



# **OIKEUSPSYKIATRISEN POTILAAN TERVEYDEN EDISTÄMINEN**

Opinnäytetyö

Jarna Mäkinen

Opinnäytetyö  
Huhtikuu2014  
Terveiden edistämisen kou-  
lutus ohjelma YTED13

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Terveyden edistämisen koulutusohjelma  
YTEDI13

JARNA MÄKINEN

Oikeuspsykiatrisen potilaan terveyden edistäminen

Opinnäytetyö 87 sivua, joista liitteitä 31 sivua  
Huhtikuu 2014

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä tietoa psykoosisairautta sairastavien potilaiden terveydentilasta, kartoittaa siihen vaikuttavia tekijöitä, etsiä keinoja terveyden ylläpitämiseen ja parantamiseen sairaalahoidossa kirjallisuuden ja hoitohenkilökunnan haastattelujen avulla. Lisäksi opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata oikeuspsykiatrisen hoidon erityispiirteitä ja mahdollisia vaikutuksia potilaiden terveyteen sekä hoidon sisältöön. Tavoitteena oli myös tuottaa tietoa, jonka avulla lisätään henkilökunnan sekä potilaiden tietoa terveyteen vaikuttavista tekijöistä, sekä kehittää psykoedukatiivista terveyttä edistävää ryhmätoimintaa. Opinnäytetyö on toteutettu Tampereen ammattikorkeakoulussa yhteistyössä Tampereen yliopistollisen sairaalan oikeuspsykiatrian osasto OPS1 kanssa.

Opinnäytetyön teoriaosuus perustuu kirjallisuuskatsaukseen. Haku tehtiin käyttäen sekä ulkomaisia että kotimaisia tietokantoja. Kerätyn tiedon pohjalta kehitettiin psykoedukatiivisen terveyttä edistävän ryhmätoiminnan runko, jonka pohjalta kehitettiin psykoedukatiivista ryhmätoimintaa. Kokemuksia kehitetystä ryhmätoiminnasta kerättiin hoitajien haastatteluilla. Haastatteluihin osallistui neljä oikeuspsykiatrian osasto OPS1 hoitajaa, joiden omapotilas osallistui kehitettyyn psykoedukatiiviseen terveyttä edistävään ryhmään. Haastattelut toteutettiin teemallisina yksilöhaastatteluina, jotka toistettiin kahdesti. Ensimmäinen haastattelukierros tehtiin ennen ryhmätoiminnan aloitusta ja toinen kuukausi ryhmätoiminnan päättymisen jälkeen.

Opinnäytetyö on laadullinen kehittämistutkimus. Laadullinen aineisto analysoitiin deuktiivisella sisällön analyysillä.

Kirjallisuuden mukaan psykoosisairaudet ja pitkäaikaishoito lisäävät somaattisen sairastavuuden riskiä. Riskiä voidaan alentaa elämäntapaohjauksella, lääkevalinnoilla sekä lääkevaikutusten somaattisella seurannalla. Tulosten perusteella oikeuspsykiatrisella osastolla työskentelevät hoitajat näkevät terveyden edistämisen tärkeänä osana työtään, kokonaisvaltaisena ja asiakaslähtöisenä mutta haasteellisena. Psykoedukatiivinen ryhmätoiminta edistää oikeuspsykiatristen potilaiden terveyttä aktivoimalla sekä potilaita että henkilökuntaa ja antamalla keinoja hoitotyöhön. Jatkossa asian tarkastelu potilaiden näkökulmasta, heidän osallisuudestaan ja toiveistaan hoitonsa suhteen on tärkeää ja vielä vähän tutkittu aihe.

---

Asiasanat: Oikeuspsykiatria, terveyden edistäminen, ryhmätoiminta, psykoedukaatio

## ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences  
Health promotion training program  
Health promotion for forensic psychiatric nursing

JARNA MÄKINEN

Bachelor's thesis 87 pages, appendices 31 pages  
April 2014

---

The purpose of this study is to collect information about the healthiness of patients with psychotic disease during their stay in the hospital, survey the factors affecting it and look for ways to maintain and improve their healthiness. This is achieved by literature review and by interviewing the ward personnel. The purpose is also to describe the special characteristics of forensic psychiatric nursing and its possible effects of patient healthiness and the content of their treatment/care. Aim is to produce information which can be used to improve personnel and patients knowledge of health and factors affecting it and also to be a foundation for developing psycho-educational health promotional group activities. The thesis is produced in Tampere University of Applied Sciences in association with Tampere Universital Hospital forensic psychiatry ward OPS1.

The theory section is based on a literature review. By using the information collected from the literature, a framework for psycho-educational health promotional group activities was produced. By interviewing nurses, we collected different kinds of experiences. Four nurses attended the interviews, they all had their patients participating the group activities developed for this study. Interviews were made by using the individual thematic interview which was repeated twice for the literature review.

The style of this study is both development and qualitative research. The qualitative material was analyzed by deductive content analysis.

The results of this study indicate that according to the literature psychotic diseases and long-term care increase the risk of somatic diseases. The risk can be decreased by lifestyle guidance, medicine choices and by monitoring the somatic effects of the used medicine. According to the interviews the nurses of forensic psychiatric ward see health promotion as an important and integrated but challenging part of their work. Psycho-educational group activities improve the healthiness of forensic psychiatric patient by activating both patients and personnel and by giving resources to work with. This study shows that it is important to continue researching this subject from a patients' perspective considering their participation and their wishes regarding their treatment.

---

Key words: forensic psychiatric nursing, health promotion, psycho-education, group activity

## SISÄLLYS

JOHDANTO.....	7
1 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	10
1.1 Oikeuspsykiatria .....	10
1.2 Terveyden edistäminen.....	10
1.3 Oikeuspsykiatristen potilaiden tausta ja hoidon eroavaisuus muusta psykiatrisesta hoitotyöstä.....	11
1.4 Terveyden edistäminen oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä.....	13
1.5 Psykoosisairaudet.....	14
1.5.1 Psykoosi sairauksien hoito ja somaattiset riskit .....	16
1.6 Terveyteen vaikuttavat tekijät: ylipaino, uni, tupakointi ja päihteet.....	19
1.7 Henkilökunnan merkitys terveyden edistämässä oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä.....	23
1.7.1 Psykoedukaatio menetelmänä .....	26
2 KOHDEORGANISAATION KUVAUS .....	28
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA KYSYMYKSET .....	29
4 TUTKIMUKSEN METODOLOGIA JA AINEISTO.....	30
4.1 Metodologinen perusta.....	30
4.2 Aineiston keruu.....	30
4.3 Aineiston analyysi.....	32
4.4 Eettiset lähtökohdat.....	33
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	34
6 TULOKSET .....	37
6.1 Hoitohenkilökunnan näkemykset terveyden edistämisestä ennen terveyttä edistävän psykoedukatiivisen ryhmätoiminnan aloitusta.....	37
6.1.1 Terveyden edistäminen oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä .....	37
6.1.2 Terveyden edistämistä vaikeuttavia tekijöitä oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä .....	38
6.1.3 Terveyttä ylläpitäviä ja edistäviä tekijöitä oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä.....	39
6.2 Hoitohenkilökunnan näkemykset terveyden edistämisestä psykoedukatiivisen ryhmätoiminnan jälkeen .....	40
6.2.1 Terveyden edistäminen oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä .....	40
6.2.2 Terveyden edistämistä vaikeuttavia tekijöitä oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä .....	41
6.2.3 Terveyttä ylläpitäviä ja edistäviä tekijöitä oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä .....	42
6.3 Yhteenvedo haastatteluista.....	43
7 POHDINTA .....	45

7.1 Tutkimuksen luotettavuus .....	45
7.2 Tutkimustulosten tarkastelu.....	46
7.3 Tutkimuksen merkitys käytännön hoitotyölle .....	47
7.4 Jatkotutkimusehdotukset .....	48
8 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	49
LÄHTEET.....	50
LIITTEET.....	57
Liite 1.....	57
Liite 2.....	84
Liite 3.....	85
Liite 4.....	86

**LYHENTEET JA ERITYISSANASTO**

THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Klotsapiini	Psykoosilääke
Ketiapiini	Psykoosilääke
Lamotrigin	Epilepsialääke jota käytetään myös psykoosien hoidossa
Takykardia	Sydämen tiheälyöntisyys
Kardiomyopatia	Sydänlihassairaus
Hypomania	Käyttäytymisessä ilmenevä tavallista korkeampi energiataso sekä mielialan kohonneisuus, realiteettien kuitenkin säilyessä
QTc aika	Aika sydämen kammioden supistumisesta niiden rentoutumiseen
Opiaatti	Keskushermostoon vaikuttava voimakas yhdistelmä jota käytetään kipulääkkeissä
Tramadol	Voimakas kipulääke
Fentanyl	Voimakas kipulääke
Buprenorfin	Voimakas kipulääke
Dopamiiniteoria	Dopamiini on aivojen välittäine. Dopamiiniteorialla tässä tarkoitetaan dopamiinin määrää aivoissa.

## JOHDANTO

Oikeuspsykiatria on yksi lääketieteen erikoisaloista. Suomen rikoslainsäädännön mukaan rangaistusvastuun edellytyksenä on, että rikosentekijän syyllisyys on ratkaistu, tekijä on 15 vuotta täyttänyt ja syyntakeinen. Tässä laissa syyntakeisuus ajatellaan ihmisen normaaliksi tilaksi ja se määritellään käänteisesti syyntakeettomuuden kautta. Rikoksen tekijää pidetään syyntakeettomana, jos hän ei ole rikosta tehdessään kyennyt mielisairauden, syvän vajaamielisyyden, vakavan mielenterveyden tai tajunnan häiriön vuoksi ymmärtämään tekonsa tosiasiallista luonnetta, laittomuutta, tai hänen kykynsä säädellä käyttäytymistään on edellä mainituista syistä ratkaisevasti heikentynyt. Päihtymystä tai muuta itse aiheutettua tilaa ei oteta syyntakeisuusarvioissa huomioon. Suomessa syyntakeisuudesta päättää aina tuomioistuin, kun taas oikeuspsykiatristen potilaiden hoito määräytyy terveydenhuollon lainsäädännön mukaan ja hoitoon määräämisestä päättää Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). Mikäli mielentilatutkimisen katsotaan olevan perusteltua tuomioistuinkäsittelyssä esiin tulleiden seikkojen vuoksi, harkitsee tuomioistuin mielentilatutkimuksen tarpeellisuutta. Esityksen mielentilatutkimuksen tarpeellisuudesta tekee useimmiten syyttäjä tai syytetty ja pyynnölle on aina oltava perusteet. Ilman syytetyn lupaa voidaan mielentilatutkimukseen määrätä vain henkilö joka on vangittuna tai jota syytetään rikoksesta josta voi seurata yli vuosi vankeutta. (Mielenterveyslaki 2012.)

Jos mielentilatutkimuksen päättyessä tutkittava on psykiatrisen hoidon tarpeessa, voi tuomioistuin jättää hänet tuomitsematta rangaistukseen ja THL määrätä hänet hoitoon. Hoito tapahtuu yleensä valtion mielisairaaloissa, mutta joissakin tapauksissa hoito voidaan aloittaa myös oman kotikunnan psykiatrisessa sairaalassa. Valtion sairaalat ovat erikoistuneet vaikeahoitoisten- ja oikeuspsykiatristen potilaiden hoitoon, eikä näissä sairaaloissa hoideta muita potilasryhmiä. Hoitoajat ovat tyypillisesti pitkiä, sillä hoitoon määrätty henkilöt ovat vakavasti sairaita ja heidän elämäntilanteensa ovat erittäin vaikeita. Teot ovat voineet kohdistua lähimaisiin ja tämä vaikeuttaa heidän kuntoutumistaan. Lisäksi hoitoon määrätyillä on usein vaikeita päihdeongelmia ja/tai lähipiirissä rikolliseen toimintaan taipuvaisia henkilöitä. Nämä seikat vaikeuttavat heidän jatkohoitonsa suunnittelua. ( Eronen ym. 2010.)

Oikeuspsykiatrialle on tyypillistä potilaiden vaikea psyykkinen sairastavuus, sekä pitkät hoitoajat. Potilaiden hoito tapahtuu usein erillisissä oikeuspsykiatrisissa yksiköissä, joissa henkilökunnan osaaminen keskittyy psykiatriseen hoitoon.

Oikeuspsykiatriaa on tutkittu vähän Suomessa ja vielä vähemmän on tutkittu terveyden edistämistä oikeuspsykiatriassa. Kuitenkin juuri oikeuspsykiatriset potilaat kuuluvat suurimpaan riskiryhmään somaattisessa sairastavuudessa. ( Suvisaari ym. 2012). Oikeuspsykiatria pitkin tiiviine hoitoineen voisi mahdollistaa myös potilaan terveyden edistämisen tavalla, joka ei muussa psykiatrisessa hoidossa ole mahdollista.

Terveyden edistäminen on määritelty laissa sairaaloiden tehtäväksi erikoisalojen mukaisten sairauksien ennaltaehkäisyn osalta. Eduskunnan vuonna 2010 säätämä terveydenhuoltolaki vahvistaa terveyden edistämisen asemaa ja osuutta kaikissa erikoissairaanhoidon hoitoprosesseissa. (Kotisaari ym. 2011.)

Terveydenhuoltolain velvoite ja käytännön kokemus ovat herättäneet kysymyksen siitä, miksi oikeuspsykiatristen potilaiden kokonaisvaltaisessa hoidossa somaattinen hoito ja terveyden edistäminen ovat pienemmässä roolissa? Samoin on herännyt kysymys siitä, millä keinoin terveyttä voitaisiin edistää ja mitkä olisivat sen hyödyt?

Yhtenä keskeisenä kehittämisalueena psykiatrisessa hoidossa on pakon käytön vähentäminen (Mieli 2009-ohjelma). Asia ei kuitenkaan ole kovin suoraviivaisesti toteuttavissa, vaan pakon käyttöä voidaan vähentää ainoastaan kehittämällä potilaiden hoitoa siten, että se ennaltaehkäisee tilanteita joissa pakkotoimia joudutaan käyttämään. Tästä näkökulmasta potilaan kokonaisvaltainen hyvä hoito, sisältäen terveyden edistämisen ja sen myötä potilaan hyvinvoinnin, on tärkeää.

Opinnäytetyön avulla kerättiin tutkittua tietoa oikeuspsykiatrisen potilaan terveyteen vaikuttavista seikoista ja etsittiin keinoja, joiden avulla heidän terveyttään voidaan edistää. Oikeuspsykiatriasta löytyi melko vähän tutkimustietoa ja terveyden edistämisestä oikeuspsykiatriassa ei tutkittua tietoa ole juurikaan saatavilla.

Tiedonkeruu aloitettiin laajalla kirjallisuuskatsauksella ja sitä täydennettiin osaston OPS1 henkilökunnan haastatteluilla. Haastattelut toteutettiin teemallisina yksilöhaastatteluina. Saadun tiedon pohjalta kehitettiin psykoedukatiivista ryhmätoimintaa oikeuspsykiatrian osaston OPS 1 henkilökunnan käyttöön. Vaikka opinnäytetyö tehtiin ensisi-



jaisesti osaston OPS 1 käyttöön, voidaan sitä hyödyntää muussakin psykiatrisessa hoitotyössä, koska samat seikat vaikuttavat terveyteen jo ensimmäisestä psykoosista alkaen.

# 1 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

## 1.1 Oikeuspsykiatria

Oikeuspsykiatria on itsenäinen lääketieteen erikoisala, jonka tehtävä on tutkia mielen-terveyden häiriöiden vaikutusta ihmisten käyttäytymiseen, sekä selvittää minkälaisia ongelmia psyykkiset häiriöt tai poikkeavuudet aiheuttavat lakeja sovellettaessa. Tärkeä tehtävä on myös tutkia, miten rikollista ja väkivaltaista käyttäytymistä voidaan ehkäistä ja hoitaa kartoittamalla niitä riskitekijöitä, jotka tämän tyyppiseen käyttäytymiseen liittyvät. Oikeuspsykiatria jaotellaan usein kolmeen osaan käytännön tehtävien puolesta. Ensimmäinen osa on rikosoikeudellinen oikeuspsykiatria, toinen hallinnollinen oikeuspsykiatria ja kolmas siviilioikeudellinen oikeuspsykiatria. (Tiihonen 2001.)

Rikosoikeudellinen oikeuspsykiatria on oikeuspsykiatrian osa, jonka tehtävä on arvioida rikoksen tehneiden henkilöiden syyntakeisuutta mielentilatutkimusten avulla (Tiihonen 2001).

Hallinnollinen oikeuspsykiatria on oikeuspsykiatrian osa, jonka tehtävä on huolehtia tahdosta riippumattomasta hoidosta, joka nojaa mielen-terveys-, kehitysvamma- ja päihdehuoltolakiin (Tiihonen 2001).

Siviilioikeuspsykiatria on oikeuspsykiatrian osa, joka arvioi oikeustoimikelpoisuutta liittyen testamentin tekoon, holhoukseen tai uskotun miehen määräämiseen (Tiihonen 2001).

## 1.2 Terveyden edistäminen

Terveyden edistämisen käsite ja toteuttamistavat tulkitaan toisinaan eri tavoin tulkitsejan näkökulmasta riippuen. Esimerkiksi potilastyössä olisi kuvaavampaa puhua sairauksien ehkäisystä. Hoitotyön puhekielessä terveyden edistämisestä puhutaan ensisijaisesti tautien ehkäisynä, sairastumisriskeihin puuttumisena ja terveysneuvontana. (Kotisaari ym. 2011.)

Krooniset sairaudet ovat johtavia kuolemansyitä koko maailmassa ja niiden arvioidaan lisääntyvän merkittävästi. Ennusteen mukaan ne ovat vuonna 2020 suurin työkyvyttömyyden syy. Yhteisöllisyyden merkitystä on korostettu kroonisten sairauksien hallinnan strategioissa. Vähemmän on kiinnitetty huomiota lääkärin kykyyn hallita krooninen sairaus ja hallinnan näkymiseen terapeuttisessa suhteessa. (Campbell ym. 2005.)

Mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset näyttävät kiinnittävän vähemmän huomiota fyysiseen terveyteensä. Terveyden edistämisen tulisikin painottua heidän kohdallaan tietoisuuden lisäämiseen muutettavissa olevien riskitekijöiden suhteen. Konkreettisilla väliintuloilla voidaan edistää käyttäytymisen muutosta. (Buhaler ym. 2010.)

### **1.3 Oikeuspsykiatristen potilaiden tausta ja hoidon eroavaisuus muusta psykiatrisesta hoitotyöstä**

On havaittu, että oikeuspsykiatrian potilaat ja vangit jakavat huonon sosiaalisen ennusteen sekä väkivaltaisen historian. Mielisairaus ei sinänsä ole korkea riskitekijä väkivaltaisuuteen, vaan väkivaltaisuuden ennusteet ovat samat mielisairaudessa kuin ilman mielisairautta (Tähän vaikuttavat yleisesti persoonallisuuden piirteet, riippumatta diagnoosista, jotka altistavat yksilön tilanteisiin tai suhteisiin ja jotka lopulta johtavat rikollisiin tilanteisiin ). On osoitettu, että korkea impulsiivisuus ja runsaat takautuvat negatiiviset tunnetilat ennustavat riskikäyttäytymistä ja rikosten tekoa seurauksia miettimättä. (Stupperich ym. 2008.)

Oikeuspsykiatrian potilaille on tyypillistä aggressiivisuus ja alhainen itseluottamus. Tutkimusten mukaan aggressiivisuus ja alhainen itseluottamus ennustavat pysyvää väkivaltaisuutta. Alhainen itsetunto yhdistettynä narsistiseen ylimielisyyteen, häikäilemättömyyteen ja valheellisuuteen nähdään suurena riskinä lähisuhdeväkivallalle. Myös kehitysvammaisuuden tunnistaminen on tärkeää. Henkisesti jälkeen jääneen potilaan persoonallisuuden rakenne on erilainen. Heidän painotuksensa ovat erilaisia ja heidän hoidossaan tarvitaan erilaisia keinoja. (Stupperich ym. 2008.)

Skitsofreniaa sairastavat kriminaalipotilaat tarvitsevat usein pitkää sairaalahoitoa. Sairaalahoidon tarkoituksena on antaa potilaalle tietoa sairaudestaan, lääkityksen käyttämisestä ja seurata potilaan psyykkistä vointia (Tiihonen 2007).

Mielenterveyspalveluiden kulttuurin muutoksen johdosta oikeuspsykiatria on saanut tunnettavuutta ja useat muut mielenterveyspalvelut haluavat konsultoida sitä rikoksiin ja väkivaltaiseen käytökseen liittyen. Oikeuspsykiatria on osa oikeusjärjestelmää, mutta kuitenkin vain pieni osa. Käytännössä oikeuspsykiatrinen työ tarkoittaa oikeuspsykiatriaan erikoistunutta henkilökuntaa, läheistä yhteistyötä psykologien, sosiaalityöntekijöiden ja toimintaterapeuttien kanssa ilman yhteyttä oikeuslääketieteeseen. (Sullivan ym. 2006.)

