



**TURUN  
YLIOPISTO**

# **Henkilökunnan kokemuksia potilaiden savuttomuudesta psykiatrisilla osastoilla**

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Johanna Haimila  
KANDIDAATINTUTKIELMA  
Hoitotiede  
Turun yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
Kesäkuu 2025

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

## Kandidaatintutkielma

**Oppiaine:** Hoitotiede

**Tekijä:** Johanna Haimila

**Otsikko:** Henkilökunnan kokemuksia potilaiden savuttomuudesta psykiatrisilla osastoilla: kuvaileva kirjallisuuskatsaus

**Ohjaajat:** Dosentti, TtT Tella Lantta ja post doc –tutkija, FT Anne Kuusisto

**Sivumäärä:** 32 sivua, 7 liitesivua

**Päivämäärä:** 20.6.2025

Tämän kandidaatintutkielman tarkoituksena oli kuvata, mitä tutkimusta on tehty potilaiden savuttomuudesta henkilökunnan näkökulmasta psykiatrisilla osastoilla, ja millaisia kokemuksia henkilökunnalla on potilaiden savuttomuudesta psykiatrisilla osastoilla. Tupakointi aiheuttaa merkittäviä terveys- ja taloushaittoja sekä maailmanlaajuisesti että Suomessa, ja erityisesti mielenterveyshäiriöistä kärsivien keskuudessa tupakointi on huomattavasti yleisempää kuin väestössä keskimäärin. Psykiatrisessa hoidossa tupakoinnilla on ollut pitkään vakiintunut asema, ja savuttomuuspolitiikka nähdään tärkeänä keinona muuttaa tätä kulttuuria ja edistää potilaiden terveyttä. Suomessa savuttomien psykiatristen yksiköiden kehittäminen on osa kansallista tavoitetta kohti savutonta yhteiskuntaa vuoteen 2030 mennessä.

Tutkielma toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tutkielman aineisto valittiin keväällä 2025 systemaattisella haulla PubMed-, CINAHL- ja PsycINFO -tietokannoista sekä manuaalisella haulla. Tietokantahaku toteutettiin etukäteen laaditun hakulauseen mukaisesti. Haulla löytyi yhteensä 665 osumaa, joista mukaan valittiin 13 tutkimusartikkelia. Valinta noudatti ennakkoon laadittuja mukaanotto- ja poissulkukriteerejä. Mukaan otettujen artikkeleiden laatu arvioitiin hyödyntämällä Joanna Briggs Instituutin (JBI) tutkimusten arviointikriteeristöjä, jotka Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus) on suomentanut. Aineiston analyysi toteutettiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkielmassa tunnistettiin seitsemän erilaista luokkaa, jotka kuvaavat henkilökunnan kokemuksia potilaiden savuttomuudesta psykiatrisilla osastoilla. Nämä luokat olivat fyysinen ympäristö, aggressiivisuus, nikotiininkäyttöön liittyvä toiminta, vaaratilanteet, mieliala, potilaiden käyttäytymisen hallinta sekä savuttomuuspolitiikan onnistuminen. Henkilökunnalla oli sekä myönteisiä että kielteisiä kokemuksia kaikista tunnistetuista luokista. Savuttomuuspolitiikan onnistumisen kannalta keskeistä oli henkilökunnan sitoutuneisuus ja johdonmukaisuus potilaiden savuttomuuden tukemiseen, jota voidaan edistää lisäämällä koulutusta psykiatristen potilaiden savuttomuuden hyödyistä ja hoitotyön keinoista sen tukemisessa. Tupakoiva henkilökunta on pessimistisempää potilaiden savuttomuudesta, joten myös henkilökunnan savuttomuutta tulee antaa tarvittava tuki. Tupakoinnin täyskielto näyttäytyi selkeämpänä ja käytännön toteutuksen kannalta helpompana ratkaisuna kuin osittainen tupakointikielto. Jatkossa voisi tutkia potilaiden kokemuksia osastojen tupakointikiellosta, tai selvittää tilanne potilaiden tupakoinnin osalta esimerkiksi puolen tai kahden vuoden kuluttua osastohoidon päätyttyä. Myös Suomessa olisi tarpeen tutkia psykiatristen osastojen henkilökunnan ja potilaiden kokemuksia potilaiden savuttomuudesta.

**Avainsanat:** Savuttomuus, psykiatrisen osasto, potilaat, henkilökunta, kuvaileva kirjallisuuskatsaus

# **SISÄLLYS**

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>KESKEISET KÄSITTEET</b>	<b>7</b>
2.1	Savuttomuus	7
2.2	Psykiatrinen osasto	9
<b>3</b>	<b>TUTKIELMAN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b>	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>MENETELMÄT JA AINEISTO</b>	<b>12</b>
4.1	Hakustrategia	12
4.2	Mukaanotto- ja poissulkukriteerit	13
4.3	Kirjallisuuden hakuprosessi	14
4.4	Artikkeleiden laadun arviointi	15
4.5	Artikkeliaineiston analyysi	17
<b>5</b>	<b>TULOKSET</b>	<b>18</b>
5.1	Tutkimusten kuvaus	18
5.2	Henkilökunnan kokemukset potilaiden savuttomuudesta psykiatrisilla osastoilla	21
5.2.1	Fyysinen ympäristö	22
5.2.2	Aggressiivisuus	22
5.2.3	Nikotiinin käyttöön liittyvä toiminta	23
5.2.4	Vaaratilanteet	25
5.2.5	Mieliala	25
5.2.6	Potilaiden käyttäytymisen hallinta	26
5.2.7	Savuttomuuspolitiikan onnistuminen	27
<b>6</b>	<b>POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET</b>	<b>29</b>
6.1	Luotettavuuden pohdinta	29
6.2	Tulosten pohdinta	29
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	32
	<b>LÄHTEET</b>	<b>33</b>
	<b>LIITTEET</b>	<b>38</b>
	Liite 1. Liitetaulukko hakusanoista ja hakulausekkeista	38



# 1 JOHDANTO

Maaailman terveysjärjestön (WHO, 2025) mukaan tupakka aiheuttaa vuosittain miljoonien ihmisten kuoleman ja sairastumisen. Myös Suomessa kuolee vuosittain tuhansia ihmisiä tupakoinnin seurauksena. Vuonna 2020 tupakoinnin aiheuttamat taloudelliset kokonaiskustannukset yhteiskunnalle arvioitiin olevan noin 1,3 miljardia euroa. Tupakoinnin katsotaan aiheuttaneen samana vuonna Suomessa 400 000 vuodeosastopäivää, yli 262 000 terveydenhuollon vastaanottokäyntiä sekä yli 500 uutta työkyvyttömyyseläkejaksaa. (Viljakainen ym., 2022)

Mielenterveyshäiriöistä kärsivien tupakointi on huomattavasti yleisempää kuin väestössä keskimäärin. Tutkimusten mukaan tupakoinnin esiintyvyys tässä potilasryhmässä on 50–90 % välillä. (Aubin ym., 2012; Lawn & Campion, 2013; Li ym., 2017; Williams & Ziedonis, 2004) Vaikeista mielenterveyshäiriöistä kärsivien henkilöiden elinajanodote on keskimäärin 10–20 vuotta lyhyempi kuin muun väestön, ja ennenaikainen kuolleisuus johtuu pääasiassa tupakoinnin aiheuttamista sairauksista, kuten sydän- ja verisuonitaudeista, hengityselinsairauksista sekä syövästä. (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito: Käypä hoito -suositus, 2024) Nikotiiniriippuvaisilla mielenterveyspotilailla on myös todennäköisemmin huonompi sosiaalinen asema kuin niillä mielenterveyspotilailla, joilla nikotiiniriippuvuutta ei ole (Aubin ym., 2012).

Tupakoinnilla on ollut pitkään vakiintunut asema psykiatristen hoitojärjestelmien kulttuurissa (Lawn & Campion, 2013), ja sitä on pidetty eräänlaisena itsehoitomenetelmänä tiettyjen psykiatristen oireiden lievittämisessä (Aubin ym., 2012). Hoitoyksiköiden vallitsevan tupakointikulttuurin on osoitettu vaikuttaneen haitallisesti sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan tupakointikäyttäytymiseen, muun muassa edistäen tupakoinnin aloitusta. Savuttomuuspolitiikka on keskeinen väline puututtaessa institutionaalisiin käytäntöihin ja kulttuuriin rakenteisiin, jotka ylläpitävät ja vahvistavat tupakointia psykiatrisessa hoidossa. Erityisesti laitoshoidossa savuttomuuspolitiikan käyttöönotto on tärkeä edistysaskel kohti tupakoinnin vähentämistä ja potilaiden terveyden edistämistä. (Lawn & Campion, 2013).

Useissa eri maissa on jo aiemmin 2000-luvulla siirrytty merkittävästi kohti savuttomia psykiatrisia hoitoyksiköitä (Lawn & Campion, 2013). Suomessa Tupakkalain (549/2016) tavoitteena on, että tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö Suomessa loppuu 2030 vuoteen mennessä. Sosiaali- ja terveysministeriö (2023) on linjannut, että Suomessa tulisi

mahdollistaa savuttomien psykiatristen sairaaloiden toteuttaminen, jotta savutonta sosiaali- ja terveydenhuoltoa saadaan edistettyä. Esimerkiksi Turun yliopistollisen keskussairaalan (Tyks) vuonna 2024 avattu uusi psykiatrinen sairaala, Kompassisairaala, kieltää tupakoinnin kaikkialla sen sisätiloissa, ja mahdollisuus tupakointiin on ainoastaan kattopihojen tupakointiasemilla. Tupakoinnin täyskieltoa ei Suomen psykiatrian yksiköissä ole vielä käytössä missään. Suomenkieliselle kirjallisuuskatsaukselle aiheesta on herännyt tarve.

Tämän tutkielman tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata, mitä tutkimusta on tehty potilaiden savuttomuudesta henkilökunnan näkökulmasta psykiatrisilla osastoilla, sekä millaisia kokemuksia henkilökunnalla on potilaiden savuttomuudesta psykiatrisilla osastoilla. Opinnäytetyö toteutetaan osana Edelläkävijät –nikotiinittomuushanketta, jossa ovat mukana keuhkoterveysjärjestö Filha ry, HUS (Helsingin yliopistollinen sairaala) psykiatria, Niuvanniemen sairaala, Vanhan Vaasan sairaala sekä Varha (Varsinais-Suomen hyvinvointialue) psykiatria. Hanke on osa laajempaa, Euroopan unionin EU4Health –ohjelman JA PreventNCD –hanketta, jonka tavoitteena on ehkäistä sairastumista ei-tarttuviin tauteihin (Filha, 2025).

## 2 KESKEISET KÄSITTEET

Käsitteet muodostavat tieteenalojen perustan. Käsite on termi, jota käytetään ilmiön kuvaamiseen ja jäsentämiseen. Se toimii luokittelun välineenä ja sen avulla voidaan tiivistää ilmiöön liittyviä ajatuksia ymmärrettävään muotoon. Käsitteiden nimeäminen helpottaa niiden analysointia ja jatkokehittämistä. (Meleis, 2017) Tämän tutkielman keskeisiksi käsitteiksi määriteltiin *savuttomuus* ja *psykiatrian osasto*, jotka avataan tarkemmin tämän luvun alaluvuissa.

### 2.1 Savuttomuus

Savuttomuudella voidaan tarkoittaa tupakoimattomuutta, sekä lisäksi myös nikotiinittomuutta (Savuton Suomi 2030, n.d.). Savuttomuus on merkittävä tekijä, jolla voidaan edistää hengitysterveyttä. Tupakkatuotteiden sisältämä nikotiini itsessään on voimakasta riippuvuutta aiheuttava päihde, jolla on muun muassa sydän- ja verenkiertovaikutuksia. Tupakoinnilla on vaikutuksia lähes kaikkiin hengityssairauksiin. (Hengityслиitto, n.d.) Tupakointi aiheuttaa kiistatta lukuisia terveyshaittoja sekä taloudellisia haittakustannuksia. Suomen eduskunnan säättämän tupakkalain tavoitteena on, että tupakkatuotteiden ja muiden nikotiinia sisältävien tuotteiden käyttö Suomessa loppuu kokonaan (Tupakkalaki 549/2016).

Tupakointi aiheuttaa sairauksia ja ennenaikaisia kuolemia sekä pahentaa jo ilmaantuneita sairauksia. Tupakointi aiheuttaa muun muassa syöpää, hengityselinsairauksia, sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksia sekä suun sairauksia. Sen on todettu myös lisäävän sairastumista mielenterveyden häiriöihin. Tupakka- ja nikotiinituotteita käyttävät henkilöt saavat helpommin komplikaatioita erilaisten leikkausten ja muiden toimenpiteiden jälkeen, ja myös toipuminen on hitaampaa kuin henkilöillä, jotka eivät käytä tupakka- ja nikotiinituotteita. Tupakoinnilla on lisäksi monien lääkehoitojen tehoa heikentävä vaikutus.

Passiivisen tupakoinnin eli tupakansavulle altistumisen on myös todettu lisäävän esimerkiksi syöpään ja sydänsairauksiin sairastumisen riskiä. (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito: Käypä hoito -suositus, 2024) Passiivinen tupakointi koostuu tupakoitsijan uloshengittämästä savusta sekä sivuvirrasta eli savusta, joka vapautuu savukkeeseen palavasta päästä. Sivuvirran savussa useiden haitallisten aineiden pitoisuus on suurempi kuin savukkeesta keuhkoihin vedettävässä päävirran savussa. Mikäli tila, jossa tupakoidaan, on ilmastoitu huonosti, saattavat hengitettävän ilman haitallisten aineiden pitoisuudet nousta hyvinkin korkeiksi. (Hengityслиitto, n.d.)

Vuonna 2020 tupakoinnin seurauksena aiheutuneita kuolemia Suomessa arvioidaan olleen noin 4 600 ja tupakoinnista seuranneita uusia työkyvyttömyysjaksoja 500 kappaletta. Yhteiskunnalle koitui tupakoinnista taloudellista haittaa vuonna 2020 arviolta noin 1,3 miljardin euroa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2024) Työssä jaksaminen heikkenee tupakoinnin seurauksena, ja tupakoivat työntekijät sairastuvat tupakoimattomia useammin esimerkiksi hengitystieinfektioihin ja tulehduksellisiin sairauksiin. Tupakoiva työntekijä aiheuttaa työnantajalleen vuodessa 2 000 euroa enemmän ylimääräisiä kustannuksia kuin ei-tupakoiva työntekijä. (Työterveyslaitos, n.d.)

