

Mari Kaukomies

SAVUTTOMAKSI SAIRAALASSA
– MIELENTERVEYSPOTILAAN TUPAKOIMATTOMUUTEEN
TUKEMINEN

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2011

SAVUTTOMAKSI SAIRAALASSA – MIELENTERVEYSPOTILAAN TUPAKOIMATTOMUUTEEN TUKEMINEN

Kaukomies, Mari
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Huhtikuu 2011
Ohjaaja: Flinck, Marja
Sivumäärä: 34
Liitteitä: 3

Asiasanat: terveyden edistäminen, mielenterveys potilasohjaus, tupakointi

Terveyden edistämällä pyritään vaikuttamaan väestön terveysvalintoihin ja sen myötä pyritään saavuttamaan terveyshyötyjä väestössä. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 13,19.) Suomen terveyspolitiikan mukaisesti myös mielenterveyspotilaille tulee olla oikeus terveyden edistämisen palveluihin. Mielenterveyspotilaiden tupakoinnin lopettamiseen motivoiminen ja kannustaminen ovat mielenterveyshoitotyössä terveyttä edistävää toimintaa. (Kylmä & Laukkanen 2008, 32.)

Tämän projektiluonteisen opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää mielenterveyspotilaan ohjausta tupakoinnin vähentämiseen tai tupakoimattomuuteen sekä suunnitella Uudenkaupungin psykiatrisen sairaalan vanhuspsykiatrian osastolle hoitohenkilökunnan käyttöön potilasohjausmalli, jonka avulla voidaan ohjata mielenterveyspotilasta tupakoinnin vähentämiseen tai lopettamiseen. Tarkoituksena oli myös lisätä vanhuspsykiatrian osaston hoitohenkilökunnan valmiuksia toteuttaa Savuton sairaala – toimintaohjelmaa.

Projektin tuotoksena koostettiin ”Mielenterveyspotilaan tupakasta vieroitus”-potilasohjauskansio, jonka avulla opastetaan henkilökuntaa tupakoinnin puheeksi ottamisessa, tupakkariippuvuuden tunnistamisessa, tupakoinnin lopettamiseen motivoimisessa ja apukeinojen tarjoamisessa tupakoinnin lopettamisen avuksi. Potilasohjauskansion on tarkoitus tulevaisuudessa toimia runkona hoitohenkilökunnan ja potilaan välisessä keskustelussa tupakointiin liittyvissä kysymyksissä.

Opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa käsiteltiin terveyden edistämistä, itsemääräämisoikeutta terveyden edistämisessä, yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä, potilasohjausta, mielenterveyspotilaan ohjausta sekä tupakointia ja nikotiiniriippuvuutta.

GETTING NONSMOKING IN THE HOSPITAL- ENCOURAGEMENT FOR THE MENTAL HEALTH PATIENT TO STOP SMOKING

Kaukomies, Mari

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

April 2011

Supervisor: Flinck, Marja

Number of pages: 34

Appendices: 3

Key words: health promotion, mental health, patient education, smoking

Health promotion aimed at influencing the population's health choices, and thus seeks to achieve health benefits in the general population. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 13, 19.) According to Finnish health policy, also mental health patients should have the right to health promotion services. Motivation and encouragement for the mental health patients to stop smoking are the health promotion activities in the mental health nursing. (Kylmä & Laukkanen 2008, 32.)

The purpose of this thesis was to develop a counseling of the mental health patient to reduce smoking or non-smoking and to design a patient counseling folder which can be used to guide the mental health patients to reduce or stop smoking in the elderly psychiatric ward of the Uusikaupunki Psychiatric Hospital. The target was also to increase the capacity of the nursing staff in the elderly psychiatry department to implement Smoke-free hospital - action program.

Result from the project was a "Mental health patient detoxification of tobacco" - patient education folder, which guides the staff to taking of speech of smoking, the identification of tobacco addiction, motivate patients to stop smoking and provide aids to smoking cessation. The purpose of the patient counseling folder is in the future to be a functional tool in the discussions of smoking-related issues between the nursing staff and the patients.

The theoretical part of this thesis focused on health promotion, right to self-determination in health promotion, the most common mental disorders, patient counseling, mental health patient counseling together with smoking and nicotine dependence.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	KESKEISET KÄSITTEET	6
2.1	Terveyden edistäminen.....	6
2.1.1	Etiikka terveyden edistämässä.....	6
2.1.2	Tupakointi terveyden edistämässä.....	7
2.1.3	Kuuden K:n malli	7
2.2	Mielenterveys	8
2.2.1	Mielialahäiriöt	9
2.2.2	Ahdistuneisuushäiriöt.....	9
2.2.3	Päihdehäiriöt.....	10
2.2.4	Persoonallisuushäiriöt	10
2.2.5	Psykoottiset häiriöt.....	10
2.3	Potilasohjaus.....	11
2.3.1	Ohjaukseen vaikuttavia taustatekijöitä.....	12
2.3.2	Vuorovaikutus ohjaustilanteessa	12
2.3.3	Ohjauksuhteen tavoitteellisuus ja aktiivisuus.....	13
2.3.4	Mielenterveyspotilaan ohjaus.....	13
2.4	Tupakointi ja nikotiiniriippuvuus.....	13
2.4.1	Tupakoinnin terveyshaittoja.....	14
2.4.2	Tupakoinnin lopettaminen.....	15
3	MIELENTERVEYSPOTILAAN TUPAKOINTI.....	17
4	SAVUTON SAIRAALA TOIMINTAMALLI	19
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	20
6	PROJEKTILUONTEINEN OPINNÄYTETYÖ.....	21
6.1	Potilasohjausmateriaalin suunnittelu.....	22
6.2	Potilasohjausmateriaalin toteutus	23
6.3	Potilasohjausoppaan arviointi.....	25
7	PROJEKTIN TUOTOS	26
8	POHDINTA.....	28
	LÄHTEET	31
	LIITTEET	

Liite 1. Yhteistyösopimus

Liite 2. Mielenterveyspotilaan tupakasta vieroitus –potilasohjausmateriaali

Liite 3. Arviointilomake

1 JOHDANTO

Tupakan uskotaan olevan 20v. kuluttua vuonna 2030 merkittävin kuolinsyy koko maailmassa. Korkean tuloluokan maissa tupakointi on viime vuosina vähentynyt, mutta pieni- ja keskituloisissa maissa lisääntynyt. Lähes kaikissa maissa köyhien tupakointi on yleisempää kuin varakkaiden. (Suomen ASH 2000, 1-2.) Suomessa tupakointi on Euroopan alhaisinta tasoa. Silti tupakointi on melko yleistä, koska 20 % suomalaisista tupakoi päivittäin. (Heikkinen, Ollila & Patja 2009, 40.) Vuonna 2009 työikäisistä tupakoivia miehiä oli 22 % ja naisia 16 %. Päivittäin tupakoivista miehistä 78 % ja naisista 87 % oli huolissaan tupakoinnin vaikutuksista omaan terveyteensä. Miehistä 58 % ja naisista 61 % haluaisi lopettaa tupakoinnin. 2000-luvun puoliväin jälkeen on tupakoinnin lopettavien määrä lisääntynyt. (Helakorpi, Laitalainen & Uutela 2010, 13–14.)

Mielenterveysongelmista kärsivien keskuudessa tupakointi on erityisen yleistä. Viime vuosina tupakkariippuvuuden hoito on kehittynyt, mutta hoito ei ole kuitenkaan tavoittanut tupakoivia mielenterveyspotilaita, joiden tupakkariippuvuus on usein monitekijäisempi kuin muiden tupakoivien. (Korhonen, Haukkala, Koivumaa-Honkanen & Kinnunen 2008, 889.)

Tämän projektiluonteisen opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää mielenterveyspotilaan ohjausta tupakoinnin vähentämiseen tai tupakoimattomuuteen sekä suunnitella Uudenkaupungin psykiatrisen sairaalan vanhuspsykiatrian osastolle hoitohenkilökunnan käyttöön potilasohjausmalli, jonka avulla voidaan ohjata mielenterveyspotilasta tupakoinnin vähentämiseen tai lopettamiseen. Tarkoituksena oli myös lisätä vanhuspsykiatrian osaston hoitohenkilökunnan valmiuksia toteuttaa Savuton sairaala – toimintaohjelmaa. Keskeiset käsitteet nousivat terveyden edistäminen, potilasohjaus, mielenterveys ja tupakointi.

2 KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Terveyden edistäminen

Terveyden edistämällä pyritään lisäämään väestön terveyttä ja ehkäisemään sairauksia sekä vähentämään väestöryhmien välisiä terveyseroja. (STM 2006.) Terveyden edistäminen on kokonaisuus toimintoja, joilla parannetaan väestön mahdollisuuksia vaikuttaa omaan terveyteensä sekä edistetään väestön terveyttä. Terveyden edistämiseen kuuluvat yksilön terveyskäyttäytymiseen liittyvät toiminnot sekä sellaiset toiminnot, joilla pyritään muuttamaan erilaisia sosiaalisia, taloudellisia ja ympäristöön liittyviä olosuhteita terveyttä edistäviksi. Terveyden edistämällä pyritään vaikuttamaan väestön terveysvalintoihin ja sen myötä pyritään saavuttamaan terveyshyötyjä väestössä. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 13,19.) Terveyden edistämisen kannalta on tärkeää, että ihmiset tuntevat ja tunnistavat omia terveysriskejään, jotta niihin voidaan vaikuttaa (Vertio 2003, 31). Terveyden edistäminen on olennainen osa sairaanhoidon ja kuntoutuksen asiakas - ja potilastyötä (STM 2006). Mielenterveyden edistäminen on toimintaa, joka vaalii hyvää mielenterveyttä vahvistamalla sitä edistäviä tekijöitä sekä vähentämällä psyykkistä terveyttä vahingoittavia tai heikentäviä tekijöitä yksilön tai yhteisön elämästä (Koivu & Haatainen 2010, 86).

2.1.1 Etiikka terveyden edistämässä

Itsemääräämisen eettisen periaatteen mukaan asiakkaalla on oltava vapaus päättää omista valinnoistaan ja toimistaan. Itsenäisyyden kunnioittaminen merkitsee henkilökohtaisiin arvoihin perustuvien valintojen kunnioittamista. Itsemääräämisen edistämisen mukaan yksiköille on mahdollistettava itsenäinen päätöksenteko omaa terveyttensä koskevilla asioilla. Itsenäisen päätöksenteon tueksi on kuitenkin annettava riittävästi tietoa tilanteesta ja hoitovaihtoehdoista. Terveydenhuoltohenkilökunnan velvollisuutena on antaa riittävästi ymmärrettävää tietoa oman asiantuntemuksensa alalta. Neuvotteleva työote, ilman painostusta ja johdattelua, on eettistä toimintaa. (Kylmä, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2002, 67.) Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on tärkeää kaikessa potilaan hoidossa. Itsemääräämisen kannalta on

huomioitava, että potilas kykenee tekemään harkittuja päätöksiä ja aikoo myös toimia niiden mukaan. Joskus organisaatioiden toimintaa voi ohjata voimakkaat säännöt ja normit. Potilaalla ei näihin ole mahdollisuutta vaikuttaa. Myös hoitohenkilökunta saattaa suhtautua potilaisiin rutiininomaisesti. (Välimäki 2000, 91–99.)

2.1.2 Tupakointi terveyden edistämässä

Ihmisen sitoutuneisuus omalla kohdallaan terveyttä edistävään toimintaan perustuu suurelta osin hänen ja terveysalan ammattilaisen väliseen luottamukseen ja yhteistyön kehittymiseen (Kylmä ym. 2002, 70). Jo kolmen minuutin keskustelu tupakoinnista lääkärin kanssa on todettu lisäävän halukkuutta tupakoinnin lopettamiseen, enemmän kuin pelkkä kehoitus. Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi kouluttautua tupakasta vieroitusmenetelmien käyttöön. Kaikkialla terveydenhuollon sektoreilla tulee tuntea potilaiden tupakointitavat, kehotettava luopumaan tupakoinnista, suositeltava nikotiinikorvaushoitoa ja ohjattava tarvittaessa jatkohoitoon. Suomessa suositellaan käytettäväksi keskustelussa Kuuden K:n mallia. (Käypä hoito – suositus 2006.)

2.1.3 Kuuden K:n malli

1. Tupakoinnista tulee **kysyä** sairaalaan tullessa tai vastaanottotilanteessa.
2. Tupakointitilanne **kirjataan** potilasasiakirjoihin, josta sen on tarkistettavissa.
3. Tupakoivan potilaan kanssa tulee **keskustella** hänen tupakointitilanteestaan, mahdollisista koetuista haitoista ja lopettamishalukkuudesta.
4. Tupakoivaa potilasta tulee **kehottaa** lopettamaan tupakointi. Tupakoijalle, joka ei ole harkinnut lopettamista, ei kannata asettaa lyhyen aikavälin tavoitteita lopettamisen suhteen. Lopettamisvaiheessa oleva tarvitsee motivaation lisäämistä ja tietoa tupakoinnin lopettamisen apukeinoista.
5. **Kannusta** tupakoitsijaa, joka on edennyt lopettamistavoitteessaan. Anna positiivista palautetta.
6. **Kontrolloi**. Sovi seurannasta, koska onnistumisen todennäköisyyttä lisää tieto siitä, että hoitohenkilökunta on kiinnostunut asiasta. (Pietilä 2003, 424.)

2.2 Mielenterveys

Mielenterveys on oleellinen osa ihmisen terveyttä. Maailman Terveysjärjestön (WHO) mukaan terveys on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Mielenterveyttä voidaan pitää psyykkisiä toimintoja ylläpitävänä voimavarana jonka avulla ohjaamme elämäämme. Mielenterveyttä myös koko ajan käytetään ja kerätään. (Lehtonen & Lönnqvist 2003, 13.) Mielenterveyteen kuuluvat positiivinen mielen-terveys ja mielen-terveysongelmat. Henkinen pahoinvointi ja psyykkiset häiriöt viittaavat käytännössä yleensä mielen-terveysongelmiin ja niitä käytetään usein rinnakkaisina käsitteinä. Positiivista mielen-terveyttä ovat positiivinen hyvinvoinnin kokemus, yksilölliset voimavarat, kuten itsetunto ja elämänhallinnan ja eheyden kokemus, kyky ylläpitää ihmissuhteita ja kyky kohdata erilaisia vastoinkäymisiä. (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 16.)

Mielenterveyslain (1116/90) 1. pykälän mukaan mielen-terveys on ihmisen psyykkistä hyvinvointia, toimintakykyä ja kykyä persoonalliseen kasvuun. Mielenterveys on tila, jossa ihminen ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaaleissa stressitilanteissa, pystyy työskentelemään tuloksellisesti ja pystyy toimimaan yhteisönsä jäsenenä.

Mielenterveyshäiriö on termi, jolla tarkoitetaan mielen-terveysongelmasta kärsivää ihmistä, ja joka vaikuttaa heikentävästi ajatteluun, tunteisiin ja toimintakykyyn (Johnstone 2001, 203.). Mielenterveydenhäiriö on nimike monenlaisille psykiatrisille häiriöille riippumatta häiriöiden syistä ja vaikeusasteesta. Tautiluokituksen tautinimike annetaan kuitenkin vain jos häiriö on kliinisesti merkittävä, jolloin siihen liittyy lähes aina haittaavia oireita tai työ- ja toimintakyvyn heikentymistä. (Lehtonen & Lönnqvist 2003, 13.) Mielenterveyshäiriöiden diagnostiikka perustuu määrättyihin luokituksiin, oireiden määrään ja niiden ominaispiirteisiin. Suomessa on käytössä Maailman Terveysjärjestön ICD-10-luokitus. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 176–177.)

Vanhemmilla ikäryhmillä esiintyy mielen-terveysongelmia vähemmän kuin nuoremmissa ikäryhmissä. Ikääntyneiden mielen-terveysongelmien erityispiirteet ovat fyysisien sairauksien ja oireiden osuus mielen-terveyshäiriöiden synnyssä ja diagnosoinnis-

sa. Myös yksinäisyydellä on suuri merkitys ikääntyneiden mielenterveydelle. (Pirkola & Sohlman 2005, 4.)