Terveyden edistämisen rooli erikoissairaanhoidossa on ollut epäselvä. Terveyden edistämisen vaikuttavuus ja sen todentaminen on koettu hankalaksi. Esimerkiksi painonhallinnan ja liikunnan lisäämiseen liittyvän neuvonnan ei ole nähty tuottavan tulosta ja tästä syystä se on koettu ristiriitaiseksi erikoissairaanhoidon työssä. Terveyden edistäminen on nähty ensisijaisesti perusterveydenhuollon tehtävänä, koska erikoissairaanhoidossa ei tavoiteta koko väestöä. Erikoissairaanhoito voi kuitenkin tavoittaa haavoittuvimpia väestön osia ja tätä kautta auttaa vähentämään väestöryhmien välisiä terveyseroja. Merkittävää on myös se, että sairaaloiden henkilöstö voi osallistumisellaan kaksinkertaistaa terveyden edistämiseen osallistuvien henkilöiden määrän arjen työssä. (Kotisaari ym. 2011.)

Terveyden edistämisen toteutuminen erikoissairaanhoidossa edellyttää, että sen katsotaan olevan olennainen osa myös erikoissairaanhoidon työtä. Sen tulisi sisältyä prosesseihin sisään sillä tavoin, että se toteutuu systemaattisesti ja tasapuolisesti osana perustehtävää. (Kotisaari ym. 2011.)

On myös tilanteita, joissa ei syystä tai toisesta voida luottaa potilaan omiin toiveisiin koskien hänen somaattista hoitoaan ja tällöin lääkärin velvollisuutena on hoitaa potilasta parhaalla mahdollisella tavalla. Tällaiseksi tilanteeksi lasketaan myös vakavat mielen terveyden häiriöt kuten psykoosit. Tällöin arvioitavana on toisaalta potilaan somaattisen hoidon tarve ja toisaalta esimerkiksi psykoosin vaikutus potilaan kykyyn ymmärtää päätöksensä merkitys. Mikäli potilas ei psykoottisuutensa vuoksi pysty päättämään hoidos-

taan, on potilasta hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. (Äimälä ym. 2012.)

#### 1.4 Terveiden edistäminen oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä

Vaikka tässä luvussa asiaa katsotaan pitkälti lääketieteellisestä näkökulmasta, se ei ole ristiriidassa hoitotyön kanssa. Oikeuspsykiatrit sekä hoitajat työskentelevät samassa ympäristössä tiivistä yhteistyötä tehden, joten luku kuvaa näiltä osin asioita myös hoitotyön näkökulmasta.

Gunnin (2001) mukaan Lionel Penrose, kehitysvammapsykiatri, rotuhygienian professori ja psykoanalyytikko kirjoitti vuonna 1939 asiakirjan oikeuksista: ”Henkinen sairaus ja rikos, vertaileva tutkimuksesta Euroopan tilastoista”. Tämä asiakirja oli vetoamus lisätä mielisairaalapaikkoja vakavien rikosten vähentämiseksi Euroopan maissa. Iso-Britannian oikeuspsykiatria viittaa hetkittäin epämääräisesti tähän Penrosen lakiin, jolla ilmeisesti tarkoitetaan käänteistä suhdetta mielisairaalapaikkojen ja vankien osuudessa yhteiskunnassa. Tästä käänteisyydestä johtuen mielisairaaloista ulos käännytetty potilaat päätyvät vankiloihin. Penrosen tutkielma oli laaja ja sen perusteella hän totesi, että kiinnittämällä huomiota mielenterveyteen voidaan ennalta ehkäistä vakavia rikoksia, erityisesti tahallisia henkirikoksia. Penrosen lain tuoma ajatus on pysynyt hengissä, koska hänen havaintonsa suhteessa mielisairaalapaikkojen ja vankien määrän välillä on osoittautunut vahvaksi.

Gunnin (2001) mukaan oikeuspsykiatrian ensisijainen arvo on oikeudenmukaisuuden edistäminen. Muina periaatteina pyritään totuuden kertomiseen ja toisen ihmisen kunnioittamiseen. Tällä tarkoitetaan sitä, että oikeuspsykiatrit työskentelevät oikeuspsykiatrisessa ympäristössä jossa etiikkaa joudutaan puntaroimaan eri tavalla, ja jossa potilaslääkäri suhde eroaa muusta lääkärin työstä lääkärin toimiessa myös ”portinvartijana” vapautteen. Oikeuspsykiatrisessa lääkärin ensisijaisena tehtävänä on valvoa potilaiden etua ja vähentää kriminaalstatuksen aiheuttamaa vahinkoa. Luottamuksellisia tietoja ei saa paljastaa, ellei muiden fyysinen turvallisuus ole uhattuna. Oikeuspsykiatrit työskentelevät täysin erilaisissa eettisissä puitteissa, jotka on rakennettu osaksi oikeusjärjestelmää ja heidän tehtävänä on hoidon lisäksi myös turvata yhteiskuntaa

Useimmat lääketieteen opiskelijat haluavat tulla lääkäreiksi parantaakseen potilaita. Todellisuudessa useimmat heistä tulevat viettämään paljon aikaa sellaisten potilaiden kanssa, joilla parantuminen ei ole mahdollista. Kroonisten sairauksien hoito koetetaan siinä määrin vaikeaksi, että se saatetaan laiminlyödä. Lääketieteellinen koulutus voi jopa edistää negatiivisia asenteita kroonisia sairauksia sairastavia ihmisiä kohtaan. (Campbell 2005.)

Moniin kroonisiin sairauksiin on olemassa hoito ja kokemuksia siitä voidaan hyödyntää myös korkean turvaluokituksen psykiatrisessa sairaalassa. Vaikka yleisesti voidaan sanoa korkeamman turvaluokituksen asettavan joitakin rajoituksia, eivät nämä rajoitukset estä kliinisesti hyödyllistä vertailua. Korkean turvallisuuden kriminaalipotilaat edustavat kroonisen sairauden ääripään spektriä. Hoidon keskimääräinen pituus on 6,3 vuotta. Potilailla on monimutkainen psykopatologia; psykiatriset ja fyysiset liitännäissairaudet ovat tavallisia ja vaikeuttavat toipumista. Kontakti potilaaseen on jatkuvaa ja hoito annetaan usein vastoin potilaan tahtoa. Vaikka lääkäri-potilas suhteen säännöt muuttuvat lääkärin toimiessa myös portinvartijana, jotkut potilaan valinnoista ovat vielä käytettävissä. Ymmärtämällä tämän dynamiikan voi lääkäri kohdella ihmisiä paremmin.

Tähän tarvitaan ymmärrystä potilaan elämäkokemuksen vaikutuksesta heidän asenteisiinsa ja uskomuksiinsa sairaudestaan sekä niistä selviytymiseen. Tarve huolehtia potilaan emotionaalisesta näkökohdasta kroonisten sairauksien hoidossa on yleisesti tunnistettu. (Campbell 2005.)

Skitsofreniapotilaan hoidossa keskeisiä tekijöitä ovat potilaan toimintakyvyn kohentamisen lisäksi lääkehoito ja kuntoutukset, jotka edistävät parempaa elämänlaatua. Erityisesti pitkäaikaishoidossa oleville potilaille on tärkeää saada aktiivista tukea ja näin ollen hoitopalvelut tulisi järjestää heille joustavasti. Hoidon yleisperiaatteena Skitsofrenian Käypä hoito-suosituksen (2008) mukaan on parantaa potilaan psykososiaalista toimintakykyä ja elämänlaatua.

## **1.5 Psykoosisairaudet**

Psykoosisairaudet ovat merkittävä kansanterveydellinen ongelma ja pitkäkestoisiin psykooseihin liittyy huomattava syrjäytymisvaara. Skitsofrenian syntyyn tarvitaan stressi-

haavoittuvuus-mallin mukaan perinnöllisen alttiuden lisäksi useiden ympäristötekijöiden yhteisvaikutusta; skitsofrenia puhkeaa siihen alttiilla henkilöllä joko sisäisen tai ulkoisen stressin seurauksena. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tyyppi I:n, jossa esiintyy masennustiloja ja manioita tai sekamuotoisia jaksoja, kohdalla perinnöllisten tekijöiden osuus on osoitettu vakuuttavasti (perinnölliset tekijät selittävät 79–93 % sairastumisista). Myös tyyppi II:n jossa todettu masennustiloja ja hypomanioita kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy perinnöllistä alttiutta. Stressaavilla elämäntapahtumilla saattaa olla merkitystä episodin laukaisijana. Psykoosin syytä ei kuitenkaan kattavasti tiedetä ja aiemmin vallalla olleista joko biologisia tai psykososiaalisia syitä korostavista näkökulmista on siirrytty näkökulmaan, jossa nämä nähdään saman asian eri puolina. Psykoosien etiologia on edelleen paljolti epäselvä ja monisäikeinen asia, jota selittämään on etsitty syitä aina raskauden aikaisista virustaudeista ylihuolehtivan äidin kautta kannabikseen (Psykoosin alueellinen hoito-ohjelma 2012.)

Skitsofrenia on monimuotoinen sairaus ja sitä sairastaa noin yksi prosentti väestöstä. Oireet ilmenevät eri ihmisillä erilaisina. Se voi ilmetä psyykkisten toimintojen hajoamisena, psykoottisina oireina, sosiaalisena eristäytymisenä, ajattelun ja tunne-elämän häiriönä sekä toimintakyvyn heikkenemisenä. Skitsofrenia on pitkäaikainen ja vakava sairaus muttei sen ennuste ole aina välttämättä huono. Sairauden kulku saattaa olla vaihteleva, sairastunut saattaa olla toistuvasti psykoottinen ja psykoosijaksojen välissä vähäoireinen tai lähes oireeton. Skitsofreniaan sairastuneista yli puolet toipuu suhteellisen hyvin ja vain murto-osa tarvitsee toisten apua selviytyäkseen arjen asioista. (Heiskanen ym. 2010.)

Skitsofreniaa sairastavilla tarkkaavaisuuden heikkous saattaa kohdistua vireystason ylläpitämiseen sekä tarkkaavaisuuden suuntaamiseen. Myös lyhytkestoinen muisti, työmuisti, pitkäkestoinen muisti ja tulevaisuuteen suuntautuva muisti ovat kaikki jossain määrin häiriintyneet. Nämä oireet aiheuttavat merkittäviä vaikeuksia arkielämän ongelmista selviytymisessä. Potilaiden saattaa olla vaikea keskittyä yhteen asiaan ja estää esimerkiksi aiheeseen liittymättömiä sisäisiä sekä ulkoisia ärsykeitä. Keskustelun seuraaminen saattaa olla vaikeutunutta, samoin asioiden mieleen palauttaminen. Skitsofreniaa sairastavat saattavat kesken kaiken unohtaa mitä olivat sanomassa tai tekemässä ja heidän kykynsä ohjata ja säädellä toimintaansa on usein vakavasti heikentynyt. Edellä mainittu tulisi huomioida kuntoutustoimintaa suunniteltaessa. (Muzio 2010.)

Oikeuspsykiatrian kriminaalipotilaista yli 70 % sairastaa skitsofreniaa ja loppuilla on jokin muu psykoottistasoinen häiriö (Tiihonen 2001.) Suomessa on tutkittu psykoosien esiintyvyyttä ja alueellista vaihtelua. Vuonna 2012 psykoosien esiintyvyys Suomessa koko väestössä oli 5 %. Yleisin sairaus oli skitsofrenia, jota sairastaa noin 1 %. Miehille tyypillisimpiä olivat päihdepsykoosit ja yli 65-vuotiaille naisille yleissairauteen liittyvät psykoosit. Alueellisesti psykoosia sairastavia on eniten Pohjois- ja Itä-Suomessa. Koska sairastavien osuus väestöstä on niinkin suuri kuin 3,5 %, on psykoosi luokiteltu kansanterveydelliseksi ongelmaksi, joka tulee huomioida, kun kehitetään hoitojärjestelmiä. (Suvisaari ym. 2012.)

### **1.5.1 Psykoosi sairauksien hoito ja somaattiset riskit**

Psykoosit hoidetaan yleensä antipsykoosilääkityksellä, jonka avulla voidaan pelastaa elämiä vaikuttamalla psykoosi-oireisiin ja vähentämällä itsemurhia, mutta joka myös lisää riskiä sairastua verenpainetautiin, diabetekseen ja voi aiheuttaa lihavuutta. Veren rasvojen ja sokerin rutiiniseurannat ennen hoidon aloitusta ja hoidon aikana ovat tärkeitä ensisijaisena hoitona. Painon seuranta ja fyysisen aktiivisuuden tukeminen on myös tärkeää. Kiinnostus asiaan on herännyt viimeisen kymmenen vuoden aika maailmanlaajuisesti ja se on nostettu tärkeäksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmasta. (Hultsjö ym. 2012.)

Pitkään kestäneiden, kroonistuneiden psykoosien kohdalla psykoosin akutisoitumisvaiheessa potilaan hoitoa tehostetaan tarpeen mukaan. Jos vointi nopeasti huononee, ensimmäiseksi tarkistetaan, onko hän ottanut sovitut lääkkeet. Tärkeää on kuulla myös läheisten näkemys. Erityisesti klotsapiinin, litiumin ja lamotriginin kohdalla tarkistetaan laboratoriotulokset potilaan veren lääkeainepitoisuus. Lisäksi tutkitaan erotusdiagnostisesti tärkeät laboratorioarvot (etenkin elektrolyyttitasapaino), suljetaan pois somaattiset sairaudet ja kartoitetaan potilaalta ja hänen läheisiltään potilaan sosiaalinen tilanne. Psykoosilääkkeiden pitkäaikaiskäyttö vaikuttaa useisiin elinjärjestelmiin. Psykoosia sairastavan perustarpeista ja turvallisuudesta sekä sosiaalisista tarpeista, asumisesta ja etuuksista pitäisi huolehtia ja ottaa huomioon tärkeimmät liitännäisongelmat eli päihdeongelmat ja somaattiset sairaudet. Psykoosin lääkehoito toteutetaan pääasiassa Käypä hoito – ohjeiden mukaisesti ja vasteen mukaan lääkehoitoa tarkentaen. Yksilöllinen, terapeutisesti orientoitunut hoitosuhde on hoidossa erittäin tärkeä. Hoidon vaikuttavuuden ja hoitotyytyväisyyden seuranta tapahtuu kyselyitä tai mittareita apuna käyttäen.



Tärkeää on ottaa huomioon myös sairastuneen voimavarat, huomioida jäljellä oleva toimintakyky ja tukea toimintakyvyn säilymistä. Vaikka kyseessä on psyykkisesti sairas ihminen, tulee häntä ja hänen tarpeitaan ja toiveitaan nähdä laajemminkin kuin vain sairauden näkökulmasta (Psykoosin alueellinen hoito-ohjelma 2012.)

Psykoosilääkkeiden pitkäaikaiskäyttöön liittyy useisiin elinjärjestelmiin kohdistuvia haittavaikutuksia, joiden takia lääkettä tulee säännönmukaisesti seurata. Erityistä huomiota tulee kiinnittää verenkiertoelimistöön kohdistuviin, neurologisiin ja metaboliisiin haittavaikutuksiin. Lääkkeen huolellisella valinnalla ja mahdollisimman pienellä vuorokausiannoksella voidaan vähentää haittavaikutuksia. (Psykoosin alueellinen hoito-ohjelma 2012.)

Jo Hippokrates ja Sokrates korostivat sairauksien hoidossa kokonaisvaltaista käsitystä, joka sisälsi sielun ja ruumiin. 1700-luvulta lähtien on kirjallisuudessa esiintynyt tutkimuksia psykosomatiikasta. Monet tutkijat suuntasivat kiinnostuksensa fysiologisten ilmiöiden ja psykopatologian yhteyksiin. Maailmansotien välisenä aikana alkoi ajanjakso, joka tuotti monta teoriaa psykosomatiikkaan. Nämä teoriat korostivat psykosomaattisten sairauksien spesifisistä yhteyttä psykodynaamisiin tekijöihin. Näiden ja uusimpien tutkimusten mukaan psyykkiset sairaudet ilman elämäntapa vaikutuksiakin lisäävät somaattisen sairastavuuden riskiä. (Joukamaa 2001.)

Diabetes on skitsofreniaa sairastavilla neljä - viisi kertaa yleisempää kuin muilla. Vaikka moniin neurolepteihin liittyykin painonnousua, saattaa skitsofreniaa sairastavan diabeteksen taustalla piillä myös muita kuin lääkkeisiin liittyviä mekanismeja. (Niskanen 2009.)

Skitsofreniapotilaiden elintavat, vähäinen liikunta, runsas tupakointi, yksipuolinen ruokavalio ja ylipaino lisäävät riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin, aineenvaihduntasairauksiin ja syöpään. Kehittyneissäkin maissa skitsofreniaa sairastavien somaattisen terveydentilan tutkiminen, hoito ja seuranta ovat järjestetty puutteellisesti. Osittain syytä tähän on se, että ettei somaattisten ja psykiatristen hoitojärjestelmien välillä ole yhteistä sopimusta skitsofreniapotilaiden somaattisen terveydentilan seurannasta ja hoidosta. Sairauteen kuuluvat toimintakyvyn heikkeneminen, eristäytyneisyys, kivun kokemuksen heikentyminen, oireiden huono tunnistaminen sekä kognitiiviset vaikeudet erityisesti muisti- ja päättelytoimintojen alueella sekä erilaisten oireiden aiheuttamat vaikeudet

kuvata oireita tai tilannetta vaikeuttavat terveydenhuollon piiriin hakeutumista ja seurannan toteutumista. (Heiskanen ym. 2010, Bonfioli 2013.)

Tonnesenin (2013) mukaan skitsofreniaa sairastavien eliniän ennuste on viisitoista vuotta muuta väestöä huonompi ja selittämättömät äkkikuolemat ovat kolme kertaa yleisempiä kuin valtaväestöllä yleensä. (Heiskanen ym. 2013). Kuitenkaan skitsofreniaa sairastavien kuolleisuus ei lisääntynyt Suomessa sairaalapaikkojen vähentyessä ja lääkehoidon näkökulmasta tarkasteltuna kuolleisuus oli suurin joko syystä tai toisesta ilman lääkitystä olevilla henkilöillä. Skitsofreniaa sairastavien sekä luonnollisissa että ei-luonnollisissa kuolemista on todettu eroja sairaanhoitopiirien välillä.

(Heiskanen ym.2010.)

Huolimatta lukuisista tutkimuksista koskien skitsofreniapotilaiden somaattisia sairauksia, nämä sairaudet tunnetaan puutteellisesti ja esimerkiksi infektiosairauksien osuutta kuolemiin on tutkittu vähän. Näiden sairauksien huomioon ottaminen, aktiivinen hoitaminen ja potilaiden kannustaminen fyysisen terveydentilansa hoitoon on edelleen riittämätöntä. (Heiskanen ym. 2012.)

Perinteisistä riskitekijöistä korkea verenpaine ei kuitenkaan ole skitsofreniaa sairastavilla yleinen, mikä liittyy joidenkin psykoosilääkkeiden aiheuttamaan verenpaineen laskuun. Klotsapiini ja ketiapiini sekä tavanomaiset suurannosneuroleptit salpaavat reseptoreita, mikä aiheuttaa verenpaineen laskua ja siten reflektorisen takykardian. Pitkäaikaisen takykardian seurauksena voi olla kardiomyopatia ja sydämen vajaatoiminta. Psykoosilääkkeet voivat myös pidentää QTc - aikaa ja siten altistaa kääntyvien kärkien takykardia - kohtauksille. Tehokas psykoosilääkehoito, säännöllinen somaattinen seuranta verikokeineen ja potilaan vahva motivaatio käyttää psykoosilääkitystä takaavat tehokkaimmin hyvän kokonaisennusteen. (Heiskanen ym. 2012.)

Pelkästään itsemurhia ehkäisemällä ei skitsofreniaa sairastavien suurta kuolleisuutta voida vähentää, vaan heidän somaattinen seurantansa ja hoito on saatava samalle tasolle valtaväestön kanssa. (Heiskanen ym. 2012.)

Psykoositasoinen sairaus vaikuttaa elämään monella tasolla ja onkin tärkeää kehittää tehokkaita ja vaikuttavia tapoja tunnistaa somaattiset sairaudet ja riskit. On tärkeää, että mielenterveyspalveluissa potilas saa asianmukaisen hoidon myös somaattisiin sairauk-

siinsa. Muihin, elintapoihin liittyviin ongelmiin, voidaan puuttua terveystieteiden avulla. (Olsen ym. 2005, Salokangas ym. 2006, Robson & Gray 2007, Kiviniemi ym. 2007, Kopp ym. 2011.)