Suomen ASH ry (Action on Smoking and Health) on valtakunnallinen kansanterveysjärjestö, joka keskittyy tupakka- ja nikotiinipolitiikkaan. Suomen ASH ry:n päätavoitteena on savuton ja nikotiiniton Suomi. Olennainen osa järjestön toimintaa on kotimainen ja kansainvälinen verkostoyhteistyö, ja se koordinoi Savuton Suomi 2030 -verkostoa (Suomen ASH ry, n.d.) Savuton Suomi 2030 -verkosto puolestaan tähtää toiminnallaan tupakkalain pyrkimykseen saada tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö Suomessa loppumaan vuoteen 2030 mennessä. Verkoston toiminta on tieteelliseen tutkimusnäyttöön ja hyviin käytäntöihin perustuvaa. (Savuton Suomi 2030, n.d.)

Tupakointi on aina kannattavaa lopettaa. Useiden sairauksien hoidon kannalta on keskeistä, että tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö lopetetaan. Kun tupakointi lopetetaan 30-vuotiaana, palautuu eliniänodote lähes samalle tasolle kuin mitä se on tupakoimattomilla henkilöillä. 50-vuotiaana lopetettu tupakointi vähentää ennenaikaisen kuoleman riskin miltei puoleen. Monien lääkkeiden, esimerkiksi psyykenlääkkeiden, tarve sekä mahdolliset haittavaikutukset saattavat vähentyä, kun tupakointi lopetetaan. Unen laadun ja keston on todettu paranevan sekä koetun stressin vähenevän tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön lopettamisen seurauksena. (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito: Käypä hoito -suositus, 2024)

Yksi mahdollinen keino tupakoinnin vähentämiseen on kieltää tupakointi työpaikalla (Työterveyslaitos, n.d.). Työterveyslaitoksen (n.d.) mukaan savuttoman työpaikan määritelmiin kuuluu muun muassa tupakan, mukaan lukien sähkötupakan, käyttökielto työpaikan sisätiloissa, ja mahdollisten tupakointipaikkojen sijoittaminen ulkona siten, ettei tupakansavun ole mahdollista kulkeutua sisätiloihin. Lisäksi määritelmiin kuuluvat tupakoinnin kieltäminen työaikana, työpaikan eri tilaisuuksien pitäminen savuttomina sekä

tuen antaminen tupakoinnin lopettamiseen pyrkivälle henkilökunnalle. Savuttoman työpaikan tulee mainita savuttomuudesta jo työpaikkailmoituksessa.

Suomessa tupakointia on rajoitettu työpaikoilla, julkisissa tiloissa ja liikennevälineissä, ravintoloissa, leikkipuistoissa, päiväkotien ja oppilaitosten ulkoalueilla sekä kesäkaudella yleisillä uimarannoilla (Hengityслиitto, n.d.). Esimerkiksi Turun yliopistollinen keskussairaala (Tyks) pyrkii lopettamaan tupakoinnin ja nuuskan käytön sairaala-alueellaan kokonaan. Marraskuussa 2020 sairaala päivitti Savuton sairaala -mallin, joka koskee sekä henkilökuntaa että potilaita. Henkilökunnan savuttomuus toimii tärkeänä esimerkkinä potilaille ja vierailijoille. (Suomen ASH ry, 2020)

## **2.2 Psykiatrinen osasto**

Psykiatrinen osasto tarjoaa ympärivuorokautista, intensiivistä ja moniammatillista hoitoa ja tukea henkilöille, joilla on vakavia mielenterveyshäiriöitä. Osastohoito voi olla tarpeen, kun avohoito ei riitä ja potilaan turvallisuus tai hyvinvointi on vaarassa. Suomessa psykiatriseen osastohoitoon pääsemiseen tarvitaan lääkärin lähete. Valtaosa psykiatrian osastoista on suljettuja osastoja, joiden ovet pidetään lukittuina. Suljetuilla osastoilla voi olla sekä vapaaehtoisesti että tahdosta riippumatta hoidossa olevia potilaita. (Mielenterveystalo, n.d.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2024) tilaston mukaan vuonna 2023 Suomessa psykiatrista erikoissairaanhoidon osastolla saaneiden määrä oli noin 22 000, mikä oli noin 4 prosenttia enemmän kuin vuonna 2022.

Mielenterveyslaki (1116/1990, 2 luku, 8 §) määrittelee Suomessa tahdostaan riippumattomaan psykiatriseen osastohoitoon määräämisen edellytykset. Hoitoon voidaan määrätä, mikäli kaikki seuraavat ehdot täyttyvät: Henkilön on todettu olevan mielisairas; hoitoon toimittamatta jättämisen seurauksena olisi henkilön mielisairaudesta paheneminen tai hänen taikka muiden terveyden tai turvallisuuden vakava vaarantuminen; muut mielenterveyspalvelut eivät ole sopivia tai riittäviä. Mielisairauksiin luetaan psykoottiset häiriöt eli tilat, joissa henkilön todellisuuden taju on hämärtyneet. Psykoottisen henkilön voi olla vaikea ymmärtää hoidon tarvetta, ja hän saattaa olla vaaraksi itselleen tai toisille. Psykoottisiin häiriöihin kuuluvat esimerkiksi skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriö ja vakava kaksisuuntainen mielialahäiriö. Pelkkä aikuisen henkilön itsetuhoisuus ei siis yksinään edellytä henkilön määräämistä tahdosta riippumattomaan hoitoon. (Jüriloo, 2024)

Hoidon tavoitteena psykiatrisessa osastohoidossa on vakauttaa potilaan mielenterveys, vähentää oireita, tarjota turvallinen ympäristö toipumiselle, kehittää potilaan selviytymis- ja toimintakykyä sekä valmistella potilas siirtymään takaisin avohoitoon tai kotiin (Mielenterveystalo, n.d.). Moniammatilliseen työskentelyyn psykiatrialla osallistuu muun muassa lääkäreitä, sairaanhoitajia, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä, toimintaterapeutteja ja fysioterapeutteja (Räsänen & Pesonen, 2021). Tässä tutkielmassa sairaalan henkilökuntaan luetaan mukaan myös sairaalan johto- ja tutkimushenkilöstö.

Osastohoito sisältää monenlaisia palveluita, kuten lääkehoitoa, terapiamenetelmiä ja sosiaalista tukea (Mielenterveystalo, n.d.). Psykykenlääkehoito on korostunut hoidettaessa vakavia mielenterveyden häiriöitä, mutta myös psykososiaaliset hoitomuodot ovat keskeisiä hoidon kulmakiviä (Partanen ym., 2021). Terapia voi olla yksilö- tai ryhmämuotoista, ja sen tavoitteena on auttaa potilasta käsittelemään tunteitaan ja ajatuksiaan. Lisäksi sosiaalinen tuki auttaa potilasta arjen haasteissa ja yhteydenpidossa läheisiin. Potilaalla on oikeus saada laadukasta hoitoa ja tulla kohdelluksi kunnioittavasti. Samalla potilaan odotetaan osallistuvan hoitoonsa ja noudattavan osaston sääntöjä. Hoidon kesto vaihtelee potilaan tarpeiden mukaan ja se voi olla lyhytaikaista kriisihoitoa tai pidempiaikaista kuntoutusta. (Mielenterveystalo, n.d.)

Perinteisten psykiatristen osastojen lisäksi on olemassa oikeuspsykiatrisia osastoja ja –sairaaloita. Oikeuspsykiatrisessa osastohoidossa olevat potilaat on todettu mielentilatutkimuksessa syyntakeettomiksi rikostensa suhteen. Suomessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) tekee mielentilatutkimuksen jälkeen päätöksen siitä, määrätäänkö henkilö oikeuspsykiatriseen tahdosta riippumattomaan hoitoon. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, n.d.) Hoitajakso on usein pitkä, ja potilaan kotiutuminen tapahtuu valvotusti ja ohjatusti. Hoitotyössä pyritään yhdistämään terapeuttiset menetelmät ihmisoikeuksien ja turvallisuuden huomioimiseen. Suomessa merkittävimmät oikeuspsykiatrian yksiköt ovat Niuvanniemen sairaala, Vanhan Vaasan sairaala sekä Helsingin kaupungin ja muun Uudenmaan maakunnan hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon yhtymän (HUS) Tehostetun osastohoidon ja oikeuspsykiatrian yksikkö (TEOPSY). Nämä ovat valtion mielisairaloita, ja ne toimivat THL:n alaisina. (HUS, n.d.)

### **3 TUTKIELMAN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tämän tutkielman tarkoituksena on kuvata henkilökunnan kokemuksia potilaiden savuttomuudesta psykiatrisilla osastoilla. Tutkielma toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tässä tutkielmassa haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä tutkimusta on tehty potilaiden savuttomuudesta henkilökunnan näkökulmasta psykiatrisilla osastoilla?
2. Millaisia kokemuksia henkilökunnalla on potilaiden savuttomuudesta psykiatrisilla osastoilla?

Tutkielman tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, mitkä asiat on koettu toimiviksi savuttomuuskäytäntöjä implementoidessa psykiatrisille osastoille sekä toisaalta siitä, millaisia ongelmakohtia on ilmennyt. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää savuttomuuskäytäntöjen käyttöönotossa psykiatrisilla osastoilla Suomessa sekä henkilökunnan koulutusten suunnittelussa.

## 4 MENETELMÄT JA AINEISTO

Tämän tutkielman kirjallisuuskatsaus toteutettiin kuvailevana kirjauskatsauksena. Kirjallisuuskatsaus on laaja perehtyminen olemassa olevaan kirjallisuuteen, jolla pyritään vastaamaan ennalta määriteltyyn tutkimuskysymykseen (Aveyard, 2014). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöistä ja se pyrkii ymmärtämään tarkasteltavaa ilmiötä. Sen tavoitteena on antaa kattava yleiskuva aiheesta, tunnistaa keskeiset käsitteet ja tutkimustulokset sekä kartoittaa, millaista keskustelua ilmiöstä ajankohtaisesti käydään. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on hoito- ja terveystieteellisessä tutkimuksessakin paljon hyödynnetty tutkimusmenetelmä. (Kangasniemi ym. 2013)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet jaotella neljään Kangasniemen ym. tutkimuksessa (2013): Tutkimuskysymyksen muodostamiseen, aineiston valintaan, kuvailun rakentamiseen ja tulosten tarkasteluun. Tutkimuskysymys ohjaa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen koko tutkimusprosessia. Tutkimuskysymyksen on hyvä olla rajattu, mutta kuitenkin sopivan väljä. Tutkimuskysymys ohjaa aineiston valintaa. Aineiston kuvailu rakennetaan laadullisena, ja sillä vastataan esitettyyn tutkimuskysymykseen. Aineisto syntetisoidaan ja sitä vertaillaan. Lopuksi tulosten tarkastelussa kootaan yhteen löydetty tulokset. Tarkastelussa pohditaan sisällöllisiä ja menetelmällisiä seikkoja sekä arvioidaan tutkimusten luotettavuutta.

### 4.1 Hakustrategia

Hakulausekkeiden muodostamista ohjasivat tutkielman aihealueen keskeiset termit ja tutkimuskysymykset. Kuvaavien hakusanojen (Liite 1.) etsimisessä käytettiin hyödyksi sanakirjoja, asiasanastoja sekä alustavien kirjallisuushakujen yhteydessä esiin nousseita aihealueen keskeisiä termejä. Hakusanojen sekä hakustrategian muodostamisessa hyödynnettiin myös PICO-työkalua, joka muodostuu neljästä osatekijästä (Taulukko 1.). PICO-työkalua hyödynnetään laajasti näyttöön perustuvassa terveydenhuollossa työkaluna. Sen avulla on mahdollista muun muassa jäsentää arviointikriteerit, muotoilla tutkimuskysymykset ja hakustrategiat sekä kuvata mukaan otetut tutkimukset tai meta-analyysit. (Cochrane, n.d.) Hakusanojen valinnassa sekä hakulausekkeiden viimeistelyssä hyödynnettiin Turun yliopiston kirjaston informaattikkoa.

Tämän tutkielman tutkimusartikkelien haku toteutettiin käyttämällä CINAHL-, PubMed- ja PsycINFO-tietokantoja. CINAHL ja PubMed ovat hoitotieteen ja sen lähialojen keskeisiä tietokantoja ja PsycINFO puolestaan psykologian alan tietokanta. Lisäksi suoritettiin

manuaalinen haku Google Scholar -hakupalvelussa hakulausekkeella ”smoking ban” AND “nursing”, sekä käytiin läpi mukaan otettujen artikkelien lähdeluettelot.

Taulukko 1. Hakusanojen muotoilemisessa hyödynnetty PICO-työkalu

P	Populaatio	Psykiatrisen sairaalan potilaat ja henkilökunta
I	Interventio	Savuttomuus, nikotiinittomuus, tupakointikielto, miten savuttomuus saadaan toteutettua
C	Konteksti	Psykiatrinen osasto
O	Tulokset	Henkilökunnan kokemukset

## 4.2 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Tämän tutkielman mukaanotto- ja poissulkukriteerit pyrittiin muotoilemaan mahdollisimman tarkasti (Taulukko 2.). Kriteereiden muodostamista ohjasivat alustavat kirjallisuushaut sekä työn tilaajien toiveet. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit auttavat kohdentamaan kirjallisuushakua. Ne auttavat luomaan strategian, jonka avulla on mahdollista löytää kirjallisuutta, joka liittyy suoraan määriteltyyn tutkimuskysymykseen. Poissulkukriteereillä varmistetaan, että katsaukseen ei sisällytetä epäolennaisia tutkimuksia. (Aveyard, 2014) Kriteerit määriteltiin ennakkoon, mutta ne tarkentuivat vielä hieman artikkelien haun jälkeen.