Mielenterveysongelmia ovat psyykinen stressi, tavalliset mielenterveydenhäiriöt, kuten masennus, vakavat psyykkiset häiriöt, päihteiden väärinkäyttö, poikkeavat luonteenpiirteet, joista on haittaa yksilölle tai muille sekä etenevät elimelliset aivosairaudet, kuten dementia. (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 16.) Tavallisimpia mielenterveydenhäiriöitä ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, päihdehäiriöt, persoonallisuushäiriöt ja psykoottiset häiriöt. (Kuhanen ym. 2010, 176–177; Pirkola & Sohlman 2005, 4.)

2.2.1 Mielialahäiriöt

Mielialahäiriöt jaotellaan maniaan, kaksisuuntaisen mielialahäiriöön, masennustilaan, toistuvaan masennukseen sekä pitkäaikaisiin, muihin, ja määrittelemättömiin mielialahäiriöihin. Yleisimpiä mielialahäiriöitä ovat masennushäiriöt ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Mielialahäiriöissä ihmisen tunnevire on masentunut, hypomaaninen tai maaninen. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy masentuneisuuden lisäksi myös kohonnutta mielialaa tai kiihtyneisyyttä. (Pirkola & Sohlman 2005, 4; Jokinen & Räsänen 2000, 51.)

2.2.2 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöiden piirteitä ovat olosuhteisiin nähden suhteettomat huolet, pelot ja sisäisen jännityksen kokemus. Toistuessaan nämä oireet haittaavat sekä psyykkistä että sosiaalista toimintakykyä. Ahdistuneisuushäiriöitä ovat paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, yleistynyt ahdistuneisuus ja erilaisten yksittäisten asioiden pelko, kuten ahtaiden tai avariiden paikkojen kammo. Myös erilaiset stressireaktiot ja elimellisoireiset häiriöt kuuluvat ahdistuneisuushäiriöihin. Tunnetilana ahdistuneisuus on pelon kaltainen tunne ilman todellista ulkoista uhkaa tai vaaraa. (Pirkola & Sohlman 2005, 4; Kuhanen ym. 2010, 219.)

2.2.3 Päihdehäiriöt

Alkoholin ja muiden päihteiden käytön häiriöissä on kyse niiden käytön muuttumisesta haitalliseksi, pakonomaiseksi ja yleensä myös runsaaksi. Samalla myös katoaa niiden käytön hallinta. Alkoholiriippuvuuden kulku vaihtelee toimintakykyä lievästi haittaavasta käytöstä vaikeasti rappeuttavaan käyttöön. (Pirkola & Sohlman 2005, 4-5.)

2.2.4 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöillä tarkoitetaan tilaa, jossa ihmisten toimintatavat ovat pysyvästi ja kaavamaisesti tavanomaisesta poikkeavia. (Pirkola & Sohlman 2005, 5.) Henkilön persoonallisuudessa ja käyttäytymistavoissa esiintyy vakavia häiriöitä, jotka vaikuttavat moniin persoonallisuuden alueisiin. Persoonallisuushäiriöisten käyttäytymiselle on tyypillistä joustamaton, pysyvä ja teatraalinen tapa reagoida varsinkin stressaaviin tilanteisiin. Usein näihin liittyy myös ahdistusta ja sosiaalista haittaa. Persoonallisuushäiriöinen ihminen pitää usein vaikeuksien syynä joko olosuhteita tai muita ihmisiä. Persoonallisuushäiriöisillä ihmisillä on vain harvoin sairaudentunnetta. (Hietaharju ym. 2010, 53–54.)

2.2.5 Psykoottiset häiriöt

Psykoosi on nimitys mielenterveyshäiriöille, joissa todellisuudentaju vääristyy karkealla tavalla ja ihmisen on vaikeaa erottaa mikä on todellisuutta ja mikä ei. Keskeisinä oireina psykooseissa on aistiharhat, harhaluulot sekä karkeasti vääristyneet tulkinnat ulkoisesta todellisuudesta. Psykoottinen häiriö ei välttämättä vaikuta kaikkeen psyykkiseen toimintaan, vaan ihminen voi suoriutua joissakin toiminnoissa normaalilla tavalla. (Kansanterveyslaitos 2010.) Yleisimpiä psykoottisia häiriöitä ovat skitsofrenia ja erilaiset lyhytaikaisemmat psykoottiset häiriöt. (Pirkola & Sohlman 2005, 5.) Skitsofreniaa kuvaillaan yleensä aivojen tiedonohjauksen säätelyhäiriöksi. Sille on tyypillisiä oireita ovat harhaluulot, aistiharhat ja käyttäytymisen hajanaisuus. Skitsofreniaan saattaa liittyä myös tunteiden latistumista, puheen köyhtymistä ja tahdottomuutta. (Kansanterveyslaitos 2010.)

2.3 Potilasohjaus

Opetukseen kuuluu kasvatustavoitteiden suuntainen suunnittelu ja vuorovaikutusopetus oppimistilanteessa ja opiskelun olosuhteiden säätely sen kaltaiseksi, että saadaan aikaan mielekästä ja tietoista oppimista. Oppimisprosessia voidaan tarkastella itseohjautuvana prosessina, joka pyrkii tavoitteiden suuntaan. Toiminnan edellytyksenä on tavoitteiden sisäistäminen. Asetetut tavoitteet vaikuttavat oppimisen välineiden ja työtapojen valintaan. (Lavonen & Meisalo 2010.)

Potilaan ohjaaminen terveyteen ja sairauteen liittyvissä asioissa kuuluu hoitajan tehtäviin, koska he ovat ajallisesti eniten potilaiden kanssa. Hoitajalla on kokonaisvastuu potilasohjauksen suunnittelusta ja toteutuksesta. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 26.) Ohjauksella pyritään tukemaan potilaan omia voimavaroja, jotta heidän oma aktiivisuutensa lisääntyisi ja he pystyisivät hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 1.) Ohjaus pyrkii edistämään potilaan kykyä parantaa omaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjauksessa asiakas tai potilas on aktiivinen ongelman ratkaisija. Hoitaja tukee päätöksenteossa ja ei esitä valmiita ratkaisuja. Ohjaus on suunnitelmallista ja se sisältää myös yleensä tiedon antamista. Ohjaussuhteen tulee olla tasa-arvoinen. Ohjaus on asiakkaan tai potilaan ja hoitajan välistä aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. Ohjaus tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjauksen piirteet voidaan jakaa asiakkaan tai potilaan taustatekijöihin, vuorovaikutteiseen ohjaussuhteeseen sekä aktiiviseen, tavoitteelliseen toimintaan. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25–26.)

Ohjausta arvioidaan koko ajan. Tavoitteiden suuntainen arviointi edellyttää ohjaukselle selkeitä ja arvioitavissa olevia tavoitteita. Ohjauksen arviointi tehdään yhdessä asiakkaan tai potilaan kanssa. Arvioinnin yhteydessä on tärkeää antaa asiakkaalle tai potilaalle positiivista palautetta onnistuneista asioista. (Kyngäs ym. 2007, 45.) Tärkeää on arvioida saiko potilas vastauksen hänelle tärkeisiin kysymyksiin ja osaako hän hoitaa itseään saamillaan ohjeilla. Arviointiperusteena toimii ohjattavan tietojen ja taitojen lisääntyminen. (Torkkola ym. 2002, 28.)

Ohjaus tulee suunnitella niin, että varatussa ajassa ehditään käymään läpi ohjattavalle tärkeät asiat (Torkkola ym. 2002, 31). Laadukkaassa ohjauksessa on tärkeää, että jokainen asiakasta tai potilasta ohjaava tunnistaa ja tiedostaa omat ohjausta koskevat lähtökohtansa. Potilaslähtöinen ja riittävä ohjaus mahdollistavat potilasohjauksen onnistumisen ja vaikuttavuuden. (Kääriäinen 2008, 13.)

2.3.1 Ohjaukseen vaikuttavia taustatekijöitä

Ohjaus voi rakentua niille asioille, jotka asiakas tai potilas nostaa esiin. Ohjaus voi siis liittyä esimerkiksi terveysongelmiin, elämäntaito-ongelmiin tai elämäntilanteen muutokseen. Hoitajan tehtävänä on tunnistaa ja arvioida yhdessä asiakkaan tai potilaan ohjaustarpeita. Asiakkaan tai potilaan taustatekijät ja hänen käsityksensä ja tulkintana niistä muodostavat hänen todellisuutensa. Ohjauksessa on selvítettävä asiakkaan tai potilaan tilanne ja hänen mahdollisuutensa sitoutua omaa terveyttä tukevaan toimintaan. Ohjaustavoitteisiin pääsemiseksi myös hoitajan on tunnistettava omat ohjaukseen vaikuttavat tunteensa, tapansa ajatella ja toimia. Myös hoitajan arvot ja ihmiskäsitys ovat tärkeitä. Fyysisiä taustatekijöitä ovat ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila. Psykkisiä taustatekijöitä ovat käsitys omasta terveydentilasta, terveysuskomukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, oppimistavat ja motivaatio. Sosiaaliset taustatekijät koostuvat sosiaalisista, etnisistä, uskonnollisista ja kulttuuri-perustaisista tekijöistä. Hoitaja ja asiakkaan tai potilaan arvot vaikuttavat siihen miten ohjauksessa asioita voidaan lähestyä. Ympäristöön liittyvät taustatekijät voivat tukea tai heikentää ohjaustilannetta. Hoitoympäristön hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö voivat vaikuttaa ohjaustilanteeseen. Paras fyysinen ympäristö on tila jossa ohjaus voidaan antaa keskeytyksettä ja ohjaukseen tarvittava materiaali on saatavilla. Ympäristö ei saisi herättää ohjattavassa negatiivisia tunteita. Avoin ja luottamuksellinen kaksisuuntainen vuorovaikutus parantaa psyykkistä ympäristöä ja luo pohjaa ohjauksen onnistumiselle. (Kyngäs ym. 2007, 26–38.)

2.3.2 Vuorovaikutus ohjaustilanteessa

Ohjausta rakennetaan vuorovaikutuksen avulla. Sanallinen viestintä on vain osa vuorovaikutusta ja yli puolet on sanatonta viestintää. Siksi viestinnän selkeyteen ja yksi-

selitteisyyteen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Kun hoitaja ja asiakas tai potilas, ovat molemmat aktiivisia ohjaussuhteessa, muodostuu vuorovaikutussuhde kaksisuuntaiseksi. Siinä vastuu vuorovaikutuksesta on hoitajalla, tavoitteista neuvotellaan yhdessä ohjattavan kanssa. Vuorovaikutus on tavoitteellista ja joustavaa. (Kyn-gäs ym. 2007, 38–40.)

2.3.3 Ohjaussuhteen tavoitteellisuus ja aktiivisuus

Ohjauksessa tärkeää on, että hoitaja ja ohjauttava ovat tavoitteellisia ja aktiivisia. Tavoitteellisuus ja aktiivisuus ovat hoitajan näkökannalta aktiivista asiakkaan tai potilaan taustatekijöiden selvittämistä ja asiakkaan tai potilaan kanssa yhdessä tavoitteiden asettamista. Ohjauksen tavoitteena on hoitajan ja asiakkaan tai potilaan välinen tavoitteellinen ongelmanratkaisu. (Kyn-gäs ym. 2007, 41–42.)

2.3.4 Mielenterveyspotilaan ohjaus

Mielenterveyspotilaan hoito ja kuntoutus liittyvät kiinteästi toisiinsa, ne ovat rinnakkaisia prosesseja. Mielenterveyskuntoutus on kokonaisvaltaista toimintaa, jonka tavoitteena on psyykkisen ja fyysisen tilanteen paraneminen ja sosiaalisten taitojen paraneminen. Opettaminen ja ohjaus kuuluvat kuntouttavaan toimintaan. Ohjauksessa ohjaajan tulee suhtautua asioihin rauhallisesti ja olla neutraali. Ohjaaja ei saa asettua kenenkään puolelle tai ryhtyä väittelemään asioista. (Jokinen & Räsänen 2000, 48–49.) Potilaat yleensä haluavat käytännönläheisiä ja tilannekohtaisiakin ohjeita. Ikään-tyneet toivovat rauhallista asioiden käsittelyä ja usein haluavat keskustella muustakin kuin juuri ohjaustapahtuman aiheeseen liittyvästä asiasta. Potilaat arvostavat ammatitaitoista ohjaajaa, joka tuntee ohjattavan asian hyvin ja osaa vastata myös mahdollisiin kysymyksiin. (Torkkola ym. 2002, 32.)

2.4 Tupakointi ja nikotiiniriippuvuus

Tupakointi tarkoittaa Nicotina – kasvin eri lajien kuivatusta nikotiinipitoisista lehdistä valmistettujen tupakkatuotteiden käyttämistä. Tupakkaa käytetään polttamalla,

nuuskaamalla tai suun kautta verenkiertoon imeytettävänä purutupakkana. Savuke on yleisin tupakkatuote. (Päihdelinkki 2010.) Tupakoinnilla on kahdenlaisia terveysvaikutuksia. Tupakka aiheuttaa nopeasti nikotiiniriippuvuuden ja tupakointi aiheuttaa vammauttavia ja kuolemaan johtavia sairauksia. (Käypä hoito-suositus 2006.)

Tupakkatuotteiden sisältämä nikotiini on riippuvuutta aiheuttava aine. Nikotiiniriippuvuus on käyttäytymistä sääteleviltä tekijöiltään samantyyppistä kuin muutkin aine-riippuvuudet ja se täyttää psykiatrisen tautiluokituksen kemiallisen riippuvuuden kriteerit. Nikotiiniriippuvuus kehittyy nopeasti. Riippuvuuden voimakkuuteen vaikuttavat keskushermoston herkkyys nikotiinille ja nikotiinin aineenvaihdunta maksassa. (Käypä hoito-suositus 2006.) Nikotiiniriippuvuus on fyysistä tupakkariippuvuutta. Fyysinen riippuvuus saattaa vaatia melko säännöllistä tupakointia ja sen kehittymisen voi kestää aikansa. Myös tupakointiin liittyvällä psyykkisellä ja sosiaalisella riippuvuudella on suuri merkitys. Sosiaalisen riippuvuuden tärkein tekijä on halu sitoutua ryhmään ja pysyä sen jäsenenä. Psykkinen ja sosiaalinen tupakkariippuvuus on erottamaton kokonaisuus. Psykkisen tupakkariippuvuuden näkökulmasta tupakoitsija pyrkii tupakoinnin avulla minän eheyteen ja tupakoijan mielestä tupakointi ei ole psyykkisesti ongelma vaan ratkaisu. Useimmiten tupakointia ylläpitävät syyt ovat piilotajuisia ja niitä ei pysty hallitsemaan järkipäisesti. Tupakka tuo monille tupakoitsijoille mielihyvää ja sen avulla ajatellaan vaikeuksista selviytymisen olevan helppoa. Nikotiiniriippuvuus on yksilöllistä, eikä kovin selvästi ole riippuvainen tupakan kulutukseen tai tupakoinnin keston. Nikotiiniriippuvuutta voidaan arvioida ruotsalaisen K-O Fagerströmin kehittämällä FTND-testillä. (Nieminen 1999, 60–61, 99–102.)

2.4.1 Tupakoinnin terveyshaittoja

Tupakointi on keskeisten kansantautien tärkein poistettavissa oleva tekijä. Tupakointi lisää sepelvaltimotaudin vaaraa kaksinkertaisesti ja keuhkosityövän vaaraa kymmenkertaisesti, sekä on tärkein kroonisen ahtauttavan keuhkosairauden syy. Tupakoinnin lopettamisen jälkeen näiden sairauksien riski vähenee nopeasti. (Vartiainen 2005, 99.) Suomessa tupakan aiheuttamiin sairauksiin kuolee vuosittain noin 5000 ihmistä. Syöpäkuolemista joka kolmas on tupakan aiheuttama, sekä joka viidennen sydän- ja

verenkiertoelinsairauden. Tupakointi lyhentää elämää keskimäärin kahdeksan vuotta. (Patja 2011.) Tupakoinnin vähentämisellä ja lopettamisella on merkitystä vanhuusiässäkin, erityisesti sydän – ja verisuonisairauksien ja keuhkosairauksien ehkäisyssä (Strandberg & Tilvis 2001, 330).