Skitsofreniaa sairastavien on tärkeää luoda säännöllinen elämänrytmi. Fyysisestä kunnosta ja terveydestä huolehtiminen on yksi tärkeimmistä tekijöistä, joilla sairaus saadaan pysymään hallinnassa. Potilailla on myös usein heikot vuorovaikutustaidot, joten heidät tulee kohdata sellaisina kuin he ovat. Mahdolliset aistiharhat, mitä potilas näkee tai kuulee, tulee käsitellä todenmukaisina, jotta potilas ei ahdistu. (Huttunen 2008).

### **1.6 Terveystieteiden vaikuttavat tekijät: ylipaino, uni, tupakointi ja päihteet**

Ylipainoon liittyvät tekijät ovat lisääntyneet sekä Suomessa, että maailmanlaajuisesti. Ei voida olettaa, että mielenterveydenhäiriöistä kärsivät ihmiset olisivat voineet jäädä tämän muutoksen ulkopuolelle. Mielenterveydenhäiriöön itseensä sekä siihen käytettyihin lääkehoitoihin liittyy riski, joka on suurempi kuin yleisväestöllä. Ylipaino heikentää sairastuneiden elämänlaatua, hoitomyönteisyyttä sekä hoitotulosta. Lääkkeiden käyttöön liittyvä painonnousu alkaa useimmiten pian lääkkeiden käytön aloittamisen jälkeen ja sairastuneet tunnistavat sen, pitäen sitä kielteisempänä kuin itse häiriöön liittyvää painonnousua. (Koponen 2011.)

Yli 5% painonnousu psykoosilääkityksen aloittamisen jälkeen tai sen aikana on merkittävä kardiometabolinen riskiraja, 7% nousu on hälytysraja ja 10% merkittävä riskiraja. Painon alkaessa nousta on ensisijaisina toimenpiteinä elämäntapaohjaus, sillä lihomiseen taipuvaisillakin potilailla psykoosilääkityksen ensisijaisena tavoitteena on psykoosioireiden häviäminen tai väheneminen. Aloitettuun lääkkitykseen liittyvää painonnousua ei kuitenkaan pidä hyväksyä ilman, että selvitetään vaihtoehtoisten lääkkeiden tehoa ja sopivuutta. Tutkimusten mukaan lihavuuteen liittyvä maksan rasvoittuminen voi edetä 5%:lla maksakirroosiksi. (Heiskanen ym. 2012).

Ylipaino voi liittyä psykiatrisiin häiriöihin monella eri tavalla. Ruokavalio voi olla virheellinen ja liian energiapitoinen. Rasvaa saatetaan käyttää liikaa ja kuitupitoisia ruoka-aineita ja kasviksia liian vähän. Liikunnan vähyys saattaa johtua mielenterveydenhäiri-

öön liittyvistä oireista. Lisäksi psykiatrisista häiriöistä kärsivistä joka neljäs käyttää liikaa alkoholia ja sillä saattaa olla osuutta ylipainon kehittymiseen. (Koponen 2011.)

Koska psyykelääkkeiden käyttöön liittyy ajallisesti pitkäkestoinen (1-2v) painonnousun riski, tulee hoidon olla tiivistä ja pitkäjänteistä myös painonnousun osalta. Lääkevalinnoissa painotetaan yksilöllisyyttä ja painoneutraaliutta, varsinkin jos sairastuneella on kardiometabolisia riskejä. Keskeinen osa painonhallintaa on elämäntapa ohjaus. Ruokavalion merkitys on keskeistä painonhallinnassa, koska laihtuminen tapahtuu vain silloin kun energiaa saadaan vähemmän kuin kulutetaan. Kognitiivisen käyttäytymisterapian, ryhmäterapien ja dieetin yhdistämisellä on saatu hyviä tuloksia erityisesti psykoosilääkehoitoon liittyvän painonnousun vähenemisessä. (Koponen 2011.)

Diabeteksen ennaltaehkäisy on helpompaa kuin itse sairauden hoito. Pienetkin pysyvät elämäntapamuutokset vähentävät sairastumisriskiä. Lisäksi keskeistä on, että plasman glukoosipitoisuuden paastoarvo tulisi selvittää ennen psykoosilääkehoidon aloittamista tai sen merkittävää muuttumista. Jos on arvo viitealueella eikä painoa kerry, uusinta määrittäminen tehdään kolmen kuukauden kuluttua, myöhemmin puolen vuoden tai yhden vuoden välein. (Heiskanen ym. 2012.)

Ruokailun säätely on monimutkainen prosessi. Vaikka ruokamäärä vaihtelisi päivittäin hyvinkin pitkän ajan kuluessa, voi paino pysyä samana. Tähän vaikuttaa elimistön säätelymekanismi. Ruuan säätely voidaan jakaa kahteen erilaiseen vuorovaikutukselliseen malliin: Lyhyeen ja pitkään säätelyyn. Pitkän ajan kuluessa on helpompi syödä liikaa kuin liian vähän. Edelleenkin suositellaan runsaskuituisia ruokia ja ”opittuun kylläisyyteenkin-” voidaan vaikuttaa eli ihminen voi opetella tulemaan kylläiseksi tietyistä määristä ruokaa. (Heikkinen ym. 2006.)

Lähes kaikkiin mielenterveydenhäiriöihin liittyy unen häiriöitä. Häiriöiden yhteys on monimuotoinen, eikä vielä täysin ymmärretty. Voidaan kuitenkin olettaa, että unen häiriöt saattavat olla mielenterveyden häiriöille altistava tekijä tai sen seuraus. Unen vaikea-asteinen häiriintyminen on yleinen ilmiö psykoosisairauksissa. (Lindberg ym. 2004.)

Uni on tärkeää ihmisen hyvinvoinnin kannalta. Epidemiologiset tutkimukset osoittavat, että sekä poikkeava vuorokausirytmäisyys, että unen poikkeava pituus vaikuttavat aineen-

vaihduntaan. Tutkittaessa ikääntymisen vaikutusta uneen, todettiin painoindexin ja iän yhteisvaikutuksen olevan jossain määrin merkityksellistä myös unen määrään. (Ollila ym. 2011, Allen 2001.)

Tutkittaessa klotsapiinin vaikutusta unen määrään, todettiin, että lääkitsemättömien skitsofreniapotilaiden uniprofiili erosi selkeästi klotsapiinilääkitystä saaneista potilaista. Lääkitsemättömät potilaat heräilivät useasti yön aikana, mutta unen syvyydessä ei ollut eroja. Jo 3-4 vuorokauden klotsapiini-lääkitys lisäsi unen määrää ja aiheutti heräämisvaikeuksia. (Lee ym. 2001.)

Unirytmiksi sekoaa helposti, joten elämäntapojen tarkastelu on tärkeää liikunnan ajankohdan sekä ilta-aterian ja nautintoaineiden kohdalta. Nukkumisympäristö tulee tehdä otolliseksi ja kiinnittää huomiota rauhoittumiseen sekä rutiineihin. Säännöllinen rutiini vähentää unentuloa estävien ärsykkeiden määrää. Vuoteessa vietetään aikaa vain nukkuen. Rentoutus on hyvä keino mutta sen oppiminen saattaa viedä aikaa. (Käypä hoitosuositus unettomuus 2008.)

Skitsofreniaan liittyen vakaviin unen häiriöihin suositellaan käytettäväksi sellaisia psykoosilääkkeitä, jotka helpottavat nukahtamista ja unessa pysymistä, mutta jotka myös pyrkivät palauttamaan unen normaalin rakenteen. (Lindberg ym. 2004.)

Tupakoinnin yleisyys aikuisten keskuudessa on 26 % väestöstä, mutta psykiatrisilla potilailla se on lähes kolme kertaa korkeampi 70 % - 74 %. Syyt korkeisiin tupakointilukuihin psykiatrisilla potilailla näyttävät olevan monisyisiä. ( Dickens ym. 2005.)

Tutkimukset tupakointiin liittyvistä ongelmista psykiatrisissa hoitolaitoksissa ovat keskittyneet käsittelemään täydellistä ja osittaista tupakointikieltoa. Eri tulostuloksista johtuen tutkijat eivät ole kyenneet tekemään meta-analyysyjä aggressiivisen käyttäytymisen lisääntymisestä tupakointikieltoon liittyen, mutta vain neljässä tutkimuksessa seitsemästätoista on voitu osoittaa aggressiivisen käyttäytymisen kasvu potilaiden keskuudessa tupakoinnin täydelliseen tai osittaiseen kieltämiseen liittyen. (Dickens ym. 2005.)

Vuonna 2008 13 % 15–69 -vuotiasta suomalaista ilmoitti käyttäneensä kannabista vähintään kerran elämässään ja 3 % viimeisten 12 kuukauden aikana. Käyttäjistä suurin

osa (n. 90 %) ei tule aineesta riippuvaiseksi, eikä sen käyttö aiheuta heille merkittäviä psyykkisiä oireita. Osalla säännöllinen käyttö kuitenkin johtaa erilaisiin ongelmiin terveyden, tunne-elämän, käyttäytymisen, sosiaalisten ja juridisten kysymysten suhteen. Huumeongelman vuoksi hoidossa olleista kuitenkin vain 14 % katsoi kannabiksen olevan keskeinen syy hoitoonsa. Vähäisen avun hakemiseen selityksenä voidaan pitää sitä, etteivät käyttäjät näe yhteyttä omien oireidensa tai ongelmiansa ja kannabiksen välillä. (Ulrich ym. 2011.)

Vuosien 1992- 2010 aikana tehdyissä tutkimuksissa on todettu suomalaisten asenteen huumeiden käyttöä kohtaan muuttuneen. Tänä aikavälinä suomalaisten huumeiden käyttö on lisääntynyt. Vaikka 2000-luvun lopulla nuorten huumeiden käyttö lähti laskuun, näyttäisi viime vuosien suunta kuitenkin johtaneen huumeiden käytön lisääntymiseen. Tanssi- ja klubikulttuuri on tuonut mukanaan uusia huumeita. Niin kutsuttujen kovien huumeiden käytössä siirryttiin heroiinista synteettisiin opiaatteihin, kuten buprenorfiiniin ja uusiin lääkeopioideihin, kuten tramdoliin ja fentanyyliin. Omat käyttökokemukset tai huumeiden käyttäjien tunteminen henkilökohtaisesti on lieventänyt asennetta huumausaineita kohtaan. (Metso ym. 2012.)

Huumausaineiden käytön lisääntymisestä huolimatta, suomalaisten yleisimmin käyttämä päihde on alkoholi. Alkoholin käyttömäärien vaikutus mielenterveyteen on tiedostettu jo pitempään, mutta huomiota ei ole kiinnitetty juomatapaan. Humalajuominen määritellään eri tavalla kuin muu juominen. Määritelmä perustuu käytettyyn alkoholimäärään. Suomalaista juomatapaa on väitetty humalahakuiseksi. (Aalto ym. 2011.)

Alkoholiriippuvuus on merkittävin alkoholin aiheuttama sairaus. Riippuvuuden syntyyn vaikuttavat monet tekijät. Alkoholin käyttö on välttämätön, muttei riittävä syy riippuvuuden kehittymiselle. Dopamiiniteoriassa puhutaan humalaan liittyvästä mielihyvästä ja alkoholin hermostollinen vaikutus on myös muiden biologisten teorioiden taustalla. Teorioiden mukaan humalaan liittyvät myönteiset odotukset lisäävät humalahakuisuutta, jos hyöty ylittää haitat. Tällä teoriolla voidaan selittää vain vähäisessä määrin alkoholin liikakäyttöä. Instrumentaalisen oppimisteorian mukaan humalajuominen niissäkin tilanteissa, joissa juomiseen liittyvät haitat ovat suuret, perustuu käyttäytymien seurausten vahvistavaan vaikutukseen. Vahvistamisella tarkoitetaan sitä, että käytös josta seuraa jotain myönteistä, toteutetaan helpommin uudelleen kuin käytös, josta ei ole mitään seurauksia tai kielteiset seuraukset. Usein instrumentaalinen oppimisteoria ei ole

tietoista ja tällöin henkilö itse ei välttämättä ymmärrä omaa käytöstään. Tämä teoria selittää tuttua ilmiötä, jossa aidosti alkoholin käytön lopettamista haluava ei kykene muuttamaan käytöstään. (Aalto ym. 2011.)

### **1.7 Henkilökunnan merkitys terveyden edistämässä oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä**

Mielenterveyden häiriöistä kärsivät ihmiset liikkuvat muuta väestöä vähemmän. Mitä rasittavampaa liikunta on, sitä vähemmän psyykkisistä sairauksista kärsivät sitä harjoittavat. Myös häiriön määrä vaikuttaa liikunnan määrään ja rasittavuuteen. Psykoosipotilailla liikunnan harrastamattomuus on merkittävästi suurempaa kuin valtaväestöllä yleensä. Liikunnan lisääminen ja muut elämäntapainterventiot ovat osoittautuneet tehokkaiksi painonhallinta keinoiksi. Painonhallinnan ohjaaminen ja metabolisen sairastumisen riskin väheneminen antipsykoottisia lääkkeitä syöville potilailla on mahdollista tehokkaan ohjauksen avulla. Fyysinen harjoittelu tukee myös kehon puolustusjärjestelmää. (Herva ym. 2006, Poulin ym. 2007, Korkeila & Korkeila 2008, Blouin ym. 2009, Lindenmayer JP ym. 2009, Casagrande ym. 2010, Knol ym. 2010, Archer ym. 2011, Viertiö ym. 2012.)

Ravitsemusohjauksella on saatu hyviä tuloksia mielenterveyskuntoutujien, etupäässä skitsofreniaa sairastavien henkilöiden keskuudessa. Vakavastikin sairaat kykenevät osallistumaan säännölliseen elämäntapaohjaukseen, saamaan siitä merkittävää hyötyä, laihtumaan tai pysäyttämään lihomisen. Tämä edellyttää juuri heidän tarpeitaan vastaavaa painonhallinta-ohjelmaa, jossa otetaan huomioon psykiatristen sairauksien erityisluonne. (Harrison 2004.)

Oikeuspsykiatria lienee hoitoympäristöistä henkilökuntarakenteeltaan miehisin. Tutkimukset hoitoympäristöistä, joissa miespotilaat ja mieshoitajat muodostavat enemmistön, ovat vähäisiä. Mieshoitajien antaman hoidon merkitystä potilaiden fyysiseen kuntoon on kuitenkin tutkittu. Tutkimuksessa tärkeimmiksi kokemuksiksi nousivat potilaan kanssa yhdessä tehdyt harjoitteet. Harjoitteilla oli erilaisia merkityksiä ja ne loivat turvallisemman hoitosuhteen, jossa henkilökunnan ja potilaiden rajat hämärtyivät. Fyysiset harjoitteet myös paransivat potilaiden terveyttä. Sosiaaliset harjoitteet paransivat merkittävästi sääntöjen noudattamista ja rutiinien sujumista. Tutkimuksessa todettiin hoita-

jien avuttomuuden tunteen lisääntyvän, mikäli he kokivat, ettei harjoitteilla ollut vaikutusta potilaan terveyteen. (Kumpula ym. 2013.)

Ihmissuhteet hoitojärjestelmässä ilmaistaan usein yleisin termein ja ihmissuhteista miesten kesken keskustellaan harvoin. Sama pätee terveyden käsitteeseen, esimerkiksi miesten ja naisten tapaan arvioida sosiaalisia ja kulttuurisia näkökulmia. Tämä voi johtaa erilaiseen lähestymistapaan terveydestä puhuttaessa. Miesten suhde terveyteen ja terveyden edistämiseen määrittelee heidän miehisyytään. Ei ole epätavallista, että keskustelu miesten terveydestä ja terveyden edistämisestä sisältää mielikuvan, jossa miesten on vaikea ilmaista tunteita ja läheisyyden sekä ihmissuhteiden pelko tulee esiin. (Courtenay 2000, 2003.)

Miehet kehittävät läheisiä ihmissuhteita urheilumaailman aktiviteettien avulla, eli läheisyys on ilmaistu aktiviteettien kautta, ei suoranaisella keskustelulla. Tutkimus on osoittanut, että mieshoitajat muodostavat helpoimmin hoitosuhteen urheiluaktiviteettien kautta. (Messner 1997.)

Hoitoympäristö, jossa miespotilaat ja mieshoitajat luovat enemmistön, mahdollistaa ympäristön, jossa harjoitteet eivät uhkaa kenenkään miehisyttä. Yksi edellytys tälle on se, että henkilökuntarakenne oikeuspsykiatriassa ylläpitää miehisyttä. Potilaille tämä voi merkitä myös sitä, että miehisyden korostuessa heidän muun hoidon tarpeensa ei tule riittävästi esille. (Kumpula ym. 2013.)

Vastaavaa tutkimusta naishoitajien vaikutuksesta oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä ei ole tehty.

Mielenterveyspotilaiden kohdalla liikunta on erityisen hyödyllistä. Liikunnalla on suuri merkitys toimintakyvylle, somaattiselle terveydelle, unen laadulle ja vuorokausirytmille. Siitä voi olla apua myös sopeutumiskeinona, mikäli harhojen häiritsevyys vähenee liikunnan myötä. Säännöllinen liikunta aiheuttaa mielihyvää ja antaa nopeasti pieniä positiivisia muutoksia. Tätä kautta potilaan pystyvyyden ja itsehallinnan tunne lisääntyy. (Leppämäki ym. 2005, Richardsson ym. 2005.)

Käypä hoito – suosituksen mukaan kohtuukuormittavaa kestävyysliikuntaa (esim. kävely) tulisi harrastaa viikossa 2,5 h, esimerkiksi 30 min viitenä päivänä tai raskasta liikuntaa 1h 15min viikossa. Yli 65- vuotiaiden tulisi harrastaa lisäksi nivelten liikkuvuutta ja



tasapainoa ylläpitävää liikuntaa. Kaikille ikäryhmille suositellaan luusto-lihas-liikuntaa, esim. kuntosaliharjoittelua, vähintään kahtena päivänä viikossa. Liikunta voidaan toteuttaa myös 10 min jaksoissa. (Käypä hoito – suositus: Liikunta 2012.)

Tupakoinnin suhteen henkilökunnan uskomuksilla, asenteilla ja käyttäytymisellä saattaa olla epäsuotuisa vaikutus potilaiden tupakoinnin lopettamiseen. Meiklejohn (2003) väittää, että henkilökunnan tupakointi Isossa-Britanniassa teki potilaiden tupakoinnin lopettamisen vaikeammaksi ja Moxham (2001) uskoo, että moni mielenterveysalan henkilökunnasta ei pidä tupakoinnin lopettamisen tukemista heidän tehtävänänsä.

Suosittelavaa olisi, että henkilökunta ei polttaisi työvuorossa. Tämän avulla pyritään tukemaan tupakoinnin lopettamista ja parantamaan tupakoivien potilaiden fyysistä hyvinvointia. (Dickens ym. 2005.)

Tupakoitsijoista noin 40 prosenttia kertoo yrittäneensä lopettaa tupakan polton viimeisen vuoden aikana. Pitkäaikaistulokset tupakoinnin lopettamisesta ovat kuitenkin huonoja, vain noin 5 prosenttia ilman hoitoa lopettaneista ovat edelleen polttamatta vuoden kuluttua. Täydellisen tuen avulla lopettamisprosentti on huomattavasti suurempi, jopa 30 prosenttia. Hoitokeinojen kehittymisestä huolimatta se on kuitenkin käytännön työssä haaste. Ei riitä, että potilaalle todetaan tupakoinnin olevan vaarallista, koska sen hän tietää jo ennestään. Vieroitus onnistuu paremmin, jos käydään motivoiva psykososiaalinen keskustelu. Tämä johtunee siitä, että tupakointiin vaikuttavat myös monet sosiaaliset tekijät ja usein vaikea nikotiiniriippuvuus. Tulokset paranevat vielä tästäkin, mikäli hoitoon liitetään vieroituslääkitys tai nikotiinikorvaushoito. (Winell 2012.)

Päihitteettömyyden tukemiseen on monia hyviä menetelmiä, joita ammattilaiset voivat ottaa käyttöön työssään. Interventiot kuuluvat hoitotyöhön. Voidaan ajatella, että henkilöt, jotka eivät ole huomanneet muutostarvetta, hyötyvät interventioista. On mietitty, ovatko interventiot vaikuttavampia, jos ne ovat suunniteltu ja räätälöity muutosvalmiuden tai muutosvaiheen perustella? Pelkkä tavoitteen asettaminen ei ole riittävää, varsinkin jos tavoite ei ole lähtöisin päihteiden käyttäjältä itseltään. Asetetun tavoitteen tulee olla konkreettinen ja riittävän haasteellinen. Keskustelua on herättänyt, kannattaako potilaan luottamusta omiin muutoksentehtäviin vahvistaa? Potilaan aiemmasta kokemuksesta nousevat konkreettiset, toiminnalliset tavoitteet ja tarkat suunnitelmat helpottavat muutoksen onnistumista. Elämäntapamuutoksella tarkoitetaan käyttäytymisen

muutosta, sekä uuden omaksumista, että vanhoista tavoista pois oppimista. (Absetz ym. 2011.)