Taulukko 2. Kirjallisuushaun mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
Artikkelit ovat saatavilla koko tekstinä. Artikkelit on julkaistu vertaisarvioidussa julkaisussa englannin kielellä.	Artikkelit ovat julkaistu muulla kuin englannin kielellä eikä niitä ole saatavilla kuin maksullisena.
Artikkeleissa on kuvailtu henkilökunnan kokemuksia potilaiden savuttomuudesta.	Artikkeleissa on kuvailtu potilaiden kokemuksia savuttomuudesta tai henkilökunnan kokemuksia henkilökunnan savuttomuudesta. Artikkelit käsittelevät henkilökunnan asenteita yleisesti potilaiden savuttomuutta kohtaan. Tuloksia on saatu objektiivisista havaintomittareista tai rekisteriaineistoista.
Tutkimus on alkuperäistutkimus.	Tutkimus on katsaus tai opinnäytetyö.
Tutkimus on tehty psykiatrisen sairaalan kontekstissa, tai tuloksissa on eroteltu psykiatrisia osastoja kuvaavat tulokset tai tuloksista vähintään 50 % on kuvannut psykiatrisilta osastoilta saatuja tuloksia.	Tutkimus on tehty yleissairaalan tai avohoidon kontekstissa, tai yli 50 % tuloksista on kuvannut yleissairaalan tai avohoidon kontekstissa saatuja tuloksia.
Tupakointi on kielletty osaston sisätiloissa ja sairaalan ulkoalueella tai tupakointi on kielletty vain osaston sisätiloissa.	Tupakointi on sallittu osaston sisätiloissa.

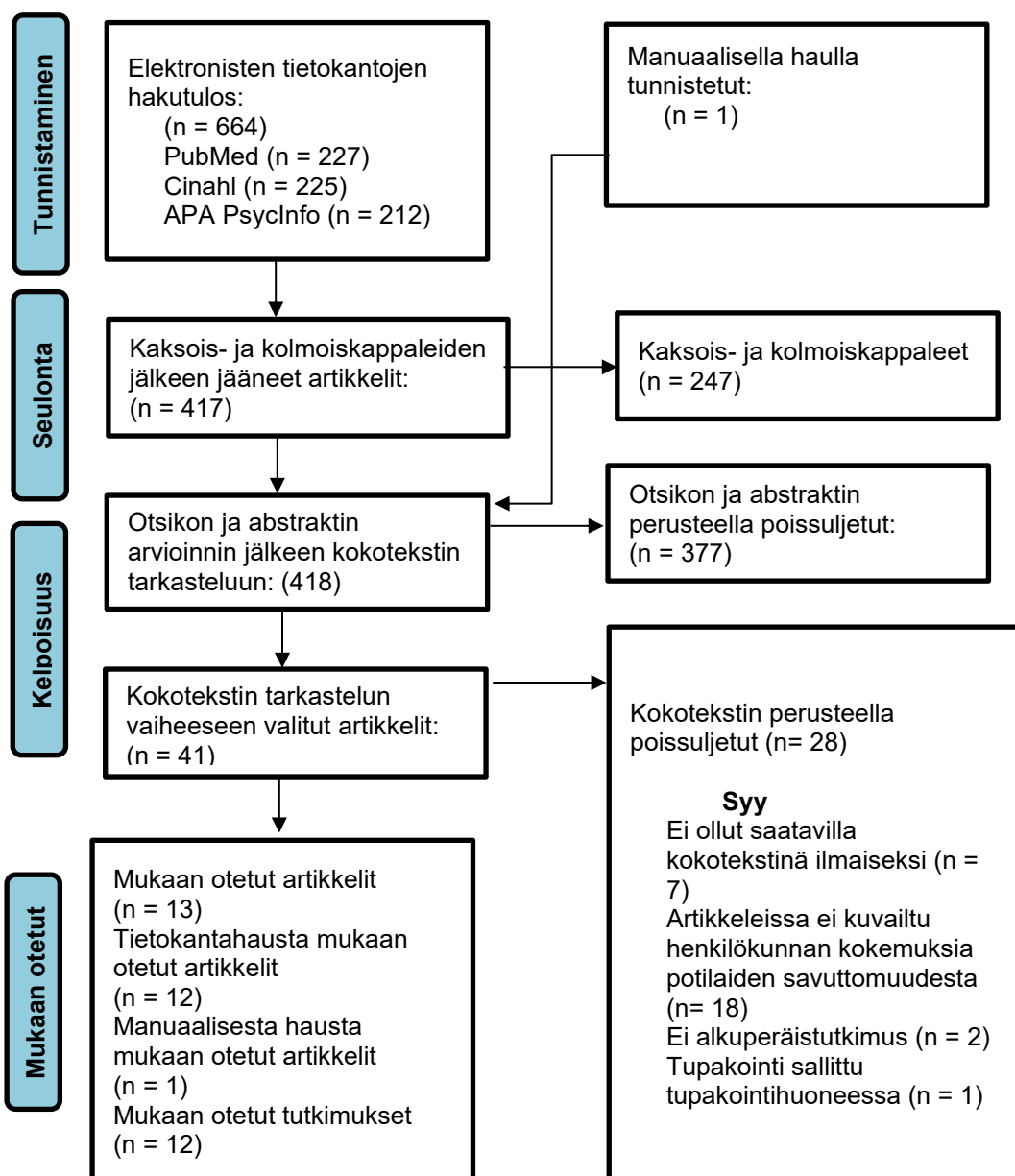
Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
Artikkeleissa on tutkittu täysi-ikäisten potilaiden savuttomuutta, tai tuloksissa on eroteltu täysi-ikäiset ja alaikäiset potilaat tai vähintään 50 % tuloksista on kuvannut täysi-ikäisten potilaiden savuttomuutta.	Artikkeleissa on tutkittu alaikäisten potilaiden savuttomuutta, tai yli 50 % tuloksista on kuvannut alaikäisten potilaiden savuttomuutta.

### 4.3 Kirjallisuuden hakuprosessi

Järjestelmällinen tiedonhaku tietokantoihin tehtiin tammikuussa 2025. Tutkimusaineiston valinnan eteneminen on esitetty PRISMA-kaaviossa (Kuvio 1). PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) on kehitetty alun perin yksinkertaistamaan systemaattisten katsauksien raportointia (Page ym. 2021).

Tietokantahaulla löytyi yhteensä 664 osumaa. Hakujen kielirajauksena käytettiin englannin kieltä, suomenkielisiä artikkeleita aiheesta ei ollut. Hakutulokset vietiin Zotero-viitteidenhallintaohjelmaan, jota käytettiin apuna kaksois- ja kolmoiskappaleiden poistamisessa. Kaksois- ja kolmoiskappaleita poistettiin yhteensä 247 kappaletta.

Manuaalisella haulla Google Scholar -hakupalvelusta löytyi yksi artikkeli, joka oli uusin valituista julkaisuista, eikä sitä löytynyt käytetyistä tietokannoista tai muiden artikkelien lähdeluetteloista. Myös tämä artikkeli vietiin Zoteroon. Jäljelle jääneet 418 artikkelia käytiin ensin läpi otsikko- ja abstraktitasolla, jonka jälkeen kokotekstin tarkasteluun valikoitui 41 artikkelia. Kokotekstien perusteella suljettiin pois 28 artikkelia. Vanhimpia maksullisia artikkeleita ei löytynyt Turun yliopiston kirjastosta, eikä niitä ollut mahdollista tiedustella Kuopion yliopiston varastokirjastosta, koska varastokirjasto oli vuoden 2025 kevään ajan pois käytöstä. Kaiken kaikkiaan 13 artikkelia täyttivät mukaanottokriteerit. Yhteensä tutkielmaan otettiin mukaan 12 tutkimusta, sillä yhdestä tutkimuksesta oli tehty kaksi tähän tutkielmaan soveltuvaa tutkimusartikkelia. Mukaanottokriteerit täyttäneiden artikkeleiden lähdeluetteloita tarkastelemalla ei löytynyt enää uusia mukaan otettavia artikkeleita.



Kuvio 1. Tiedonhaku mukailleen Prisma 2020 Flow Diagrammia (Page ym. 2021).

#### 4.4 Artikkeleiden laadun arviointi

Tässä tutkielmassa artikkeleiden laadun arviointi suoritettiin kirjallisuuskatsauksen ainoan laatijan toimesta. Arviointi toteutettiin hyödyntämällä Joanna Briggs Instituutin (JBI) tutkimusten arviointikriteeristöjä, jotka Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus) on suomentanut (Hoitotyön tutkimussäätiö, n.d.). Tutkimusartikkelien laadunarviointiin käytettiin kolmea eri JBI:n arviointikriteeristöä, riippuen tutkimuksen lähestymistavasta. Käytetyt arviointikriteeristöt olivat laadullisen, kvasikokeellisen ja poikkileikkaustutkimuksen arviointiin käytettävät tarkistuslistat. Tämän työn arviointikriteerien lukumäärä vaihteli

tutkimustyyppin mukaan (Taulukko 3). Kaikki aineiston artikkelit ovat julkaistu vertaisarvioituissa tieteellisissä lehdissä.

Taulukko 3. Artikkelien laadunarvioinnin pisteytys

Artikkelit julkaisuvuoden mukaan	JBI:n arviointikriteeristö	Tutkimuksen laatua kuvaava pistemäärä
Campion J, Lawn S, Brownlie A, Hunter E, Gynther B ja Pols R. (2008)	Laadullinen tutkimus	7/10
Etter M, Khan A.N, Etter J-F. (2008)	Kvasikokeellinen tutkimus	8/9
Garg S, Shenoy S, Badee M, Varghese J, Quinn P, Kent J. (2009)	Poikkileikkaustutkimus	7/8
Ratschen E, Britton J, Doody G.A, McNeill A. (2009)	Laadullinen tutkimus	10/10
Ratschen E, Britton J, McNeill A. (2009)	Poikkileikkaustutkimus	7/8
Cormac I, Creasey S, McNeill A, Ferriter M, Huckstep B, D'Silva K. (2010)	Kvasikokeellinen tutkimus	8/9
Voci S, Bondy S, Zawertailo L, Walker L, George T.P, Selby P. (2010)	Kvasikokeellinen tutkimus	8/9
Hehir A.M, Indig D, Prosser S, Archer V.A. (2013)	Poikkileikkaustutkimus	7/8
Lawn S, Hehir A, Indig D, Prosser S, Macleod S, Keller A. (2014)	Poikkileikkaustutkimus	7/8
Hashimoto K, Makinodan M, Matsuda Y, Morimoto T, Ueda S, Kishimoto T. (2015)	Poikkileikkaustutkimus	6/8
Lawn S, Feng Y, Tsourtos G, Campion J. (2015)	Poikkileikkaustutkimus	6/8
De Oliveira R. M, Furegato A.R.F. (2021)	Laadullinen tutkimus	9/10
De Oliveira R. M, Santos J., Furegato A.R.F. (2022)	Poikkileikkaustutkimus	7/8

Kaikki artikkelit (n = 13) olivat laadultaan soveltuvia otettavaksi mukaan tämän tutkielman kirjallisuuskatsaukseen. Yksi laadullinen tutkimusartikkeli sai täydet pisteet käytetystä arviointityökaluista (Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009). Yhdessä laadullisessa tutkimuksessa oli ainoastaan puutteita tutkijan kulttuuristen ja teoreettisten lähtökohtien kuvailussa (De Oliveira & Furegato, 2021). Yhdessä vanhimmista mukaan otetuista artikkeleista puolestaan oli puutteita tutkijan kulttuuristen ja teoreettisten lähtökohtien kuvailussa, kuvailussa tutkijan mahdollisesta vaikutuksesta tutkimukseen, sekä eettisten periaatteiden noudattamisen kuvailussa (Campion ym., 2008).

Kvasikokeellisten tutkimusten arviointikriteerien pistemääriä laskivat kaikissa artikkeleissa kontrolliryhmän puuttuminen (Cormac ym., 2010; Etter ym., 2008; Voci ym., 2010). Poikkileikkaustutkimusten arviointikriteerien pistemääriä puolestaan laskivat se, ettei

sekoittavia tekijöitä ollut tunnistettu (Hashimoto ym., 2015; Lawn ym., 2015), tai mainittu menetelmiä sekoittavien tekijöiden huomioimisessa (De Oliveira ym., 2022; Garg ym., 2009; Hashimoto ym., 2015; Hehir ym., 2013; Lawn ym., 2014, 2015; Ratschen, Britton, & McNeill, 2009).

#### **4.5 Artikkeliaineiston analyysi**

Sisällönanalyysin tarkoituksena on aineiston jäsentäminen ja sen sisällön ryhmitteleminen luokkiin. Tutkija etsii aineistosta toistuvia ajatuksia ja ilmauksia, jotka liittyvät tutkittavaan ilmiöön. (Elo & Kyngäs, 2008; Gray, 2020) Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa joko aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai teorialähtöisesti eli deduktiivisesti, riippuen tutkimuksen tavoitteista ja siitä, kuinka paljon aiheesta on olemassa aiempaa tietoa. Induktiivinen sisällönanalyysi sopii käytettäväksi erityisesti silloin, kun tutkittava ilmiö on vähän tunnettu tai aiempi tieto siitä on hajanaista ja jäsentymätöntä. Aineistoa tarkastellaan tällöin ilman valmiita teoreettisia oletuksia. Tavoitteena on rakentaa aineistosta jäsenneily kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Elo & Kyngäs, 2008)

Tässä kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Aluksi aineistoon tutustuttiin huolellisesti lukemalla sitä useaan otteeseen läpi ja tekemällä samalla merkintöjä tekstiin. Aineistosta nousi esiin toistuvia, tutkittavaan ilmiöön liittyviä teemoja, jotka muotoiltiin luokiksi. Lopulta aineistosta luotiin synteesi, jossa tulokset kuvattiin luokkien kautta.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Tutkimusten kuvaus

Tähän tutkielmaan otettiin mukaan 12 tutkimusta, joista yhdestä on tehty kaksi tutkielmaan soveltuvaa tutkimusartikkelia. Tutkielmaan valittujen tutkimusartikkeleiden (n=13) julkaisuvuoden sijoittuvat vuosien 2008–2022 väliselle ajalle. Valittujen artikkeleiden julkaisuvuodet jakautuvat aikavälille melko tasaisesti. Artikkeleiden julkaisumaat ovat Australia (n = 3), Sveitsi (n = 1), Yhdistynyt kuningasunta (n = 5), Kanada (n = 1), Japani (n = 1) ja Brasilia (n = 2). Kaikki artikkelit ovat raportoitu englannin kielellä. Aineiston tarkempi esittely on liitteessä 2.