Tupakointiin liittyy runsaasti terveyshaittoja, joista merkittävimpiä ovat sydän- ja verenkiertoelinsairauksien ryhmässä sepelvaltimotauti, sydäninfarkti, sydänperäinen äkkikuolema, kohonnut verenpaine ja katkokävely. Keuhkosairauksien ryhmässä krooninen ahtauttava keuhkoputkentulehdus eli COPD ja krooninen keuhkoputkentulehdus. Tupakointi liittyy merkittävästi erilaisiin syöpäsairauksiin kuten keuhkosyöpään, virtsarakonsyöpään, kurkunpäänsyöpään, ruokatorvensyöpään, haimasyöpään, mahasyöpään, maksasyöpään, kohdunkaulansyöpään ja suusyöpään. Suusairauksista tupakoinnilla on vaikutusta ientulehduksiin ja hampaiden kiinnityskudosten sairauksiin. (Patja 2011.)

Muita tupakoinnin terveyshaittoja ovat ihon ennenaikainen vanheneminen, haavojen hitaampi paraneminen, leikkauskomplikaatiot, silmänrappeumasairaus, maha- ja pohjukaissuolen limakalvovaurioriskin kasvaminen, osteoporoosi, kilpirauhasen vajaatoiminnan paheneminen, selkärangan välilevyn rappeumat ja vaihdevuosien aikastuminen. (Patja 2011.)

2.4.2 Tupakoinnin lopettaminen

Tupakoinnin lopettaminen vaikuttaa lähes kaikkeen arkiseen toimintaan. Lopettaminen on usein oppimisprosessi, jossa opitaan pois vanhoista käyttäytymistavoista ja ratkaisumalleista. (Patja & Airaksinen & Leppänen 2010, 64–65.) Tupakoinnin lopettamiseen motivoituminen vaihtelee yksilöstä toiseen. Tupakasta irrottautuminen ei ole erillinen tapahtuma vaan elintapojen pysyvään muutokseen tähtäävä prosessi. Elintapamuutoksen valmiutta voidaan arvioida muutosvaihemallilla, jota voidaan käyttää apuna arvioitaessa tupakoitsijan lopettamishalukkuutta. Lopettamishalukkuus ei ole pysyvä tila, vaan siihen vaikuttavat erilaiset asiat ja toimet. Muutosvaihemallissa (Kuva 1.) vieroittautumisessa voidaan erottaa viisi vaihetta; harkintaa edeltävä vaihe, harkintavaihe, valmistelu- tai päätöksentekovaihe, toimintavaihe ja ylläpito-

vaihe. Muutosvaihemalli kuvaa motivaation muutosta, ei suoraan lopettamisproses- sia. (Käypä hoito – suositus 2006.)



Kuva1. Prochaskan ja DiClementen muutosvaihemalli (Käypä hoito – suositus 2006.)

Tupakkariippuvuus koostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta riippuvuudesta. Nikotiini on fyysistä riippuvuutta ylläpitävä aine tupakassa. Kun nikotiiniriippuvuus on syntynyt, se vahvistaa tupakkariippuvuuden muita tekijöitä. Tupakoinnin lopettamiseen liittyy vieroitusoireita ja niiden sietämistä. Fyysisten vieroitusoireiden kesto on noin kolme viikkoa. Mutta samaan aikaan on opeteltava muuttamaan vakiintuneitakin käyttäytymistapoja. Riippuvuudesta vieroittautuminen sisältää fyysisen vieroittautumisen lisäksi psyykkisen ja sosiaalisen vieroittautumisen. (Patja ym. 2010, 64–65.)

3 MIELENTERVEYSPOTILAAN TUPAKOINTI

Sairaalasta kotiutettujen skitsofreniapotilaiden seurantalutkimuksen mukaan skitsofreniapotilaiden tupakointi oli yleistä. Miesten tupakointi oli yleisempää ja määrällisesti suurempaa kuin naisten. Muuhun aikuisväestöön verrattuna tupakointi skitsofreniapotilaiden keskuudessa oli 2,5 kertaa yleisempää, eli 60 % skitsofreniapotilaista tupakoi. (Salokangas, Stengård, Honkonen, Koivisto & Saarinen 2000, 116, 191.)

Psykiatrisissa sairaaloissa sekä mielenterveyspotilaat että hoitohenkilökunta tupakoivat enemmän kuin muissa sairaaloissa (Dickens, Stubbs, Popham & Haw 2005, 672; Reilly, Murphy & Alderton 2006, 273). Joitakin vuosikymmeniä sitten psykiatrisissa sairaaloissa saatettiin jopa palkita potilaita savukkeilla toimintoihin osallistumisesta. Tällöin potilaat oppivat arvostamaan tupakointia ja tupakoimattomatkin potilaat oppivat tupakoimaan. (Lawn & Condon 2006, 112.)

Lawnin, Polsin ja Barberin (2002) tutkimuksen mukaan mielenterveyspotilaiden mielestä tupakointi lisäsi itsemääräämisoikeutta. Suljetuilla osastoilla, joissa on paljon rajoituksia, tupakointi lisäsi potilaiden vapauden tunnetta. Saman tutkimuksen mukaan tupakoinnin koettiin vähentävän pitkästymisen tunnetta ja olevan joskus ainoa aktiviteetin muoto. Tupakka koettiin myös lohduttajana hankalissa tilanteissa. Mielenterveyspotilaat saattoivat käyttää tupakkaa sairautensa pahenemisvaiheessa itselääkinnän keinona (Dickens ym. 2005, 676).

Tupakan sisältämä nikotiini saattaa vaikuttaa positiivisella tavalla esim. skitsofrenian negatiivisiin oireisiin. Nikotiinin on todettu auttavan vetäytyneisyyteen, aloitekyvyn puutteeseen ja kyvyttömyyteen tuntea nautintoa. Nikotiini myös laskee veren lääkeainepitoisuuksia, jolloin on mahdollista, että psykelääkityksestä johtuvat sivuoireet voivat lievittyä. (Alakoski, Seppälä, Mattila & Leinonen 2006, 3344.) Lääkeainepitoisuuden pieneneminen veressä saattaa kuitenkin johtaa lääkeannoksen lisäämiseen ja samalla sivuoireiden lisääntymiseen, jolloin tupakoiija kokee nikotiinin tarpeen lisääntyvän. (Reilly ym. 2006, 273.)

Tupakointi on merkittävin psykiatristen potilaiden somaattisen sairastavuuden ja kuolleisuuden syy. Skitsofreniapotilaiden sairastavuus ja kuolleisuus syöpäsairauksiin sekä sydän – ja verisuonisairauksiin on kaksinkertainen muuhun väestöön verrattuna. Skitsofreniaa sairastavissa tupakoivien osuus on 58–85%, kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja ahdistuneisuushäiriötä sairastavista noin 50 % tupakoi sekä masennusta sairastavista noin 42 %. (Riala 2006, 1349.)

Mielenterveyspotilaille tupakasta vieroitusta ei ole juuri ollenkaan tarjolla. Uskotaan, että mielenterveyspotilaat eivät halua lopettaa tupakointiaan ja he olisivat jopa kyvyttömiä siihen. Myös pelko mielialahäiriöiden lisääntymisestä tupakoinnin lopettamisen yhteydessä on vain uskomus. (Käypä hoito–suositus 2006.) Haluttomuus keskustella mm. skitsofreniapotilaiden kanssa tupakoinnin lopettamisesta saattaa liittyä käsitykseen, että tupakointi on yksi skitsofreniapotilaan harvoista iloista (Seppälä & Leinonen 2001, 1135). Kuitenkin suuri osa mielenterveyspotilaista haluaisi lopettaa tupakoinnin tai edes vähentää sitä (Dickens ym. 2005, 676). Sairaaloissa tupakoinnin rajoittamisella ajatellaan olevan käytöshäiriöitä ja aggressiivisuutta lisäävä vaikutus. Potilaiden tupakointiin puuttumista pidetään heidän vapauteensa puuttumisena. (Kylmä & Laukkanen 2008, 33.)

Tupakoinnin lopettaminen ja samanaikainen masennus voi vaikeuttaa tupakoinnin lopettamista. Masennuksen oireet saattavat myös olla merkittävä este tupakoinnin lopettamiselle. Masentuneilla tupakoinnin lopettajilla on usein heikompi usko lopettamisen onnistumiseen kuin muilla, koska masennukseen keskeisesti liittyvä kielteinen ajattelu itsestä ja usko omiin kykyihin on alentunut. (Korhonen ym. 2008, 891–893.)

Monet mielenterveyshoitotyössä olevat hoitotyöntekijät pitävät tupakointia hyväksyttävänä osana mielenterveyskuntoutusta ja perustelevat sen kuuluvan potilaan oikeuksiin päättää omasta elämästään (Lawn ym. 2006, 117). Mielenterveyspotilaiden tupakasta vieroitukseen suhtaudutaan varsin negatiivisesti. Usein ajatellaan psyykkisen sairauden olevan este tupakoinnin lopettamiselle ja se myös kerrotaan potilaalle, vaikka potilas olisi motivoitunut lopettamaan tupakoinnin. (Alakoski ym. 2006, 3345.)

Suomen terveystalitiikan mukaisesti myös mielenterveyspotilaille tulee olla oikeus terveyden edistämisen palveluihin. Mielenterveyspotilaiden tupakoinnin lopettamiseen motivoiminen ja kannustaminen ovat mielenterveysshoitotyössä terveyttä edistävää toimintaa. Tupakoivien mielenterveyspotilaiden tupakoinnin lopettamishalukkuus tulee kartoittaa ja ottaa myös huomioon hoidon suunnittelussa. Tupakointi on ymmärrettävä parannettavissa olevaksi riippuvuudeksi joka ei kuulu psyykkiseen sairauteen. Mielenterveyspotilaan voi olla vaikeampaa lopettaa tupakointi, mutta tuen ja nikotiinikorvaushoidon avulla siihen on mahdollisuus. Nykytiedon mukaan nikotiinia ei enää suositella lääkkeeksi, joten mielenterveyspotilaiden lopettamishalukkuutta ei saa aliarvioida psyykkiseen sairauteen vedoten. (Kylmä ym. 2008, 32.) Keski-ikäisestä 20–40% nikotiinikorvaushoitoa saaneista onnistuu tupakoinnin lopettamisessa ensimmäisien kuukausien aikana ja heistä noin puolet on edelleen tupakoimatta kahden vuoden kuluttua. Skitsofreniapotilaiden kohdalla vastaavasti vain 12–15% pystyy olemaan puolen vuoden kuluttua edelleen tupakoimatta. (Seppälä ym. 2001, 1136.)

4 SAVUTON SAIRAALA TOIMINTAMALLI

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri on Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry:n jäsen ja siinä yhteydessä sitoutunut tavoittelemaan savutonta sairaalaa. Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry:n tehtävänä on tuoda terveyttä edistävä näkökulma sairaaloiden toimintakulttuuriin. Savuttoman sairaalan tärkein tehtävä on tarjota apua nikotiiniriippuvaisille potilaille ja henkilökunnalle. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri julistautui savuttomaksi sairaalaksi 1.1.2007. Savuttomaksi sairaalaksi julistautumisella sairaanhoitopiiri haluaa edistää tupakoimattomuutta ja tukea potilaiden sekä henkilökunnan tupakoinninlopettamista ja siten terveyttä. (Savuton sairaalatoimintaohjelma VSSHP:ssä 2007, 3-4)

”Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot” – käypä hoito suosituksen mukaan tupakasta vieroittaminen on osa potilaiden hoitoa ja terveydenhuollossa on tunnettava tupakointitavat, kehotettava tupakoinnin lopettamiseen ja suositeltava korva-

ushoitoa sekä ohjattava tarvittaessa jatkohoitoon. Kaikkien sairaalaan tulevien potilaiden tupakointitottumukset tulee selvittää ja tupakoiville tulee tarjota mahdollisuutta neuvontaan sekä kehottaa heitä tupakoimattomuuteen. Potilailla on mahdollisuus saada nikotiinikorvaushoitoja sairaalahoidon aikana ja sitä tulee tarjota tupakoinnin vaihtoehdoksi. Nikotiinikorvaustuotteet toimitetaan sairaala-apteekista. Sairaalahoiton jälkeen nikotiinikorvaushoito jatkuu potilaiden omalla kustannuksella. (Savuton sairaala-toimintaohjelma VSSHP:ssä 2007, 3-4) Savuttomasta sairaalasta tiedotetaan potilaille kutsukirjeessä ja sairaaloissa olevilla kylteillä. Kaikille tupakoiville potilaille suositellaan nikotiinikorvaushoitoa tupakoinnin sijaan sairaalahoidon ja käynnin aikana. Päiväsaikaan potilaat voivat tupakoida siihen merkityillä paikoilla, jos eivät pysty olemaan tupakoimatta. Yöaikaan potilaiden tulisi olla tupakoimatta. (VSSHP www-sivut Savuton sairaala toimintaohjelma.) Potilaiden oikeuksia ei loukata, jos he eivät saa tupakoida ollessaan hoidossa sairaalassa tai terveyskeskuksessa (Kuntaliitto 2005).

Savuton sairaala- toimintaohjelma koskee myös psykiatria. Psykiatristen osastojen potilaita tuetaan tupakoimattomuuteen kannustamalla ja nikotiinikorvaushoidolla. Suljetuilla osastoilla saa olla tupakointitilat sisätiloissa. Avohoidossa käyvien potilaiden tulee käyttää tupakointiin varattua tupakointikatosta. (VSSHP www-sivut Savuton sairaala toimintaohjelma.) Psykiatrisilla osastoilla potilaiden savuttomuutta tukeva asia on henkilökunnan savuton roolimalli potilaille. Psykiatrisia potilaita tulisi tukea tupakoimattomuuteen niin kuin muitakin potilasryhmiä. Muutos vaatii voimavaroja ja tupakoimattomuuteen tulisi tukea avohoidossakin. (Suomen ASH www-sivut.) Psykiatristen osastojen henkilökunnalta vaaditaan harkintakykyä, milloin potilaan tupakasta vieroitus on mahdollista, siten ettei se aiheuta potilaalle kohtuutonta haittaa. (Punnonen 2004, 16).

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän projektiluonteisen opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella Uudenkaupungin psykiatrisen sairaalan vanhuspsykiatrian osastolle hoitohenkilökunnan käyttöön

potilasohjausmalli, jonka avulla voidaan ohjata mielenterveyspotilasta tupakoinnin vähentämiseen tai lopettamiseen. Tarkoituksena oli myös lisätä vanhuspsykiatrian osaston hoitohenkilökunnan valmiuksia toteuttaa Savuton sairaala – toimintaohjelmaa. Potilasohjauskansion avulla opastetaan henkilökuntaa tupakoinnin puheeksi ottamisessa, tupakkariippuvuuden tunnistamisessa, tupakoinnin lopettamiseen motivoimisessa ja apukeinojen tarjoamisessa tupakoinnin lopettamisen avuksi. Potilasohjauskansion on tarkoitus tulevaisuudessa toimia runkona hoitohenkilökunnan ja potilaan välisessä keskustelussa tupakointiin liittyvissä kysymyksissä. Potilasohjauskansio toteutettiin yhdessä Uudenkaupungin psykiatrisen sairaalan vanhuspsykiatrisen osaston kanssa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli:

1. Suunnitella ja tuottaa potilasohjausmateriaali tupakoinnin vähentämisen tukemiseksi tai lopettamiseksi Uudenkaupungin psykiatrisen sairaalan vanhuspsykiatrian osastolle
2. Suunnitella ja toteuttaa opetus – ja ohjaustunti Uudenkaupungin psykiatrisen sairaalan vanhuspsykiatrian osaston hoitohenkilökunnalle
3. Arvioida tehtyä potilasohjausmallia Uudenkaupungin vanhuspsykiatrian osastolla.