Motivoivan haastattelun puolesta puhuu se, että vähäisellä ajankäytöllä päästään vähintään yhtä mittaviin tuloksiin kuin laajemmin toteutetuilla menetelmillä. Menetelmä näyttäisi sopivan kaikille potilaille, eikä se edellytä potilaalta muutosvalmiutta. Motivoivan haastattelun vaikuttavuus perustunee potilaan muutospuheen, oman toiminnan ja omien tavoitteiden väliseen epäsuhtaan. Tällöin potilaalla on mahdollisuus itse lausua ääneen ja arvioida muutokseen tai nykytilan jatkamiseen liittyviä hyötyjä ja haittoja ilman työntekijän tuomitsevaa asennetta. Tätä kautta potilas itse motivoi itseään muutokseen. Hyviä tekniikoita ovat myös erilaisten testitulosten seuraaminen ja potilaan ohjaaminen oman käyttäytymisen seurantaan. (Absetz ym. 2011.)

### **1.7.1 Psykoedukaatio menetelmänä**

Pitkäänkin sairastaneiden skitsofreniapotilaiden on todettu hyötyvän ryhmäkuntoutuksesta ja psykoedukaatiosta. Nämä kuntoutusmuodot ovat parantaneet toimintakykyä ja elämänlaatua ja soveltuvat erityisesti pitkään sairastaneille potilaille joiden toipuminen on jäänyt vajaaksi. (Posio ym. 2008).

Psykoedukaatio - käsite syntyi 1970-luvun Philadelphiassa, jossa sosiaalityöntekijä ja -perheterapeutti Carol Anderson alkoi pitää luentoja skitsofreniasta pitkäaikaissairaiden potilaiden vanhemmille. Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikassa alettiin vuonna 1994 kouluttaa eri alojen edustajia samaan hoitotyönmalliin ja se nimettiin koulutukselliseksi perhetyöksi. (Kilkku 1994.) Nykyisin käsite kattaa kaikenlaisen potilaalle ja omaisille annettavan tiedon ja koulutuksen.

Psykoedukaation sisältöihin ja koulutusmenetelmiin kuuluu monia erilaisia työskentelytapoja, joiden yhteisenä nimittäjänä on tiedon jakaminen, ymmärryksen ja hallinnan lisääntyminen sekä muutoksen mahdollistaminen. (Kieseppä ym. 2013.)

Yksi psykoedukaation tärkeä työväline on arkikielen käyttö. Psykiatria ja psykologia vilisevät monimutkaisia ja vaikeita käsitteitä jotka usein jäävät sisällöltään ammattilai-

sillekin epäselviksi. Tällaisten käsitteiden käyttö turhaan mystifioi ja heikentää mahdollisuuksia ymmärtää sekä sitä kautta vähentää itsehallinnan kokemusta ja itsetuntoa. Eri-laiset ammattisanat ovat pahimmillaan epätietoa, joka ainoastaan lisää epävarmuutta ja ahdistusta. Potilaat ja heidän läheisensä tarvitsevat tietoa, mutta tiedonannon tulee lähteä heidän tarpeistaan ja olla hoitoprosessin tavoitteita tukevaa. Jokaisen käytetyn ammattitermin takana on yksittäisen potilaan elämään liittyvä arkikokemus – ongelma, jonka tunnistaminen, toisin kuin diagnostinen nimi antaa hänelle ja hänen läheisilleen mahdollisuuden löytää ratkaisuja ja päästä eteenpäin. (Lehtinen 2013.)

Psykoedukaation tavoitteena on askel kerrallaan lisätä sairastuneen sairaudenkulun ja oireiden hallintakeinoja, tähän liittyy olennaisesti toivon ylläpitäminen. Psykoedukaation vaikuttavuudesta skitsofrenian hoidossa on hyvää näyttöä. Skitsofrenian käypähoitosuosituksessa (2008) todetaan, että psykoedukaation vaikuttavuudesta skitsofrenian hoidossa on vahva A-luokan tutkimusnäyttö, ja että sen tulisi aina kuulua skitsofreniapotilaan hoitoon ja kuntoutukseen. Psykoedukaation avulla voidaan parantaa hoitavien henkilöiden ja potilaiden välistä vuorovaikutusta ja yhteistyötä, sekä vähentää psykoosiin sairastuneiden kokemaa stigmaa. Psykoedukaation aikana tapahtuva psykoottisten kokemusten ymmärrettäväksi tekeminen, oireiden hallinnan parantuminen sekä psykoosien syntymekanismien ymmärtäminen auttavat potilasta näkemään psykoosin muihin sairauksiin rinnastettavana häiriönä, jonka etenemiseen ja vaikutuksiin voi vaikuttaa. (Kieseppä ym. 2013.)

Psykoedukaatio on näyttöön perustuva psykososiaalinen käytännön hoito-ohje. Meta-analyysin mukaan se on tehokkainta koko perheen osallistuessa. (Pekkala ym. 2002.)

## 2 KOHDEORGANISAATION KUVAUS

Taysin Oikeuspsykiatrian osastolla 1 hoidetaan ensisijaisesti pirkanmaalaisia oikeuspsykiatrisia kriminaalipotilaita ja vaikeahoitoisia miespotilaita sekä tehdään mielentilatutkimuksia. Osasto on 18 sairaansijan suljettu vuodeosasto. Potilaat ovat iältään 23 vuoden ja 70 vuoden väliltä. Osa potilaista on siirretty oikeuspsykiatrian osastolle Pitkäniemen sairaalan EVA-yksiköstä (Erittäin vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrinen tutkimus- ja hoitoyksikkö) potilaiden saavutettua 18 vuoden iän.

Osastolla potilashuoneet ovat yhden hengen huoneita, yhtä kahden hengen huonetta lukuun ottamatta. Osastolta on yhteys aidatulle sisäpihalle, joka mahdollistaa joustavan ulkoilun niille potilaille, joiden liikkumisvapaus on rajattu.

Osastolla hoitoajat ovat pitkiä, vuosien mittaisia. Valtaosa potilaista sairastaa vakavaasteista skitsofreniaa, sairauden vaikeinta, väkivaltaista muotoa, joka usein on myös hoitoresistentti lääkityksen suhteen. Lisäksi noin puolella potilaista on liitännäissairautena päihdehäiriö, joka altistaa psykoosisairauden pahenemiselle ja väkivaltariskin kasvulle, jos potilas ei pysy raittiina sairaalan ulkopuolella. Hoitoaikoja pidentää myös se, että tässä potilasryhmässä sairautentunnottomuus on yleistä (40 -50 % potilaista) ja siihen liittyen potilailla on taipumus laiminlyödä lääkitystään sairaalahoidon ulkopuolella.

Sairalahoidon aikana tapahtuva kuntoutus pyritään räätälöimään jokaiselle potilaalle henkilökohtaisesti hoitosuunnitelmakokouksen yhteydessä. Jokaisella potilaalla on omahoitaja ja varahoitaja, joiden tehtävänä on motivoida päivittäin potilasta noudattamaan kuntoutussuunnitelmaansa. Potilailla on mahdollisuus osallistua erilaisiin toimintaterapioihin ja osastolla on lisäksi erilaisia ryhmätoimintoja.

Osastolla työskentelee osastonhoitajan lisäksi 23 hoitajaa, joista yksi on osastonhoitajan varahenkilö, sekä 3 sairaalahuoltajaa. Hoitajista 12 on sairaanhoitajia ja 11 mielenterveyshoitajia. Ylilääkäri, osastonlääkäri ja sihteerit ovat yhteisiä oikeuspsykiatrian osaston OPS2 kanssa.

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä tietoa psykoosisairauksia sairastavien pitkäaikaispotilaiden terveydentilasta, kartoittaa siihen vaikuttavia tekijöitä, etsiä keinoja terveyden ylläpitämiseen ja parantamiseen sairaalahoidossa kirjallisuuden ja hoitohenkilökunnan haastatteluiden avulla. Lisäksi opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata oikeuspsykiatrisen hoidon erityispiirteitä ja mahdollisia vaikutuksia potilaiden terveyteen sekä hoidon sisältöön.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla lisätään henkilökunnan sekä potilaiden tietämystä terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja jonka pohjalta kehitetään psykoedukatiivista ryhmätoimintaa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisena oikeuspsykiatrisella osastolla työskentelevät hoitajat kokevat potilaiden terveyden edistämistyön?
2. Millaisena oikeuspsykiatrisella osastolla työskentelevät hoitajat näkivät psykoedukatiivisen ryhmän merkityksen terveyden edistämisessä?

## 4 TUTKIMUKSEN METODOLOGIA JA AINEISTO

### 4.1 Metodologinen perusta

Opinnäytetyö on kehittämistoimintaa, jossa tiedonkeruun menetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta ja laadullista aineiston keruuta. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on näyttää tavat ja näkökulmat joista asiaa on aiemmin tutkittu (Hirsjärvi ym 2003.) Kirjallisuushaku tehtiin käyttäen sekä kotimaisia että ulkomaisia tietokantoja. Kirjallisuushaku suoritettiin käyttäen Medline ja Medic tietokantoja. Hakusanoina käytettiin forensic psychiatric, psychosis, psychosis and forensic psychiatric, psychosis and health promotion, forensic psychiatric and health promotion, health promotion, oikeuspsykiatria, psykoosi, psykoosi ja oikeuspsykiatria, psykoosi ja terveyden edistäminen, oikeuspsykiatria ja terveyden edistäminen sekä terveyden edistäminen.

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on ihminen elinympäristöineen ja se, miten hän kokee ympäröivän maailman. Määrällisen tutkimuksen tapaan, laadullisen tutkimuksen tavoitteena on pyrkiä selvittämään totuutta tutkittavana olevasta ilmiöstä. Laadullinen tutkimus sopii käytettäväksi silloin, kun aiheesta ei ole paljon tutkittua tietoa. (Kylmä ym 2007.)

Laadullinen tutkimus tutkii ja tulkitsee merkityksiä sekä niiden suhteita, niin puheessa kuin kirjoitetussa tekstissä tai kuvamateriaalissa (Ronkainen ym 2011).

Laadullinen tutkimus tässä opinnäytetyössä tarkoittaa osaston OPS1 henkilökunnan kokemusten ja näkemysten sekä työnkuvan tarkastelua suhteessa potilaiden terveyden edistämiseen tutkimuskysymysten ja haastatteluiden avulla.

### 4.2 Aineiston keruu

Teemahaastattelu on väljä haastattelumuoto, jossa tutkija valitsee muutamia avainkysymyksiä tai aihepiirejä joiden ympärille haastattelu rakentuu. Avoin haastattelu edellyttää tutkijalta tilanneherkkyyttä, kykyä edetä tilanteen ja haastateltavan ehdoilla. Avoimessa haastattelussa myös haastateltavan rooli on aktiivisempi. Laadullisessa tutkimuksessa haastattelun tarkoitus on saada monipuolisia ja persoonallisia kuvauksia tutkitta-

vasta ilmiöstä. Laadullisessa tutkimuksessa tieto on sidoksissa siihen ympäristöön josta se on hankittu. Se ei siis ole tilastollisesti yleistettävissä vaan tiedon painoarvo koostuu muista seikoista. ( Kylmä ym. 2007.)

Aineistoa varten tehtiin laaja kirjallisuushaku sekä kotimaisiin että ulkomaisiin tietokantoihin. Laadullista tietoa kerättiin työyhteisöstä avoimien teemahaastattelujen muodossa ja tuotettu tieto annettiin opinnäytetyön muodossa työyhteisön käyttöön. Ennen haastatteluiden aloitusta suunniteltiin alustavasti kirjallisuuskatsauksen perusteella terveyttä edistävän ryhmän runkoa, ja tiedusteltiin potilaiden halukkuutta osallistua ryhmätoimintaan. Neljän potilaan ilmoittauduttua halukkaaksi osallistumaan, valikoituivat haastateltaviksi heidän omahoitajansa.

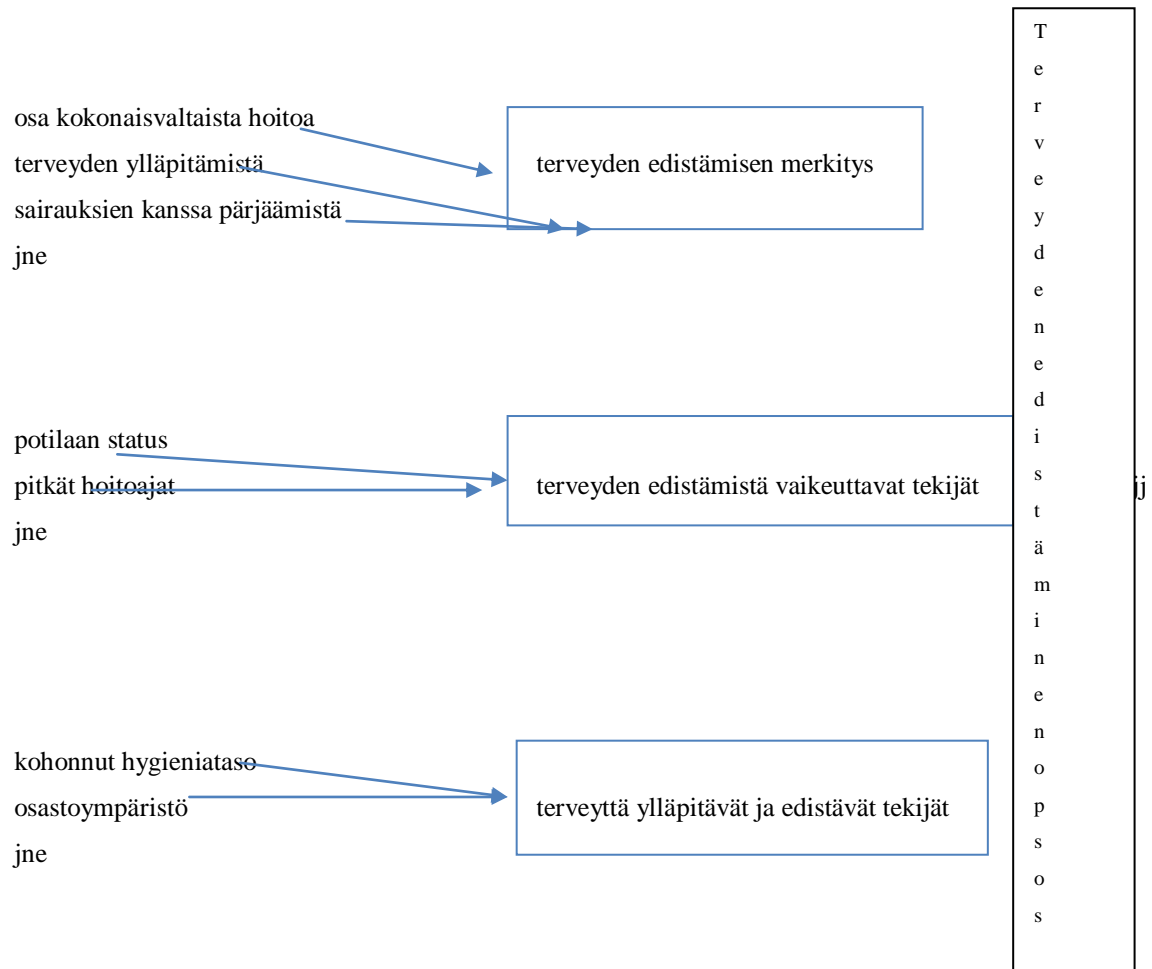
Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina, joissa haastateltiin ryhmään osallistuvien potilaiden omahoitajia. Teemallinen yksilöhaastattelu valikoitui tutkimusvälineeksi tutkimuskysymysten ja aiemman vähäisen tutkimustiedon vuoksi. Lisäksi haastatteluilla haluttiin tietoa juuri tämän organisaation toiminnasta.

Tässä opinnäytetyössä teemahaastatteluja varten laadittiin tavanomaista enemmän valmiita kysymyksiä. Tällä pyrittiin varmentamaan haastattelujen sujuvuus ja aiheessa pysyminen haastattelijan ollessa yksi työryhmän jäsenistä. Teemahaastattelujen kysymykset on esitetty liitteessä 3.

Tutkimushaastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastatteluista sekä tutkimuksesta annettiin tietoa osastotunnin yhteydessä ennen tutkimuksen alkamista. Tutkimukseen osallistujille annettiin saatekirje (Liite 4.). Haastatteluilla kerättiin tietoa terveyden edistämisestä osana kokonaisvaltaista oikeuspsykiatrasta hoitotyötä, henkilökunnan suhtautumisesta terveyden edistämiseen, ryhmätoiminnan vaikuttavuudesta sekä käytännöistä, jolla terveyden edistämistä oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä voitaisiin kehittää. Haastattelut toteutettiin samansisältöisinä ennen ryhmätoiminnan aloitusta ja ryhmätoiminnan jälkeen. Haastattelujen sisältöä vertailemalla arvioitiin hoitajien kokemuksia psykoedukatiivisen ryhmätoiminnan vaikuttavuudesta.

### 4.3 Aineiston analyysi

Haastattelut nauhoitettiin ja saatu aineisto kirjoitettiin tekstiksi. Haastatteluissa kerätty tieto analysoitiin deduktiivisellä sisällön analyysillä. (Kylmä ym. 2007.)



Kuvio 2. terveyden edistäminen oikeuspsykiatrisella osastolla

Haastattelija litteroi haastattelut, eli muutti aineiston käsiteltävään muotoon kirjoittamalla nauhat tekstiksi. Litteroinnissa pääpaino oli puhutulla, mutta pitkät tauot ja naurahdukset kirjoitettiin tekstiin.

Sisältö analysoitiin purkamalla aineisto ensin osiin teemoittain ja tämän jälkeen sisällölliset samankaltaisuuden yhdistettiin. Sen jälkeen aineisto tiivistettiin kokonaisuudeksi,



joka vastasi tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. (Kylmä ym. 2007.) Aineistosta syntyi kolme pääluokkaa, jonka alle tulokset kerättiin.

Ensimmäisellä haastattelukierroksella haastateltiin neljää hoitajaa, mutta haastatteluista vain kolme saatiin muutettua kirjoitetuksi aineistoksi laitevian vuoksi. Laitevian vuoksi yksi haastattelunauha tuhoutui.

Toisen haastattelukierroksen jälkeen aineisto analysoitiin samalla tavoin kuin ensimmäisellä kerralla ja haastattelujen sisältöä vertailemalla arvioitiin hoitajien kokemuksia ryhmätoiminnan merkityksestä oikeuspsykiatrisen potilaan terveyden edistämiseen.

#### **4.4 Eettiset lähtökohdat**

Tutkimus toteutettiin lainsäädäntöä ja hyvää tutkimustapaa noudattaen sekä eettiset näkökulmat huomioiden. Tutkimushaastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastatteluista sekä tutkimuksesta annettiin tietoa osastotunnin yhteydessä ennen tutkimuksen alkamista. Tutkimukseen osallistujille annettiin saatekirje (Liite 4). Haastattelu toteutettiin siten, ettei vastaajaa voida tunnistaa. Sekä nauhoituksissa, että tekstin kirjoittamisessa ei käytetty haastateltavien omia nimiä. Kerätty aineisto säilytettiin asianmukaisesti siten, ettei ulkopuolisilla ollut mahdollisuutta sitä tarkastella vaan aineisto oli ainoastaan opinnäytetyön tekijän saatavilla. Aineisto hävitettiin heti tutkimuksen loputtua. (Ronkainen ym. 2011.)

Opinnäytetyössä on huomioitu eettisenä ohjeena Nurnbergin ohjeet, joissa korostetaan, että; kokeeseen osallistuvien vapaaehtoisuutta, tutkimuksesta on saatavaa hyötyä yhteiskunnalle, tutkimuksen oikeutetusta aiempien tutkimustulosten perusteella, tarpeettoman kärsimyksen välttämistä, vammautumisen ja kuoleman riskin sulkemista pois, kokeen lopettaa missä tahansa vaiheessa, vastaavien henkilöiden tieteellisesti pätevyyttä?. (Kylmä ym. 2007.)

Lupa opinnäytetyölle haettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin opetusylihoitaja Susanna Teuholta.

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Lupa opinnäytetyölle saatiin marraskuussa 2013. Luvan saannin jälkeen aloitettiin ryhmätoimintojen suunnittelu ja toteutus. Ryhmätoimintojen suunnittelu perustui kirjallisuudesta saatuun tietoon psykoosisairauksien ja niiden pitkäaikaishoidon vaikutuksesta terveyteen (Liite 1). Kirjallisuudesta esiin nousseiden teemojen pohjalta suunniteltiin ryhmien sisältö.