Valtaosassa artikkeleista tutkimusasetelma oli kvantitatiivinen eli määrällinen (n = 9). Kvalitatiivista eli laadullista tutkimusasetelmaa edusti kolme artikkelia ja yksi artikkeli edusti monimenetelmällistä eli mixed method –asetelmaa. Määrällisistä tutkimuksista kuusi oli poikkileikkaustutkimuksia (De Oliveira ym., 2022; Garg ym., 2009; Hashimoto ym., 2015; Hehir ym., 2013; Lawn ym., 2014, 2015) ja kolme kvasikokeellista tutkimusta (Cormac ym., 2010; Etter ym., 2008; Voci ym., 2010). Poikkileikkaustutkimuksissa tutkittiin henkilökunnan asenteita ja mielipiteitä tupakointikieltoa kohtaan, sekä sitä, millaisia vaikutuksia tai haasteita savuttomuuspolitiikan toteuttamisessa oli kohdattu. Kvasikokeellisissa tutkimuksissa puolestaan arvioitiin tupakointikiellon alkamisen tai tiukentumisen vaikutuksia psykiatrisissa yksiköissä. Laadulliset tutkimukset oli toteutettu retrospektiivisellä realistisella arviointitutkimuksella (Campion ym., 2008) sekä grounded theory -menetelmällä (De Oliveira & Furegato, 2021). Yhdessä laadullisessa tutkimuksessa asetelmaa ei ollut tarkennettu erikseen (Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009) Laadullisissa tutkimuksissa sekä monimenetelmällisessä (Ratschen, Britton, & McNeill, 2009) tutkimuksessa kuvattiin tupakointikiellon täytäntöönpanoa, kokeilua ja lopettamista.

Otsokoko vaihteli artikkeleissa 6–670 välillä. Tutkimusten osallistajat ja otoskoot on kuvattu liitteessä 2. Eniten henkilökunnan kokemuksia potilaiden savuttomuudesta psykiatrisilla osastoilla oli tehty psykiatrisissa sairaaloissa (n = 7), mutta myös oikeuspsykiatrisissa sairaaloissa (n = 4) ja yleissairaaloissa (n = 2) tutkimusta oli tehty. Tutkimusten konteksti ja tutkimusjoukot on kuvattu taulukossa 4.

Taulukko 4. Katsaukseen valittujen artikkeleiden kuvaus

<b>Tutkimuksen konteksti</b>	<b>n</b>
Yleissairaalan psykiatriset osastot	2
Psykiatrisen sairaalan osastot	7
Oikeuspsykiatriset sairaalan osastot	4
<b>Tutkimusjoukko</b>	
Sairaalan henkilökunta, ammattinimikkeitä ei tarkoin määritelty	3
Potilastyötä tekevät	3
Sairaalan henkilökunta, jossa potilastyötä tekevien lisäksi muitakin ammattinimikkeitä	3
Sairaalan johtohenkilöstö	4

Savuttomuuspolitiikan ja tupakointikiellon määrittelyissä oli eroja eri tutkimusten välillä. Tupakoinnin täyskiellon määritelmä tässä tutkielmassa on, että tupakointikielto koski sekä osastojen sisä- että ulkoalueita (n = 7). Osittainen tupakoinnikielto puolestaan rajoitti tupakointikiellon koskemaan vai osastojen sisätiloja (n = 3). Yhden tutkimuksen savuttomuuspolitiikka oli määritelty tupakoinnin täyskielloksi, mutta koska potilaille annettiin jatkuvasti poikkeuslupia tupakoida ulkoterasseilla, ja josta tuli yleinen käytäntö, on kyseinen tutkimus määritelty tässä tutkielmassa noudattaneen osittaista tupakointikieltoa. Kolmessa tutkimuksessa oli mukana yksikköjä, joissa osassa oli voimassa tupakoinnin täyskielto ja osassa osittainen kielto (n = 3).

Kahdessa tutkimusartikkelissa tupakointikielto päädyttiin lopettamaan kielteisten seurausten vuoksi. Toisessa artikkelissa todettiin, että henkilökunta ei ollut johdonmukainen tupakointikiellon toteuttamisessa, ja sen implementointi käytäntöön epäonnistui tämän vuoksi (Campion ym., 2008). Kielto purettiin vain kuusi viikkoa sen käyttöönoton jälkeen. Toisessa artikkelissa puolestaan raportoitiin yksityisen puolen ammattilaisten ja potilaiden vastarinnan olleen niin suurta, että kielto yksityisellä puolella päätettiin lopettaa kokonaan kolme kuukautta kiellon käyttöönoton jälkeen (De Oliveira & Furegato, 2021). Artikkelien savuttomuuspolitiikan taso ja tutkimuksen seurannan ajankohta on kuvattu taulukossa 5.

Taulukko 5. Savuttomuuspolitiikan taso tutkimusartikkeleissa ja seurannan ajankohta

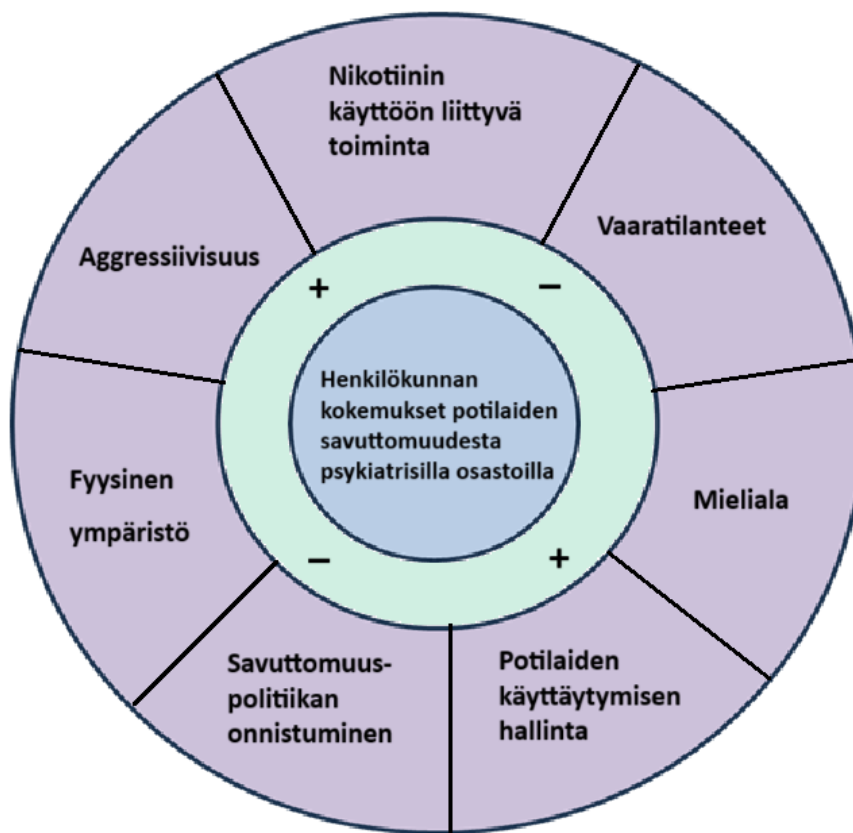
<b>Tekijät ja julkaisuvedot</b>	<b>Savuttomuuspolitiikka</b>	<b>Tutkimuksen seurannan ajankohta</b>
Campion ym., 2008	Tupakoinnin täyskielto, joka purettiin 6 viikkoa kiellon käyttöönoton jälkeen	6 viikkoa eli koko sen ajan, jolloin kielto oli voimassa.
Etter ym., 2008	Osittainen tupakointikielto	3–5 kk aikana sen jälkeen, kun tupakointikielto astui voimaan
Garg ym., 2009	Osittainen tupakointikielto	4 kk tupakointikiellon käyttöönoton jälkeen
Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009	Osittainen tupakointikielto	Noin 1 vuosi tupakointikiellon käyttöönoton jälkeen
Ratschen, Britton, & McNeill, 2009	Osassa yksiköistä täyskielto ja osassa osittainen kielto	Ei määritelty. Yksiköt siirtyneet oletettavasti hieman eri aikoihin savuttomiksi.
Cormac ym., 2010	Tupakoinnin täyskielto	1 kk ennen kieltoa ja 4 kk kiellon alkamisen jälkeen.
Voci ym., 2010	Tupakoinnin täyskielto	Ensimmäinen kysely 2–7 kuukautta ja toinen kysely 31–33 kuukautta kiellon käyttöönoton jälkeen.
Hehir ym., 2013	Tupakoinnin täyskielto	3 vuotta savuttoman sairaalan avaamisen jälkeen.
Lawn ym., 2014	Tupakoinnin täyskielto	Tutkimus toteutettiin vastikään savuttomana avatussa yksikössä.
Hashimoto ym., 2015	Osassa yksiköistä täyskielto ja osassa osittainen kielto	Osa yksiköistä oli ollut savuttomia jo useita vuosia tutkimuksen seuranta-ajankohtana.
Lawn ym., 2015	Osassa yksiköistä täyskielto ja osassa osittainen kielto	Tupakointikielto ollut voimassa eri yksiköissä vähintään 1,5 vuotta.
De Oliveira & Furegato, 2021	Tupakoinnin täyskielto, joka purettiin yksityisellä puolella 3 kk kiellon käyttöönoton jälkeen	7 kk ajan siitä asti, kun tupakointikielto alkoi.
De Oliveira ym., 2022	Tupakoinnin täyskielto	Ei määritelty, mutta koska kyseessä sama tutkimus kuin toinen tämän tutkielman artikkeli, voidaan olettaa ajanjakson olevan sama, eli 7 kk ajan siitä asti, kun tupakointikielto alkoi.

Vain muutamassa artikkelissa (n = 4) oli esitetty, miten tutkimus liittyy teoriaan. Esiin nostetut teoriat olivat sosiaalisen oppimisen teoria (Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009), systeemiteoria (Lawn ym., 2015), symbolinen interaktionismi (De Oliveira & Furegato, 2021) sekä realistinen arviointiteoria (Campion ym., 2008).

## 5.2 Henkilökunnan kokemukset potilaiden savuttomuudesta psykiatrisilla osastoilla

Aineiston analyysissä tunnistettiin seitsemän erilaista luokkaa, jotka kuvaavat henkilökunnan kokemuksia potilaiden savuttomuudesta psykiatrisilla osastoilla. Nämä luokat ovat *fyysinen ympäristö*, *aggressiivisuus*, *nikotiininkäyttöön liittyvä toiminta*, *vaaratilanteet*, *mieliala*, *potilaiden käyttäytymisen hallinta* sekä *savuttomuuspolitiikan onnistuminen*. Kaikista luokista nousi esiin sekä myönteisiä että kielteisiä kokemuksia potilaiden savuttomuudesta.

Tunnistetut henkilökunnan kokemusten luokat on esitetty kuviossa 2.



Kuvio 2. Henkilökunnan kokemukset potilaiden savuttomuudesta psykiatrisilla osastoilla.

### 5.2.1 Fyysinen ympäristö

Artikkeleissa raportoitiin henkilökunnan kokemuksista fyysisessä ympäristössä tapahtuneista myönteisistä muutoksista potilaiden savuttomuuden seurauksena (De Oliveira ym., 2022; De Oliveira & Furegato, 2021; Etter ym., 2008; Garg ym., 2009; Hashimoto ym., 2015; Lawn ym., 2015). Ympäristö koettiin siistimpänä (Garg ym., 2009) ja sisätiloissa oli vähemmän savunhajuja (Etter ym., 2008; Lawn ym., 2015). Koska sisätiloissa oli vähemmän tupakansavua, passiivinen tupakointi väheni (Hashimoto ym., 2015; Lawn ym., 2015; Ratschen, Britton, & McNeill, 2009). Tupakoimattomat potilaat olivat antaneet positiivista palautetta siitä, että tupakansavulle altistuminen oli loppunut (Ratschen, Britton, & McNeill, 2009). Henkilökunta koki, että myös heidän oma terveydentilansa oli parantunut, kun esimerkiksi hengitysoireet olivat vähentyneet (De Oliveira ym., 2022).

Ratschen, Britton, Doody, ym. (2009) artikkelissa puolestaan kuvailtiin tupakointikiellon ympäristövaikutukset kielteisiksi, koska osaston sisätilojen tupakointikieltoa rikottiin toistuvasti ja altistuminen ympäristön tupakansavulle koettiin lisääntyneen tupakointikiellon käyttöönoton jälkeen. Potilaiden oli havaittu tupakoineen makuuhuoneissaan (Etter ym., 2008; Lawn ym., 2015) ja wc-tiloissa (De Oliveira & Furegato, 2021; Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009), ja yleisesti tuotiin esiin potilaiden salaa tupakoinnin lisääntyneen (Hashimoto ym., 2015; Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009; Voci ym., 2010). Tupakointia sisätiloissa havaittiin tapahtuneen erityisesti yöaikaan (Lawn ym., 2015; Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009). Sairaalan lähistöllä asuvilta ihmisiltä oli lisäksi saatu valituksia lisääntyneestä tupakoinnista sairaala-alueen ulkopuolella (Hashimoto ym., 2015). Henkilökunnan myönteiset kokemukset ympäristössä tapahtuneista muutoksista potilaiden savuttomuuden seurauksena kuitenkin korostuivat artikkeleissa.

