neljä avointa kysymystä hoitajille. Toimitamme kyselylomakkeet osastoillenne 20.2.2020 mennessä ja vastauksia odotamme 16.3. asti.

Käsitlemme lomakkeita erityisellä huolella ja luottamuksella. Säilytämme lomakkeet tutkimuksen ajan kansiossa, johon ei muilla, kuin tutkijoilla ole pääsyä. Hävitämme vastauslomakkeet käytön jälkeen pysyvästi, niin ettei kukaan tule saamaan lomakkeita vahingossa haltuunsa. Tutkimuksen ajan ja sen jälkeen huolehdimme raporttia myöden vastaajien anonymiteetistä.

Ystävällisin terveisin

Maarit Koivuniemi ja Tea Varjus

Kiitos vastauksistanne!

Tutkimuslupahakemus:

Tällä lomakkeella haetaan Satakunnan sairaanhoitopiirin tutkimuslupaa. Jos kyseessä on rekisteritutkimus tai aikaisemmin kerätyistä näytteistä tehtävä tutkimus, käytetään Rekisteri-/laatatutkimuksen lupalomaketta.

Satakunnan sairaanhoitopiiri täyttää

Lupapäätösnumero	Lupa myönnetty ajalle

1. Tutkimus

Uusi tutkimus

Muutos vanhaan tutkimuslupaan. Mitä muutos koskee?

2. Tutkimuksen nimi

Psykiatrisen kuntoutuksen osaston hoitajien kokemuksia potilaan painonhallinnan käytännöistä Satasairaalaissa

Lyhyt kuvaus tutkimuksesta (mm. tavoite, kohderyhmä, menetelmät, aineisto) (max 1500 merkkiä).

Tutkimme psykiatrisen puolen hoitajien kokemuksia potilaan painonhallintaan liittyvistä toimintatavoista, käytännöistä ja kehitysideoista. Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus. Toimitamme kyselylomakkeet psykiatrisen yksikön kuntoutuksen osastoille 24825.

Tutkimuksen tavoite on kehittää painonhallintaan liittyviä käytännöitä yhdessä psykiatrisella kuntoutuksen osastolla. Rajaamme aineistomme max. 5 vuotta vanhoihin aiempiin tutkimuksiin, sekä teoreettista ja haastattelulomakkeiden vastauksia.

Tutkijalähtöinen tutkimus

Toimeksiantajalähtöinen tutkimus,
toimeksiantaja SAMK / Satasairaala

Opinnäytetyö/tutkimus

Opinnäytetyö/AMK
 Ylempi AMK
 Pro gradu -tutkielma
 Väitöskirjatutkimus
 Muu

3. Vastuullinen tutkija

(Nimi, organisaatio/ toimialue/ vastuualue, sähköpostiosoite, puhelinnumero)

Tea Vargus, opiskelija/SAMK, tea.vargus@student.samk.fi, 0443025345

Maarit Kouvuniemi, opiskelija/SAMK, maarit.kouvuniemi@student.samk.fi, 0400605887

SATSHP:n yhteyshenkilö

(Nimi, sähköpostiosoite, puhelinnumero)

Kristiina Puolakka, kristiina.puolakka@satasairaala.fi,

Paula Ranne, paula.ranne@satasairaala.fi,

Kuntoutuksen osaston 24825 osastonhoitajat

4. Muut tutkimukseen osallistuvat tutkijat

(Nimi, toimialue)

-

5. Opinnäytetyön tai väitöskirjan suorittaja

(Nimi, sähköpostiosoite, puhelinnumero)

Tea Vargus & Maarit Kouvuniemi

Ohjaajat

Eija Hannula

6. Tutkimuksen aikataulu vuosina (lupa myönnetään pääsääntöisesti enintään viideksi vuodeksi)

2019 - 2020

7. Tutkimuksen/ opinnäytetyön ala

- Lääketiede, erikoisala:
 Hammaslääketiede
 Hoitotiede/hoitotyö, Valitse painopistealue Valitse
 Olen ollut yhteydessä yksiköihin, jossa aion opinnäytetyön suorittaa
 Muu, mikä