Kirjallisuuskatsauksessa terveyteen vaikuttavista seikoista keskeisiksi nousivat lääkitys, psykoosisairaus, ravitsemus, uni, liikunta sekä päihteet. Näistä lääkitys jätettiin ryhmätoiminnasta pois, koska katsottiin sen olevan lääkärin erikoisosaamista. Teemoja käsitellään tarkemmin liitteissä.

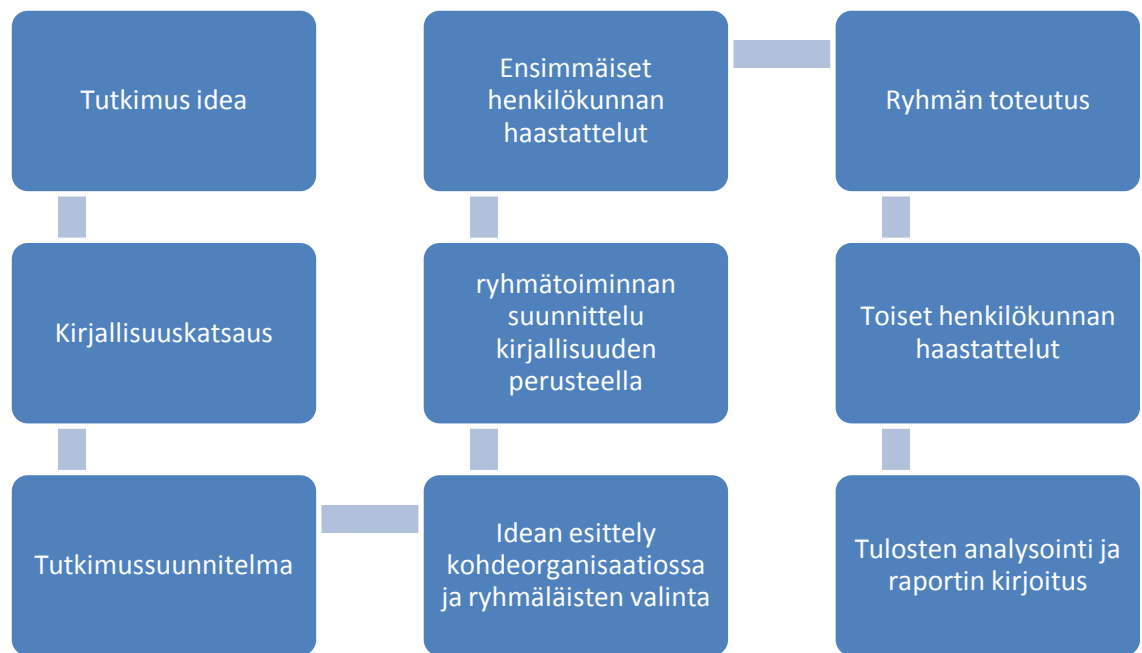
Ennen ja jälkeen ryhmätoimintoja haastateltiin neljää hoitajaa, joiden omapotilaat osallistuivat ryhmään. Haastattelujen sisältöjä vertailemalla tutkittiin hoitajien kokemuksia ryhmän merkityksestä oikeuspsykiatristen potilaiden terveyden edistämiseksi. Opinnäytetyön raportin kirjoittaminen aloitettiin aineiston analysoinnin valmistuttua ja raportti valmistui huhtikuussa 2014. Opinnäytetyön raportti on julkinen ja se esiteltiin kohdeorganisaatiossa erillisellä osastotunnilla sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin käytäntöjen mukaisella opinnäytetöiden esittelypäivällä.

Ryhmätoimintojen suunnittelussa hyödynnettiin kirjallisuuskatsauksesta saatua tietoa, sekä ryhmänohjaajien käytännön kokemusta ja psykoedukatiivista osaamista. Ryhmät olivat teemallisia ja yhden kokoontumiskerran kesto oli 45 minuuttia. Ryhmät toteutettiin sarjana ja niitä pidettiin yhteensä seitsemän kertaa. Ryhmille varattiin osaston viikko-ohjelmaan aika ja alkuperäisenä tarkoituksena oli pitää ryhmät viikon välein, aina samana viikonpäivänä ja kellonaikana. Käytännössä tämä osoittautui mahdottomaksi ja ryhmän ajankohtia jouduttiin muuttamaan työvuorojärjestelyjen vuoksi.

Ryhmät olivat suljettuja ryhmiä eli osanottajat pysyvät samoina. Ryhmätoiminnan suunnittelussa hyödynnettiin osaston OPS1 henkilökunnan osaamista. Ensimmäisellä ryhmäkerralla tutustuttiin ryhmän teemoihin ja laadittiin ryhmälle säännöt sekä tavoitteet. Seitsemännellä ryhmäkerralla arvioitiin ryhmän toimintaa ja sen vaikuttavuutta suullisella arvioinnilla sekä tehtiin jokaisen ryhmään osallistuneen potilaan kanssa hen-

kilökohtainen terveyttä edistävä suunnitelma, jonka potilas saattoi omahoitajansa tietoon liitettäväksi osaksi hoitosuunnitelmaansa. Terveyttä edistävällä suunnitelmalla tarkoitetaan sitä, että jokainen potilas ryhmissä saadun tiedon pohjalta tarkastelee omia elintapojaan ja etsii itselleen sopivia tavoitteita terveytensä edistämiseen. Nämä tavoitteet hän yhteistyössä omahoitajansa kanssa kirjaa hoitosuunnitelmaansa, samoin kuin keinot niiden saavuttamiseen.

Ennen ryhmän aloitusta potilailta kysyttiin heidän halukkuuttaan osallistua ryhmään. Heille kerrottiin tarkkaan ryhmän teemoista ja sen suunnitelluista tavoitteista sekä kestosta. Tällä tavoin ryhmään valikoitui neljä potilasta. Hyvissä ajoin ennen ensimmäistä ryhmäkertaa potilaille annettiin kirjallinen tiedote ryhmän aikatauluista (Liite 2). Tiedotteeseen oli kirjattu päivämäärät, kellonajat ja teemat. Tällä tavoin pyrittiin antamaan ryhmistä ja käsiteltävistä aiheista ennakkotietoa, auttamaan ryhmän aikataulujen hahmotusta sekä lisäämään potilaiden omaa vastuuta ryhmään osallistumisesta.



Kuvio 1. Opinnäytetyön toteutus

## 6 TULOKSET

### 6.1 Hoitohenkilökunnan näkemykset terveyden edistämisestä ennen terveyttä edistävän psykoedukatiivisen ryhmätoiminnan aloitusta

#### 6.1.1 Terveyden edistäminen oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä

Terveyden edistämisen katsottiin tarkoittavan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, toimintakyvyn ylläpitoa sairauksista huolimatta, sekä sairauksien kanssa pärjäämistä. Tärkeänä pidettiin potilaan lähtötasoa, jottei se hoidon aikana ainakaan heikentyisi. Terveyden edistämiseen katsottiin kuuluvan kokonaisvaltaisesti psyykkinen ja fyysinen kokonaisuus ja näistä huolehtiminen mielekkäiden harjoitusten avulla. Terveyden edistämiseen katsottiin sisältyvän viimeisten tietojen välittäminen potilaalle sairauteen ja sen hoitoon liittyen.

Kaikki haastateltavat kokivat terveyden edistämisen tärkeäksi osaksi työtä. Todettiin, ettei työssä olisi mieltä, mikäli se ei olisi niin. Terveyden edistäminen osana työtä määriteltiin potilaan ohjeistamiseksi, koko ajan elämässä mukana olemiseksi sekä oikeiden valintojen etsimiseksi. Terveyttä pyritään edistämään olemassa olevien mahdollisuuksien mukaan ja hoitajien katsottiin tekevän sitä automaattisesti tällä osastolla. Terveyden edistäminen nähtiin myös psyykkisen puolen asioiden huomioimisena ja sitä kautta asioiden eteenpäin viemisenä sitä kohden, että potilas kuntoutuisi elämään sairaalan ulkopuolella.

Jokainen haastateltavista oli keskustellut viimeisen neljän viikon aikana oman potilaansa elämänlaatua ja terveyttä ylläpitävistä tekijöistä. Tietoa sairauksien ennaltaehkäisystä kaikki haastateltavat kokivat omaavansa riittävästi normaalitilanteissa ja kertoivat etsivänsä sitä uusissa tilanteissa. Yhtenä syynä tähän nähtiin se, että tieto muuttuu koko ajan. Tietoa koettiin olevan varsinkin potilaan fyysistä terveyttä koskevista asioista, mutta mielenterveyden liitännäissairauksia ei huomioida riittävästi. Tähän kaivattiin muutosta, etenemistä pala kerrallaan toiminnallisuuden ja elämänilon kautta nähdessä edistymisen myös mielenterveysasioissa. Todettiin myös, ettei aina voi mennä potilaan toivoman tahdin mukaan, vaan potilaan edun vuoksi on hetkittäin hidastettava vauhtia.

Sairauksien ennaltaehkäisy koettiin ristiriitaisena asiana, vaikka sen katsottiin kuuluvan osaksi psykiatrista hoitotyötä. Asiaan vaikutti potilaiden eritasoisuus ja sen kautta yksilölliset mahdollisuudet hoitaa potilasta ja ennaltaehkäistä sairauksia. Pitkät hoitosuhteet mahdollistavat asioiden huomaamisen herkemmin ja pitkissä hoitosuhteissa niihin on mahdollista puuttua paremmin kuin esimerkiksi akuuttipsykiatrialla. Kuitenkin katsottiin, että esimerkiksi tupakanpoltosta ei potilaiden kanssa keskustella millään tavoin ja jotkin perushoitoon liittyvät asiat, kuten hammashoito, jäävät puutteellisiksi.

Osastolla alkavaan, psykoedukatiiviseen, terveyttä edistävään ryhmätoimintaan suhtauduttiin positiivisesti. Todettiin, että vaikka asiat osastolla ovat vuosien aikana parantuneet, on uusi ryhmätoiminta tervetullut. Ryhmätoiminnan toivottiin rytmittävän potilaiden viikko-ohjelmaa, aktivoivan sekä herättävän potilaiden halua ottaa asioista selvää ja motivoida kuntoutumiseen.

### **6.1.2 Terveyden edistämistä vaikeuttavia tekijöitä oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä**

Haasteena terveyden edistämiseksi nähtiin potilaiden tila (kriminaali tai vaikea hoitoinen potilas), jonka koettiin rajoittavan mahdollisuuksia. Vaikka pitkät hoitoajat koettiin toisaalta hyvänä, niiden todettiin vaikeuttavan ”valppaana pysymistä” ja aiheuttavan turhautumista potilaan tilanteeseen. Tuoreita näkökulmia kaivattiin lisää. Ahdasmieleisyys nousi haastatteluissa esiin, vaikei sen katsottu olevan päällimmäinen asia.

Ympäristö koettiin jossain määrin rajoittavana tekijänä, samoin kuin alati muuttuva tieto. Potilaiden eritasoisuuden katsottiin asettavan haasteita ohjaamiselle sekä käytettäviin keinoihin erilaisten rajoitusten vuoksi. Puutteena ja vaikeuttavana tekijänä nähtiin myös se, ettei osastolla ole omaa lääkäriä, eikä täten lääkärin aktiivisuutta potilaan terveyden edistämiseksi nähty riittävänä. Myös luottamuksellisen suhteen luominen lääkäriin koettiin vaikeaksi.

Huolimatta siitä, että työtä tehdään psykiatrian osastolla, ei potilaan mielenterveyteen kiinnitetä riittävästi huomiota ja masentuneen potilaan kohdalla tunnettiin keinottomuutta. Potilaan oma osuus terveytensä ylläpitäjänä ja edistäjänä nähtiin tärkeänä, mut-

ta vaikeana, johtuen potilaiden eritasoisuudesta sekä motivaation puutteesta. Todettiin, että mikäli potilas ei motivoitu, pysyvät hyvätkin ajatukset teorioina.

Yhtenä vaikeuttavana tekijänä esiin nousi suunnitelmallisuuden puute. Terveyttä edistäviä tavoitteita ei ollut selkeästi kirjattu hoitosuunnitelmiin. Terveyttä edistäviä asioita oli kirjattu potilasasiakirjoihin erilaisten seurantojen kuten painon, verensokerin mittaamisen ja kuntosalikäyntien muodossa. Asioista oli myös puhuttu omien potilaiden kanssa, mutta osaksi hoitosuunnitelmaa näitä asioita ei ollut kirjattu. Yhtenä syynä tähän nähtiin kirjaamiskulttuuri.

### **6.1.3 Terveyttä ylläpitäviä ja edistäviä tekijöitä oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä**

Yleisellä tasolla terveyden edistämisen koettiin olevan osastolla hyvällä tasolla. Tärkeänä osa-alueena nähtiin vuosien varrella kehittynyt hygieniataso. Vaikka ympäristö nähtiin jossain määrin rajoittavana, koettiin se myös mahdollistavana. Osastohoito tarjoaa hyvät puitteet säännölliseen elämään sekä runsaasti ohjattuja harrastusmahdollisuuksia. Osastolla työskentelee paljon liikuntaa harrastavia hoitajia, jotka kykenevät ja ovat kiinnostuneita ohjaamaan erilaisia liikuntamuotoja. Hoitajat ulkoilevat mielellään potilaiden kanssa sekä saattavat heitä kuntosalille. Tämän lisäksi sairaalaympäristö tarjoaa myös liikunnanohjaajan palveluita. Sairaalaympäristössä on paljon tukea tarjolla, erilaisia palveluita saatavilla ja konsultointimahdollisuus.

Omahoitajan osuus nähtiin suurena. Ammatillisuuden merkitys tuotiin esiin. Omahoitajalla on suuri vaikutus potilaan arjen asioihin ja se, miten omahoitaja kantaa vastuun potilaan asioista, vaikuttaa myös potilaan hoidon etenemiseen. Hoitajilla koettiin myös olevan riittävästi tietoa terveyteen vaikuttavista asioista. Omahoitajan tuen todettiin lisäävän potilaan innostusta ja kiinnostusta.

Elämän ilon ylläpito ja toiminnallisuus koettiin terveyttä edistävänä ja ylläpitävänä. Toisinaan on potilaan edun mukaista edetä hitaasti. Potilaan hyvän jakson aikaiset oivallukset keinoista, joilla voi auttaa itseään; ja näiden keinojen hyödyntäminen sairauden pahenemisvaiheessa nähtiin keinona tukea potilaan mielenterveyttä. Erilaiset ryhmätömminnat koettiin hyvinä ja aktivoivina.

Potilaan oma rooli koettiin suureksi tässäkin asiassa ja sen muuttumista entistä suuremmaksi toivottiin. Aihe koettiin jossain määrin vaikeaksi. Tärkeänä asiana pidettiin poti-

laan kuuntelemista herkällä korvalla sen suhteen, miten hän itse kokee vointinsa muuttuvan paremmaksi. Toisaalta kaivattiin myös potilaiden muuttumista itse oivaltaviksi kohteena olemisen sijaan. Potilaan roolin kohdalla esiin nousi myös vastavuoroisuus hoitosuhteessa sekä ”potilaan asiat edellä” työskentely.

## **6.2 Hoitohenkilökunnan näkemykset terveyden edistämisestä psykoedukatiivisen ryhmätoiminnan jälkeen**

### **6.2.1 Terveyden edistäminen oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä**

Terveyden edistämisen katsottiin olevan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin lisäämistä ja hoitajan tehtävänä on tukea potilasta tässä kokonaisvaltaisesti, asiakaslähtöisesti ja yksilöllisesti. Sen pohjalta, mitkä ovat kunkin potilaan haasteita tai ongelmia, tarpeita ja tavoitteita. Terveyden edistämisen ajateltiin olevan kaikessa toiminnassa pohjana, oli sitten kyse psyykkisestä tai fyysisestä terveyden edistämisestä. Konkreettisina esimerkkeinä terveyden edistämisen koettiin olevan toisille enemmän liikuntaa, toisille syömistä tai syömättömyyttä, lepoa tai pysähtymistä. Muistaen sen, että toiminnan tulee olla mielekästä ja ihmisen tulee nauttia siitä, mitä tekee. Terveyden edistämisen ajateltiin olevan myös voimassa olevien kykyjen; ja yleensä toimintakyvyn ylläpitämistä; niillä alueilla, joissa sitä on järkevää ja hyödyllistä kehittää.

Terveyden edistämisen katsottiin olevan tärkeä, tarpeellinen ja olennainen osa työtä. Kaiken a ja o. Sitä pyritään tekemään koko ajan, painopisteiden vaihdellessa päivän ja tilanteen mukaan. Enimmäkseen omahoitajan rooli koettiin suureksi ja olennaiseksi. Omahoitajan todettiin olevan avainasemassa ja ehdottomasti keskeisimmässä roolissa. Hän tukee ja osaa ottaa huomioon eri tarpeet, etenkin jos potilaalla itsellään on sillä hetkellä puutteellinen kyky huomioida tilannettaan. Omahoitajan ajateltiin olevan myös roolimalli. Toisaalta koettiin, ettei omahoitajan rooli ole hirvittävän iso, vaikkakin keskeinen, koska ”ei kannettu vesi kaivossa pysy”.

Jokainen haastateltavista oli keskustellut viimeisen neljän viikon aikana oman potilaansa elämänlaatua ja terveyttä ylläpitävistä tekijöistä. Osa aiempaa useammin ja joidenkin potilaiden kohdalla se oli noussut keskeiseksi teemaksi ja otettu myös osaksi hoitoneuvottelua.



Sairauksien ennaltaehkäisyn katsottiin kuuluvan ehdottomasti psykiatriseen hoitotyöhön ja mielen sekä kehon sairauksien ruokkivan toisiaan. Tärkeänä nähtiin tasapaino, oli sitten kyse psykiatriasta tai somatiikasta.

Tietoa sairauksien ennalta ehkäisystä koettiin olevan perustason verran, mutta todettiin, että aina tarvitaan enemmän, tietoa ei ole koskaan riittävästi. Hyvästä pidettiin sitä, että tietoa voi päivittää koulutusten avulla ja huonona sitä, että tieto on usein ristiriitaista. Tiedon koettiin muuttuvan koko ajan ja hyväksi koettiin se, että toisiin voi tukeutua ja tietoa hakea netistä (terveysportti, pshp.intra) sekä lääkäreiltä. Sairauksien ennaltaehkäisyn katsottiin kuuluvan kaikkialle.

### **6.2.2 Terveyden edistämistä vaikeuttavia tekijöitä oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä**

Terveyden edistämistä vaikeuttavana tekijänä nähtiin työn haasteellisuus. Mikäli potilas itse ei motivoitu asiasta, ei hoitaja voi antaa periksi ja vaihtaa toiseen potilaaseen, vaan on etsittävä uusia keinoja motivointiin. Työ vaatii pitkäjänteisyyttä ja kykyä iloita pienistäkin tuloksista. Toisaalta, tuloksena voi olla toimintakyvyn ylläpito ilman muutoksia parempaan. Myös psykiatrian ”vanhat perinteet” vaikuttavat terveyden edistämiseen. Esimerkiksi runsaaseen ja jatkuvaan tupakointiin ei puututa, koska sen katsotaan rauhoittavan potilasta ja jopa pitävän tämän mielenterveyttä yllä.

Terveyden edistämisen kirjaaminen ja suunnitelmallisuus koettiin vaikeana aiheena. Vaikka terveyttä ja elämänlaatua parantavia sekä ylläpitäviä asioita oli kirjattu potilaiden hoitosuunnitelmiin, ei kaikilla haastateltavilla ollut täyttä varmuutta millä tavoin asiat löytyvät hoitosuunnitelmasta. Näitä asioita löytyi kirjattuna seurannoista, joskaan erillisiä tavoitteita ei ollut kaikilla tehtynä.

Ympäristö ja suljettu laitoshoido asettavat omat rajoitteensa terveyden edistämiseksi. Vaikka ympäristö mahdollistaa monta asiaa, se myös rajoittaa ja monissa tilanteissa joutuu luovimaan sen suhteen miten asiat toteuttaa. Ruokavalioon ei voi vaikuttaa, vaan tarjotaan sitä ruokaa, mitä sairaala tarjoaa. Sairaalaruussa on paljon samojen ruokien toistoja, eikä siinä ole huomioitu pitkäaikaishoidossa olevia potilaita. Suljetun laitoksen

lisäksi asiaa saattaa vaikeuttaa potilaan vointi, potilas ei aina vointinsa vuoksi kykene vastaanottamaan ja omaksumaan erilaisia vinkkejä. Mikäli potilaalla ei ole vapaa aikaa, liikuntaa on vaikea lähteä toteuttamaan, tai ainakin se vaatii enemmän mielikuvitusta pitkäkestoiseen toteuttamiseen.