### 5.2.2 Aggressiivisuus

Potilaiden aggressiivisen käytöksen muutoksista nousi artikkeleissa toisistaan poikkeavia kokemuksia esiin. Osassa artikkeleista korostui henkilökunnan kokema potilaiden lisääntynyt aggressiivisuus tupakointikiellon myötä (Campion ym., 2008; De Oliveira ym., 2022; Garg ym., 2009; Lawn ym., 2015), ja että suurin osa henkilökunnan kokemasta potilaiden verbaalisesta aggressiivisuudesta liittyi savuttomuuspolitiikkaan (Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009). De Oliveira & Furegato (2021) artikkelissa henkilökunta raportoi tappeluiden lisääntyneen sen seurauksena, kun yksityisellä puolella päätettiin luopua tupakointikiellosta,

mutta julkisella puolella kielto säilyi. Lisäksi tuotiin esiin ammattilaisten kokeneen nöyryytystä ja ahdistelua tupakointikiellon seurauksena. Toisinaan vastaaja pohti, oliko potilaan aggressiivisen käytös johtunut itse savuttomuuspolitiikasta, vai pikemminkin tavasta, jolla ulkotupakointi oli järjestetty (Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009).

Tupakoiva henkilökunta raportoi todennäköisemmin ongelmista potilaiden aggressiivisuuteen liittyen kuin tupakoimaton henkilökunta (Hehir ym., 2013; Lawn ym., 2014). Potilaiden kanssa tupakalle menoa oli myös aiemmin pidetty keinona hankalan tilanteen rauhoittamiseksi, ja nyt tätä keinoa ei ollut enää käytettävissä (Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009). Cormac ym. (2010) tutkimuksessa pieni osa henkilökuntaa oli sitä mieltä, että tupakointikielto oli tehnyt potilaista aggressiivisempia, mutta osuus oli huomattavasti pienempi kuin se osuus henkilökunnasta, joka oli ennen tupakointikieltoa arvellut kiellon tekevän potilaista aggressiivisempia.

Osassa artikkeleista puolestaan todettiin, että potilaiden aggressiivisuudessa ei ollut havaittu lisääntymistä tupakointikiellon myötä (Hehir ym., 2013; Lawn ym., 2014; Voci ym., 2010), ja että potilaiden keskinäiset tappelut olivat vähentyneet (De Oliveira ym., 2022; De Oliveira & Furegato, 2021). Henkilökunnan ennakkopelot potilaiden aggressiivisuuden lisääntymisestä tupakointikiellon myötä olivat osoittautuneet perusteettomiksi (Ratschen, Britton, & McNeill, 2009). Potilaiden hoito koettiin myös yleisesti helpommaksi tupakointikiellon käyttöönoton jälkeen, vaikkakin tupakoiva henkilökunta koki harvemmin potilaiden hoidon helpommaksi kuin tupakoimaton henkilökunta (Hehir ym., 2013; Lawn ym., 2014). Voci ym. (2010) tutkimuksessa henkilökunta arvioi vastauksensa olevan joko ”neutraali” tai ”jokseenkin eri mieltä” väitteisiin, joidenka mukaan puhelut turvahenkilöstölle, fyysisten rajoitusten käyttö, eristäminen tai karkaaminen olisivat lisääntyneet tupakointikiellon käyttöönoton jälkeen. Tupakointialueiden hyvä kunnossapito niissä yksiköissä, joissa tupakointi oli sallittu sairaalan ulkoalueella, nähtiin tärkeänä keinoina ehkäistä aggressiivista käyttäytymistä (Ratschen, Britton, & McNeill, 2009).

### 5.2.3 Nikotiinin käyttöön liittyvä toiminta

Lawn ym. (2015) tutkimuksessa henkilökunta oli kokenut, että tupakointikielto oli helpottanut potilaiden tupakoinnin lopettamista, ja että potilaat ottivat todennäköisemmin nikotiinikorvaushoidon käyttöön, koska olivat motivoituneita lopettamaan tupakoinnin. Myös Garg ym. (2009) tekemässä tutkimuksessa henkilökunta koki, että tupakointikielto oli saanut potilaissa aikaan rohkaisun alkaa miettimään tupakoinnin lopettamista. Potilaiden lisäksi

myös osa henkilökunnasta oli alkanut pohtia tupakoinnin lopettamista (Garg ym., 2009), tai henkilökunnan tupakoinnin oli koettu jo vähentyneen potilaiden savuttomuuden seurauksena (Hashimoto ym., 2015; Lawn ym., 2015). Tupakoinnin ollessa kielletty sairaalan sisätiloissa, henkilökunta havaitsi niiden potilaiden osuuden tuplaantuneen, joille annettiin apua tupakoinnin lopettamiseen. Nikotiinikorvaustuotteiden käytössä havaittiin myös kasvua (Etter ym., 2008; Voci ym., 2010). Sen sijaan yskänlääkkeiden käyttö väheni (De Oliveira & Furegato, 2021). Tupakointikiellon alkamisen lähestyessä muutama potilas oli lopettanut tupakoinnin jo ennen kiellon alkua, mutta yleisimmin potilaat joko eivät edes yrittäneet lopettaa sitä ennen kiellon alkua tai yrittivät, mutta eivät kuitenkaan onnistuneet lopettamaan (Cormac ym., 2010).

Sellaiset potilaat, joilla oli oikeus poistua osastolta, raportoitiin kokoontuvan yhdessä tupakoimaan yksikön ulkopuolelle (Campion ym., 2008). Potilaat jäivät tupakoimaan yksikön sisäänkäynnin vieressä oleville penkeille (Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009), ja jotkin puolestaan poistuivat viereisille, osittain vaarallisillekin julkisille alueille, mikä sai henkilökunnassa huolta aikaan (Ratschen, Britton, & McNeill, 2009). Huono sää vähensi potilaiden halukkuutta tupakoida ulkona. (Lawn ym., 2015).

Ratschen, Britton, Doody, ym. (2009) tutkimuksessa mukana olleilla osastoilla tupakointikielto oli periaatteessa voimassa sekä sisätiloissa että ulkoalueilla, mutta kuitenkin pakkohoidossa olleille potilaille alettiin sallia poikkeuslupia käydä henkilökunnan valvomana tupakoimassa yksikön ulkopuolella. Tupakointi tapahtui tällöin vilkkaasti liikennöidyn päätien varrella koulua vastapäätä, vaatien huomattavia henkilöstöresursseja, joten osastoilla päädyttiin järjestämään tupakoinnille valvottuja ”terassitaukoja” yhteisellä sisäpihalla, noin 90 minuutin välein päiväsaikaan. Alun perin poikkeusluviksi tarkoitettut myönnytykset muuttuivat yleiseksi käytännöksi, ja henkilökunta alkoi käyttämään niitä myös palkitsemiskeinona. Henkilökunta raportoi terassin muodostuneen potilaille kiintopisteeksi, jossa joidenkin potilaiden havaittiin polttavan useita savukkeita 10 minuutin terassitauon aikana, tai polttavan kahta savuketta samanaikaisesti. Henkilökunta koki lisäksi, että joitain tupakoimattomia potilaita oli osastolle saapuminen joko saanut retkahtamaan tai aloittamaan tupakanpolton, mahdollisesti terassilla tapahtuvan sosiaalisen kanssakäymisen vuoksi. Terassilla tupakoinnin koettiin tässä tutkimuksessa heikentäneen savuttomuuspolitiikkaa merkittävästi.

De Oliveira & Furegato (2021) tutkimuksessa kävi ilmi, että henkilökunta ja vierailijat luovuttivat potilaille savukkeita. Lähes heti tupakointikiellon alkamisen jälkeen yksityisellä puolella lääkäri teki myönnytyksen potilaalle, antaen potilaalle luvan polttaa muutaman savukkeen päivässä. Henkilökunnan ja potilaiden vastarinta yksityisen puolella oli niin suurta, että tupakointikielto purettiin siellä kolmen kuukauden jälkeen. Kiellon päättyminen yksityisellä puolella vaikutti julkisenkin puolen yksiköihin niin, että löytäessään tupakantumppeja maasta alkoivat hekin pyytämään savukkeita poltettavaksi.

#### 5.2.4 Vaaratilanteet

Makuuhuoneissa tapahtuneen salaa tupakoimisen vuoksi henkilökunta ilmaisi huolensa lisääntyneestä tulipakoriskistä (Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009; Ratschen, Britton, & McNeill, 2009), mutta vain yhdessä artikkelissa mainittiin varsinaisesta kokemuksesta, jossa tulipalo oli syttynyt (De Oliveira & Furegato, 2021). Tapauksesta raportoitiin De Oliveira & Furegato (2021) artikkelissa, jossa yksityisen yksikön henkilöstö oli kokenut tupakointikiellon lisänneen muitakin erinäisiä riskejä. WC-tiloissa oli sammutettu roska-astiassa syttynyt tulipalo, joka oli saanut alkunsa tupakantumpista. Kaatumisriskiä pelättiin, koska potilaat tupakoivat WC-istuimien yläpuolella ja hengittivät savua ikkunan kautta ulos. Myös räjähdysvaara mainittiin, koska potilaita oli piileksinyt tupakoimassa happiverkoston lähellä, sekä riski paeta ja jäädä auton alle. Garg ym. (2009) tutkimuksessa puolestaan yli kolmasosa vastaajista ilmoitti, ettei tupakointikiellon käyttöönoton jälkeen minkäänlaisia vaaratilanteita tähän liittyen ollut esiintynyt. Vaaratilanteet potilaiden aggressiivisuuden osalta on raportoitu omana luokkanaan.

#### 5.2.5 Mieliala

Tutkimuksista nousi esiin, että osa henkilökunnasta oli kokenut potilaiden ahdistuneisuuden lisääntyneen tupakointikiellon seurauksena (Garg ym., 2009; Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009; Voci ym., 2010). Henkilökunta kantoi erityisesti huolta siitä, miten lukituissa huoneissa olevat potilaat kestävät kiellon (Etter ym., 2008). Tuloksia henkilökunnan keskimääräisistä kokemuksista oli myös siitä, että potilaiden ahdistuneisuus ei ollut lisääntynyt kiellon myötä tai ainakaan sitä ei oltu havaittu (Voci ym., 2010). Lawn ym. (2014) tutkimuksessa potilaiden mielenterveydessä ei havaittu heikkenemistä tupakointikiellon seurauksena.

Tupakan vieroitusoireita havaittiin olevan sellaisilla osastoilla, joissa tupakointi oli kokonaan kielletty (Lawn ym., 2014; Voci ym., 2010). Henkilökunta oli myös kokenut, että joissain

tapauksissa potilaiden nikotiinista johtuvaa levottomuutta oli hoidettu psykykenlääkkeillä (Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009). Pieni osa joidenkin tutkimusten vastaajista oli havainnut potilaiden tarvitsevan enemmän tarvittavia psykykenlääkkeitä tupakointikiellon aikana (Cormac ym., 2010; Garg ym., 2009), mutta toisaalta oli myös raportoitu, että tarvittavien lääkkeiden käytössä ei oltu huomattu kasvua (Voci ym., 2010). Hashimoto ym. (2015) tutkimuksen vastaajien joukossa oli myös niitä, jotka olivat kokeneet psykykenlääkkeiden käytön vähentyneen täydellisen tupakointikiellon myötä.

Henkilökunta oli kokenut, että potilaat nukkuivat yönsä paremmin tupakointitilojen sulkemisen myötä. (Garg ym., 2009; Ratschen, Britton, & McNeill, 2009) Tiloissa oli nikotiinin lisäksi aiemmin käytetty myös runsaasti kofeiinia sekä päivisin että iltaisin. Potilaat alkoivat mennä iltaisin aiemmin nukkumaan ja nousivat aamulla aiemmin ylös, jonka jälkeen he poistuivat huoneistaan. (Ratschen, Britton, & McNeill, 2009)

### 5.2.6 Potilaiden käyttäytymisen hallinta

Vastanneista osa koki, että tupakoinnin valvontaan liittyvät tehtävät veivät merkittävästi aikaa heidän varsinaisilta hoitotyön vastuultaan (Garg ym., 2009; Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009). Mikäli ulkotupakointi oli sallittua, potilaiden saattamiseen ulos tupakoimaan koettiin vaativan huomattavia henkilöstöresursseja (Ratschen, Britton, & McNeill, 2009).

Terapeutisiin toimintoihin, kuten toimintaterapiaan, osallistumisen koettiin toisinaan vaarantuneen yksikössä, jossa samaan aikaan vaihtoehtona oli mennä ulos tupakoimaan tupakointiajalla (Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009).

Lawn ym. (2015) tutkimuksessa raportoitiin potilashoidon ongelmista niissä yksiköissä, joissa oli voimassa osittainen tupakointikielto. Osa tutkimuksen vastaajista toi esiin henkilöstöressurssien riittämättömyyden, mikä heikensi heidän kykyään puuttua savuttomuuspolitiikan rikkomuksiin. Tällaisina tilanteina mainittiin erityisesti yöaikaan tapahtuva potilaiden tupakointi huoneissaan, jolloin valvonnan toteuttaminen oli henkilöstömäärän vuoksi haastavaa. Henkilökunta joutui toisinaan saattamaan potilaita yksikön ulkopuolelle tupakoimaan turvallisuussyistä. Potilaiden käyttäytymisen hallinnassa koettiin haasteita erityisesti kiihtyneiden potilaiden kohdalla, jotka halusivat jatkaa tupakointia sairaalahoidon aikana. Lisäksi osallistujat toivat esiin, että vakavasti sairast tai päihteen vaikutuksen alaiset potilaat eivät aina suostuneet noudattamaan pyyntöjä pidättäytyä tupakoinnista hoitoympäristössä.

Potilaiden raportoitiin suuttuvan henkilökunnalle aiempaa useammin (Etter ym., 2008). Osassa yksiköistä henkilökunta koki, että savuttomuuspolitiikan noudattamisessa ilmeni toistuvia rikkomuksia (Etter ym., 2008; Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009; Ratschen, Britton, & McNeill, 2009). De Oliveira & Furegato (2021) toivat esiin, että yksityissektorin tupakointikiellosta luopuminen heijastui myös julkisiin sairaalayksiköihin siten, että savukkeiden läsnäolo sairaalaympäristössä lisääntyi, vaikkakin salassa. Savukkeilla käytiin esimerkiksi kauppaa erinäisistä henkilökohtaisista tavaroista ja seksistä.

Henkilökunnan ennakkopelot mahdollisista potilaiden hallintavaikeuksista olivat toisinaan osoittautuneet perusteettomiksi (De Oliveira & Furegato, 2021; Lawn ym., 2014), tai suhteellisen pieni osa henkilökunnasta oli kokenut potilaiden käyttäytymisen muuttuneen vaikeammin hallittavaksi savuttomuuspolitiikan myötä (Hehir ym., 2013). Myönteisenä koettiin, että aiemmin tupakointiin varatut tilat olit muutettu potilaita muilla tavoin palveleviin toimintoihin, kuten terapeuttisia toimintoja tarjoaviksi tiloiksi (Garg ym., 2009; Ratschen, Britton, & McNeill, 2009).