6 PROJEKTILUONTEINEN OPINNÄYTETYÖ

Projekti sanana on peräisin latinasta ja se tarkoittaa ehdotusta tai suunnitelmaa. Suomen kielessä käytetään myös hanke-sanaa synonyyminä projekti-sanalle. Hanke-sana viittaa kuitenkin yleensä projektia laajempaan kokonaisuuteen. Projekti voidaan määrittellä joukoksi ihmisiä ja muita resursseja, jotka on koottu yhteen tilapäisesti suoritamaan jotain tehtävää. (Ruuska 2005, 18–19.) Projekti on tavoitteellinen ja tietyn ajan kestävä prosessi. Projekti voi olla kertaluonteinen tuotos tai osa jotain suurempaa hanketta. Projekti tulee suunnitella, organisoida, toteuttaa, seurata ja arvioida, jotta se onnistuisi. Työelämälähtöisessä projektissa tulisi kolmikantaperiaatteen toteutua jo suunnitteluvaiheessa. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 48–49.) Projektilla tulee

olla aina aikataulu. Projektin tulee tuottaa hyötyä kohteelleen tavoitteensa toteuttamisen kautta. Projektilla tulee myös aina olla alku ja loppu. Onnistuneen projektin tulokset sisältävät jotain uutta. Tällaisella projektilla on vaikutuksia tekijöihinsä ja kohdeympäristöön. (Rissanen 2002, 13–15.)

6.1 Potilasohjausmateriaalin suunnittelu

Ajatus opinnäytetyön aiheesta syntyi syksyllä 2010 työpaikallani VSSHP:n Uudenkaupungin psykiatrisen sairaalan vanhuspsykiatrian osastolla. Tuolloin osastolla oli useita tupakoivia potilaita ja sen myötä syntyi henkilökunnan keskuudessa vilkasta keskustelua potilaiden tupakoinnista savuttomassa sairaalassa osastohoidon aikana. Potilaita kehoitettiin olemaan tupakoimatta, jolloin osa potilaista innostuikin ajatuksesta ja heille tarjottiin avuksi nikotiinikorvaushoitoa. Tupakoimattomuuteen ohjausta ei kuitenkaan jatkettu ja jo muutaman tupakkalakkopäivän jälkeen moni potilas jatkoikin tupakointiaan. Todettiin, että oli tarve lisätä hoitohenkilökunnan tietoa tupakoimattomuuteen tukemisesta. Osastomme Savuton sairaala-yhdyshenkilönä toimiessani keskustelin asiasta osastonhoitajan kanssa ja asiasta kiinnostuneena päätin tarttua aiheeseen myös opinnäytetyöni puitteissa.

Aihevalinta varmistui aiheseminaarissa ja projektisuunnitelma hyväksyttiin marraskuussa 2010. Sopimus opinnäytetyön tekemisestä laadittiin VSSHP:n psykiatrian tulosalueen ylihoitajan kanssa joulukuussa 2010. (Liite 1)

Projektin yhteistyökumppanina toimi Uudenkaupungin psykiatrisen sairaalan vanhuspsykiatrian osasto, joka kuuluu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueeseen. Vanhuspsykiatrian osastolla annetaan tutkimus- ja hoitopalveluja psyykkisesti oireileville vanhuksille ja dementiapotilaille. Hoitoon tulon tarvitaan lääkärin lähete. Yleisimpiä hoitoon tulon syitä ovat masentuneisuus, ahdistuneisuus, levottomuus, unettomuus, psykoottiset oireet, muistihäiriöt ja sekavuustilat. Osastolla on 15 potilaspaikkaa pääasiassa yli 60-vuotiaille miehille ja naisille. Vanhuspsykiatrian osastolla on myös omaa poliklinikkatoimintaa. Hoitoperiaatteena on kokonaisvaltainen hoito, psyykkisten, fyysisten ja sosiaalisten ongelmien selvittäminen. Hoito perustuu omahoitajajärjestelmään. Kaikille tehdään hoitosuunnitelma yhdessä poti-

laan ja omaisten kanssa. Jäljellä olevia voimavaroja ja taitoja ylläpidetään ja vahvistetaan. Tavoitteena on päivittäisistä askareista suoriutuminen mahdollisimman oma-toimisesti. Lääkehoitoa käytetään helpottamaan oireita. Perhe ja läheiset osallistuvat hoidon eri vaiheisiin. Osaston henkilökuntaan kuuluu osastonlääkäri, osastonhoitaja, 3 sairaanhoitajaa, 9 mielenterveyshoitajaa, 2 varahenkilöä, osa-aikainen osastonsihtööri ja 2 laitoshuoltajaa. Käytettävissä ovat lisäksi mm. fysioterapeutti, toimintaterapeutti, psykologi, sosiaalityöntekijä ja sairaalapappi. Jatkohoitopaikkoja ovat terveyskeskuksen avohoito, psykiatrian poliklinikka tai osaston oma poliklinikka. Osa potilaista siirtyy jatkohoitoon muihin terveydenhuollon yksiköihin: terveyskeskusten vuodeosastoille, vanhainkoteihin, dementiakoteihin sekä muiden erikoisalojen osastoille tai yksityisiin hoitokoteihin. Hoitoaika vaihtelee parista viikosta useisiin kuukausiin. (Vanhuspsykiatrian osaston osastoesite.)

6.2 Potilasohjausmateriaalin toteutus

Mielenterveyspotilaan tupakasta vieroitus potilasohjausmateriaalikansion laatiminen alkoi yhteydenotolla TYKS:n tupakastavieroitusohitajaan, jolta tiedusteltiin 30.9.2010 sähköpostitse materiaalia mielenterveyspotilaan tupakasta vieroitukseen. Ohjeena oli tutustua asiaan tavallisen tupakoitsijan näkökulmasta, mieltien samalla mielenterveyspotilasta, koska suoraan mielenterveyspotilaille suunnattua ohjausmateriaalia ei ole.

Lähdekritiikki on erityisessä asemassa oppaiden, ohjeistusten ja erilaisten tietopakettien kohdalla. Käytettyjen lähteiden on oltava luotettavia ja ajanmukaisia. (Vilka ym. 2004, 53.) Tietojen keräys opinnäytetyön teoriaosuuteen ja potilasohjauskansioon suoritettiin loka-marraskuussa 2010 kirjallisuudesta ja Internetistä sekä rajattiin aiheita. Aiheen rajaukseksi muodostui Savuton sairaala-toimintaohjelman tukeutuminen ”Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot” käypä hoito-suositukseen. ”Miten motivoin tupakoitsijaa lopettaman”-koulutus 25. lokakuuta.2010 Turussa antoi lisätietoa motivoinnin keinoista ja nikotiinikorvaustuotteista.

Joulukuussa 2010 alkoi potilasohjauskansion materiaalin koostaminen noudattaen ”Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot” käypä hoito-suositusta. Tammi-

kuussa 2011 valmistui arviointilomake osastotuntia varten. Potilasohjauskansion materiaali ja arviointilomake lähetettiin ohjaajalle kommentoitavaksi 20. tammikuuta 2011. Sama materiaali lähetettiin 3. helmikuuta 2011 arvioitavaksi VSSH:n Uudenkaupungin psykiatrisen sairaalan vanhuspsykiatrian osaston osastonhoitajalle sekä yhdelle sairaanhoitajalle. Heidän arviointinsa mukaan muutettiin hieman potilasohjausmateriaalin aihealueiden paikkoja. Helmikuun 2011 alussa opinnäytetyön ohjaaja vaihtui. Potilasohjausmateriaali ja arviointilomake lähetettiin 16. helmikuuta 2011 sähköpostitse uudelle ohjaajalle arvioitavaksi sekä uusia ohjeita varten. Jo seuraavana päivänä saapui ohjaajan palaute sekä lupa osastotunnin pitämiseen. Hänen antamiensa ohjeiden mukaan etsittiin potilasohjausmateriaaliin liitettäviä kuvia.

Osastotunnin pitämisistä varten yhteistyöorganisaatiolle tehtiin mainos 17.2.2011 ja lähetettiin se sähköpostilla vanhuspsykiatrian osaston osastonhoitajalle. Häntä pyydettiin laittamaan mainokset osaston ilmoitustauluille.

Helmikuun 24. päivänä 2011 pidettiin ”Mielenterveyspotilaan tupakoinninlopettaminen vanhuspsykiatrian osastolla”-osastotunti, johon osallistui koko paikalla oleva henkilökunta eli seitsemän henkilöä. Osastotunnin aluksi kerrottiin taustaa ohjausmateriaalille, lähinnä potilasohjausmateriaalin perustana toimineista Savuton sairaala toimintaohjelmasta ja käypä hoito-suosituksesta. Samalla jaettiin kaikille osallistujille arviointilomake osastotunnin alussa ja käytiin läpi sen täyttöohjeet. Osastotunnin aikana potilasohjausmateriaalikansio kiersi osallistujilla. Osastotunti koostui ohjausmateriaalikansion läpikäymisestä pääotsakkeittain ja siitä miten sen eri osioita voi hyödyntää potilaan ohjauksessa. Lisäksi esiteltiin myös potilasohjausmateriaalin lopussa olevia lääkeyhtiöiden mainoslehtisiä, joita voidaan jakaa potilaille. Osastotunnin lopuksi käytiin keskustelua aiheesta ja osallistujat täyttivät arviointilomakkeen nimettömänä sekä palauttivat sen kirjekuoreen.

Huhtikuussa 2011 potilasohjausopas luovutettiin Uudenkaupungin sairaalan vanhuspsykiatrian osastolle sekä paperi- että sähköisenä versiona samassa muodossa kuin se esiteltiin osastotunnilla. Sähköinen versio säilyy myös tekijällä, joten sitä voi tarvittaessa muokata tulevaisuudessa vanhuspsykiatrian osaston tarpeen mukaisesti.

6.3 Potilasohjausoppaan arviointi

Projektin onnistumista voidaan arvioida lopputuotteen ja tuotantoprosessin näkökulmasta. Lopputuotteen sisältö ja laatu ovat määrittely – ja arvostuskysymyksiä, joiden mittaaminen on hankalaa. (Ruuska 2005, 246–247.)

Projektin tuotoksena valmistui ”Mielenterveyspotilaan tupakasta vieroitus” potilasohjauskansio (Liite 2), jota arvioitiin VSSHP:n Uudenkaupungin psykiatrisen sairaalan vanhuspsykiatrian osaston henkilökunnalle pidetyn osastotunnin yhteydessä sekä jo sen valmistumisvaiheessa saman osaston osastonhoitajan ja yhden sairaanhoitajan toimesta. Osastotunnille osallistuneet täyttivät ohjausmateriaalia koskevan arviointilomakkeen (Liite 3) osastotunnin lopuksi.

Arviointilomakkeen kysymykset oli tehty väittämämuotoon koskien ohjausmateriaalin sisältöä ja ulkoasua. Vastausvaihtoehdot olivat 1= täysin eri mieltä, 2= jonkin verran eri mieltä, 3= jonkin verran samaa mieltä ja 4=täysin samaa mieltä. Lisäksi pyydettiin mahdollisia korjausehdotuksia potilasohjausmateriaaliin.

Potilasohjausmateriaalin arviointiin liittyvien vastausten jakautuminen on kuvattu tämän kappaleen alla olevassa taulukossa. Kaikki seitsemän vastaajaa pitivät ”täysin samaa mieltä”-väittämän arvoisesti ohjausmateriaalin ulkoasua selkeänä ja ohjausmateriaalia helppolukuisena sekä loogisena, tekstiä ymmärrettävänä ja ohjausmateriaalin sisältöä riittävänä. Ohjausmateriaalin sisällön katsottiin kaikkien vastaajien mielestä ”täysin samaa mieltä”-väittämän arvoisesti vastaavan tarkoitustaan potilaiden tupakoimattomuuteen tai tupakoinnin vähentämisen ohjauksessa. Avoimella kysymyksellä pyydettyjä korjausehdotuksia ei tullut. Korjausehdotus-kohdassa ohjausmateriaalia kommentoitiin kuitenkin mielenkiintoiseksi.

Taulukko 1. Mielensterveyspotilaan tupakasta vieroitus – potilasohjausmateriaalin arviointi (n=7)

Kysymys	1=täysin eri mieltä	2=jonkin verran eri mieltä	3=jonkin verran samaa mieltä	4=täysin samaa mieltä	Yhteensä %
1. Ohjausmateriaali on ulkoasultaan selkeä				7	100
2. Ohjausmateriaali on helppolukuinen				7	100
3. Ohjausmateriaali on looginen				7	100
4. Ohjausmateriaalin teksti on ymmärrettävää				7	100
5. Ohjausmateriaalin sisältö on riittävää				7	100
6. Ohjausmateriaalin sisältö vastaa tarkoitustaan potilaiden tupakoimattomuuteen tai tupakoinnin vähentämisen ohjauksessa				7	100

7 PROJEKTIN TUOTOS

Projektin tuotoksena on aina jokin konkreettinen tuote, kuten kirja, ohjeistus tai tietopaketti. Viestinnän ja visualisoinnin keinoin pyritään luomaan kokonaisilme, josta voidaan tunnistaa tavoitellut päämäärät. Toteutustapaa valitessa on otettava huomioon kohderyhmä ja valittava toteutusmuoto, jossa idea kannattaa toteuttaa. Tärkeää on pohtia millaisia mielikuvia tuotteella halutaan viestittää kohderyhmälle. Jos tuotoksena tehdään kansion kokoaminen, on alusta asti huomioitava tuotteen luettavuutta, lopullisen työn laajuutta, sen kokoa, typografiaa, tekstin kokoa ja paperin laatua, sekä tuotteen kustannuksia. Työelämälähtöisessä projektissa on otettava huomioon toimeksiantajayrityksen omat typografiset ohjeistukset, sillä yritys saattaa toivoa yrityksen logon tai värimaailman näkyviin lopulliseen tuotteeseen. Tuotoksen tulisi erottua edukseen muista vastaavanlaisista. Hyvän tuotoksen kriteereitä ovat uusi

muoto, käytettävyys kohderyhmässä, asiasisällön sopivuus kohderyhmälle, selkeys, informatiivisuus ja johdonmukaisuus. (Vilka ym. 2004, 51–53.)

”Mielenterveyspotilaan tupakasta vieroitus” potilasohjausmateriaali pohjautuu opinnäytetyön teoreettiseen viitekehukseen. Potilasohjausoppaan sisältö koostuu potilaan tupakoinnin lopettamiseen ohjaamiseen liittyvistä keskusteluaiheista. Tupakointiin liittyvän keskustelun toimintamalliksi on nostettu Kuuden K:n malli. Lopettamishalukkuuden arvioinnin avulla pyritään selvittämään, missä vaiheessa potilas on tupakoinnissa tai sen lopettamisessa. Motivoivan haastattelun peruseriaatteen esitely keskustelun välineeksi tupakoivan potilaan motivoimiseksi tupakoimattomuuteen. Tupakkariippuvuutta on käsitelty valtaväestön kannalta sekä erikseen mielenterveyspotilaan kannalta. Omana aihealueenaan ovat mielenterveyspotilaiden tupakoinnin erityiskysymykset. Tupakoinnin lopettamiseen liittyvistä apukeinoista esitellään nikotiinikorvaustuotteet ja vieroituslääkkeet. Viimeiselle sivulle on kerätty aiheeseen liittyviä hyödyllisiä www-sivujen osoitteita.

”Mielenterveyspotilaan tupakasta vieroitus” potilasohjausmateriaali pyrittiin saamaan esitystavaltaan selkeäksi ja helppolukoiseksi. Kansioon koostettavan materiaalin tuli olla ajantasaista ja oikeaa tietoa tupakointiin liittyen. Potilasohjausmateriaali koostettiin kovapintaiseen kansioon kahteenkymmeneen muovitaskuun. Potilasohjausmateriaalin kokoamisessa käytettiin tätä ratkaisua, jotta kansion sisältöä olisi helppo päivittää tarvittaessa. Teksti kirjoitettiin samk:n opinnäytetyön asettelumallin pohjalta, vain tekstin fontti muutettiin Bookman Old Styleksi. Kappaleet on kokonaisuuksien paremman hahmottamisen vuoksi jaoteltu niin, että uusi aihealue alkaa aina uudelta sivulta. Koska oli kyse vain yhden osaston käyttöön tulevasta tuotoksesta, ei tarvinnut huomioida yhteistyöorganisaation typografisia ohjeita. Kuvahaut tehtiin Googlen kuvahaulla, hakusanoina toimivat tupakointi, tupakka ja tupakoinninlopetus. Kuvahaulla saatiin paljon hyviä vaihtoehtoja, joista useat kuitenkin erilaisten lääkeyhtiöiden mainoskuvia, joita haluttiin välttää. Lopulta valittiin neljä kuvaa, jotka eivät olleet mainoskuvia ja sopivat potilasohjausmateriaalin teemoihin. Kuvat liitettiin potilasohjausmateriaalin tekstiin sopiviin kohtiin. Potilasohjauskansion loppuun liitettiin valmiita Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestejä, motivaatiokortteja ja lomake, jonka avulla voidaan miettiä tupakoinnin haittoja/hyötyjä sekä selviytymis-

keinoja. Kansion lopusta löytyy myös lääkeyhtiöiden tupakoinnin lopettamiseen liittyviä mainoslehtisiä. Potilasohjausopas tulostettiin tavalliselle tulostuspaperille.