### **6.2.3 Terveyttä ylläpitäviä ja edistäviä tekijöitä oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä**

Pitkäaikainen potilaiden voinnin seuranta helpottaa muutoksiin reagoimista. Oikeuspsykiatrisen hoitotyö on kokonaisvaltaista sisältäen potilaan ohjauksen elämänlaadussa, huomioiden henkisen, psyykkisen ja fyysisen puolen. Omahoitaja on väline potilaan hoidossa, työkalu, jota potilas voi käyttää hyödykseen. Hoitajan tehtävä on olla tavoitettavissa, terveenä roolimallina, joka toimii ammatillisesti potilaan tarpeiden mukaan.

Terveysten edistämistä oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä lisää lähtökohtainen ajattelutapa siitä, että se kuuluu jokaiseen päivään. Ajattelu lähtee jo puhtaudesta, sekä siihen ohjaamisesta. Vaikkei kenenkään puolesta voi asioita tehdä, pitkäaikaiset hoitosuhteet antavat hyvät mahdollisuudet tsemjata, motivoida ja kannustaa. Tämä nousee pinnalle hoitosuhteessa ja potilaslähtöisyydessä.

Hoitajan asenteella on suuri merkitys, kun potilas yrityksestään huolimatta retkahtaa. Oli asia mikä tahansa. Tällöin hoitajan tehtävänä tukea siinä, ettei potilas tuomitse itseään vaan on ylpeä siitä, että yrittää. Hoitajan itsensä tulee välttää ”motkottamista”.

Liikunta on oleellinen osa hoitoa kohdeorganisaatiossa ja se on tärkeä keino esimerkiksi päihitteettömyyden tukemisessa. Yhteiset kävelyt ovat myös hyviä paikkoja keskustelulle. Vaikka ympäristö asettaa omat rajoitteensa, se myös mahdollistaa. Osastolla jokaisella on oma huone ja oma reviiri. Hoitajien koetaan olevan innostuneita joka asiasta.

Terveyttä edistävän ryhmän toiminta koettiin hyväksi, eikä kritiikkiä ollut kuulunut yhdeltäkään potilaalta tai hoitajalta, ennemminkin jostain oli tullut positiivinen käsitys ja ilmapiiri, jonka mukaa ryhmä olisi ollut hyvä. Ryhmään liittynyttä tehtävää pidettiin hyvänä, sen koettiin aktivoivan ajattelemaan. Niin omahoitajaa kuin potilasta ja sitä oli käytetty pohjana omahoitajakeskustelulle. Aihe koettiin tärkeäksi ja jatkuvasti ajankoh-

taiseksi. Todettiin, että kaikki tällainen on hyvää, kehittävää ja eteenpäin vievää. Ryhmää pidettiin myös loistojuttuna, jolle hartaasti toivottiin jatkoa. Aiheet olivat herättäneet runsaasti keskustelua ja niitä olisi voitu käsitellä pidempäänkin. Myös potilaiden todettiin kokeneen ryhmän ja sen aiheet tarpeellisiksi sekä hyödyllisiksi.

### 6.3 Yhteenveto haastatteluista

Terveyden edistämistä oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä koskevat käsitykset olivat tulleet hieman konkreettisemmiksi ja omahoitajan rooli korostuneemmaksi. Omahoitaja nähtiin myös terveyden edistämisen roolimallina. Terveyden edistäminen aiheena oli noussut enemmän keskusteluun ja joissain tapauksissa keskeiseenkin rooliin. Myös toiminnassa aihetta oli enemmän huomioitu sekä otettu osaksi hoitoneuvottelua. Oma osaamista sairauksien ennaltaehkäisyssä mietittiin enemmän ja tapoja ottaa selvää erilaisten sairauksien ennalta ehkäisystä nostettiin esiin. Tällaisina mainittiin erilaiset koulutukset, terveystoiminta, pshp:n intra ja lääkärit.

Terveyden edistämistä oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä vaikeuttavat tekijät olivat pysyneet pitkälti samana. Toisen kierroksen haastatteluissa nousi esiin työn haasteellisuus ja hoitajan pitkäjänteinen jaksaminen silloin, kun potilas itse ei motivoitu. Samoin esiin nousivat psykiatriset ”perinteet” tupakoinnin suhteen eli tupakointi nähdään jossain määrin jopa mielenterveyttä tukevana seikkana. Ympäristöön liittyvät rajoitukset olivat kokeneet pienen muutoksen liittyen hoitajan mielikuvituksen ja luovuuden käyttöön.

Terveyttä ylläpitävissä ja edistävissä tekijöissä oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä oli pienen muutoksen kokenut elämänlaatu ja omahoitajan roolin korostuminen entisestään. Myös se, millaisena omahoitaja nähtiin, oli kokenut muutoksen; terveenä roolimallina, työkaluna, jota potilas voi käyttää hyödykseen hoidossa. Terveyden ylläpitäminen ja edistäminen osana psykiatrista hoitotyötä osattiin sanoittaa, esimerkiksi sitä kautta, että kävelyiden lomassa on hyvä käydä omahoitaja keskusteluita.

Suurin muutos näkyi terveyttä edistävän ryhmän synnyttämissä ajatuksissa. Ryhmän käynnistymisen ja toiminnan myötä se oli tullut tutuksi ja konkreettisiksi. Ensimmäisen kierroksen haastatteluissakin se todettiin hyväksi, kuten kaikenlainen ryhmätoiminta, mutta tuolloin kenelläkään haastatteluista ei ollut ryhmästä kovin selkeää käsitystä. Toi-

sella haastattelukierroksella aihe oli tuttu ja jokainen haastateltava koki aiheen erittäin tärkeäksi.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Opinnäytetyön aihe syntyi käytännön työelämässä opinnäytetyöntekijän työskennellessä oikeuspsykiatrian osastolla. Oikeuspsykiatrian hoitoajat ovat pitkiä ja hoito toteutetaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, jossa osaaminen on painottunut mielensairauksiin. Heräsikin kiinnostus siitä, miten tämän potilasryhmän kokonaisvaltaista hoitoa voitaisiin kehittää ja saada terveyden edistäminen luontevaksi osaksi hoitotyötä. Ajatuksena oli, että opinnäytetyön avulla voitaisiin lisätä potilaiden kokonaisvaltaista hyvinvointia ja osallisuutta omaan hoitoonsa, sekä lisätä myös henkilökunnan tietoisuutta asian tärkeydestä. Yhtenä tärkeänä osa-alueena oli myös se, että kaikella hoidon kehittämisellä tähdätään elämänlaadun parantamiseen ja sitä kautta pakkotoimien vähentämiseen.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida sen uskottavuudella, vahvistettavuudella, refleksiivisyydellä ja siirrettävyydellä. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja tutkimustulosten uskottavuutta ja näiden osoittamista tutkimuksessa. Tutkimuksen tekijä on varmistanut, että tutkimukseen osallistuneiden käsitykset tutkimuskohteesta vastaavat tutkimuksen tuloksia antamalla tutkimustulokset heidän luettavakseen. Vahvistettavuus on varmennettu kirjaamalla niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteissään. Refleksiivisyys edellyttää, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tämä on huomioitu tutkimushaastattelu kysymyksiä tehtäessä sekä ja lähtökohdat ovat kuvattu tutkimusprosessissa. Siirrettävyys tarkoittaa sitä, että tulokset voidaan siirtää muihin vastaaviin tilanteisiin ja tämä on mahdollistettu riittävän kuvailevalla tiedolla niin tutkimuksiin osallistujista kuin ympäristöstä (Kylmä ym. 2007).

Opinnäytetyön tutkimuksen luotettavuuteen saattoi vaikuttaa opinnäytetyöntekijän kokemattomuus tutkijana. Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin lisäämään huolellisella ja suunnitelmallisella toiminnalla sekä hyvän tutkimustavan noudattamisella. Opinnäytetyön tekijä sai ja käytti ohjaavan opettajan sekä opinnäytetyön käytännön ohjaajan ohjausta hyödykseen koko opinnäytetyön tekemisen ajan.

Opinnäytetyön suunnitelma sekä teoreettinen pohja olivat kohdeorganisaatioin tiedossa ja heillä oli mahdollisuus antaa avoimesti palautetta koko prosessin ajan. Opinnäytetyön tekijä työskentelee kohdeorganisaatiossa, mikä huomioitiin jo tutkimusaiheen- sekä tutkimusmenetelmien valinnassa. Opinnäytetyön tekijä on pohtinut omia ennakkokäsityksiään suhteessa aiheeseen ja kohdeorganisaatioon sekä keskustellut niistä kohdeorganisaation henkilökunnan ja esimiesten kanssa. Näiden pohdintojen ja keskustelujen jälkeen päädyttiin siihen, etteivät ennakkokäsitykset ole tutkimukselle haitaksi. Opinnäytetyön tekijältä tämä vaati jatkuvaa tarkkavaisuutta keskittyä tutkimusaineistoon.

## 7.2 Tutkimustulosten tarkastelu

Haastatteluissa ilmenivät hyvin samansuuntaiset tulokset kuin aiemmissa tutkimuksissa. Haastatteluissa korostui terveyden edistäminen osana jokapäiväistä työtä ja samansuuntaiseen johtopäätökseen on päästy myös kirjallisuudessa, jossa todetaan; terveyden edistämisen toteutumisen erikoissairaanhoidossa edellyttävän, että sen katsotaan olevan olennainen osa myös erikoissairaanhoidon työtä. Sen tulisi sisältyä prosesseihin sisään sillä tavoin, että se toteutuu systemaattisesti ja tasapuolisesti osana perustehtävää. (Kotisaari ym. 2011).

Omahoitajuus ja jatkuva tukeminen korostuivat haastatteluissa, varsinkin puhuttaessa pitkäaikaisista hoitosuhteista, joita oikeuspsykiatrian hoitosuhteet yleensä ovat. Erityisesti pitkäaikaishoidossa oleville potilaille on tärkeää saada aktiivista tukea ja hoidon yleisperiaatteena Skitsofrenian Käypä hoito-suosituksen (2008) mukaan on parantaa potilaan psykososiaalista toimintakykyä ja elämänlaatua. Myös toimintakyvyn ylläpito ja elämänlaatu nousivat esiin useassa haastattelussa.

Tutkimuksessa todettiin työn haasteellisuus ja potilaiden eritasoisuus, sekä hoitajan roolin korostuminen silloin, kun potilas ei kykene omaa tilaansa ymmärtämään. Muzio(2010) toteaa, että potilaiden saattaa olla vaikea keskittyä yhteen asiaan. Keskustelun seuraaminen saattaa olla vaikeutunutta, samoin asioiden mieleen palauttaminen. Skitsofreniaa sairastavien kyky ohjata ja säädellä toimintaansa on usein vakavasti heikentynyt ja edellä mainittu tulisi huomioida kuntoutustoimintaa suunniteltaessa. On myös tilanteita, joissa ei voida syystä tai toisesta luottaa potilaan omiin toiveisiin koskien hänen somaattista hoitoaan. (Äimälä ym. 2012.) Haastatteluissa todettiin hoitajien mukaan, ettei aina voi mennä potilaiden toiveiden mukaisesti.

Erilaiset fyysiset aktiviteetit ja niissä ohjaaminen, sekä niiden hyödyntäminen hoitosuhteen luomisessa koettiin haastateltujen mukaan tärkeiksi. Saman on todennut tutkimuksessaan Kumpulainen ym. (2013). Tutkimuksessa tärkeimmiksi kokemuksiksi nousivat potilaan kanssa yhdessä tehdyt harjoitteet. Harjoitteilla oli erilaisia merkityksiä ja ne loivat turvallisemman hoitosuhteen, jossa henkilökunnan ja potilaiden väliset rajat hämärtyivät. Fyysiset harjoitteet myös paransivat potilaiden terveyttä.

Tutkimuksessa selvisi, että vaikka skitsofreniaa sairastavat kuuluvat somaattisessa sairastuvuudessa valtaväestöä suurempaan riskiryhmään, heidän hoitonsa somaattisesti ei eroa muusta väestöstä. Ei edes oikeuspsykiatrisessa hoidossa. Moniin kroonisiin sairauksiin on olemassa hoito ja kokemuksia siitä voidaan hyödyntää myös korkean turvaluokituksen psykiatrisessa sairaalassa. (Campbell 2005).

Terveyttä edistävä psykoedukatiivinen ryhmätoiminta saa tukea niin hoitajien haastatelluista, kuin aiemmista tutkimuksista. Pitkäänkin sairastaneiden skitsofreniapotilaiden on todettu hyötyvän ryhmäkuntoutuksesta ja psykoedukaatiosta. Nämä kuntoutusmuodot ovat parantaneet toimintakykyä ja elämänlaatua ja soveltuvat erityisesti pitkään sairastaneille potilaille, joiden toipuminen on jäänyt vajaaksi. (Posio ym. 2008).

### **7.3 Tutkimuksen merkitys käytännön hoitotyölle**

Opinnäytetyön kehittämistoiminnalla pyrittiin lisäämään hoitohenkilökunnan sekä potilaiden kiinnostusta ja tietoa terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Kehittämistoiminnan konkreettisena tuotoksena opinnäytetyö tuotti ryhmämateriaalin kohdeorganisaation käyttöön (Liite 1). Ryhmämateriaalia voidaan käyttää potilasryhmien pohjana tai työvälineenä yksittäisen potilaan hoidossa sekä tietopakettina henkilökunnan osaamisen lisäämisessä.

Opinnäytetyö tehtiin ensisijaisesti oikeuspsykiatrian osasto OPS1:n käyttöön, mutta sitä voidaan käyttää myös muussa oikeuspsykiatrisessa ja psykiatrisessa hoitotyössä. Kirjallisuudesta etsitty tieto koskee jokaista psykoosiin sairastunutta ja häntä hoitavaa henkilökuntaa. Kirjallisuudesta etsityn tiedon avulla voidaan päivittää tietoja, ja saada tar-

kempaa tietoa niistä tekijöistä, jotka ovat uhkana psykoosiin sairastuneelle sekä keinoista, joilla uhkia voidaan vähentää.

Opinnäytetyön kehittämistyönä tehty psykoedukatiivinen terveyttä edistävän ryhmän runko toimii samoin apuvälineenä niin oikeuspsykiatrisen potilaan hoidossa; kuin kenen tahansa psykoosiin sairastuneen hoidossa. Ryhmärunko ei välttämättä tuo paljoa uutta tietoa, mutta muistuttaa niistä tärkeistä asioista, joita hoidossa tulisi huomioida. Ryhmärunkoa voidaan käyttää ryhmätoiminnan pohjana tai tukimateriaalina yksittäisen potilaan hoidossa.

Tehdyn työn merkitys käytännölle on myös siinä, että se muistuttaa hoitotyötä tekeviä kokonaisvaltaisesta hoidosta ja siitä, että potilaan somaattinen hoito kuuluu työhömmе. Joskin kaikki haastateltavat olivat tämän asian oivaltaneet ja sisäistäneet.

#### **7.4 Jatkotutkimusehdotukset**

Tämä opinnäytetyö osoittaa, että terveyden edistäminen oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä on tärkeää ja aiheesta ovat kiinnostuneet niin henkilökunta kuin potilaat. Vaikka aihe koetaan tärkeäksi, on psykoosiin sairastuneiden somaattinen hoito ja sairauksien ennaltaehkäisy kuitenkin jollain tasolla epäonnistunutta, koska sairastavuus ja kuolleisuus ovat huomattavasti suurempia kuin valtaväestöllä yleensä.

Vaikka henkilökunta ja potilaat kokevat aiheen tärkeäksi, asian eteen yhdessä työskentely on vähäistä ja henkilökunta kokee kantavansa asiasta potilaita suuremman roolin. Tämä opinnäytetyö on tehty perustuen kirjallisuuteen ja henkilökunnan näkemykseen, joten potilaiden osallisuutta ei ole tutkittu riittävästi. Kuitenkin tutkimukset osoittavat potilaan oman motivaation muutoksen suhteen antavan paremman tuloksen hoidon onnistumisessa, oli sitten kysymys mielen tai ruumiin sairaudesta. Lisää tietoa tarvittaisiinkin oikeuspsykiatristen potilaiden osallisuudesta sekä siitä, mitä he itse hoidoltaan toivovat.



## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Oikeuspsykiatrisella osastolla työskentelevät hoitajat näkevät terveyden edistämisen tärkeänä osana työtään, kokonaisvaltaisena ja asiakaslähtöisenä mutta haasteellisena.
2. Psykoedukatiivinen ryhmätoiminta edisti oikeuspsykiatrisella osastolla työskentelevien hoitajien mukaan potilaiden terveyttä aktivoimalla sekä henkilökuntaa, että potilaita ja antaen keinoja hoitotyöhön.

## LÄHTEET

Absetz P, Hankonen N,(2011). Elämäntapamuutoksen tukeminen: Vaikuttavuus ja keinot. Suomen lääkärilehti Duodecim 127(21): 2265 - 72.

Aalto M, Koivukangas A,(2011) Kaksin käsin viinaa, mikä mieltä piinaa? Suomen lääkärilehti 21(68): 1753 -57

Allen RP. (2001)Article reviewed: Age-related changes in slow wave sleep and REM sleep and relationship with growth hormone and cortisol levels in healthy men. Sleep Medicine 2: 359-361.

Archer T, Fredriksson A, Schütz E & Kostrzewa RM,(2011) Influence of physical exercise on neuroimmunological functioning and health: aging and stress. Neurotoxicity Research 20(1): 69-83.

Blouin M, Binet M, Bouchart RH, Roy MA, Despres JO & Almeras N. (2009) Improvement of metabolic risk profile under second generation antipsychotics: a pilot intervention study. Canadian Journal of Psychiatry – Revue Canadienne de Psychiatrie 54 (4):275-279.

Bonfioli E, Berti L, Goss G, Muraro C & Burti L, (2012) Health promotion lifestyle interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMC Psychiatry Jyly.

Buhaler K, Parsonage L & Osborn D.P.J (2011) Physical health behaviours and health locus of control in people with schizophrenia-spectrum disorder and bipolar disorder: a cross-sectional comparative study with people with non-psychotic mental illness. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/104>

Campbell C & McGauley G,(2005)Doctor –patient relationships in chronic illness: insights from forensic psychiatry. BMJ 330:667-700.

Cortenay WH (2000). Construction of masculinity and their influence on men's well being: a theory of gender and health. Social Science & Medicine 50:1385-1401.

Cortenay WH (2003) Key determinants of the health and the well-being of men and boys. *International Journal of Men's health* 1:1-30.

Dickens G, Stubbs J, Popham R & Haw C,(2005)“Smoking in a forensic psychiatric service: a survey of inpatients` views. *Journal of psychiatrices and mental health nursing*12: 672-678.

Eronen M, Seppänen A & Kotilainen I (2012) Oikeuspsykiatrinen arviointi ja hoito Suomessa. *Lääkärilehti* 23 (67): 1823 - 1826.

Gunn J, (2000) Future directions for treatment in forensic psychiatry. *The British Journal of Psychiatry.* 176:332-338.

Harrison B,(2004)Nursing consideration in psychotropic medication-induced weight gain. *Clin Nurse Spec* (18): 80 -87.

Heikkinen T & Heinonen L,(2006). Ravitsemuksen peruskysymysten äärellä. *Diabetes ja lääkäri* (5): 28-33.

Heiskanen T, Niskanen L & Koponen H, (2010) Skitsofreniapotilaiden kardiometaboliset riskit ja psykoosilääkitys. *Suomen lääkirilehti* (65): 389 -396.

Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P, (2003). Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. (2003). Helsinki.

Herva A, Laitinen J, Miettunen J, Veijola J, Karvonen JT, Läksy K & Joukamaa M, (2006) Obesity and Depression: results from longitudinal Northern Finland 1966 birth cohort study. *International Journal of Obesity* 30: 324 -331

Hultsjö S & Hjelm K, (2012)Community health-care staff experiences of support to prevent type 2 diabetes among people with psychosis: AN interview study with health staff. *International Journal of Mental Health Nursing* 21: 480 - 489.

Huttunen M (2002) *Psykykenlääkeopas*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Huttunen M. (2008a) *Sairauden hallinta: skitsofrenia*. [viitattu 2012-12-03]. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00026&p\\_teos=lam&p\\_osio=103&p\\_selaus](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00026&p_teos=lam&p_osio=103&p_selaus)

Huttunen M, (2008b) Antipsykoottien haittavaikutukset. [viitattu:2012-12-02]. Saatavissa: Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. 2008. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 24.12.2001, päivitetty 1.1.2008. Saatavilla Internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Joukamaa M, (2001) Psykosomatiikka - psyykkiset tekijät fyysisissä sairauksissa. Teoksessa: Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M & Partonen T, (toim.). Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. s. 476.