8. Onko tutkimus rekisteröity julkiseen tutkimusrekisteriin (ClinicalTrials.gov)?

- Kyllä, NCTnumero _____
 Ei, miksi? Kyseessä ei ole interventiotutkimus
 Muu syy, mikä

9a. Tutkittavien arvioitu lukumäärä SATSHP:ssä

Kuntoutusosastojen 2425 henkilöä (hoitajat)

9b. Normaalihoitoon kuuluttamattomien tutkimuskäyntien lukumäärä/tutkittava

10. Kustannukset

- Kustannukset katetaan jo olemassa olevalta kustannuspaikalta _____ (esim. B-, 813- tai 819 -alkuinen).
 Tutkimukselle perustetaan uusi kustannuspaikka.
 Ei tutkimuksesta aiheutuvia kustannuksia, jotka laskutettaisiin SATSHP:n kustannuspaikan kautta

11. Sisäiset ostopalvelut

- Mikrobiologia
 Kuvantamispalvelut
 Patologia
 Lääkehuolto
 Kliininen neurofysiologia
 Kliininen fysiologia
 Kliininen tietopalvelu
 Muu, mikä

12. Lyhyt selvitys toimialueen resurssien käytöstä (tarvittaessa liitteenä)

- Käytetään SATSHP:n tiloja tai laitteita. Mitä ja kenen kanssa asiasta on sovittu?
 Tarvitaan tutkimukseen kuuluttamattoman henkilökunnan (esim. sihteerien) työpanosta.
 Käytetään SATSHP:n muita resursseja.
Lisää selvitys kaikista valituista kohdista.

LIITTEET

- Kustannuserittely (valmis excel-pohja tai vapaamuotoinen)
 Tutkimussuunnitelma tai sen yhteenveto (pakollinen)
 Sisäiset ostopalvelusopimukset
 Tutkimusopimus ja/tai muu hoitussääntö
 Valviran lupa, nro
 Fimean käsittelyilmoitus
 THL:n lupa, nro
 Muu viranomaisen mikä

Vastuullisen tutkijan allekirjoitus

Allekirjoituksellani sitoudun noudattamaan SATSHP:n tutkimuksen ohjeistoa (www.satasairaala.fi) sekä hyvää tutkimustapaa ja tieteellistä käytäntöä. Mahdolliset epäilyt hyvän tieteellisen käytännön loukkaamisesta käsitellään noudattaen Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjetta "Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa" (www.tenk.fi).

Päiväys: 21.10.2019

Allekirjoitus: *Tea Varsus*

Nimenselvennys: TEA VARSUS

Virka/toimi: opiskelija / Satakunnan Ammattikorkeakoulu

*Maarit K. Koivunen
MAARIT KOIVUNEN
opiskelija / Satakunnan Ammatti korkeakoulu*

Lupalomakkeen voi toimittaa joko sähköisesti skannattuna tai paperikopiona.

Hoito- tai terveystieteellinen lupahakemus toimitetaan liitteineen kehittämissylihoitaja Marita Koivunen: marita.koivunen@satasairaala.fi, tai SATSHP, Tilaelementti, Sairaalan tie 3, 28500 Pori Lääketieteelliset lupahakemus toimitetaan hanketoiminnan päällikkö Mari Niemelle: mari.niemi@satasairaala.fi, tai SATSHP, Keskustoimisto, Sairaalan tie 3, 28500 Pori Muiden tieteenalojen lupahakemukset voi toimittaa kummalle tahansa yhteyshenkilöistä. Yhteyshenkilö toimittaa lomakkeen hyväksyttäväksi. Saatte lupapäätöksen sähköpostiinne.

Toimialueen, vastuualueen, vastuuyksikön tai liikelaitoksen johtajan päätös tai johtajayliääkärin päätös, SATSHP:n tutkimuslupa

Lupa

- myönnetään ajalle
- ei myönnetä

Päiväys:

Allekirjoitus

Nimenselvennys:

Jakelu:

- Vastuullinen tutkija
- Tutkimuksen puoltanut tutkimuksen ja opetuksen vastuhenkilö