Henkilökunta koki valmiutensa puuttua potilaiden tupakointiin vahvistuneen sen myötä, kun tupakointiin puuttuminen oli selkeästi määritelty osaksi hoitoa, ja se nähtiin olennaisena osana hoitotyön kokonaisuutta. Savuttomuuspolitiikka oli vähentänyt epäselvyyksiä ja jännitteitä henkilökunnan ammatillisessa roolissaan, erityisesti savukkeiden saatavuuden hallinnan osalta. Aiemmin, potilaiden tupakoinnin ollessa sallittua, nämä tehtävät olivat aiheuttaneet ristiriitoja ja epävarmuutta hoitokäytännöissä. (Lawn ym., 2015)

### 5.2.7 Savuttomuuspolitiikan onnistuminen

Useissa artikkeleista tuotiin esiin, että kaiken kaikkiaan tupakointikielto ja potilaiden savuttomuus oli koettu myönteisenä asiana vastaajien keskuudessa (Cormac ym., 2010; De Oliveira ym., 2022; Garg ym., 2009; Hashimoto ym., 2015; Lawn ym., 2015; Ratschen, Britton, & McNeill, 2009). Savuttomuuspolitiikan käyttöönoton koettiin parantaneen hoidon kokonaislaatua (Lawn ym., 2015), ja kustannukset olivat pienentyneet (Hashimoto ym., 2015). Hashimoto ym. (2015) tutkimuksessa henkilökunta kertoi, että potilailta ja potilaiden omaisilta oli saatu positiivista palautetta savuttomuuspolitiikan käyttöönotosta.

Savuttomuuspolitiikan käyttöönotto oli myös herättänyt ristiriitaisia näkemyksiä (De Oliveira & Furegato, 2021; Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009). Ratschen, Britton, Doody, ym. (2009) tutkimuksessa savuttomuuspolitiikan toteutumista heikensivät yleiset poikkeukset,

kuten tupakoinnin salliminen ulkoterrassilla. De Oliveira & Furegato (2021) artikkelissa puolestaan raportoitiin yksityisen sektorin hoitohenkilökunnan vastustaneen kieltoa niin paljon, että se päätettiin purkaa kolmen kuukauden kuluttua kiellon käyttöönotosta, julkisen puolen yhä jatkaessa kieltoa.

Vastaajista yleensä vähemmistö koki, että tupakointikiellon täytäntöönpanossa ei olisi ollut lainkaan ongelmia (Garg ym., 2009; Hashimoto ym., 2015; Lawn ym., 2014). Ratschen, Britton, & McNeill (2009) tutkimuksen vastanneista huomattava valtaosa oli kokenut ongelmia savuttomuuspolitiikan täytäntöönpanossa. Tupakoitsijat kannattivat kieltoa harvemmin kuin tupakoimattomat (Garg ym., 2009; Voci ym., 2010), ja olivat pessimistisempiä potilaiden savuttomuuden myönteisistä vaikutuksista (Hehir ym., 2013; Lawn ym., 2014). De Oliveira ym. (2022) havaitsivat lisäksi, että yövuorossa työskentelevät kannattivat kieltoa enemmän kuin päivävuorossa työskentelevät.

## 6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 6.1 Luotettavuuden pohdinta

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden varmistamiseksi on tärkeää, että tutkimuskysymykset on esitetty ymmärrettävästi ja rajattu selkeästi (Kangasniemi ym. 2013). Aineiston hakuprosessin ja valintaperusteet tulee olla raportoitu läpinäkyvästi ja analyysin olla johdonmukainen (Green ym., 2006; Kangasniemi ym. 2013). Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen induktiivinen luonne saattaa lisätä tulkinnanvaraisuutta, jonka vuoksi eri tutkijat saattavat päätyä samasta aineistosta erilaisiin lopputuloksiin (Kangasniemi ym. 2013). Kirjoittajan mahdollinen ennakkoluuloisuus heikentää kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta (Green ym., 2006).

Tämän kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset pyrittiin muotoilemaan mahdollisimman täsmällisiksi – ei liian laajoiksi, muttei liian kapeiksikaan. Tutkimuskysymykset ohjasivat koko tutkielman tekoprosessia. Aineiston haku on pyritty kuvaamaan mahdollisimman huolellisesti lähtien hakusanojen ja -lausekkeiden muodostamisesta, johon hyödynnettiin myös Turun yliopiston kirjaston informaatikoiden osaamista. On silti mahdollista, että haun ulkopuolelle on jäänyt joitakin olennaisia hakusanoja. Kirjallisuushaun yhteydessä seitsemän vanhempaa artikkelia rajautui kokotekstin tarkastelun ulkopuolelle, koska niiden kokotekstit eivät olleet saatavilla maksuttomana. Tällä rajoituksella on ollut vaikutusta tutkielman tuloksiin ja niiden kattavuuteen. Kandidaatintutkielmassa aineiston laadun arviointi suoritetaan ainoastaan yhden henkilön toimesta, mikä saattaa lisätä subjektiivisen tulkinnan riskiä, ja siten heikentää tutkielman luotettavuutta.

### 6.2 Tulosten pohdinta

Tämän tutkielman tarkoituksena oli kuvata henkilökunnan kokemuksia potilaiden savuttomuudesta psykiatrisilla osastoilla. Tulosten perusteella henkilökunnan kokemukset potilaiden savuttomuudesta vaihtelivat myönteisistä kielteisiin kaikissa tunnistetuissa teemoissa. Henkilökunta oli raportoinut runsaasti myönteisistä kokemuksista fyysisessä ympäristössä tapahtuneista muutoksista potilaiden savuttomuuden seurauksena (De Oliveira ym., 2022; De Oliveira & Furegato, 2021; Etter ym., 2008; Garg ym., 2009; Hashimoto ym., 2015; Lawn ym., 2015). Yllättävää oli, miten paljon myös kielteisiä kokemuksia fyysisessä ympäristössä tapahtuneista muutoksista raportoitiin. Useimmiten tämä ilmeni potilaiden

salaisena tupakointina sisätiloissa (De Oliveira ym., 2022; De Oliveira & Furegato, 2021; Etter ym., 2008; Ratschen, Britton, & McNeill, 2009).

Joissakin tutkimuksissa henkilöstö koki potilaiden aggressiivisuuden lisääntyneen savuttomuuspolitiikan seurauksena, erityisesti verbaalisen aggressiivisuuden osalta (Campion ym., 2008; De Oliveira ym., 2022; Garg ym., 2009; Lawn ym., 2015; Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009). Toisaalta osa tutkimuksista raportoi, ettei potilaiden aggressiivisuus ollut lisääntynyt, ja että jopa potilaiden väliset tappelut olivat vähentyneet (Hehir ym., 2013; Lawn ym., 2014; Voci ym., 2010; De Oliveira ym., 2022; De Oliveira & Furegato, 2021).

Vaaratilanteiden osalta henkilökunta ilmaisi huolensa tulipaloriskistä, kun potilaat tupakoivat salaa sisätiloissa (Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009; Ratschen, Britton, & McNeill, 2009). Ainoastaan yhdessä artikkelissa tuotiin esiin kokemus, jossa tulipalo oli syttynyt (De Oliveira & Furegato, 2021). Vaaratilanteista saatiin tähän tutkielmaan vain vähän tuloksia. Usein näitä ilmiöitä tarkastellaan objektiivisten mittareiden avulla, mutta tässä tutkielmassa ne rajattiin pois aineistonhausta, sillä tavoitteena oli tarkastella potilaiden savuttomuutta nimenomaan henkilökunnan kokemusten näkökulmasta.

Osassa tutkimuksista nousi esiin henkilökunnan kokemuksia siitä, että potilaiden ahdistuneisuus oli lisääntynyt tupakointikiellon seurauksena (Garg ym., 2009; Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009; Voci ym., 2010), mutta kokemuksia oli myös toisaalta siitäkin, että potilaiden psyykkisessä voinnissa ei ollut tapahtunut huononemista (Lawn ym., 2014; Voci ym., 2010). Potilaiden ahdistuksen ja aggressiivisuuden lieventämiseen tulisi pohtia ja tarjota enemmän muita keinoja kuin tarjota tupakointia hallintakeinoksi. Potilaiden virkistystiloihin tulisi panostaa. Henkilökunnalla tulisi olla tarvittava tieto nikotiinikorvaushoitotuotteiden käytöstä, ja näitä tulee tarjota potilaalle riittävästi nikotiinin vieroitusoireiden ehkäisemiseksi. Mielekkään ajanvietteen tarjoaminen osastohoidossa oleville potilaille on tärkeää, sillä tupakointi on usein toiminut heille ajanvietteenä ja sosiaalisen vuorovaikutuksen välineenä. Kahdessa artikkelissa kuvattiin, kuinka aiemmin tupakointiin varatut tilat oli otettu uuteen käyttöön ja muutettu potilaita muilla tavoin palveleviksi, esimerkiksi terapeuttisiksi tiloiksi (Garg ym., 2009; Ratschen, Britton, & McNeill, 2009).

Joissakin yksiköissä henkilökunta koki savuttomuuspolitiikan rikkomusten olevan toistuvia. (Etter ym., 2008; Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009; Ratschen, Britton, & McNeill, 2009). Tupakoinnin valvomiseen kului henkilökunnan mukaan merkittävä osa työajasta (Garg ym.,

2009; Ratschen, Britton, Doody, ym., 2009), ja erityisesti henkilöstöresursseja vaati osittaista tupakointikieltoa noudattavat yksiköt, jolloin potilaita saatettiin ulos tupakoimaan (Lawn ym., 2015; Ratschen, Britton, & McNeill, 2009). Tulosten perusteella voi päätellä, että savuttomuuden täyskielto tulee osastoille helpommaksi toteuttaa, kuin osittainen kiello.

Monien artikkelien mukaan vastaajat suhtautuivat tupakointikieltoon ja savuttomuuteen pääosin positiivisesti (Cormac ym., 2010; De Oliveira ym., 2022; Garg ym., 2009; Hashimoto ym., 2015; Lawn ym., 2015; Ratschen, Britton, & McNeill, 2009). Tutkimuksista kävi ilmi myös, kuinka henkilökunnan suuri vastustus voi saada tupakointikiellon epäonnistumaan (Cormac ym., 2010; De Oliveira & Furegato, 2021). Siksi onkin ehdottoman tärkeää saada henkilökunta vakuutetuksi kiellon hyödyistä ennen sen alkamista, jotta implementointi tapahtuisi onnistuneesti. Tutkimuksissa, joissa vastaajien mahdollinen oma tupakointi oli selvitetty, raportoitiin tupakoivalla henkilökunnalla olevan enemmän kielteisiä kokemuksia potilaiden savuttomuudesta kuin tupakoimattomalla henkilökunnalla (Garg ym., 2009; Hehir ym., 2013; Lawn ym., 2014; Voci ym., 2010). Tämä tulos on linjassaan aiempien tutkimusten kanssa (Lawn & Champion, 2013; Moss ym., 2010). Henkilökunnan tupakointi saattaakin haitata merkittävästi tupakointikiellon käyttöönottoa. Tupakoivalle henkilökunnalle on aiheellista tarjota matalan kynnyksen tukea tupakoinnin lopettamiseen. Nikotiiniriippuvuuden hoitoon tulisi panostaa henkilökunnan koulutuksella jo ennen tupakointikiellon voimaantuloa, ja henkilökunnalle tulisi tarjota yleisesti enemmän ohjausta ja tietoa potilaiden savuttomuuden hyödyistä.

Joidenkin artikkeleiden tuloksista löytyi vain vähän tämän tutkielman tutkimuskysymyksiin vastaavia tuloksia (Champion ym., 2008; Cormac ym., 2010; De Oliveira ym., 2022; Lawn ym., 2014). Championin ym. (2008) ja Ratschenin, Brittonin, Doodyn ym. (2009) tutkimuksissa painopiste oli tupakointikiellon ongelmakohtien kartoittamisessa, mikä selittää kielteisten näkökulmien vahvempaa esiin tuomista. Ratschen, Britton, Doody, ym. (2009) tutkimuksessa potilaille alettiin antaa myönnytyksiä tupakointiin toistuvasti, ja alun perin tupakoinnin täyskielloksi tarkoitettu savuttomuuspolitiikka muuttuikin käytännössä katsoen osittaiseksi tupakointikielloksi. Psykiatristen potilaiden hoidolle tulee asettaa selkeät raamit, ja henkilökunnan tulee noudattaa sovittua linjaa johdonmukaisesti.

Artikkeleista kävi ilmi, että tupakointikiellon myötä potilaiden oli helpompaa lopettaa tupakointi, tai että he miettivät tupakoinnin lopettamista aiempaa enemmän (Garg ym., 2009; Lawn ym., 2015). Myös henkilökunnan oman tupakoinnin osalta raportoitiin vastaavia

tuloksia (Garg ym., 2009; Hashimoto ym., 2015; Lawn ym., 2015). Nämä ovat parhaita esimerkkejä siitä, millaisia hyviä vaikutuksia terveyden edistämisen näkökulmasta yksiköiden tupakointikielloilla voi olla. Yhteiskunnan, myös Suomen, muuttuessa yhä savuttommaksi, psykiatrisia potilaita tulee tukea sopeutumaan tähän muutokseen yhdenvertaisuuden edistämiseksi

### **6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet**

Tämä tutkielma on tuottanut tietoa henkilökunnan kokemuksista potilaiden savuttomuudesta psykiatrisilla osastoilla. Tuloksista ilmeni, että henkilökunnalla on sekä myönteisiä että kielteisiä kokemuksia potilaiden savuttomuudesta. Savuttomuuspolitiikan onnistumisen kannalta keskeistä on henkilökunnan sitoutuneisuus ja johdonmukaisuus potilaiden savuttomuuden tukemiseen, jota voidaan edistää lisäämällä koulutusta psykiatristen potilaiden savuttomuuden hyödyistä ja hoitotyön keinoista sen tukemisessa. Tupakoiva henkilökunta on pessimistisempää potilaiden savuttomuudesta, joten myös henkilökunnan savuttomuutta tulee tukea kaikin mahdollisin keinoin. Tupakoinnin täyskielto näyttäytyi selkeämpänä ja käytännön toteutuksen kannalta helpompana ratkaisuna. Tupakointikiellon valvontaan tulisi kehittää ratkaisuja, jotka eivät kuormita henkilöstöä liikaa tai vie resursseja varsinaiselta hoitotyöltä.