8 POHDINTA

Projektin onnistumisen mittaaminen voi olla hankalaa ja harvoin kovin yksiselitteistä. Projektityön laatua tulee arvioida lopputuloksen ja tuotantoprosessin näkökulmasta. Jokaisella projektilla on sisällöllisiä, laadullisia, toteutuksellisia, taloudellisia ja ajallisia tavoitteita. Onnistuneessa projektissa saavutetaan asetetut tavoitteet. Projektin onnistumista arvioidaan suhteessa projektisuunnitelmaan. Lopputuloksen sisällön laadun mittaaminen on yleensä mielipidekysymys. (Ruuska 2006, 250–251, 254.) Projekti päättyy, kun kaikki projektisuunnitelmassa ennalta määritellyt tehtävät on tehty ja tuotos on hyväksytysti otettu käyttöön. Vastuu lopputuloksen ylläpitämisestä ja jatkokehittämisestä siirtyy tilaajaorganisaatioille. (Ruuska 2006, 239.)

”Mielenterveyspotilaan tupakasta vieroitus”-potilasohjausmateriaalin työstäminen oli haasteellinen ja mielenkiintoinen terveyden edistämiseen pyrkivä prosessi. Kaiken kaikkiaan mielenterveyspotilaiden terveyden edistäminen on tärkeää ja siihen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Tupakoinnin lopettamisen ajatellaan olevan yksinkertaista, vaikka samalla kielteiset käsitykset mielenterveyspotilaiden tupakoinnin lopettamisen onnistumisesta ovat yleisiä. Potilasohjausmateriaalin muotoileminen riittävän neutraaliksi tupakoinnin lopettamiseen liittyvien asioiden suhteen oli haasteellista, koska tosiasiat tuli saada riittävän selkeästi esille. Aiheen rajauksen löytäminen Savuton sairaala-toimintaohjelmasta helpotti potilasohjausmateriaaliin käytettävien aihealueiden rajaamista. Mielenterveyspotilaille suoraan suunnattua materiaalia ei löytynyt, joten aihetta tarkasteltiin tavallisen tupakoitsijan kannalta TYKS:n tupakastaveroitusohjelmasta saadun ohjeen mukaan.

Potilasohjausmateriaalin kokoaminen muovitaskulliseen kansioon oli mielestäni järkevä ratkaisu, koska tulevaisuudessa sitä pystytään helposti päivittämään ajantasaiseksi, jos on tarpeellista. Aluksi oli tarkoitus tehdä potilasohjausmateriaali ilman ku-

via, mutta oikeiden kuvien löydyttyä sisältö selvästi elävöityi. Löydetyt kuvat sopivat aiheeseen mielestäni hyvin.

Projektille asetettu aikataulu toteutui hyvin. Heti alusta alkaen työstin sekä opinnäytetyön teoriaosuutta että potilasohjausmateriaalia samanaikaisesti. Mielestäni tein siinä oikean ratkaisun, koska molemmat tukivat toinen toisiaan työn edetessä. Lopulta en joutunut karsimaan kummastakaan kuin pienen osan keräämästäni materiaalista.

Yhteistyö Uudenkaupungin sairaalan vanhuspsykiatrian osaston henkilökunnan kanssa sujui hyvin. Sain heiltä potilasohjausmateriaalin työstövaiheessa palautetta sitä pyytäessäni ja aikataulullisesti ”Mielenterveyspotilaan tupakasta vieroitus”-osastotunti saatiin hyvin sovitettua kaikkien aikatauluihin. Osastotunnille löytyi myös kuuntelijoita, joten nähtävästi asiaa pidetään vanhuspsykiatrian osastolla tärkeänä ja ajankohtaisena. Kaikki osastotunnille osallistuneet täyttivät potilasohjausmateriaalia käsittelevän arviointilomakkeen. Yhteistyö opinnäytettä ohjaavien opettajien kanssa sujui myös hyvin huolimatta siitä, että kesken prosessin opinnäytetyön ohjaajani vaihtuikin. Tällä ei ollut merkitystä opinnäytetyön edistymisen kannalta, koska ohjaajilla oli hyvin samankaltainen näkemys opinnäytetyöni sisällöstä.

Projektiluonteisen opinnäytetyön tekeminen oli uusi kokemus. Projektityöskentelyssä tulee ottaa huomioon monia asioita ja pysyä projektisuunnitelmassa asetetussa aikataulussa. Työtä aloittaessani minulla oli olemassa visio miltä tuleva ”Mielenterveyspotilaan tupakasta vieroitus”-kansio tulee näyttämään. Myös kansion helpon päivittämismahdollisuuden mahdollistava kokoamistapa oli selvillä jo alusta alkaen. Aikataulussa oli helppo pysyä, koska tehtävät työt oli jaettu niille päiville jolloin työtä oli mahdollisuus tehdä.

Mielestäni projektiluonteisen opinnäytetyöni tuotoksena syntynyt ”Mielenterveyspotilaan tupakasta vieroitus”-potilasohjausmateriaali täyttää sille projektin alussa asetetut tavoitteet ja tehtävät. Potilasohjausmateriaalin avulla on mahdollista yhtenäistää hoitohenkilökunnan käyttämiä tupakasta vieroituskäytäntöjä sekä lisätä heidän valmiuksiaan toteuttaa Savuton sairaala-toimintamallia. Tämän edellytyksenä kuitenkin

on, että potilasohjausmateriaali on jatkuvassa käytössä ja sitä myös hyödynnetään potilaiden ohjauksessa.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia opinnäytetyössäni toteutetun potilasohjausmateriaalin käyttöä käytännössä. Kokeeko vanhuspsykiatrian osaston hoitohenkilökunta materiaalista olevan todellista apua ja hyötyä keskusteltaessa tupakoinnista mielen-terveyspotilaiden kanssa? Onko mielen-terveyspotilaille annettavan tupakasta vieroit-uksen ja siihen liittyvien keskustelujen muoto ja toteutus jollakin lailla muuttunut? Onko potilasohjauksen laatu noussut? Miten mielen-terveyspotilaat itse ovat kokeneet saamansa tupakoinnin lopettamiseen liittyvän ohjauksen?

LÄHTEET

- Alakoski A., Seppälä N., Marttila A. & Leinonen E. 2006. Psykiatrit tupakanvalistajina. Suomen Lääkärilehti 34, 3343–3346.
- Dickens G., Stubbs J.H., Popham R. & Haw C.M. 2005. Smoking and mental health nurses: a survey of clinical staff in a psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 445–451.
- Heikkinen, H., Ollila, H. & Patja K. 2009 Tupakka tupakoivan mielessä ja mielestä. Teoksessa: P. Sandström, A. Leppänen & O. Simonen (toim.) *Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:15. Helsinki: Yliopistopaino, 40–50.
- Helakorpi, S. Laitalainen, E. & Uutela A. 2010. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2009. *Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 7/2010*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hietaharju P. & Nuuttila M. 2010. *Käytännön mielenterveystyö*. Helsinki: Tammi Oy.
- Johnstone M-J. 2001. Stigma, sosial justice and the rights of the mentally ill: Challenging the status quo. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 10, 203–210.
- Jokinen, M. & Räsänen K. 2000. Keskeiset mielenterveyshäiriöt. Teoksessa: M. Välimäki, A. Holopainen & M. Jokinen (toim.) *Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa*. Porvoo: WSOY, 41–67.
- Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet – vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1*. Yliopistopaino: Helsinki, 13–19.
- Koivu A. & Haatainen K. 2010. Mielenterveyden edistämisen näkökulmia. Teoksessa: A-M.Pietilä (toim.) *Terveyden edistäminen, teorioista toimintaan*. Helsinki: WSOYpro Oy, 76–98.
- Korhonen, T., Haukkala, A., Koivumaa-Honkanen, H. & Kinnunen T. 2008. Tupakointi ja masennus. *Aikakauskirja Duodecim* 8, 889–895.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert C. 2010. *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: WSOYpro.
- Kuntaliitto, sosiaali- ja terveystieteiden keskusliitto. 2005. Taustamuistio kunnille ja kuntayhtymille eduskunnan apulaisoikeusasiamiehen tupakointikieltoa koskevaan päätökseen 890/4/03 perusteella. Viitattu 28.10.2010.
<http://www.kunnat.net/attachement.asp?path=1;29;353;553;66831;73997;79929>.

- Kylmä J., Pietilä A-M. & Vehviläinen-Julkunen K. 2002. Terveyden edistämisen etiikan lähtökohtia. Teoksessa: A-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E-M. Salminen & K. Sirola (toim.) Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 62–76.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen E. & Renfors T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva Hoitotyö vol.6 (4), 10–14.
- Käypä hoito-suositus 2006. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteenyhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 1.12.2010.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi40020>
- Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen V.(toim.) 2004. Mielenterveystyö euroopassa. Sosiaali –ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Helsinki: Edita.
- Lavonen J. & Meisalo V. Opetuksen tavoitteet ja työtavat. Viitattu 19.11.2010.
<http://www.edu.helsinki.fi/malu/kirjasto/tyotavat/main.htm>.
- Lawn S., Pols R. & Barber J. 2002. Smoking and quitting: a qualitative study with community-living psychiatric clients. Social Science & Medicine 54, 93–104.
- Lawn S. & Condon J. 2006. Psychiatric nurses ethical stance on cigarette smoking by patients: Determinants and dilemmas in their role in supporting cessation. International Journal of Mental Health Nursing 15, 111-118.
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet: käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun Yliopistopaino.
- Lehtonen, J. & Lönnqvist J. 2003. Mielenterveys ja psykiatria. Teoksessa: J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Paunonen (toim.) Psykiatria 2.-3. painos. Helsinki: Duodecim, 13–19.
- Mielenterveyslaki 1990. 14.12.1990/1116. Viitattu 5.12.2010.
<http://www.finlex.fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Nieminen, R. 1999. Vapaaksi tupakasta. Helsinki: Pharmacia & Upjohn.
- Patja K. 2011. Tupakoinnin merkittävimmät terveyshaitat. Suomen Lääkärikirja. Duodecim. Viitattu: 13.2.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=tea00042&8p_haku=tupakka/
- Pietilä K. 2003. Nikotiini. Teoksessa: M. Salaspuro, K. Kiiänmaa & K. Seppä (toim.) Päihdelääketiede. 2.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 416–429.
- Pohjola, M. 2007. Varsinaisen terveesti. Terveyden edistämisen toimintasuunnitelma ja hyvät käytännöt Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä.

Punnonen H. 2004. Sairaanhoidopiirien Savuton sairaala-hankkeen nykytilanne, laajeneminen, taustoja ja tekijöitä. Sairaalaviesti 4/2004. Kuntaliitto, 16–18.

Päihdelinkki. Viitattu 2.3.2011. <http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Tupakka>

Reilly P., Murphy L. & Alderton D. 2006. Challenging the smoking culture within a mental health service supportively. *International Journal of Mental Health Nursing* 15. 272-278.

Riala K. 2006. Psykiatrisesti sairaiden tupakointi ja somaattinen sairastavuus. *Suomen Lääkärilehti* 2006:61, 1349–1353.

Rissanen, T. 2002. Projektilla tulokseen. Projektin suunnittelu, toteutus, motivointi ja seuranta. Jyväskylä: Pohjantähti.

Ruuska, K. 2005. Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Helsinki: Talentum.

Ruuska K. 2006. Terveysthuollon projektinhallinta. Mallit, työkalut, ihmiset. Helsinki: Talentum.

Salokangas, R.K.R., Stengård, E., Honkonen, T., Koivisto, A-M. & Saarinen S. 2000. Sairaalaan yhteiskuntaan. Seurantatutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. STAKES Raportteja 248. Helsinki: Stakes.

Salomäki, S-M. 2009. Esimerkkejä vieroitustyön toteutumisesta – tupakasta vieroitus kuuluu kaikille. Teoksessa: P. Sandström, A. Leppänen & O. Simonen (toim.) Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:15. Helsinki: Yliopistopaino, 33–39.

Savuton sairaala-toimintaohjelma Varsinais-Suomen sairaanhoidopiirissä. 2007. Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri. Terveysten edistämisen työryhmä. Turku: Finepress Oy.

Seppälä N. & Leinonen E. 2001. Miksi skitsofreenikko kessuttaa? *Suomen lääkäri-lehti* 10/2001, 1135–1137.

Strandberg T. & Tilvis R. 2001. Geriatriinen preventio. Teoksessa: R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen & R. Sulkava (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 328–342.

Suomen ASH www-sivut. Viitattu 4.2.2011. <http://suomenash.fi/tupakkapolitiikka/lainsaadanto/tupakointi+tyopaikoilla/savuton+sairaala/>

Suomen ASH. 2000. Tupakka ja talous. Taloudellisia näkökulmia tupakoinnin vähentämistyöhön. Kansainvälinen jälleenrakennus- ja kehityspankki / Maailmanpankki. Helsinki: Suomen ASH.

STM 2006. Terveysten edistämisen laatusuositus. Sosiaali -ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki: Yliopistopaino, 15–16.

Stakes www-sivut. Viitattu 1.12.2010.

<http://info.stakes.fi/mielenterveystyo/FI/kasitteet/Mielenterveys-ksite.htm>.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden laatijalle. Helsinki: Tammi.

Vartiainen E. 2005. Tupakointi. Teoksessa: A. Aromaa, J. Huttunen, S. Koskinen & J. Teperi (toim.) Suomalaisen terveys. Helsinki: Duodecim: Kansanterveyslaitos: Stakes, 99–104.

Vertio H. 2003. Terveysten edistäminen. Helsinki: Tammi Oy.

Vilkkä H. & Airaksinen T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi Oy.

VSSHHP www-sivut. Savuton sairaala-toimintaohjelma Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. 2007. Viitattu 30.9.2010. <http://intra.vsshp.fi/fi/tyoryhma/1/>

VSSHHP www-sivut. Vanhuspsykiatrian osaston osasto-esitys. Viitattu 15.11.2010. <http://www.vsshp.fi>.

Välimäki M. 2000. Psykiatrisen potilaan itsemäärääminen. Teoksessa: M. Välimäki, A. Holopainen & M. Jokinen (toim.) Psykiatrisen hoitotyön muutoksessa. Porvoo: WSOY, 86–103.



SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU
Tiedepuisto 3
28600 PORI

OP07
SOPIMUS
OPINNÄYTETYÖN
TEKEMISESTÄ

SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: Kaukomies Mari	Opiskelijanumero: 1001582	Aloitusryhmä: AHT10P
Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma		
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Päivi Kankaanranta, paivi.kankaanranta(at) samk.fi, 044-7106221, Maamiehenkatu 10, 28500 Pori		
Toimeksiantaja, yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: VSSHPP/psykiatrian tulosalue, Vanhuspsykiatrian osasto. YH Rauno Marjamäki, rauno.marjamaki(at) tyks.fi, 050-5014260, Välskärintie 2A, PL 12, 23501 Uusikaupunki		
Opinnäytetyön nimi: Mielenterveyspotilaan ohjaus tupakoinnin vähentämiseksi tai lopettamiseksi		
Työn etenemisaikataulu: Valmis toukokuussa 2011 Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektsuunnitelmassa.		
<p>Vakuutukset. Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsuhteeseen. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p> <p>Oikeudet opinnäytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p> <p>Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.</p> <p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laadustasosta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästyminen, ellei erikseen toisin sovita. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.</p> <p>Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö tai sen osia voidaan julkaista myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa.</p> <p>Tätä sopimusta on laadittu 3 kappaletta, yksi kullekin osapuolelle.</p> <p>Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteyksistä, mukaan lukien SAMKin yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteyshenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävästi esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.</p>		
Päiväys: 8.12.2010		
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimi ja nimen selvitys:	Koulutusjohtajan/Toimialajohtajan allekirjoitus ja nimen selvitys:	
 RAUNO MARIAMÄKI	 ANNELI KANKARI	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus: 		

Sisältövastaava: Anne Sankari

Tarkistettu viimeksi: 22.11.2010

MIELENTERVEYSPOTILAAN TUPAKASTAVIEROITUSKANSIO



Mari Kaukomies

2011

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	38
2	TUPAKKARIIPPUVUUS	38
2.1	Fyysinen riippuvuus	39
2.2	Psyykinen riippuvuus.....	40
2.3	Sosiaalinen riippuvuus	40
3	MIELENTERVEYSPOTILAIDEN TUPAKOINTI	42
4	KUUDEN K:N MALLI TOIMINNAN PERIAATTEENA	44
5	MOTIVOIVA HAASTATTELU	46
5.1	Motivoivan haastattelun peruseriaatteet.....	47
5.2	Motivaatiokortti.....	49
6	LOPETTAMISHALUKKUUDEN ARVIOINTI	52
7	FAGERSTRÖMIN NIKOTIINIRIIPPUVUUSKYSELY	54
8	TUPAKOIVAN POTILAAN MOTIVOINTI	56
8.1	Esteitä lopettaa tupakointi.....	57
8.2	Tupakoinnin lopettamiseen liittyviä hyötyjä.....	58
8.3	Tupakoinnin lopettaminen	59
8.4	Yleisiä tupakointia laukaisevia tilanteita.....	60
8.5	Miten selviytyä ruoka-ajoista ilman tupakkaa.....	60
9	LOPETTAMISEN APUKEINOT	61
9.1	Nikotiinikorvaustuotteiden hoitosuositus.....	62
9.2	Nikotiinipurukumi	63
9.3	Nikotiinilaastari.....	63
9.4	Nikotiini-inhalaattori	63
9.5	Nikotiini-imeskelytabletti ja kielenalustabletti	64
9.6	Nikotiininäsumute	64
9.7	Vieroituslääkkeet	65
10	HYÖDYLLISIÄ WWW-SIVUJA	66
	LÄHTEET	67
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Vuonna 2006 päivitetyn ”Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot” käypä hoito-suosituksen mukaan kaikkialla terveydenhuollossa on tunnettava tupakointitavat, kehotettava tupakasta luopumiseen ja suositeltava korvaushoitoa sekä tarvittaessa ohjattava jatkohoitoon. Erikoissairaanhoidon jälkeinen jatkohoito tulisi ohjata perusterveydenhuoltoon. Mielenterveyspotilaan tupakastavieroitus -kansion ohjausmateriaalin on tarkoitus toimia runkona hoitohenkilökunnan ja potilaan välisessä keskustelussa tupakoinnin lopettamisesta tai tupakoinnin vähentämisestä. Tästä kansioista löytyy keskustelun avuksi sopivia aihealueita, täytettäviä lomakkeita sekä tietoa nikotiinikorvaushoidosta.

2 TUPAKKARIIPPUUUS

Tupakkariippuvuus koostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta riippuvuudesta. Nikotiini on fyysistä riippuvuutta ylläpitävä aine tupakassa. Kun nikotiiniriippuvuus on syntynyt, se vahvistaa tupakkariippuvuuden muita tekijöitä. Tupakoinnin lopettamiseen liittyy vieroitusoireita ja niiden sietämistä. Fyysisten vieroitusoireiden kesto on noin kolme viikkoa. Mutta samaan aikaan on opeteltava muuttamaan vakiintuneitakin käyttäytymistapoja. Riippuvuudesta vieroittautuminen sisältää fyysisen vieroittautumisen lisäksi psyykkisen ja sosiaalisen vieroittautumisen. Tupakoinnin lopettaminen vaikuttaa lähes kaikkeen arkiseen toimintaan. Lopettaminen on usein oppi-

misprosessi, jossa opitaan pois vanhoista käyttäytymistavoista ja ratkaisumalleista. (Patja & Airaksinen & Leppänen 2010, 64–65.)

2.1 Fyysinen riippuvuus

Nikotiini aiheuttaa aivoissa muutoksia. Se aktivoi aivojen nikotiinireseptoreja, joista seuraa dopamiinin erityksen lisääntyminen ja nikotiinireseptorien herkkyyden lisääntyminen. Nikotiiniriippuvuus kehittyy nopeasti. Nikotiiniriippuvuuden voimakkuuteen vaikuttaa keskushermoston herkkyys nikotiinille ja nikotiinin aineenvaihdunta maksassa. Fyysiset vieroitusoireet alkavat yleensä 2-12 tunnin kuluttua tupakoinnin lopettamisen jälkeen. Vieroitusoireiden huippu on 1-3 vuorokauden kuluttua lopettamisesta ja ne kestävät 3-4 viikkoa. Oireiden kestossa on yksilöllisiä eroja, jotka eivät välttämättä selity poltettujen savukkeiden määrällä tai nikotiiniriippuvuuden asteella. Kahvin juonti saattaa pahentaa vieroitusoireita. (Käypä hoito-suositus 2006, 3,5.)

Vieroitusoireita:

- tupakanhimo
- huimaus
- vapina
- hikoilu
- näläntunne
- ummetus
- unihäiriöt
- päänsärky. (Hengityслиitto Heli ry.)

2.2 Psyykinen riippuvuus

Psyykinen tupakkariippuvuus on joukko henkilökohtaisia opittuja käyttäytymismalleja, joita tupakoitsija yhdistää tupakanpolttoon. Tupakan sisältämät kemikaalit vahvistavat tätä sidettä. Kun elimistön nikotiinipitoisuus laskee seuraa vieroitusoireita, joihin tupakoitsija reagoi polttamalla tupakkaa. (Patja 2010, 64.)

Vieroitusoireita:

- ärtyneisyys
- ahdistuneisuus
- pelokkuus
- jännittyneisyyden lisääntyminen
- masennus. (Hengitysliitto Heli ry.)

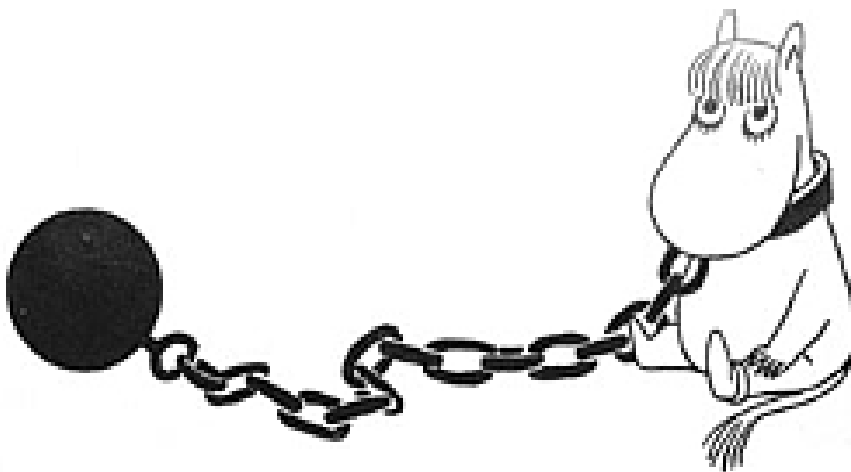
2.3 Sosiaalinen riippuvuus

Sosiaalisella tupakkariippuvuudella tarkoitetaan tupakointihalun liittymistä tilanteisiin, ympäristöön tai ihmisiin. Sosiaalinen tupakkariippuvuus on yhteydessä psyykkisen tupakkariippuvuuden. Tupakkatilat, tupakkapaikat ja tupakointikaverit merkitsevät myönteisiä asioita, kuten jakamista, taukoa tai omaa aikaa. (Patja ym. 2010, 64.)

Oireita:

- kaipaus
- syrjäytymisen tunne
- vaikeaa löytää yhtä antoisaa tekemistä tilalle. (Hengitysliitto Heli ry.)

Tupakasta vieroituksessa tulee varautua painonnousuun. Tupakointi ei vähennä painoa, mutta keskushermoston kautta nikotiini näyttää vaikuttavan painon säätelyyn. Paino nousee keskimäärin miehillä 2,8 kg ja naisilla 3,8 kg 6-12 kuukauden aikana tupakoinnin lopettamisesta. Lopettamisen yhteydessä kannattaa suositella painonhallintaa ravitsemuksen ja liikunnan avulla. Kuitenkin niin, että tupakoitsija keskittyy tupakoinnin lopettamiseen painonhallinnan sijaan. Joskus lihominen saattaa olla este tupakoinnin lopettamiseen. (Käypä hoito-suositus 2006, 5.)



3 MIELENTERVEYSPOTILAIEN TUPAKOINTI

Suurin osa tupakoijista lopettaa tupakoinnin yksinkertaisella tupakka pois - päätöksellä, mutta monet eivät onnistu tässä. Ilman apua tupakoinnin pystyy lopettamaan 3-5 %. Yksilöllisellä positiivisella tuella ja kannustuksella onnistumisprosentti saadaan nousemaan 5-10 %. (Pietilä 2003, 424.)

Useilla mielenterveyspotilailla on poikkeava tupakointikäyttäytyminen sekä fyysinen nikotiiniriippuvuus on voimakasta. Mielenterveyspotilaat kokevat usein tupakoinnin lievittävän ahdistusta sekä stressiä. Monet ajattelevat tupakoinnin parantavan keskittymiskykyä, parantavan tarkkaavaisuutta ja kognitiivisia toimintoja. (Nieminen 1999, 146.) Tupakoijilla on usein odotuksia tupakoinnin palkitsevista vaikutuksista negatiiviseen mielialaan ja tämä vahvistaa tupakointikäyttäytymistä. Tupakoinnista voi näin muodostua tunnetilojen säätelymekanismi. (Korhonen, Haukkala, Koivumaa-Honkanen & Kinnunen 2008, 890.)

Tupakointi liittyy vahvasti masennukseen, skitsofreniaan ja alkoholismiin. (Nieminen 1999, 146.) Psykiatrisia potilaita tulisi heti hoidon alusta alkaen kannustaa ja valistaa tupakoimattomuuteen. (Salokangas, Stengård, Honkonen, Koivisto & Saarinen 2000, 191.) Psykiatrisille potilaille on tarjottava sairaalahoidon yhteydessä vieroitusmahdollisuus. Avohoidossa heille tulisi suunnata omat tupakasta vieroitusryhmät. (Winell 2010,19.)

Tupakoinnin lopettaminen ja samanaikainen masennus voi vaikeuttaa tupakoinnin lopettamista. Masennuksen oireet saattavat myös olla merkittävä este tupakoinnin lopettamiselle. Masentuneilla tupakoinnin lopettajilla on usein heikompi usko lopettamisen onnistumiseen kuin muilla, koska masennuksen keskeinen kielteinen ajattelu itsestä ja usko omiin kykyihin on alentunut. (Korhonen ym. 2008, 891-893.)

Tupakoinnin lopettaminen vaikuttaa psykiatriseen lääkehoitoon vaikuttamalla joidenkin psyykelääkkeiden farmakokinetiikkaan. Varsinkin masennus- ja skitsofreniapotilaiden tupakoinnin lopettamisessa on tämä otettava huomioon. Esimerkiksi haloperidolin ja klotsapiinin pitoisuudet voivat nousta huomattavasti. (Nieminen 1999, 147.) Skitsofreniapotilaiden jotka käyttävät lääkkeitä klotsapiinia, risperidonia tai olantsapiinia saattaa olla helpompi lopettaa tupakointi kuin vanhempia neuroleptejä käyttävien. (Käypä hoito-suositus 2006, 9.)

4 KUUDEN K:N MALLI TOIMINNAN PERIAATTEENA

Käypä hoito – suosituksen mukaan keskustelussa tupakoinnin lopettamisesta tulisi käyttää Kuuden K:n mallia. Sen tarkoituksena on saada potilas ymmärtämään tupakoinnin haitallisuus. (Pietilä 2003, 424.) Kirjaaminen tupakointitilanteesta tehdään Mirandaan hoitokertomuksen hoitajaksokohtaisiin esitietoihin kohtaan tupakointi, josta löytyy Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti. Keskustelut tupakoinnista tehdään hoitopäivä merkintöihin systemaattisen kirjaamisen mukaan.

Kuuden K:n malli

7. Tupakoinnista tulee **kysyä** sairaalaan tullessa tai vastaanottotilanteessa.
8. Tupakointitilanne **kirjataan** potilasasiakirjoihin, josta sen on tarkistettavissa.
9. Tupakoivan potilaan kanssa tulee **keskustella** hänen tupakointitilanteestaan, mahdollisista koetuista haitoista ja lopettamishalukkuudesta. Selvitetään nikotiiniriippuvuuden aste Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestin avulla ja kerrotaan se myös potilaalle.
10. Tupakoivaa potilasta tulee **kehottaa** lopettamaan tupakointi. Tupakoijalle, joka ei ole harkinnut lopettamista, ei kannata asettaa lyhyen aikavälin tavoitteita lopettamisen suhteen. Kerrotaan myös nikotiinikorvaushoidon mahdollisuudesta. Lopettamisvaiheessa oleva tarvitsee motivaation lisäämistä ja tietoa tupakoinnin lopettamisen apukeinoista.
11. **Kannusta** tupakoitsijaa, joka on edennyt lopettamistavoitteessaan. Anna positiivista palautetta.
12. **Kontrolloi**. Sovi seurannasta, koska onnistumisen todennäköisyyttä lisää tieto siitä, että hoitohenkilökunta on kiinnostunut asiasta.

Jos potilas ei ole valmis lopettamaan tai vähentämään tupakointiaan, joka saattaa olla mahdollista, kunnioita myös tätä päätöstä. Pyri kuitenkin kertomaan potilaalle tupakoinnin haitoista ja lopettamisen tukikeinoista sekä kannusta harkitsemaan tupakoinnin lopettamista jossain vaiheessa. (Pietilä 2003, 424; Nevalainen 2008, 7.)

5 MOTIVOIVA HAASTATTELU

Motivoivaa haastattelua tarvitaan, kun sairauden hoidossa tai ehkäisyssä tarvitaan muutoksia potilaan elämäntapoihin. Ihmisellä on yleensä sisimmässään motivaatio tavalla tai toisella edistää omaa terveyttään. Ihmisen motivaatio on mahdollista herätellä kommunikaatiolla. Yksinkertaistaen ihmisessä asuu "kapinallinen" ja motivaatio. Jos ohjaajan kommunikaatio herättää "kapinallisen", motivaatio jää taka-alalle. Yleensä ihmiset eivät halua, että joku toinen kertoo miten tulisi elää. Suora kehotus "teidän tulee lopettaa tupakointi" saattaa herättää "kapinallisen" ja taivuttelupuhe vain pahentaa tilannetta entisestään. Syntyy muutosvastarintaa, jolloin potilas ei halua muuttaa mitään. Jos potilas kokee, että hän voi itse päättää asioista "kapinallinen" pysyy rauhallisena ja motivaatio pääsee kehittymään. Näin on mahdollisuus päätyä ratkaisuun, joka edistää potilaan terveyttä.

Motivoivassa haastattelussa on kaksi asiantuntijaa. Ohjaaja tuo keskusteluun asiantuntemuksensa, joita potilas tarvitsee omien ratkaisujensa tekemiseen. Potilas on oman elämänsä asiantuntija ja hän tietää miten erilaiset ratkaisut toimivat hänen elämässään. Potilaan elämäntapojen muutoksen ratkaisee, mitä hän itse niistä ajattelee, ei se mitä ohjaaja niistä ajattelee. Motivoivan haastattelun tarkoituksena on saada potilas ajattelemaan aktiivisesti asiaa joka on esillä.