Kieseppä T & Oksanen J (2013) Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Duodecim 129: 2133-9.

Kilkku N, (1994) Koulutuksellisen perhetyön tausta ja toteutus. Teoksesta: Mielenterveysyö ja opetus – matkalla kohti muutosta. Kirjayhtymä 1994:58 -71

Kiviniemi M, Suvisaari J, Pirkola S, Läksy K, Häkkinen U, Isohanni M & Haikko H. (2011). Five year follow-up study of disability pension rates in first-onset schizophrenia with special focus on regional differences and mortality. *General Hospital Psychiatry* 33: 59-67.

Knol L, Pritchett K & Dunkin J, (2010) Institutional policy changes aimed at addressing obesity among mental health clients. *Preventing Chronic Disease* 7 (3):A 6

Kopp M, Fleischacker WW, Sturz K, Ruedl G, Kunning M & Rumpold G. 2011. Poor health behavior and reduced quality of life of people treated with psychotropic drugs. *Human psychopharmacology* 26(2)16: 1-167.

Koponen H, (2011). Painonnousu psykelääkkeiden sivuvaikutuksena. *Suomen lääkäri-lehti* 9 (66): 729 -733

Korkeila K & Korkeila J,(2008). Elämäntavat ja mielenterveyden häiriöt. Mielenterveyspotilaiden somaattista sairastavuutta on mahdollista vähentää muuttamalla elämäntapoja. Yleiskatsaus. Suomen lääkäri-lehti 4(63): 275 -280.

Kotisaari S, Sthål T, Herrala J & Lindfors P,(2011) Onko erikoissairaanhoidolla roolia terveyden edistämässä? Lääkäri-lehti 45 (66): 3415 -3418.

Kumpula E & Ekstrand P, (2013) 'Doing things together': male caregivers' experiences of giving care to patients in forensic psychiatric care). Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 201:64-70. '

Käypähoito – suositus: Skitsofrenia (2008) Saatavilla Internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

.

Käypähoito – suositus: Unettomuus (2008). Saatavilla Internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Käypähoito- suositus: Liikunta (2012). Saatavilla Internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Lee HJ, Woo J – I & Melzer HY (2001) Effects of clozapine on sleep measures and sleep associated changes in growth hormone and cortisol in patients with schizophrenia. Psychiatry Research 103(2001): 157-166.

Lehtinen K,(2014). Psykoosin alueellinen palveluverkko. Julkaisematon lähde.

Leppämäki S, Haukka J, Lönnqvist J & Partonen T, (2004) Drop-out and mood improvement. A randomised controlled trial with light exposure and physical exercise. BMC Psychiatry 4 (22). Saatavissa

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC514552/>

Meiklejohn C, Sanders K & Butler S,(2003) Physical health care in medium-secure services. Nursing Standard 17:33-37.

Messner MA(1997). Like family: power, intimacy and sexuality in male athletes' friendship. In *Toward of New psychology of Gender* M.M, & Davis S.N, Routledge, New York and London.

Metso L, Winter T, Hakkarainen P,(2012). Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet – huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992 -2010. THL 17/2012.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, lisäys 21.12.2001/1423.

Mieli 2009-suunnitelma [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/mielijapaihde](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/mielijapaihde)

Moxham J. (2001) Mental Health and Smoking – An Opening Address. Symposium Report – Smoking and Mental Health, 9<sup>th</sup> November 2001. Royal Pharmaceutical Society, London.

Muzio E, Oksanen J, Luoma L, Kimmelmä- Paajanen T & Ruohonen M( 2010). Kognitiivinen remediaatioterapia – Uusi menetelmä skitsofreniapotilaiden kuntoutukseen. Suomen lääkärilehti 10/2010 (65)

Niskanen L,(2009). Skitsofreniaan liittyvä aineenvaihdunnan häiriö – Uusi sekundaari diabetes. Diabetes ja lääkäri: 30- 35.

Ollila HM, Kronholm E, Paunio T,(2011). Unen yhteys aineenvaihdunnanhäiriöihin. Suomen lääkärilehti. 36(66)

Olsen RI, Peacock G, & Smith S. 2005. Developing a service to monitor and improve physical health in people with serious mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12: 614-619.

Pekkala E, Merinder L,(2002) Psychoeducation for schitzophrenia and other mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002(2): CD002831.

Posio J, Keskihannu I, Veijola J, Koponen H,(2008) Pitkäänkin sairastaneet skitsofreniapotilaat hyötyvät ryhmäkuntoutuksesta. Suomen lääkärilehti 18-19 (63): 1741-42.

Poulin M-J, Chaput J-P, Vincent P, Bernier J, Gauthier Y, Lanctot G, Saindon J, Vincent A, Gagnon S & Tremblay A(2007) Management of antipsychotic-induced weight gain: prospective naturalistic study of the effectiveness of a supervised exercise programme. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 41(12): 980-900.

Psykoosin hoito-ohjelma 2012.PSHP. (Luettu 30.4.2012)

<https://www.pshp.fi>

Ronkainen S, Pehkonen L, Lindblom-Yläne S, Paavilainen(2011). Tutkimuksen voimasanat. Sanoma Pro oy. Suomi.

Richardsson MR, Faulkner G, McDecitt, Skrinar G.S, Hutchinson D.S & Piette JD(2005) Intergating physical activity into mental health services for person whit serious mental illness. *Psychiatric Services* 56: 324-331.

Salokangas RK, Honkonen T, Stengård E ja Koivisto AM. (2006) Subjective life satisfaction and living situations of person in Finland whit long-term schitzophrenia. *Psychiatric Services* 57: 373 -381.

Sullivan DH & Mullen PE, (2006) Forensic mental health. Journal compilation.The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists: 505-7

Suvisaari J, Perälä J, Viertiö S, Saarni S, Tuulio-Henriksson A, Partti K, Saarni S, Suokas J & Lönnqvist J,(2012) Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. *Suomen lääkärilehti*.

Stupperich A, Ihm H & Strack M,(2008)Violence and Personality in Forensic Patients: Is There a Forensic Patient-Specific Personality Profile?Journal of Interpersonal Violence 24: 209-10

Tammentie T, Heinonen L, Nordling N, Rajala-Koenkytö H, Rytönen S, Salhoja A, Suontaka-Jamalainen K (2012) Näyttöön perustuva hoitotyö. TA5. Liikunta on meille tärkeää.

Tiihonen J,(2001) Oikeuspsykiatria. Teoksessa Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M & Partonen T, (toim.). Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. s. 476.

Tiihonen J,(2007). Oikeuspsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. s. 650 -667.

Tonnesen H,(2013). Health Promotion for mentally ill patients – start now! Clin Health Promot 2013; 3:33-4.

Ulrich T, Seppä K, Winstock A. (2011). Kannabiksen käyttäjä perusterveydenhuollossa. Lääketieteellinen aikausikirja Duodecim 127 (7): 647 -81.

Viertiö S, Perälä L, Saarni SI, Partti K, Saarni S, Suokas J, Tuulio- Henriksson A, Lönnqvist J & Suvisaari J,( 2012) Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset. Suomen lääkärilehti 11 (67): 863 -869.

Winell K & Lehto S,( 2012) Tupakasta vieroituksen palvelut ajan vaatimusten mukaiseksi. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 128 (10): 1059-60.

Äimälä AJ & Ekelund J,(2012) Somaattinen pakkohoito. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 28 (6): 648 -651.



## LIITTEET

### Liite 1.

#### Dia 1

Mitä psykoosilla tarkoitetaan?

J-Ryhmä

#### Dia 2

##### Psykoosi

- Psykoosi on yleisnimitys mielenterveyden häiriöille, joissa todellisuudentaju on selvästi vääristynyt.
- Psykoottisen ihmisen ajatuksenkulku, tunne-elämä ja/tai käyttäytyminen ovat poikkeavaa.
- Psykoosiin voi kuulua myös aistiharhoja ja harhaluuloja.

#### Dia 3

##### Harhaluulot

- Harhaluuloilla tarkoitetaan selvästi todellisuuden vastaisia uskomuksia, jotka sairastuneesta tuntuvat kuitenkin todellisilta.

## Dia 4

**Aistiharhat**

- Aistiharhoilla tarkoitetaan puolestaan erilaisia näköön, kuuloon, tuntoon, hajuun sekä/tai makuun liittyviä aistimuksia, joita koetaan ilman ulkoista ärsykettä.
- Yleisimpiä aistiharhoja ovat kuuloharhat

## Dia 5

**Sairaudentunnottomuus**

- Sairaudentunnottomuudella tarkoitetaan sitä, ettei psykoosia sairastava ihminen tunnista oireitaan vaan kokee ne osaksi todellisuutta.
- Harhaluulojen ja aistiharhojen vuoksi sairastuneen oma sairaudentunne saattaa puuttua täysin.

## Dia 6

**Psykoosin puhkeaminen**

- Psykoosin puhkeamiselle ei ole löydetty yksiselitteistä syytä, perinnöllisillä tekijöillä ja aivojen varhaiseen kehitykseen vaikuttavilla tekijöillä saattaa olla vaikutusta psykoosin kehittymiseen.
- Toiset ihmiset ovat minän rakenteeltaan haavoittuvaisempia ja sairastuvat herkemmin
- Yli kolme prosenttia suomalaisista sairastuu elämänsä aikana johonkin psykoosiin.

## Dia 7

## Psykoosin kehittymiseen liittyviä oireita :

- Muutokset tunne-elämässä ja motivaatiossa
- Muutokset ajattelussa ja havaitsemisessa
- Muutokset toiminnassa

## Dia 8

## Muutokset tunne-elämässä ja motivaatiossa

- Masentuneisuus
- Ärtynisyys
- Ahdistuneisuus
- Epäluuloisuus
- Turtuneisuus, latteat tai tilanteeseen sopimattomat tunteet
- Ruokahalun muutokset
- Vähentynyt energisyys ja motivaatio

## Dia 9

## Muutokset ajattelussa ja havaitsemisessa

- Keskittymis- ja tarkkaavaisuusvaikeudet
- Tunne ympäröivän maailman muuttumisesta, tunne itsen muuttumisesta, tunne muiden muuttumisesta
- Epätavalliset havaintoelämykset, esim. hajujen, äänien tai värien latistuminen tai voimistuminen

Dia 10

### Muutokset toiminnassa

- Univaikeudet
- Sosiaalinen eristäytyminen tai vetäytyminen
- Vaikeudet työssä tai sosiaalisissa rooleissa

Dia 11

- Oireilu on yksilöllistä ja välillä niin kapea-alaista, että ihmisen toimintakyky vaikuttaa normaalilta.

Dia 12

### Yleisimmät psykoosit

- Skitsofrenia
- Päihdepsykoosit
- Psykoottinen masennus
- Skitsoaffektiivinen häiriö
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Dia 13

### Kysymykset

- Mitä psykoosi tarkoittaa sinun kohdallasi
- Mistä huomaat psykoosisairauden aktivoituvan ( varomerkit)?
- Millaisia keinoja sinulla on tulla toimeen oireiden kanssa ja estää niiden pahenemista
- Asioita joihin psykoosi ei sinussa ei vaikuta

Dia 14

### Lopuksi

- Mistä itsessäsi pidät?

Dia 1

## Ravitsemus

J-ryhmä

Dia 2

### Miten syömme hyvin ?

- Oikeanlainen ja oikearytmisen ravitsemus auttaa jaksamaan sekä lisää hyvinvointia.
- Tärkeää on, että nautittu ruuan määrä ja laatu ovat tasapainossa kulutuksen kanssa.
- Terveellinen ruoka on monipuolista ja maukasta sisältäen paljon vitamiineja sekä kivennäisaineita.
- Yksittäisten ravintoaineiden tarkkailu on tarpeetonta kun kokonaisuus on kunnossa.

Dia 3

- Arkiset valinnat ratkaisevat : se, mitä syödään harvemmin kuin kerran viikossa ei ole ongelma.

## Dia 4

- Hyvä ruokavalio monipuolinen ja ateriarym säännöllinen.
- 4-6 ateriaa päivässä.
- Säännöllisyys auttaa välttämään hallitsematonta syöntiä ja varmistaa tasaisen energian saannin päivän aikana.

## Dia 5

## Terveellinen ruokavalio

- Syö kasviksia, hedelmiä ja marjoja useita kertoja päivässä
- Syö täysjyväleipää ja –puuroa, tai tummaa leipää
- Käytä leivällä kasvisrasvavitettä kohtuudella ja suosi kasviöljyjä
- Syö kalaa ainakin kahdesti viikossa
- Juomaksi rasvatonta maitoa tai piimää, janoon vettä
- Valitse vähäsuolaisia elintarvikkeita

## Dia 6

## Ruokavalion kokonaisuus

- Erilaisissa suosituksissa korostetaan jokapäiväisten valintojen merkitystä
- Tavoitteena ruokavalio jota pystymme ja haluamme ylläpitää sekä noudattaa
- Omaa kehoa kannattaa kuunnella, sekä kokeilla mikä tuntuu hyvältä ja vaikuttaa myönteisesti jaksamiseen ja hyvään oloon
- Tärkeää on pohtia myös sitä, miten saada yhteen sallivuus, nautittavuus, terveys, stressittömyys ja painonhallinta

## Dia 7

- Terveellisen ruokavalion tukijalka on se, että tietää mikä on tärkeää ja oleellista
- Pikkuasioista ei kannata murehtia
- Kun syö hyvällä omallatunnolla, stressaamattain ja sen verran kuin mieli tekee välttyy usein paino-ongelmilta – kunhan ruokailurytmi on säännöllinen ja ravinto laadukasta

## Dia 8

**Ikä vaikuttaa myös ravinnontarpeeseen**

- Ikääntyessämme tulee muistaa, että myös ravitsemussuositukset muuttuvat
- Ruuan tulisi olla niin ravitsevaa, että pärjäisimme pienemmillä annoksilla( energia ja ravintoaineet)
- Kevyttuotteet eivät sovellu ikäihmisille
- Ruuassa tulee olla myös riittävästi proteiinia lihaskadon estämiseksi ja kuituja vatsan toiminnan ylläpitämiseksi
- Riittävään nesteeseen saantia ei pidä unohtaa!

## Dia 9

**Ruoka on paitsi ravintoa myös nautinnon lähde**

- Hyvä ruoka tuottaa hyvää mieltä
- Herkutellakin voi hyvällä omalla tunnolla muutoin syö terveellisesti ja säännöllisesti



Dia 10

### Kysymykset

- Miten sairaalassa olo vaikuttaa ruokailuusi liittyviin asioihin?
- Mikä/ Mitkä asiat ovat ruokavaliossasi hyvin?
- Mitä korjattavaa ruokavaliossasi on?
- Yksi tavoite jolla tilannetta voi ylläpitää/parantaa?

## Dia 1

**Uni**

Uni palauttaa mielen ja kehon voimat

## Dia 2

**Kysymykset :**

- Mitä hyvä uni merkitsee minulle ?
- Millaista on huono uni ?
- Mitä voisin tehdä unen laadun parantamiseksi ?
- Miten rentoudun ?

## Dia 3

**Unen tärkeimmät tehtävät**

- Fyysinen lepo ja voimien palauttaminen
- Muistitoimintojen säilyttäminen ja oppimisen edistäminen
- Stressin ehkäisy, vastustuskyvyn ylläpitäminen ja tartuntatautien torjuminen
- Aineenvaihdunnan ylläpitäminen ja hormonitoiminnan tasapainottaminen
- Henkisen voiman ja vireyden palauttaminen sekä ylläpitäminen
- Tunteiden käsittelyn helpottaminen

## Dia 4

## Lepo

- Lepo on hyvinvoinnin perusta
- Ylläpitää terveyttä ja toimintakykyä
- Auttaa selviytymään päivän tehtävistä ja sopeutumaan muuttuvissa tilanteissa
- Uni palauttaa elimistön rasituksesta, väsymyksestä sekä tasapainottaa hermoston toimintaa
- Vahvistaa vastustuskykyä
- Mieli ja aivot tarvitsevat unta
- Pitää yllä hyvää mielialaa

## Dia 5

- Uni on myös oppimisen ja muistamisen väline sekä keskeinen edellytys
- Unen aikana aivot ovat vapaat välittömistä virikkeistä ja mielellä on tilaa käsitellä edellisen päivän tapahtumat
- Unessa mieli käsittelee myös tärkeitä tunteita jotka arkipäivän askareissa jäävät helposti vaille huomiota
- Parasta unessa on se, että se on täysin itselle omistettua aikaa eikä maksa mitään

## Dia 6

## Unen tarve

- Aikuisella unen tarve on 7-9 tuntia
- Unen laatu on määrän lisäksi tärkeä tekijä
- Oman unen laatua voi parantaa yksinkertaisilla arjen rytmittämiseen liittyvillä toimilla
- Niitä ovat esimerkiksi rauhoittava puuhailu iltaisin ja huolehtiminen siitä, että nukkumisympäristö on mieluisa
- Myöskin vuorokausirytmien selkeys vaikuttaa unen laatuun, päivän sisällöllä on merkitystä uneen.
- Rentoutumisharjoituksen avulla voi helpottaa unen tuloa

Dia 7

### Rentoutusharjoitus

- Harjoitus kestää n. 10-15 minuuttia
- Laita soimaan jotakin itseäsi rauhoittavaa musiikkia
- Istu mukavasti ja sulje silmät, jos haluat
- Hengitä rauhallisesti
- Anna lihasten rentoutua
- Toista mielessäsi jotakin itsellesi tärkeää lausetta tai sanaa
- Anna ajatusten tulla ja mennä kiinnittämättä niihin mitään huomiota
- Lopetettuasi istu muutama minuutti rauhassa ja anna arkisten ajatusten palata mieleesi

Dia 8

Kysymykset :

## Dia 1

## LIIKUNTA ON MEILLE TÄRKEÄÄ!

Näyttöön Perustuva Työ toimialueella 5

## Dia 2

### Näyttöön perustuva työ

- Näyttöön perustuva työ (NPT) määritellään parhaan ajan tasalla olevan tiedon harkituksi käytöksi potilas ja hänen hoitoaan koskevassa päätöksenteossa
- Tutkimuksen mukaan näyttöön perustuvaa toimintaa edistävät hoitotyön johtajien toiminta, muutosjohtaminen, ilmapiirin kehittäminen, koulutus tiedotus ja moniammatillinen yhteistyö
- NPT:stä ovat hyötyneet hoitotyöntekijät, potilaat ja organisaatio

## Dia 3

- PSHP:ssa NPT-hanke vuonna 2012
- Eri toimialueiden näyttöön perustuvan työn hankkeita koordinoi kehittämissylihoitaja Anneli Pitkänen
- Uuden terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan toiminnan on perustuttava näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin
- Tavoitteena on:
  - luoda edellytykset näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämiseksi PSHP:ssa
  - lisätä tutkimustiedon käyttöä hoitotyötä koskevassa päätöksenteossa
  - kehittää yhtenäisiä, tutkimusnäyttöön perustuvia hoitotyön käytäntöjä

## Dia 4

**Ryhmän jäsenet TA5:lla**

- Leena Heinonen (PPSY)
- Nina Nordling (NPS1)
- Hanna Rajala-Koenkytö (APS6)
- Sinikka Rytönen (APS9)
- Anu Salhoja (opetushoitaja)
- Kirsti Suontaka-Jamalainen (PSG3)
- Tarja Tammentie (hankekoordinaattori)

## Dia 5

**Liikunnan vaikutukset mielenterveyteen**

- Liikunnalla on tutkimusten mukaan kiistatta positiivinen vaikutus mielenterveyteen
- Liikunta poistaa ahdistusta ja masennusta, a paniikkihäiriöpotilaita, psykoosipotilaita sekä päihdepotilaita somatoformisissa oireissa
- Yhdessä muiden hoitokeinojen kanssa, liikur erinomainen hoitomuoto masennusta sairastavalle henkilölle

## Dia 6

**Liikunnan vaikutukset mielenterveyteen**

- Fyysinen aktiivisuus lisää hyvinvointia ja liikunn. on yhdessä psykoedukaation kanssa saatu hyviä tuloksia kroonisen kivun hoidossa
- Saattaa olla yhtä vaikuttavaa kuin kognitiivinen terapia
- Keskeyttää masennusajatuksia, kääntää ajatuks pois negatiivisista tunteista ja antaa sosiaalista tukea, jos harrastetaan ryhmissä

## Dia 7

## Mielenterveyspotilaiden elinikää lyhentää

- Lihavuus, joka altistaa sydän- ja verisuonisairauksille ja saattaa lyhentää odotettavissa olevaa elinikää jopa 20%
- Tyypin 2 diabetes on yleistä
- Metabolinen oireyhtymä (keskivartalolihavuus, sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriö, kohonnut verenpaine), jonka on arvioitu olevan skitsofreniapotilailla jopa neljä kertaa yleisempi kuin muulla väestöllä
- Hengitystiesairaudet, etenkin keuhkosyövän riski on lisääntynyt