Tämä kuvaileva kirjallisuuskatsaus voi toimia myöhemmin pohjana tuleville tutkimuksille. Jatkossa voisi tutkia potilaiden kokemuksia osastojen tupakointikiellosta, tai tarkastella tuloksia rekisteriaineistoista, jolloin saataisiin enemmän tietoa muun muassa vaaratapahtumien määrän muutoksista, lääkkeiden käytöstä ja karkaamisten määrästä. Mielenkiintoista olisi myös selvittää tilanne potilaiden tupakoinnin osalta esimerkiksi puolen tai kahden vuoden kuluttua osastolta kotiutumisen jälkeen. Jatkotutkimusaiheena ehdotan selvittämään Tyks Kompassisairaalan henkilökunnan kokemuksia potilaiden savuttomuudesta osastohoidossa.

## LÄHTEET

- Aubin, H. J., Rollema, H., Svensson, T. H., & Winterer, G. (2012). Smoking, quitting, and psychiatric disease: a review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 36(1), 271–284. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1016/j.neubiorev.2011.06.007>
- Aveyard, H. 2007. *Doing a literature review in health and social care. A practical guide.* McGraw Hill Companies, Open University Press, Berkshire, England.
- Aveyard, H. (2014). *Doing A Literature Review In Health And Social Care: A Practical Guide* (3rd ed.). McGraw-Hill Education.
- Cormac, I., Creasey, S., McNeill, A., Ferriter, M., Huckstep, B., & D'Silva, K. (2010). Impact of a total smoking ban in a high secure hospital. *The Psychiatrist*, 34(10), 413–417. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.109.028571>
- Campion, J., Lawn, S., Brownlie, A., Hunter, E., Gynther, B., & Pols, R. (2008). Implementing smoke-free policies in mental health inpatient units: Learning from unsuccessful experience. *Australasian Psychiatry*, 16(2), 92–97. <https://doi.org/10.1080/10398560701851976>
- Cochrane. (n.d.). *About PICO*. Cochrane Library. Viitattu 8.6.2025 <https://www.cochranelibrary.com/about-pico>
- De Oliveira, R. & Furegato, A. (2021). Nursing perceptions and experiences regarding smoking bans in a psychiatric hospital. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português)*, 17(4), 63–73. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.176380>
- De Oliveira, R., Santos, J. & Furegato, A. (2022). Nurses' beliefs, attitudes, and opinions regarding a smoking ban in a psychiatric hospital. *Nursing*, 52 (4), 55–61. <http://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000823292.67439.12>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Etter, M., Khan, A. N., & Etter, J.-F. (2008). Acceptability and impact of a partial smoking ban followed by a total smoking ban in a psychiatric hospital. *Preventive Medicine*, 46(6), 572–578. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.01.004>
- Filha. (15. tammikuuta 2025). *JA PreventNCD*. <https://www.filha.fi/hankkeet/ja-preventncd/>
- Garg, S., Shenoy, S., Badee, M., Varghese, J., Quinn, P., & Kent, J. (2009). Survey of staff attitudes to the smoking ban in a medium secure unit. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 16(7), 378–380. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2009.04.009>

- Gray, J. R. (2020). Qualitative Research Methods. Teoksessa J. R. Gray & S. K. Grove (toim.) *Burns and Grove's The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9th ed.). (314–357). Elsevier.
- Green, B. N., Johnson, C. D., & Adams, A. (2006). *Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: Secrets of the trade*. *Journal of Chiropractic Medicine*, 5(3), 101–117. [https://doi.org/10.1016/S0899-3467\(07\)60142-6](https://doi.org/10.1016/S0899-3467(07)60142-6)
- Hashimoto, K., Makinodan, M., Matsuda, Y., Morimoto, T., Ueda, S., & Kishimoto, T. (2015). Smoking bans in mental health hospitals in Japan: barriers to implementation. *Annals of general psychiatry*, 14, 35. <https://doi.org/10.1186/s12991-015-0076-9>
- Hehir, A. M., Indig, D., Prosser, S., & Archer, V. A. (2013). Implementation of a smoke-free policy in a high secure mental health inpatient facility: staff survey to describe experience and attitudes. *BMC public health*, 13, 315. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-315>
- Hengityслиitto. (n.d.). Passiivinen tupakointi. Viitattu 15.4.2025  
<https://www.hengityслиitto.fi/elamanlaatu-ja-hyvinvointi/savuttomuus/passiivinen-tupakointi/>
- Hengityслиitto. (n.d.). Tupakointi ja hengityssairaudet. Viitattu 13.4.2025  
<https://www.hengityслиitto.fi/elamanlaatu-ja-hyvinvointi/savuttomuus/tupakointi-ja-hengityssairaudet/>
- Hengityслиitto. (n.d.). Tupakoinnin ja nikotiinin vaikutukset. Viitattu 13.4.2025  
<https://www.hengityслиitto.fi/elamanlaatu-ja-hyvinvointi/savuttomuus/irti-nikotiiniriippuvuudesta/tupakoinnin-ja-nikotiinin-vaikutukset/>
- Hoitotyön tutkimussäätiö. (n.d.) Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI).  
<https://hotus.fi/kansainvalinen-yhteistyö/jbi-keskus/tutkimusten-arviointikriteeristot-jbi/>
- HUS. (n.d.). Oikeuspsykiatria. Viitattu 18.4.2025 from <https://www.hus.fi/potilaalle/hoidot-ja-tutkimukset/oikeuspsykiatria>
- Jüriloo, A. (2024). Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito. Lääkärikirja Duodecim. 14.3.2024. Saatavilla <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00512>
- Kangasniemi M, Utriainen K, Ahonen S-M, Pietilä A-M, Jääskeläinen P ja Liikanen E (2013). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 2013;25(4):291–301.

- Lawn, S., & Campion, J. (2013). Achieving smoke-free mental health services: lessons from the past decade of implementation research. *International journal of environmental research and public health*, 10(9), 4224–4244. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.3390/ijerph10094224>
- Lawn, S., Feng, Y., Tsourtos, G., & Campion, J. (2015). Mental health professionals' perspectives on the implementation of smoke-free policies in psychiatric units across England. *The International journal of social psychiatry*, 61(5), 465–474. <https://doi-org./10.1177/00207640145530>
- Lawn, S., Hehir, A., Indig, D., Prosser, S., Macleod, S., & Keller, A. (2014). Evaluation of a totally smoke-free forensic psychiatry in-patient facility: practice and policy implications. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*, 38(4), 476–482. <https://doi.org/10.1071/AH13200>
- Li, X. H., An, F. R., Ungvari, G. S., Ng, C. H., Chiu, H. F. K., Wu, P. P., Jin, X., & Xiang, Y. T. (2017). Prevalence of smoking in patients with bipolar disorder, major depressive disorder and schizophrenia and their relationships with quality of life. *Scientific reports*, 7(1), 8430. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1038/s41598-017-07928-9>
- Meleis, A. I. (2017). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Wolters Kluwer
- Mielenterveyslaki 1116/1990. (1990). 2 luku, 8 §. Hoito tahdosta riippumatta. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Mielenterveystalo.fi. (n.d.). Osastohoito mielenterveyshäiriöissä. Viitattu 18.4.2025 <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/osastohoito-mielenterveyshairioissa>
- Moss, T.G.; Weinberger, A.H.; Vessicchio, J.C.; Mancuso, V.; Cushing, S.J.; Pett, M.; Kitchen, K.; Selby, P.; George, T.P. A tobacco reconceptualization in psychiatry: Toward the development of tobacco-free psychiatric facilities. *Am. J. Addict.* 2010, 19, 293–311. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2010.00051.x>
- Page MJ., McKenzie JE., Bossuyt PM., Boutron I., Hoffmann TC., Mulrow CD., Shamseer L., Tetzlaff JM., Akl EA., Brennan SE., Chou R., Glanville J., Grimshaw JM., Hróbjartsson A., Lalu MM., Li T., Loder EW., Mayo-Wilson E., McDonald S., McGuinness LA., Stewart LA., Thomas J., Tricco AC., Welch VA., Whiting P. & Moher D. (2021) The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* n71.

- Partanen, T., Raaska, K., Kampman, O. & Lönnqvist, J. (2021). Psykykenlääkkeiden kliininen käyttö. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 1022–1030.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. (n.d.). Oikeuspsykiatria. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 19.4.2025, osoitteesta <https://www.pirha.fi/palvelut/sairaalat-tays/psykiatria/oikeuspsykiatria>
- Ratschen, E., Britton, J., Doody, G. A., & McNeill, A. (2009). Smoke-free policy in acute mental health wards: Avoiding the pitfalls. *General Hospital Psychiatry*, 31(2), 131–136. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2008.10.006>
- Ratschen, E., Britton, J., & McNeill, A. (2009). Implementation of smoke-free policies in mental health in-patient settings in England. *The British Journal of Psychiatry*, 194(6), 547–551. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.051052>
- Räsänen, S. & Pesonen, T. (2021). Konsultaatio- ja yhteistyöpsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 710–712.
- Savuton Suomi 2030. (n.d.). Tätä teemme. Viitattu 13. huhtikuuta 2025 <https://savutonsuomi.fi/tietoa-verkostosta/tietoa-verkostosta-tata-teemme/>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2023). Tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittäminen: Työryhmän toimenpide-ehdotukset 2023. Valtioneuvoston julkaisuarkisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5664-3>
- Suomen ASH ry. (16. marraskuuta 2020). Tyks tehostaa savuttomuuttaan [Tiedote]. <https://suomenash.fi/tiedotteet/2020/tyks-tehostaa-savuttomuuttaan/>
- Suomen ASH ry. (n.d.). Suomen ASH ry. Viitattu 15. huhtikuuta 2025 <https://suomenash.fi/tietoa-meista/tata-teemme/>
- Tarnanen, K., Winell, K. & Pöllänen, M. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositusten Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito potilasversio. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024 (viitattu 2.2.2025). Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. (2024). Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2023. <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/psykiatrinen-erikoissairaanhoito>
- Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. (2025). Tupakka. <https://thl.fi/aiheet/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/tupakka#tupakoinnin-kustannukset-yhteiskunnalle>

- Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024 (viitattu 2.2.2025). Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Tupakkalaki 549/2016. (2016). Finlex. <https://finlex.fi/fi/lainsaadanto/2016/549>
- Työterveyslaitos. (n.d.). Savuton työpaikka. Viitattu 16.3.2025  
<https://www.ttl.fi/teemat/tyohyvinvointi-ja-tyokiky/elintavat/savuton-tyopaikka>
- Viljakainen, A., Jääskeläinen, M., Ruokolainen, O., Ollila, H., & Laatikainen, T. (2022). *Tupakoinnin yhteiskunnalliset kustannukset vuonna 2020 ja vertailu vuoteen 2012*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-975-7>
- Voci, S., Bondy, S., Zawertailo, L., Walker, L., George, T. P., & Selby, P. (2010). Impact of a smoke-free policy in a large psychiatric hospital on staff attitudes and patient behavior. *General Hospital Psychiatry*, 32(6), 623–630. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.08.005>
- Williams, J. M., & Ziedonis, D. (2004). Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addictive Behaviors*, 29(6), 1067–1083. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.03.009>
- World Health Organization. (2025). WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025 (3rd ed.). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330221/9789240000032-eng.pdf>

## LIITTEET

### Liite 1. Liitetaulukko hakusanoista ja hakulausekkeista

Savuttomuus	Psykiatrinen sairaala
Smoke-free policy	Psychiatric hospital
Smoke free policy	Mental hospital
Smoke-free	Mental health institution
Smoke free	Forensic hospital
Smokeless	Forensic mental health hospital
Non-smoking	Forensic psychiatry in-patient facility
No smoking	Psychiatric ward
Smoking cessation	Psychiatric unit
Smoking ban	
Tobacco control	

Tietokanta	Hakulauseke	Rajaukset	Tulokset
PubMed 25.1.2025	("Smoke-Free Policy"[Mesh] OR "Smoking Cessation"[Mesh] OR "smoking cessation*" OR smoke-free* OR "smoke free*" OR smokeless* OR non-smoking* OR "no smoking*" OR "smoking ban*" OR "smoke free policy*" OR "smoke-free policy*" OR "tobacco control*") AND ("Hospitals, Psychiatric"[Mesh] OR "psychiatric hospital*" OR "mental health institution*" OR "mental institution*" OR "mental hospital*" OR "forensic hospital*" OR "forensic mental health hospital*" OR "forensic psychiatry in-patient facility"[TIAB:~0] OR "psychiatric ward*" OR "psychiatric unit*")	Englannin kieli	227
CINAHL 28.1.2025	(MH "Smoking Cessation" OR "smoking cessation*" OR smoke-free* OR "smoke free*" OR smokeless* OR non-smoking* OR "no smoking*" OR "smoking ban*" OR "smoke free policy*" OR "smoke-free policy*" OR "tobacco control*") AND (MH "Hospitals, Psychiatric" OR "psychiatric hospital*" OR "mental health institution*" OR "mental institution*" OR "mental hospital*" OR "forensic hospital*" OR "forensic mental health hospital*" OR "forensic psychiatry in-patient facility"[TIAB:~0] OR "psychiatric ward*" OR "psychiatric unit*")	Englannin kieli	225
APA PsycInfo 28.1.2025	(DE "Smoking Cessation" OR "smoking cessation*" OR smoke-free* OR "smoke free*" OR smokeless* OR non-smoking* OR "no smoking*" OR "smoking ban*" OR "smoke free policy*" OR "smoke-free policy*" OR "tobacco control*") AND	Englannin kieli	212