Motivoivan haastattelun tärkein työkalu on avoimet kysymykset; mitä, miten, miksi kysymykset. Kuten "mitä mieltä olet tupakoinnistasasi?", potilaan kertoessa käsityksistään häntä voidaan kannustaa jatkamaan, "kertokaa tuosta tupakoinnistanne lisää". Suljetuilla kysymyksillä, johon voi vastata kyllä tai ei, ei saada potilasta ajattelemaan asiaa. Motivoivassa haastattelussa ohjaajan tehtävänä on tuoda esille vaihtoehtoja, hän ei kuitenkaan päättää potilaan puolesta ellei potilas sitä erityisesti pyydä. Potilas päättää itselleen sopi-

vimman vaihtoehdon tai jää harkitsemaan muutosta pidemmäksi aikaa. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

5.1 Motivoivan haastattelun peruseriaatteet

- Ilmaise empatiaa.
 - Yksinkertainen tapa ilmaista kiinnostusta on katsekontakti potilaaseen. Empatian tunnetta vahvistaa, jos ohjaaja aktiivisesti osoittaa kuuntelevansa. Heijastava kuunteleminen on keskistä.

- Pyri aikaansaamaan ristiriitaa.
 - Ristiriita nykyisen käyttäytymisen ja potilaalle tärkeiden tavoitteiden välillä motivoi muutokseen. Tietoisuus seurauksista on tärkeää. Potilas itse kertoo perustelut muutoksen tarpeellisuudesta.

 - Erityisesti esipohdintavaiheessa on hyvä kartoittaa, mitä hyötyä haitallisesta toimintatavasta on potilaalle, kaikissa asioissa on hyvät ja huonot puolet.
 - ”Mitä haittaa tupakoinnin lopettamisesta ajattelet olevan sinulle?”
 - ”Mitä hyvää tupakoinnissa on sinulle?”

 - Nykytilanteen haittojen kartuttaminen.
 - ”Mikä sinua nykytilanteessasi huolestuttaa?”
 - ”Mitä haittaa tupakoinnista on ollut?”
 - ”Mitä ajattelit, että tapahtuu jos jatkat samaan tapaan?”

 - Muutoksen mahdolliset hyödyt?
 - ”Minkä asian haluaisit olevan toisin?”

”Mitä hyvää tupakoinnin lopettamisesta seuraisi?”

”Millaista elämäsi on viiden vuoden kuluttua?”

- Mitä nyt ja tulevaisuudessa?

”Kuinka tyytyväinen ole asteikolla 0-10?”

”Mitä pitäisi tapahtua/minkä haluaisit muuttuvan, että olisit vielä tyytyväisempi?”

”Mitä sinulle kuuluu viiden vuoden kuluttua, jos jatkat samaan tapaan?”

- Vältä väittelyä.
 - Potilaalla saattaa olla poikkeavia käsityksiä asiasta. Ohjaajan todistelu tai argumentointi pahentaa tilannetta. Väittely ei ole tuottavaa vuorovaikutusta. Asiaan voi palata uudelleen myöhemmin. Tarkoitus on saada potilas puhumaan tilanteestaan spontaanisti.
- Myötäile vastarintaa.
 - Ohjaaja ei provosoidu, vaikka potilas ei toimisikaan toivotulla tavalla. Ohjaaja ei kritisoi tai moiti potilasta, vaan myötäilee. Ohjaajan tulee voida muuttaa näkökulmaa.
- Tue pysyvyyttä.
 - Tuetaan potilaan itseluottamusta ja omia kykyjä. Ensimmäiseksi tuodaan aina esiin hyviä puolia. Usko muutokseen on hyvä motivaattori. Mahdollisuudet valintaan lisäävät toivoa. Potilas itse on kuitenkin vastuussa valitseeko muutoksen vai ei ja toteuttaako muutoksen vai ei. (Niemelä 2010.)

5.2 Motivaatiokortti

Minä ja tupakka

- Mitä hyötyä tupakoinnista saat?
- Mikä hetki on tupakoinnissa parasta?
- Missä tupakoin?
- Mikä tupakoinnissa on parasta?
- Miksi tupakoit?
- Mitä haittaa tupakoinnissa on?
- Ketä tupakointini haittaa?

Mitä ajattelet lopettamisesta?

- Mitä odotan saavani lopetettuani?
- Mitä inhoan tupakonnissa?
- Pelottaako lopettaminen, miksi?
- Oletko yrittänyt lopettaa jo aiemmin, miltä se tuntui?
- Miten aloitit uudelleen tupakoinnin?
- Näetkö itsesi tupakoivana vai tupakoimattomana kahden vuoden kulluttua?
- Mitä tunteita aiemmin lopettaneet tupakoijat sinussa herättävät?
- Onko lopettamiselle todellinen este vai itse kehitetty este?
- Kuka estää lopettamasta ja kuka tukee sitä?
- Miten kauan lopettamiseen menee?
- Kumpia on helpompi miettiä, lopettamisen syitä vai jatkamisen syitä?
- Kumpia on helpompi miettiä, tupakoinnin jatkamisen keinoja vai lopettamisen keinoja?

Miksi lopettaisin?

- Huolestuttaako tupakointi sinua ja minkä takia?
- Onko joku huolestunut tupakoinnistasi?
- Kuka estää sinua lopettamasta?
- Kuinka usein ajattelet lopettamista?
- Oletko tehnyt tupakkalakon joskus elämässäsi?

Huomioi tupakan haitat

- Miten suu ja hampaat voivat?
- Puuscutatko ja yskitkö?
- Onko ihosi harmahtava?
- Paleleeko jalkateriäsi helposti?
- Maistuuko marja ja tuoksuuko kesä?
- Onko suvussasi syöpäsairauksia, sydänsairauksia, oletko ylipainoinen? Arvioi oma riskisi, älä tuijota keskiarvoja.

Miten valmis olet muuttumaan

- Lopetin tupakoinnin 6 kk sitten
- Olen valmistautunut lopettamiseen viimeisen 6 kk:n aikana
- Aikomukseni on lopettaa ensi kuussa
- Aion tehdä tupakoinnilleni jotain seuraavan 6 kk:n aikana

Toimi:

1. Jos huolestuit: hanki tietoa kirjoista, lehdistä tai verkosta
2. Aloita tupakkapäiväkirja: kirjaa koska tupakoit, kenen kanssa, miksi ja miltä tuntui. Kirjaa myös tupakointitapa: syvään vedetyt henkoset, pikaiset poskarit, filteriin saakka.

3. Mieti, kuka voisi kannustaa sinua vaikeina hetkinä ja kuka ei tue vaan tarjoaa savukkeen
4. Päätä päivämäärä, kirjaa viimeinen tupakka ja miltä sen polttaminen tuntui.
(Patja & Iivonen & Astela 2006.)

6 LOPETTAMISHALUKKUUDEN ARVIOINTI

Ei halukkuutta tupakoinnin lopettamiseen;

- potilas ei koe tupakointiaan ongelmallisena.
- potilas pitää mahdollisesti tupakoinnin hyötyjä niin suurena, ettei näe tupakoinnin hänelle aiheuttamia haittoja.

Pyri kuitenkin kertomaan potilaalle tupakoinnin lopettamisesta aiheutuvista hyödyistä. Mielenterveyspotilaalle tulee kertoa myös, että ahdistuksen ja masennuksen mahdollisesta helpottumisesta. Kehota miettimään tupakoinnin lopettamista, anna kirjallista materiaalia luettavaksi. Kerro, että potilaalla on mahdollisuus muuttaa kantaansa tupakoinnin lopettamisen suhteen ja saada siihen silloin tukea.

Tupakoinnin lopettamisen harkintavaihe;

- potilas on harkinnut tupakoinnin lopettamista.

Keskustele potilaan kanssa tupakoinnin lopettamiseen liittyvistä mahdollisista esteistä. Kerro potilaalle tupakoinnin lopettamiseen liittyvistä hyödyistä. Kannusta tupakoinnin lopettamiseen ja vahvista muutoshalukkuutta. Korosta, että tupakoinnin lopettamiseen tarvitaan potilaan oma päätös. Kerro mahdollisuudesta nikotiinikorvaushoitoon ja sen eri muodoista. Korosta, että tupakoinnin lopettamiseen saa tukea myöhemminkin, jos vielä ei ole siihen valmis. Anna kirjallista materiaalia.

Valmis lopettamaan tupakoinnin;

- potilas on valmis lopettamaan tupakoinnin ja on jo sitä suunnitellut.

Kannusta potilasta pysymään päätöksessään ja korosta ratkaisun tärkeyttä potilaan hoidon ja hyvinvoinnin kannalta. Kysy mitä mahdollisia vaikeuksia

potilas odottaa lopettamisen yhteydessä ilmenevän. Kysy onko potilas aikaisemmin yrittänyt lopettaa tupakointiaan. Kartoita miksi aikaisempi lopettamisyritys on epäonnistunut. Suosittele nikotiinikorvaushoitoa, jos potilaan nikotiiniriippuvuus on voimakas. Käy läpi nikotiiniriippuvuuteen liittyviä asioita. Käy läpi tupakoinnin lopettamiseen liittyviä asioita. Kerro lopettamispäätöksessä pysymisen vaikeudesta ja retkahtamisen mahdollisuudesta. Kannusta ja tarjoa keskusteluapua. Anna kirjallista materiaalia. (Nevalainen 2008, 11-14.)



7 FAGERSTRÖMIN NIKOTIINIRIIPPUVUUSKYSELY

Nikotiiniriippuvuuden voimakkuutta kannattaa arvioida Fagerströmin nikotiiniriippuvuuskyselellä. Nikotiiniriippuvuuden voimakkuutta kuvaa kyselyssä, kuinka pian heräämisen jälkeen sytyttää ensimmäisen savukkeen ja kuinka monta savuketta polttaa päivän aikana. Korvaushoito määritellään riippuvuuden perusteella. (Pietilä 2003, 425.)

Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestin tulkinta:

0-2 pistettä Vähäinen nikotiiniriippuvuus

2-6 pistettä Kohtalainen nikotiiniriippuvuus

7-10 pistettä Voimakas nikotiiniriippuvuus (Pietilä 2003, 426.)

Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti: Kuinka riippuvainen olet nikotiinista?

1. Kuinka pian heräämisen jälkeen tupakoit ensimmäisen kerran?
 - a) Viiden minuutin kuluessa 3p.
 - b) 6-30 minuutin kuluessa 2p.
 - c) 31-60 minuutin kuluessa 1p.
 - d) 60 minuutin jälkeen 0p.
 2. Onko sinusta vaikea olla tupakoimatta tiloissa, joissa se on kiellettyä?
 - a) Kyllä 1p.
 - b) Ei 0p.
 3. Mistä tupakointikerrasta sinun olisi vaikeinta luopua?
 - a) Aamun ensimmäisestä 1p.
 - b) Jostain muusta 0p.
 4. Kuinka monta savuketta poltat vuorokaudessa?
 - a) 1-10 savuketta 0p.
 - b) 11-20 savuketta 1p.
 - c) 21-30 savuketta 2p.
 - d) 31 savuketta tai enemmän 3p.
 5. Poltatko aamun ensimmäisinä tunteina enemmän kuin loppupäivän aikana?
 - a) Kyllä 1p.
 - b) En 0p.
 6. Tupakoitko, jos olet niin sairas, että joudut olemaan vuoteessa suurimman osan päivää?
 - a) Kyllä 1p.
 - b) En 0p.
- (Pietilä 2003, 425.)

8 TUPAKOIVAN POTILAAN MOTIVOINTI

Useimmat tupakoijat tietävät tupakointiin liittyvät pitkäaikaiset terveyshaitat. Monien tupakoitsijoiden halu lopettaa ei ole riittävän vahva, jotta se johtaisi tupakoinnin lopettamiseen. Motivaatio ei riitä, jos lopettamisen ajatellaan olevan luopumista ilman, että tupakoinnin lopettamisen hyödyt olisivat tavoittelemisen arvoisia. Lopettaminen on kuukausia kestävä prosessi ja ihmisen on tiedostettava sen olevan hänen itsensä vastuulla olevaksi prosessiksi. Jotta lopettaminen olisi vahvalla pohjalla, tupakoitsijan tulee myöntää tupakkariippuvuutensa. Tupakoinnin lopettaja tarvitsee kannustusta ja tukea sosiaaliselta verkostoltaan ja terveydenhuollon ammattilaisilta. (Pietilä 2003, 423–424.)

Tupakoinnin lopettaminen voi kestää viikoista vuosiin. Monet tupakoitsijat pystyvät lopettamaan tupakoinnin muutamaksi päiväksi tai viikoksi, mutta aloittavat tupakoinnin uudelleen. Tupakointiin voi kehittyä ajan kuluessa huumeisiin verrattava riippuvuus, josta eroon pääseminen voi viedä pitkän ajan. (Pietilä 2003, 423.)



8.1 Esteitä lopettaa tupakointi

Vieroitusoireet

- Useimmat lopettajista kärsivät vieroitusoireista.
- Vieroitusoireet voivat pelottaa, mahdolliset aikaisemmat kokemukset vieroitusoireista.

Tupakointi helpottaa stressiä

- Nikotiinilla on lyhytaikainen rentouttava ja virkistävä vaikutus.
- Tupakointi helpottaa oloa epävarmoissa, vaikeissa, pelottavissa ja ahdistavissa tilanteissa.
- Vieroitusoireet voivat lisätä stressiä.

Epäonnistumisen pelko

- Epäonnistuminen on yleistä, koska tupakka aiheuttaa riippuvuuden.

Läheisten painostus

- Tupakointi saattaa kuulua ystäväpiirin tapoihin.
- Tupakointi ja alkoholi.

Painon nousu

- Painon nousu on yleistä 3-4kg, noin 10 %:lla yli 10 kg.
- Painonnousu on hallittavissa ruokavaliolla.
- Nikotiinikorvaustuotteet saattavat vähentää painonnousua. (Nevalainen 2008, 21.)

8.2 Tupakoinnin lopettamiseen liittyviä hyötyjä

20 minuuttia lopettamisesta

- verenpaine ja sydämen syke normalisoituvat

Kahdeksan tuntia lopettamisesta

- veren happipitoisuus palautuu normaaliksi ja nikotiinin määrä ja hääkåpitoisuus laskevat puoleen

Vuorokausi lopettamisesta

- hääkå häviää elimistöstå
- keuhkot alkavat puhdistua limasta ja muista tupakoinnin aiheuttamista jätteilå

Kaksi vuorokautta lopettamisesta

- nikotiini on poistunut elimistöstå
- haju- ja makuaisti ovat parantuneet huomattavasti

Kolme vuorokautta lopettamisesta

- hengittäminen tulee helpommaksi
- keuhkoputkien supistutilla lakkaa ja energisyys lisääntyy

Kahdesta kahteentoista viikkoon lopettamisesta

- elimistön verenkierto paranee, liikkuminen helpottuu

Kolmesta yhdeksään kuukautta lopettamisesta

- yskå, vinkuva hengitys ja hengitysvaikeudet vähenevät
- keuhkojen toiminta lisääntyy 10 %

Viisi vuotta lopettamisesta

- sydånkohtauksen vaara vähenee puoleen tupakointiaikaan verrattuna

Kymmenen vuotta lopettamisesta

- keuhkosyövån riski vähenee puoleen tupakoitsijaan verrattuna
- sydånkohtauksen riski samalla tasolla kuin ei olisi ollenkaan tupakoinnut

Joka päivä

- rahaa säästyy tarpeellisempaa käyttöå varten

Vaikutus psyykkiseen kuntoon neljän vuorokauden jälkeen

- tupakoimaton tarvitsee vähemmän psyykelääkettä, rahaa säästyy ja sivuvaikutuksia on vähemmän. (Nevalainen 2008, 18; Hengityслиitto Heli ry. & Hengitys ja Terveys ry. 2005, 44.)

8.3 Tupakoinnin lopettaminen

1. Tee oma päätös.
2. Selvitä miksi tupakoit.
3. Kerro muille lopettamisestasi.
4. Vältä tilanteita, joissa joudut kiusaukseen. Mieti tilanteita etukäteen.
5. Hävitä tupakointivälineet, älä vain piilota.
6. Käytä apuvälineitä, kun se on mahdollista (liikunta, nikotiinikorvausvalmisteet).
7. Jos mahdollista, liity ryhmään.
8. Varaa aikaa, sillä vieroitusoireet voivat kestää 3-9 kuukautta.
9. Vähennä kahvia ja vältä alkoholin käyttöä ensimmäiset 2-3 viikkoa.
10. Jos repsahdat, yritä uudelleen! (Nevalainen 2008, 25.)