## Dia 8

## Mielenterveyspotilaiden elinikää lyhentää

- Mielenterveyspotilailla on metabolista oireyhtymää neljä kertaa muuta väestöä yleisemmin
- Skitsofreniapotilaista kaksi kolmasosaa kuolee sepelvaltimotautiin
- Psykososiaalisella stressillä on yhteyttä lukuisiin tulehdussairauksiin

## Dia 9

## Mielenterveyspotilaiden elinikää lyhentää

- Mielenterveyspotilaiden fyysiseen terveyteen ei aina kiinnitetä riittävästi huomiota, heidän somaattinen terveydenhoitonsa laiminlyödään helposti ja keskitytään ainoastaan psyykkisiin oireisiin
- Mielenterveyspotilaat eivät yleensä hakeudu itsensä saamaan hoitoa somaattisiin sairauksiinsa yhtä spontaanisti kuin muu väestö

## Dia 10

**Liikunta on tärkeää mielenterveyspotilaille**

- Mielenterveyspotilaiden fyysinen kunto on usein huono ja he liikkuvat vähän. Lisäksi he usein tupakoivat, lihovat, heidän ruokavalionsa on yksipuolinen ja vähäkuituinen
- Lääkkeisiin (mm. mirtatsapiini, klotsapiini, ja olantsapiini) liittyvä painonnousu ja muut epäedulliset metaboliset vaikutukset
- Liikunta lisää ihmisen odotettavissa olevaa elinaikaa ja on yhteydessä myös elämänlaatuun
- Ryhmäliikunnassa itsetunto kohoaa

## Dia 11

**Liikunta on tärkeää mielenterveyspotilaille**

- Liikunta antaa nopeasti pieniä positiivisia muutoksia ja mielihyvää -> potilaan pystyvyyden ja itsehallinnan tunne lisääntyy
- Liikunnalla on suuri merkitys toimintakyvylle, somaattiselle terveydelle, unen laadulle ja vuorokausirytmille
- Liikunnasta voi olla apua sopeutumiskeinona, mikäli harhojen häiritsevyys vähenee liikunnan myötä

## Dia 12

**Liikunta ja ikäihmiset**

- Liikunta lisää voimaa ja tasapainoa
- Ylläpitää kävely- ja toimintakykyä
- Liikunta ei välttämättä suojaa masennukselta, mutta sillä on merkitystä depressio-oireiden vähenemisessä
- Fyysinen aktiivisuus suojaa mahdollisesti myös Alzheimerin taudilta ja dementialta
- Liikunta lisää hyvinvoinnin tunnetta



## Dia 13

**Liikunta osana hoitosuunnitelmaa**

- Ennen liikunnan aloittamista arvioidaan somaattinen kunto
- Tarvittaessa neuvotellaan lääkärin kanssa, jos potilaalla on jokin somaattinen sairaus
- Motivointi moniammatillisesti on tärkeää
- Omahoitaja ja potilas tekevät yhdessä yksilöllisen suunnitelman, joka kirjataan hoitosuunnitelmaan hoitotyön keinoksi

## Dia 14

**Keinoja liikunnan lisäämiseksi**

- Potilaan liikuntatottumusten kartoitus hoidon alussa
- Räättälöity ohjelma, jolla autetaan potilas alkuun.
- Tehdään yhdessä potilaan kanssa. Yksilöllisesti
- Psykoedukaatio
- Liikunta osana viikko-ohjelmaa
- Omahoitajakeskustelut ulkona kävelen
  
- Miten voisi liikkua osastolla?
- Ulkoilu ja liikkuminen?

## Dia 15

- Lyhytkestoinenkin, mutta säännöllinen kävely parantaa skitsofreniapotilaan fyysistä vointia sekä lievittää merkittävästi masennusta ja ahdistusta
- Liikuntaa vähintään 10 min kerrallaan, puoli tuntia päivässä
- Yhdessä toisten kanssa liikkuminen parantaa hyvinvointia sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta
- Luontokokemukset ja kosketus ympäristöön liikunnan yhteydessä ovat merkityksellisiä

## Dia 16

**Käypä hoito -suositus**

- Kohtuukuormittavaa kestävyysliikuntaa (esim. kävely) 2,5 h viikossa esim. 30min x 5 pv viikossa tai raskasta liikuntaa 1h 15min/viikko
- Yli 65- vuotiaille lisäksi nivelten liikkuvuutta ja tasapainoa ylläpitävää liikuntaa
- Kaikille luusto-lihas-liikuntaa, esim. kuntosaliharjoittelua, vähintään kahtena päivänä viikossa
- Liikunta voidaan toteuttaa myös 10 min jaksoissa

## Dia 17

**Haaste**

- Saada potilas itse miettimään fyysistä kuntoaan ja ottamaan vastuuta siitä!
- Saada liikunta osaksi potilaan hoitosuunnitelmaa
- Liikunnan näkyminen kirjaamisessa potilaskertomukseen

## Dia 1

## Päihderiippuvuudet

J-ryhmä

## Dia 2

- ▶ Ihminen pyrkii karkottamaan pahaa oloa ja ikävän tunnetta monin tavoin. Alkoholi ja muut päihteet ovat yleisempiä hetken nautinnon ja lohdutuksen tuojia.
- ▶ Alkoholin ja muiden päihteiden käyttäjät kertovatkin usein, että päihteillä on rauhoittava vaikutus.
- ▶ Alkoholi kuitenkin alentaa vireystilaa ja heikentää keskittymiskykyä sekä koordinaatioita. Se voi johtaa väkivaltaiseen käytökseen ja epäsosiaaliseen käytökseen.

## Dia 3

- Päihteiden käyttö aiheuttaa myös monia terveydellisiä, sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia ja runsas käyttö pahentaa myös mielenterveyden ongelmia
- Jos ihmisellä on itsemurha-aikeita, päihtymys alentaa kynnystä niiden toteuttamiseen

## Dia 4

**Päihteet ja riippuvuus**

- Päihteettä tarkoitetaan päihdyttävää ainetta, jonka käyttö aiheuttaa tietoisuuden muutoksia
- Riippuvuudella eli addiktiolla tarkoitetaan jonkin aineen käyttöä tai jotakin toimintaa jota ihminen ei pysty lopettamaan vaikka tiedostaakin sen haittavaikutukset

## Dia 5

**Riippuvuutta voivat aiheuttaa esimerkiksi :**

- ▶ Alkoholi
- ▶ Tupakka
- ▶ Huumeet
- ▶ Lääkkeet
- ▶ Tai jokin toiminta, kuten -
- ▶ Rahapelit
- ▶ Netti
- ▶ Seksi
- ▶ Shoppailu
- ▶ Liikunta

## Dia 6

- Riippuvuuden muodostuminen edellyttää, että aineen tai toiminnan tuottama psyykinen tai fyysinen tila on tavalla tai toisella tyydyttävä
- Mitä nopeammin jokin asia tuottaa tällaisen vaikutuksen, sen helpommin se voi synnyttää riippuvuuden

## Dia 7

**Mitä päihderiippuvuudella tarkoitetaan?**

- ▶ Päihderiippuvuudessa on kyse voimakkaasta himosta tai pakonomaisesta halusta käyttää päihteitä päihtymistarkoituksessa
- ▶ Päihderiippuvaisen kyky kontrolloida päihteiden käyttöään on yleensä heikentynyt, sietokyky kasvanut ja päihteiden käytön lopettamisen jälkeen esiintyy vieroitusoireita
- ▶ Usein päihteet muodostuvat elämän keskeiseksi asiaksi ja käyttö jatkuu haitoista huolimatta
- ▶ Päihderiippuvuudessa on kyse elinikäisestä sairaudesta, josta parantuminen edellyttää raitistumista

## Dia 8

**Päihderiippuvuuden oireet**

- ▶ Sietokyvyn kasvu – tarve saada suurempia määriä ainetta
- ▶ Vieroitusoireet
- ▶ Suurien määrien käyttö tai aiottua pidempi aikainen käyttö
- ▶ Ongelmat käytön vähentämisessä tai kontrolloinnissa
- ▶ Aineen vaikutuksista toipumisen hidastuminen
- ▶ Tärkeiden aktiviteettien lopettaminen tai niiden vähentäminen aineen käytön vuoksi
- ▶ Käytön jatkaminen haitoista huolimatta

## Dia 9

**Päihdeongelman kehittyminen**

Dia 10

### Päihteen saatavuus ja käytön hyväksyntä yhteisössä

- Päihdeongelman syntyminen on todennäköistä, jos päihdettä on helposti saatavilla ja sen käyttö on sosiaalisesti hyväksyttävää

Dia 11

### Sosiaaliset tekijät

- Osa meistä on alttiimpia päihteisiin liittyville häiriöille. Alttiutta lisää alhainen koulutustaso, avioerot perheissä ja arkeen kuuluva juomakulttuuri

Dia 12

### Perinnöllinen alttius

- Biologisten vanhempien päihdeongelma lisää riskiä päihdeongelman kehittymiselle, tämä riski on olemassa silloinkin kun lapsi on adoptoitu toiseen perheeseen
- Alttius riippuvuuteen saattaa olla perinnöllistä mutta siihen vaikuttavat oleellisesti myös ympäristötekijät ja ihmisen oma toiminta

Dia 13

### Herkkyyks päihteille

- Toiset ihmiset ovat fyysisesti vähemmän herkkiä päihteiden vaikutuksille kuin toiset ja tästä syystä todennäköisesti myös käyttävät runsaammin päihteitä eli esim. juovat runsaasti alkoholia. Runsas päihteiden käyttö altistaa päihdeongelmalle

Dia 14

### Oppiminen

- Runsaan päihteiden käytön voi myös oppia ja tapaa on helppo ylläpitää, sillä useimpiin päihteisiin (ainakin alkuvaiheessa) liittyy miellyttävä vaikutus

Dia 15

### Mielenterveyden häiriöt

- Masentunut, ahdistunut tai psykoosia sairastava ihminen voi käyttää päihteitä itsehoidon välineenä, oireiden lievittäjänä

## Dia 16

### Pitkään jatkuneen alkoholin käytön seurauksia

- ▶ AIVOT : Muistihäiriöt, sekavuus, kognitiiviset muutokset, kouristus kohtaukset, tasapainohäiriöt
- ▶ SYDÄN : Korkea RR , epäs. syke, sydämen laajentuminen, sydänlihaksen vaurioituminen, sydämen vajaatoiminta
- ▶ KEUHKOT : Infektiot, tubi
- ▶ MAKSA: Heikentynyt maksan toimintakyky, maksatulehdus, kirroosi, maksasyöpä
- ▶ HAIMA : Kivulias tulehdus, joskus hoidettavissa
- ▶ VATSA: Tulehtunut limakalvo, verenvuoto, vatsahaava
- ▶ SUKULIMET JA LISÄÄNTYMINEN : Impotenssi, kivesten kutistuminen, siivöväuriot
- ▶ LIHAKSISTO : Heikkous, lihaskudoksen menetys
- ▶ IHO : Punoitus, hiikoilu ja ruhjeet
- ▶ HERMOJÄRJESTELMÄ : Hermovauriot, neuropatia
- ▶ MOTORIIKKA : Koordinaatiokyvyn heikentymisen aiheuttamat tapaturmat
- ▶ PERSOONALLISUUS: Alkoholi voimistaa kaikkia tunteilijoja, pitkään käytettynä myös latistaa ja aiheuttaa persoonallisuuden muutoksia
- ▶ ULKOMUOTO: Rupsahtaminen
- ▶ RAHA : Kalliiksi tulee
- ▶ TYÖ: Ei suju pitemmän päälle
- ▶ SOSIAALISET SUHTEET : Joutuvat koetukselle, saattavat katketa
- ▶ LAKI : Voi johtaa rikoksiin

## Dia 17

### Pitkään jatkuneen huumeiden käytön seurauksia

- ▶ **FYYSISET SEURAUKSET:** aivoverenvuoto ja halvaus, sydämen sisäkalvon tulehdus, rytmihäiriöt, korkea RR; verenmyrkytys, laskimotulehdukset, verisuoniston vaurioituminen – amputaatio, keuhkokuume, tubi, keuhkojen vajaatoiminta, hepatiitit, muutokset hormonitasapainossa, hedelmättömyys, sukupuolivietin heikentyminen, niveltulehdukset, reuma, ihoinfektiot, paiseet, hermostovauriot, muistihäiriöt, aliravitsemus, HIV; myrkytys, yliannostus, kuolema

## Dia 18

### Psykkiset seuraukset

- Masennus, ahdistuneisuushäiriöt, psykoosit
- Sekavuus, muistihäiriöt, persoonallisuuden muutokset



Dia 19

### Muuta

- Rikokset
- Sosiaaliset ongelmat
- Syrjäytyminen
- Asunnottomuus
- Työttömyys

Dia 20

### Kysymykset

- Mitä hyötyä sinulle on ollut päihteiden käytöstä?
- Mitä haittaa sinulle on ollut päihteiden käytöstä?
- Mitä haittaa sinulle on ollut päihteettömyydestä ?
- Mitä hyötyä sinulle on ollut päihteettömyydestä?

## J-Ryhmä

### Aloituskerta

Ennen ryhmän aloitusta osallistujille jaettiin ennakkotietoa ryhmästä. Tietoa annettiin sekä suullisesti että kirjallisesti. Suullisesti käytiin läpi käsiteltävät teemat ja ryhmän laajempi tavoite eli terveyden sekä hyvinvoinnin edistäminen. Kirjallisesti annettiin ryhmän aikataulu jossa näkyivät myös teemat.

Ensimmäisellä ryhmäkerralla kerrattiin aluksi käsiteltävät teemat ja tavoite. Ryhmätilan pöydille oli valmiiksi jaettu kuvakortit ja osallistujia kehoitettiin valitsemaan niistä itseään kuvaava kortti jonka avulla voisi esittäytyä muulle ryhmällä. Esittäytymisen yhteydessä toivottiin, että samalla kerrottaisiin millaisilla ajatuksilla tulee ryhmään mukaan. Myös ryhmän ohjaajat esittäytyivät korttien avulla ja kertoivat millä ajatuksilla ovat ryhmään tulleet.

Tämän jälkeen kirjattiin fläppitaululle ryhmän pelisäännöt. Pelisäännöt laativat ryhmäläiset ja ne pidetään tallessa koko ryhmätoiminnan ajan ja nostetaan esille ryhmien ajaksi.

Fläppitaululle laadittiin myös tavoitteet, jokainen ryhmäläinen sekä ohjaajat kertoivat omin sanoin mitä odottavat ryhmältä ja mitä tavoitteita asettavat toiminnalle. Tavoitteisiin palattiin viimeisellä ryhmäkerralla ryhmätoiminnan arvioinnin yhteydessä.

Lopuksi kerrattiin sovitut asiat, kerrattiin seuraavan kerran aihe ja paikka sekä kellonai-ka.

### Teemallisten ryhmien runko

Jokaisen ryhmän alussa kerrattiin viime kerran aihe ja käytiin läpi annetut tehtävät eli teemaan liittyvät kysymykset joita ryhmäläisten oli tarkoitus miettiä sitä kautta mitä ne tarkoittavat omassa elämässä. Toivottavaa oli, että jokainen ryhmäläinen vointinsa rajoissa myös kirjaisi ylös ajatuksiaan.

Tämän jälkeen siirryttiin käsiteltävään teemaan diojen sekä keskustelun kautta. Keskustelu oli vapaata ja ryhmässä oli lupa myös olla hiljaa. Ryhmässä oli myös lupa liikkua, mikäli paikallaan olo tuntui vaikealta.

Käsiteltävästä teemasta oli diojen lopussa tehtävät, eli kysymykset, jotka ryhmäläiset kirjoittivat itselleen ylös. Kysymysten tarkoituksena oli auttaa ryhmäläisiä ajattelemaan mitä käsitellyt teemat tarkoittivat heidän elämässään.

Ryhmän lopulla käsitellyt asiat kerrattiin ja käytiin arviointi kierros. Arvioinnissa käytettiin aina samoja kysymyksiä eli: miltä tuntui olla ryhmässä ja miltä käsiteltävät teemat tuntuivat.

Lopuksi kerrattiin sovitut asiat, kerrattiin seuraavan kerran aihe ja paikka sekä kellonai-  
ka.

Liikunta teema kerralla käytettiin toimialue 5:den liikunnasta tehtyä näyttöön perustu-  
vaa tutkimusta ja siitä tehtyjä dioja. Ryhmän kysymyksiä/tehtävinä käytettiin sairaan-  
hoitopiirin potilas ohjetta liikunnasta joka jaettiin jokaiselle ryhmäläiselle.

## Arviointikerta

Viimeisellä kerralla arvioitiin ryhmän toimintaa, teemoja, niiden käsittelytapaa sekä  
pyydettiin palautetta ryhmän kehittämiseksi.

Arviointi kerta aloitettiin kahvilla ja keskustelu pyrittiin pitämään luontevana sekä tuet-  
tiin jokaista palautteen antoon.

Ryhmän ylöskirjatut tavoitteet olivat esillä ja yhdessä arvioitiin kuinka näihin tavoittei-  
siin oli päästy.

Tämän jälkeen jokainen ryhmäläinen kertoi oman konkreettisen terveyttä edistävän ta-  
voitteensa jonka liittäisi osaksi hoitosuunnitelmaa.

Liite 2.

Hei,

Kiitos mielenkiinnostasi terveyttä edistävää ryhmää kohtaan ja tervetuloa mukaan.

Pienten käynnistysvaikeuksien jälkeen pääsemme vihdoin aloittamaan ja ryhmä kulkee nimellä J-ryhmä. Alla ovat ryhmän aikataulut päivämäärineen, kellonaikoineen ja teemoineen. Ryhmä kokoontuu kellarin kokoustiloissa. Huolehdi itse, että ehdit ajoissa paikalle ja ilmoitathan terapiapalveluihin jos olen niistä poissa ryhmän ajankohdan vuoksi.

Aikataulu:

To 21.11. klo 14 -15 tutustuminen ja aloittelu

Ma 2.12. klo 14 -15.30 psykoosi

To 19.12 klo 14 -15 uni ja lepo

Ti 7.1 klo 14 -15 ravitseemus

Ke 15.1 klo 14 -15.30 päihteet

Ti 21.1 klo 14 -15 liikunta

Ma 3.2. klo 14 -15.30 arviointi

Terkuin Jarna

## Liite 3.

## Teemahaastattelun kysymykset

1. Mitä terveyden edistäminen sinulle tarkoittaa?
2. Onko terveyden edistäminen osa työtäsi? Jos on, koetko sen tarpeelliseksi ja miten se näkyy työssäsi?
3. Oletko keskustellut omanpotilaasi elämänlaatua ja terveyttä liittyvistä asioista viimeisen neljän viikon aikana?
4. Onko oman potilaasi hoitosuunnitelmaan kirjattu elämänlaatua ja terveyttä parantavia/ylläpitäviä tavoitteita?
5. Kuuluuko sairauksien ennaltaehkäisy mielestäsi psykiatriseen hoitotyöhön?
6. Onko sinulla riittävästi tietoa sairauksien ennaltaehkäisystä?
7. Kuinka suurena näet roolisi potilaan terveyden edistämässä?
8. Millaisena näet potilaan osuuden terveyden ylläpitämisessä ja sairauksien ennaltaehkäisyssä?
9. Mahdollistaako työympäristö kokonaisvaltaisen hoidon?
10. Millaisena koet osaston terveyttä edistävän ryhmätoiminnan?

Liite 4.

Arvoisa hoitotyöntekijä

Suoritan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Tampereen ammattikorkeakoulussa terveyden edistämisen linjalla. Opinnäytetyönäni tutkin oikeuspsykiatrisen potilaan terveyteen vaikuttavia seikkoja sekä keinoja edistää heidän terveyttään. Opinnäytetyöni tavoitteena on kehittää osastollenne psykoedukatiivista ryhmätoimintaa terveyttä edistävästä aiheista.

Terveyden edistämisen asemaa ja ryhmätoiminnan vaikuttavuutta on tarkoitus arvioida ryhmään osallistuvien potilaiden omahoitajien haastattelujen avulla. Haastattelut toteutetaan yksilöhaastatteluina työajallanne. Haastattelukertoja on kaksi ja sisällöltään ne ovat samanlaisia. Ensimmäinen haastattelukierros tehdään ennen ryhmätoiminnan alkua ja toinen kaksi kuukautta ryhmien pidon jälkeen.

Haastattelut ovat luottamuksellisia ja sisältö käsitellään siten, etteivät vastaajat ole tunnistettavissa.

Osallistumisesi tutkimukseen on vapaaehtoista, mutta tutkimuksen kannalta todella tärkeää.

Jos sinulla on asiasta kysyttävää, ota rohkeasti yhteyttä.

Terveisin Jarna Mäkinen

P: 040 8338 664