	(DE "Psychiatric Hospitals" OR DE "Psychiatric Units" OR "psychiatric hospital*" OR "mental health institution*" OR "mental institution*" OR "mental hospital*" OR "forensic hospital*" OR "forensic mental health hospital*" OR "forensic psychiatry inpatient facility"[TIAB:~0] OR "psychiatric ward*" OR "psychiatric unit*")		
--	---	--	--

## Liite 2. Yhteenvertaustaulukko katsaukseen mukaan otetuista artikkeleista

Tutkimusartikkelin tekijät, julkaisuvuosi, maa ja otsikko	Tutkimuksen tavoite	a) Tutkimusmenetelmä b) Aineiston keruumenetelmä	a) Osallistujat b) Otokoko	Keskeiset tulokset tämän tutkielman näkökulmasta
Campion J, Lawn S, Brownlie A, Hunter E, Gynther B ja Pols R.  2008, Australia  <i>Implementing smoke-free policies in mental health inpatient units: learning from unsuccessful experience</i>	Tavoitteena oli kuvata savuttomuuspolitiikan käyttöönottoa, kokeilua ja lopettamista erään alueellisen sairaalan akuutissa mielenterveysyksikössä ja pohtia tekijöitä, jotka voivat edistää tällaisen politiikan onnistumista muissa ympäristöissä.	a) Retrospektiivinen realistinen arviointitutkimus b) Yksilö- ja ryhmähaastattelut, oikeudenkäyntiin liittyvän kirjeenvaihdon tarkastelu ja asiaa koskevan vaaratilanneilmoitustieto kannan tarkastelu.	a) Alueellisen yleissairaalan akuutin mielenterveysyksikön avainhenkilöt, mm. yksikön johtaja b) (n=6)	Kiellon ensimmäiset kaksi viikkoa sujuivat hyvin, mutta kokeilu lopetettiin kuuden viikon jälkeen, koska eräiden potilaiden aggressiivisuus henkilökuntaa kohtaan oli lisääntynyt. Vaikka kahden vakavasti sairaan potilaan osalta tapahtumien määrä kasvoi, virallisten tapausraporttien tarkastelu kahden vuoden ajalta ei osoittanut merkittävää muutosta tapausten kokonaismäärässä.
Etter M, Khan A.N, Etter J-F.  2008, Sveitsi  <i>Acceptability and impact of a partial smoking ban followed by a total smoking ban in a psychiatric hospital</i>	Osittaisen tupakointikiellon ja sitä seuranneen täydellisen tupakointikiellon vaikutusten arviointi eräässä psykiatrisessa sairaalassa.	a) Seurantatutkimus b) Kyselylomake	a) Kahden 16-paikkaisen osaston henkilökunta ja potilaat b) V. 2003 (n=106), 2004 (n=108), 2005 (n=119) ja 2006 (n=134), jossa mukana potilaat (n=77) ja henkilökunta (n=57)	Seurantatutkimuksen viimeisessä vaiheessa v. 2006 altistuminen ympäristön tupakansavulle väheni täydellisen tupakointikiellon jälkeen. Suurin osa henkilökunnasta (59.6 %) piti täydellistä tupakointikieltoa liian tiukkana.
Garg S, Shenoy S, Badee M, Varghese J, Quinn P, Kent J.  2009, Yhdistynyt kuningaskunta  <i>Survey of staff attitudes to the smoking ban in a medium secure unit</i>	Tavoitteena oli selvittää henkilökunnan asenteita tupakointikieltoa kohtaan ja selvittää, oliko henkilökunnalla ollut vaikeuksia tupakoinnin kieltämisen toteuttamisessa neljä	a) Kyselytutkimus b) Puolistukturoitu kyselylomake	a) 90-paikkaisen oikeuspsykiatrisen yksikön hoito- ja lääkintähenkilökunta b) n=116	43 % vastaajista ilmoitti kokeneensa ongelmia potilashoidossa, ja suurin osa raportoi potilaiden lisääntyneestä aggressiivisuudesta ja henkilökunnan lisääntyneestä ajankäytöstä tupakoivien potilaiden valvomisessa. 65 % ilmoitti kiellon myönteisistä

	kuukautta sen käyttöönoton jälkeen.			vaikutuksista, ja suurin osa ilmoitti, että potilaat nukkuivat öisin paremmin.
Ratschen E, Britton J, Doody G.A, McNeill A.  2009, Yhdistynyt kuningaskunta  <i>Smoke-free policy in acute mental health wards: avoiding the pitfalls</i>	Tavoitteena oli tutkia kattavan savuttomuuspolitiikan täytäntöönpanon käytännön vaikutuksia ja siitä aiheutuvia ongelmia akuuteilla aikuisten mielenterveysosastoilla.	a) Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä b) Puolistrukturoidut haastattelut	a) Kahden 21-paikkasen psykiatrisen osaston henkilökunta b) n=16	Savuttomuuspolitiikkaan suhtauduttiin ristiriitaisesti, ja sitä heikensivät merkittävästi laajalle levinneet poikkeukset, kuten potilaiden salliminen tupakoida ulkoterassilla ja peitelty tupakointi sisätiloissa. Tupakointitaukojen kuvattiin olevan potilaille pakkomielle ja joskus häiritseviä terapeuttisen toiminnan kannalta.
Ratschen E, Britton J, McNeill A.  2009, Yhdistynyt kuningaskunta  <i>Implementation of smoke-free policies in mental health in-patient settings in England</i>	Tavoitteena oli tutkia vaikeuksia ja haasteita, jotka liittyvät savuttomuuspolitiikan täytäntöönpanoon Englannin kansallisen terveydenhuollon (English National Health Service) mielenterveysyksiköissä.	a) Kysely- ja haastattelututkimus sekä paikan päällä tehdyt vierailut b) Kyselylomake, puolistrukturoitu puhelinhaastattelu ja tarkistuslista	a) 72:n kansallisen terveydenhuollon mielenterveyslaitoksien henkilöstöjohtajat, jotka osallistuivat savuttomuuspolitiikan kehittämiseen. b) Kyselylomake (n=24) ja sitä täydentävä puhelinhaastattelu (n=7), vierailut paikan päällä (n=5)	Useimmat vastaajat uskoivat, että mielenterveyslaitoksissa oli erityisiä haasteita, jotka johtuivat potilaiden tupakointiasteesta, siihen liittyvistä turvallisuusriskeistä, haitallisista vaikutuksista hoitajan ja potilaan väliseen suhteeseen. Haasteista huolimatta savuttomuuspolitiikan vaikutusta pidettiin hyödyllisenä.
Cormac I, Creasey S, McNeill A, Ferriter M, Huckstep B, D'Silva K.  2010, Yhdistynyt kuningaskunta  <i>Impact of a total smoking ban in a high secure hospital</i>	Tavoitteena oli arvioida täydellisen tupakointikiellon vaikutuksia.	a) Kyselytutkimus b) Kyselylomake Tietoja kerättiin lisäksi rekistereistä vaaratilanteista, eristyksistä, nikotiinikorvaushoidosta ja psykotrooppisen lääkityksen muutoksista.	a) Oikeuspsykiatrisen sairaalan henkilökunta ja potilaat b) Ennen tupakointikieltoa toteutetun kyselyn vastaajat: henkilökunta (n=1038) ja potilaat (n=175) Tupakointikiellon jälkeen toteutetun kyselyn vastaajat: henkilökunta	Kiellon jälkeen vain 14.9 % henkilökunnasta oli sitä mieltä, että tupakointikielto oli tehnyt potilaista aggressiivisempia. Henkilökunnasta 12.7 % oli sitä mieltä, että potilaat olivat tarvinneet enemmän lääkitystä tupakointikiellon vuoksi.

			(n=670) ja potilaat (n=115)	
Voci S, Bondy S, Zawertailo L, Walker L, George T.P, Selby P.  2010, Kanada  <i>Impact of a smoke-free policy in a large psychiatric hospital on staff attitudes and patient behavior</i>	Tavoitteena oli arvioida, voidaanko savuttomuuspolitiikkaa toteuttaa suuressa psykiatrisessa sairaalassa ilman merkittäviä negatiivisia vaikutuksia potilaiden käyttäytymiseen ja henkilökunnan asenteisiin	a) Kyselytutkimus b) Kyselylomake ja objektiiviset havaintomittarit	a) Psykiatrisen sairaalan, johon kuului 28 osastoa ja yli 100 poliklinikkaa, täysi-ikäinen henkilökunta b) Vuonna 2005-2006 (n=430) ja vuonna 2008 (n=400)	Tuloksissa ei havaittu näyttöä siitä, että savuttomuuspolitiikalla olisi ollut merkittäviä vaikutuksia potilaiden käyttäytymiseen.
Hehir A.M, Indig D, Prosser S, Archer V.A.  2013, Australia  <i>Implementation of a smoke-free policy in a high secure mental health inpatient facility: staff survey to describe experience and attitudes.</i>	Tavoitteena oli kuvata henkilökunnan asenteita ja kokemuksia tupakointikiellosta.	a) Poikkileikkaustutkimus b) Itseraportointikyselylomake	a) 129-paikkaisen oikeuspsykiatrisen sairaalan henkilökunta b) (n=111)	Suurin osa henkilökunnasta oli sitä mieltä, että savuttomalla ympäristöllä oli myönteinen vaikutus potilaiden terveyteen. Hieman yli puolet henkilökunnasta oli sitä mieltä, että potilaiden hoito oli helpompaa täysin savuttomassa ympäristössä.
Lawn S, Hehir A, Indig D, Prosser S, Macleod S, Keller A.  2014, Australia  <i>Evaluation of a totally smoke-free forensic psychiatry inpatient facility: practice and policy implications</i>	Tavoitteena oli arvioida savuttomuuspolitiikan toteuttamisen vaikutuksia eräässä oikeuspsykiatrisessa sairaalassa.	a) Kyselytutkimus ja fokusryhmät b) Kyselylomake	a) 135-paikkaisen oikeuspsykiatrisen sairaalan potilaat ja henkilökunta b) Fokusryhmät (n=21), kyselyt potilaille (n=45) ja henkilökunnalle (n=111), seurantakysely potilaille (n=15)	Henkilökunnan odottama potilaiden väkivallan lisääntyminen ja hoidolliset vaikeudet eivät toteutuneet tupakointikiellon myötä.

<p>Hashimoto K, Makinodan M, Matsuda Y, Morimoto T, Ueda S, Kishimoto T.</p> <p>2015, Japani</p> <p><i>Smoking bans in mental health hospitals in Japan: Barriers to implementation</i></p>	<p>Tavoitteena oli selvittää mielisairaaloiden tupakointikieltojen tilannetta ja arvioida asenteita tupakointikieltoja kohtaan Japanissa.</p>	<p>a) Poikkileikkaustutkimus b) Kyselylomake</p>	<p>a) Psykiatristen sairaaloiden johtajat b) (n = 612)</p>	<p>Niistä sairaaloista, jotka olivat ottaneet käyttöön täydellisen tupakointikiellon, vain 2 % mainitsi "psykiatristen oireiden pahenemisen" ja 30 % "salaa tupakoinnin lisääntymisen" haittoina.</p>
<p>Lawn S, Feng Y, Tsourtos G, Campion J.</p> <p>2015, Yhdistynyt kuningaskunta</p> <p><i>Mental health professionals' perspectives on the implementation of smoke-free policies in psychiatric units across England</i></p>	<p>Tavoitteena oli selvittää, mitä yksiköiden johtajat pitävät savuttomuuspolitiikan toteuttamisen helpottajina ja sopivina tekijöinä yksiköissään, ja tunnistaa mahdolliset ongelmakohdat ja esteet, jotka johtuvat savuttomuuspolitiikasta.</p>	<p>a) Kyselytutkimus b) Kyselylomake</p>	<p>a) Mielenterveysyksiköiden johtajat b) (n=147)</p>	<p>Vastaajista 94 % ilmoitti savuttomuuspolitiikan useista positiivisista vaikutuksista. Vastaajista 26 % ilmoitti, ettei savuttomuuspolitiikan täytäntöönpanossa ollut ongelmia, ja 15 % totesi, että savuttomuuspolitiikan täytäntöönpanoa haittasi potilaiden käyttäytymisen hallintaan liittyvät vaikeudet.</p>
<p>De Oliveira R. M, Furegato A.R.F.</p> <p>2021, Brasilia</p> <p><i>Nursing perceptions and experiences regarding smoking bans in a psychiatric hospital</i></p>	<p>Tavoitteena oli saada tietoa hoitotyön ammattilaisten kokemuksista tupakointikiellon täytäntöönpanosta eräässä psykiatrisessa sairaalassa.</p>	<p>a) Grounded Theory b) Havainnointi ja kenttäpäiväkirjamerkinnot</p>	<p>a) 215-paikkaisen psykiatrisen sairaalan hoitotyön ammattilaiset b) (n=73)</p>	<p>Fyysisen ympäristön laatu parani, aggressiivisuus väheni ja yskänlääkkeiden käyttö väheni. 94 % osallistujista ilmoitti positiivisista vaikutuksista. Yksityisissä yksiköissä kiellon vastarinta oli ilmeistä, mikä johti kiellon keskeyttämiseen yksityisissä yksiköissä.</p>
<p>De Oliveira R. M, Santos J, Furegato A.R.F.</p> <p>2022, Brasilia</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää hoitotyön ammattilaisten uskomuksia, asenteita ja mielipiteitä, jotka liittyvät tupakointiin ja sen</p>	<p>a) Epidemiologinen poikkileikkaustutkimus b) Kyselylomake ja haastattelu</p>	<p>a) 215-paikkaisen psykiatrisen sairaalan hoitotyön ammattilaiset b) (n=73)</p>	<p>Useimmat yksityisosaston ammattilaiset kertoivat, että potilaat muuttuivat sanallisesti aggressiivisemmiksi kiellon käyttöönoton jälkeen. Vastaavasti</p>

<i>Nurses' beliefs, attitudes, and opinions regarding a smoking ban in a psychiatric hospital</i>	kieltämiseen eräässä psykiatrisessa sairaalassa.			useimmat julkisten osastojen ammattilaiset sanoivat, että potilaiden väliset tappelut vähenivät kiellon käyttöönoton jälkeen. Yli 71 % vastaajista totesi oman terveytensä parantuneen tupakointikiellon jälkeen.
---	--	--	--	---