8.4 Yleisiä tupakointia laukaisevia tilanteita

- Kun kyllästyttää tai masentaa
- Kun näkee muiden tupakoivan
- Kun haluaa levätä tai rentoutua
- Kun haluaa pitää tupakkatauon
- Kun katsoo tv:tä
- Kun ajaa autoa
- Kun odottaa ruokaa tai on lopettanut aterian
- Kun mieliala on ärtynyt, huolestunut ja hermostunut
- Kun mieli tekee naposteltavaa
- Kun ei pysty keskittymään
- Kun joku tarjoaa savukkeen
- Kun juo kahvia tai teetä
- Kun joutuu tilanteisiin, joissa tarjoillaan alkoholia
- Kun tekee työtä kovan stressin alaisena. (Hengityслиitto Heli ry. & Hengitys ja Terveys ry. 2005, 17–23.)

8.5 Miten selviytyä ruoka-ajoista ilman tupakkaa

- Pidä ruokavalio aisoissa. Älä syö liikaa, vältä rasvaisia ja suolaisia ruokia.
- Syö terveellisesti, paljon hedelmiä ja vihanneksia.
- Syö useita, pieniä aterioita ja välipaloja.
- Etsi jotain nopeaa tekemistä aina ruuan päälle, jolloin olet tottunut polttamaan savukkeen.
- Vältä viiniä, alkoholia ja kahvia.
- Tavallinen ksylitolipurukumi aina ruuan päälle on hyvä valinta. (Lehmusto 2010, 140.)

9 LOPETTAMISEN APUKEINOT

Nikotiinikorvaushoito on tehokas tupakasta vieroituksen apukeino. Nikotiinikorvaushoidon perusajatus on jatkaa nikotiinin saantia, kunnes tupakoitsija on ehdollistunut eroon psyykkisestä ja sosiaalisesta riippuvuudesta. Korvaushoito kestää yleensä vähintään kolme kuukautta. Nikotiinikorvaushoitojakson jälkeen irrottaudutaan asteittain nikotiinikorvauksesta ja fyysisestä riippuvuudesta nikotiiniin. Nikotiinikorvaushoidosta on sitä enemmän hyötyä mitä voimakkaampi nikotiiniriippuvuus tupakoitsijalla on. (Pietilä 2003, 425.) Nikotiinikorvaushoito on tarkoitettu fyysisesti nikotiinista riippuvaisille tupakoitsijoille. Nikotiinikorvaushoitoa kannattaa harkita, jos polttaa yli kymmenen savuketta päivässä tai aamun ensimmäinen tupakka poltetaan alle puoli tuntia heräämisestä. (Patja ym. 2010, 74.)

Kaikista nikotiinikorvausvalmisteista vapautuu nikotiinia hitaammin kuin tupakkaa poltettaessa. Nikotiinikorvaushoidon tavoitteena on saavuttaa ja ylläpitää sellainen veren nikotiinipitoisuus, joka pitää vieroitusoireet poissa, mutta on matalampi kuin tupakoitsijan nikotiinitaso. Nikotiinikorvausvalmisteet ovat suurimmalle osalle tupakoinnin lopettaville turvallisia. Nikotiinikorvausvalmisteiden käytön keskeyttämisen ja uudelleen tupakoinnin aloittaminen johtuu tavallisimmin korvausvalmisteista saatujen nikotiinimäärien pienuudesta, jolloin käyttäjän tarvitsema nikotiinimäärä jää riittämättömäksi. Ongelmana voi olla myös liian lyhyt käyttöaika, korvausvalmisteiden käytön pituudeksi suositellaan 3-6 kuukautta. (Pietilä 2003, 427.)

Nikotiinia sisältäviä laastareita, purukumia, inhalaattoreita ja imeskelytabletteja saa apteekista ilman reseptiä. Nikotiininenäsuihke ja vieroituslääkkeet ovat reseptivalmisteita. (Hengityслиitto Heli ry. 2008.)

9.1 Nikotiinikorvaustuotteiden hoitosuositus

Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestin tulosten mukaan on määritelty hoitosuosituksia nikotiinikorvaushoito tuotteille. Suositeltu hoitoaika on kolme kuukautta.

Alle 2 pistettä

- purukumi (2 mg)
- suussa liukeneva tabletti (2 mg)
- imeskelytabletti (1 mg)
- inhalaattori

2-6 pistettä

- purukumi (2 tai 4 mg)
- suussa liukeneva tabletti (2x2 mg)
- imeskelytabletti (8-12 x1 mg, enintään 25x1 mg)
- laastari
- inhalaattori

7-10 pistettä

- purukumi (4 mg)
- suussa liukeneva tabletti (2x2 mg)
- laastari
- yhdistelmähoito (laastari ja purukumi) (Pietilä 2003, 426.)

9.2 Nikotiinipurukumi

Nikotiinipurukumia pureskellaan aina kun tekee mieli tupakkaa. Purukumia pureskellaan hitaasti, vain muutama puraisu kerrallaan puolen tunnin ajan. Jos nikotiinipurukumia pureskelee jatkuvasti, nikotiini vapautuu liian nopeasti, eikä se ehdi imeytymään suun limakalvoilta vaan iso osa siitä niellään. Nikotiinin nielemisen seurauksena suun limakalvo, nielu ja mahalaukku ärsyyntyvät. Kahvin ja colajuomien käyttöä nikotiinipurukumin kanssa samanaikaisesti kannattaa välttää, koska suun happamuus huonontaa nikotiinin imeytymistä. (Pietiä 2003, 426.) Nikotiinipurukumia on kahta vahvuutta 2 mg ja 4 mg, joista on saatavilla erilaisia makuja. Nikotiinipurukumin käyttösuositus on 4-12 kappaletta päivässä. (Hengityслиitto Heli ry.)

9.3 Nikotiinilaastari

Nikotiinilaastareista toiset on tarkoitettu käytettäväksi koko vuorokauden ajan ja toiset vain 16 tunnin ajan. Jos nikotiini häiritsee yöunta, kannattaa käyttää 16 tunnin laastaria tai irrottaa koko vuorokauden laastari hyvissä ajoin ennen nukkumaan menoa. Koko vuorokauden laastarista vapautuu nikotiinia vielä aamullakin, jos se on kiinnitetty edellisenä aamuna. Nikotiinilaastari kiinnitetään iholle kerran päivässä, laastarin paikkaa tulee vaihtaa joka päivä. Tavallisena sivuvaikutuksena on ihon punoitus laastarin kohdalta. (Pietiä 2003, 426.) Päivälaastarin ovat vahvuudeltaan 15 mg, 10 mg ja 5 mg. Koko vuorokauden laastarit ovat vahvuudeltaan 21 mg, 14 mg ja 7 mg. (Hengityслиitto Heli ry.)

9.4 Nikotiini-inhalaattori

Nikotiini-inhalaattori on imuke, johon laitetaan nikotiinia sisältävä kapseli. Kapselista vapautuu nikotiinia, joka imetään imukkeen kautta. Nikotiini imeytyy suun limakalvon kautta. Inhalaattorin käyttö muistuttaa eniten tu-

pakanpolttua. Inhalaattorin käytöllä on vain vähän sivuvaikutuksia. Nikotiini-inhalaattorin käyttö soveltuu parhaiten lievään nikotiiniriippuvuuteen. (Pietiä 2003, 426.) Nikotiini-inhalaattorissa yhdessä kapselissa on 10 mg nikotiinia. Kun holkkia imetään, nikotiini höyrystyy ja imeytyy suun limakalvoilta. Yhden kapselin kesto yhtäjaksoisesti imettynä kestää noin 20 minuuttia. Avattu kapseli säilyttää tehonsa 12 tuntia. Kapseleita käytetään 4-12 päivässä, yleisesti kuitenkin kolme kapselia päivässä. (Hengityслиitto Heli ry.)

9.5 Nikotiini-imeskelytabletti ja kielenalustabletti

Nikotiini-imeskelytabletteja on kahta erilaista. Kielenalustabletti eli resoribletti sisältää nikotiinia 2 mg ja se laitetaan kielen alle liukenemaan. Kielen päällä pidettävä imeskelytabletti sisältää nikotiinia 1 mg. Imeskelytabletit ovat vaikutukseltaan miedoimman nikotiinipurukumin kaltaisia. Imeskelytabletteja käytetään säännöllisemmin päivittäin ja myös pidempiä hoitajaksoja kuin purukumia tai inhalaattoria. Imeskelytabletit soveltuvat hyvin niille tupakoitsijoille, jotka eivät pidä purukumin jauhamisesta tai laastarin käyttö tuntuu liian passiiviselta tavalta irrottautua tupakasta. (Pietiä 2003, 426.) Kielenalustabletti liukenee kokonaan noin puolessa tunnissa, vaikutus alkaa kuitenkin jo muutamassa minuutissa. Kielenalustabletteja käytetään yleisesti yhdestä kahteen tablettia 8-12 kertaa vuorokaudessa. . (Hengityслиitto Heli ry.)

9.6 Nikotiininenäsumute

Nikotiininenäsumute on tarkoitettu erityisen voimakkaasti nikotiiniriippuvaisille. Nenäsumutetta käytetään usein tukihoidona, jos perushoito muilla valmisteilla ei onnistu. Sitä ei suositella ensisijaiseksi hoitomuodoksi. Yhdistelmäkäytössä tulee olla varovainen, koska useiden nikotiinikorvaustuotteiden samanaikainen käyttö voi aiheuttaa vaarallisen suuren nikotiinipitoisuuden elimistössä. (Pietiä 2003, 426.)

9.7 Vieroituslääkkeet

Tupakasta vieroituksessa auttavia lääkkeitä on saatavana reseptivalmisteina. Bupropioni (Zyban®) on tehokas vieroituslääke, jonka vaikutus perustuu aivojen dopamiinin ja noradrenaliinin aineenvaihduntaan ja sitä kautta vähentävän tupakanhimoa ja vieroitusoireita. Se on alun perin masennuslääke. Tupakoinnin lopettamisen yhteydessä lääkkeen annostelu on puolet pienempi kuin masennuksen hoidossa. Varenkiliini (Champix®) on nimenomaan kehitetty tupakoinnin lopettamiseen, se estää nikotiinin vaikutuksia aivoissa. Varenkiliini vähentää tupakanhimoa ja vähentää vieroitusoireita. Varenkiliini on myös tehokas vieroituslääke. Muita tupakoinnin vieroituksessa käytettäviä lääkkeitä ovat nortriptyliini ja klonidiini. Nortriptyliinin virallinen käyttöaihe ei ole tupakasta vieroitus, ja sitä voidaan käyttää jos vieroitus muilla valmisteilla ei ole onnistunut. Klonidiinin käyttö vaatii tarkkaa sen haittavaikutusten takia. (Käypä hoito-suositus 2006,9; Hengitysliitto Heli 2008, 6.) Reseptilääkkeiden käyttö aloitetaan 1-2 viikkoa ennen tupakoinnin lopettamista. Bupropionin kanssa voi käyttää nikotiinikorvaushoitotuotteita. Varenkiliinin kanssa ei voi käyttää samaan aikaan nikotiinikorvaushoitotuotteita. (Patja ym. 2010, 64.)

10 HYÖDYLLISIÄ WWW-SIVUJA

www.stuppi.fi/

- Lopettajan portaali

www.tupakka.org/

www.paihdelinkki.fi/

www.kaypahoito.fi/

- Käypähoitosuositukset

www.filha.fi/

- Filha ry.

www.hengitysliitto.fi/

- Hengitysliitto Heli ry.

www.terveysry.fi/

-Terveys ry.

www.thl.fi/

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

www.suomenash.fi/

www.help-eu.com/

www.nicorette.fi/

www.nicotinell.fi/

www.nicopass.fi/

LÄHTEET

Korhonen T., Haukkala A., Koivumaa-Honkanen H. & Kinnunen T. 2008. Tupakointi ja masennus. Aikakauskirja Duodecim 2008;124, 889–895.

Käypä hoito-suositus. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. Päivitetty 1.12.2006. Suomen lääkäriseura Duodecim ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asetama työryhmä. Viitattu 1.12.2010.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi40020>

Lehmusto H. 2010. Stop smoking. Ratsasta himosi aalloilla. Porvoo: WSBookwell Oy.

Mustajoki P. & Kunnamo I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Viitattu 15.1.2011.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=sch00147

Nevalainen V. 2008. Tupakka Mini-interventio. Imatran kaupunki. Sosiaali – ja terveyskeskus, mielenterveyspalveluiden vastuualue. Viitattu 20.1.2011.

<http://194.251.35.222/kiinteasivu.asp?KiinteasivuID=145808NakymaID=355>

Niemelä S. 2010. Motivoiva haastattelu. Luento ”Miten motivoin tupakoitsijaa lopettamaan” -koulutustilaisuus tupakastavieroitushoitajille. Turku 25.11.2010.

Nieminen R. 1999. Vapaaksi tupakasta. Helsinki: Pharmacia & Upjohn, 146–147.

Patja K., Airaksinen M. & Leppänen A. 2010. Vieroituksen apuvälineet – lopettajan näkökulmasta. Teoksessa: P.Sandström, A. Leppänen & O. Simonen (toim.) Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. Sosiaali – ja terveysministeriö. Helsinki: Ylipoistopaino, 63–79.

Patja K., Iivonen K. & Astela E. 2006. Motivaatiokortti. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 2.2.2011.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=tupakka&p_artikkeli=pet00059

Pietilä K. 2003. Nikotiini. Teoksessa: M. Salaspuro, K. Kianmaa & K. Seppä (toim.) Päihdelääketiede. 2.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 416–429.

Salokangas R.K.R., Stengård E., Honkonen T., Koivisto A-M. & Saarinen S. 2000. Sairaalasta yhteiskuntaan. Seurantatutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaiden elämään ja hoitotilanteeseen. Stakes raportteja 248. Saarijärvi: Gummerus.

Hengitysliitto Heli ry. & Hengitys ja Terveys ry. 2005. Tänään on oikea päivä! Pieni opas sinulle, joka olet lopettamassa tupakointiasi. Erikoispaino Oy. Viitattu 5.1.2011: http://heli.fi/content/Julkaisut_materiaalit/Oppaat_aineistot/Tupakkaoppaat_ja_materiaalit/Tanaan_on_oikea_paiva.pdf

Hengityслиitto Heli ry. Miten valmistautua tupakoinnin lopettamiseen. Viitattu 5.1.2011.

http://heli.fi/content/Julkaisut_materiaalit/Oppaat_aineistot/Tupakkaoppaat_ja_materiaalit/Ohjaajan_opas_diasarja.pdf

Hengityслиitto Heli ry. 2008. Tupakka ja terveys -opas. Helsinki:Pieni Huone. Viitattu 15.1.2011.

http://heli.fi/content/Julkaisut_materiaalit/Oppaat_aineistot/Tupakkaoppaat_ja_materiaalit/Tupakka_ja_terveys.pdf

Winell K. 2010. Vieroituksen organisointi. Teoksessa: P. Sandström, A. Leppänen & O. Simonen (toim.) Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. Sosiaali – ja terveysministeriö. Helsinki: Ylipoistopaino, 13–20.

ARVIOINTILOMAKE

Tutustuttuasi ”Mielenterveyspotilaan tupakasta vieroituskansio” – ohjausmateriaaliin, vastaa alla oleviin kysymyksiin ympäröimällä mielestäsi sopivin vaihtoehto. Lomake palautetaan osastotunnin jälkeen.

Vastausvaihtoehdot:

1= täysin eri mieltä 3= jonkin verran samaa mieltä
2= jonkin verran eri mieltä 4= täysin samaa mieltä

1. Ohjausmateriaali on ulkoasultaan selkeä	1	2	3	4
2. Ohjausmateriaali on helppolukuinen	1	2	3	4
3. Ohjausmateriaali on looginen	1	2	3	4
4. Ohjausmateriaalin teksti on ymmärrettävää	1	2	3	4
5. Ohjausmateriaalin sisältö on riittävää	1	2	3	4
6. Ohjausmateriaalin sisältö vastaa tarkoitusta potilaiden tupakoimattomuuteen tai tupakoinnin vähentämisen ohjauksessa	1	2	3	4

Korjausehdotukset:

Kiitos yhteistyöstä!

Mari Kaukomies

