
MINI-INTERVENTIO PÄIHDETYÖSSÄ SAIRAAHOITAJIEN KOKEMANA



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

HAMK Forssa, 24.11.2011

Marjut Mulari ja Paula Eloranta

FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Tekijä	Marjut Mulari & Paula Eloranta	Vuosi 2011
Työn nimi	Mini-interventio päihdetyössä sairaanhoitajien kokemana	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa mini-interventiosta eli lyhytneuvonnasta päihdetyössä sairaanhoitajien kokemana. Tarkoituksena oli saada tietoa siitä, kuinka sairaanhoitajat kokevat mini-intervention yhtenä hoitomuotona, kuinka he käyttävät sitä työssään sekä kuinka tehokkaana hoitomuotona he pitävät mini-interventiota. Aineisto kerättiin Etelä-Suomen psykiatriselta osastolta. Tiedonantajina toimivat päihdepuolella työskentelevät sairaanhoitajat.

Sairaanhoitajien kokemuksia mini-interventiosta on saatu haastattelemalla heitä käyttäen apuna lomakehaastattelua. Haastattelut nauhoitettiin ja sisällönanalyysimenetelmää käytettiin hyödyksi aineiston analysoinnissa. Tuloksia kirjattaessa sairaanhoitajien vastauksista sisällytettiin mukaan suoria lainauksia.

Tulosten mukaan yksi oleellisimmista mini-intervention tarkoituksista on saada potilas heräämään ja huomaamaan oma alkoholin käyttönsä ja sen vaikutus elämäänsä. Sairaanhoitajien mukaan mini-interventio on tärkeä ennen kaikkea siksi, että sen avulla on mahdollista tunnistaa jo varhaisvaiheessa alkoholiongelmia. Onnistuneessa mini-interventiossa potilas saa arvokasta informaatiota ja havahtuu alkoholista johtuviin mahdollisiin haittoihin. Vastauksien perusteella selvisi myös, että sairaanhoitajat toivoisivat saavansa enemmän koulutusta mini-intervention käytöstä. Lisäksi selvisi, että lyhytneuvonnan käyttöön motivoitettaisiin enemmän, jos lyhytneuvonnasta saisi enemmän perehdytystä ja koulutusta. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää sekä päihdetyön että mini-intervention kehittämisessä.

Avainsanat Mini-interventio, päihdetyö, riskikäyttö

Sivut 28s. + liitteet 7 s.

Forssa
Nursing degree programme
Registered nurse

Author	Marjut Mulari & Paula Eloranta	Year 2011
Subject of Bachelor's thesis	Brief intervention in alcohol and substance abuse counseling services experienced by nurses	

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to get information about brief intervention in the alcohol and substance abuse counseling services experienced by the nurses. The purpose was to get information about how the nurses feel about brief intervention as a treatment method, how they use it in their work and how effective treatment method they think brief intervention really is.

The legwork took place at one of South Finland's psychiatric units. The interviewees were nurses, who worked at the alcohol and substance abuse counseling services.

Nurses' experiences of brief intervention were gathered by interviewing the nurses and using a blank form interview to make the interview a little easier. All the interviews were recorded and the materials were analyzed with the help of content analysis. In the process of writing all down straight quotes from the answers of the nurses were included in to the text.

The results suggested that one of the most relevant purposes of brief intervention is to get the patient to wake up and to see his/her own alcohol consumption and its effect on life. According to the nurses, brief intervention is an important method most of all because it helps to find out an alcohol problem at an early state. At the successful brief intervention the patient gets valuable information and sees the possible problems that the alcohol has already been making. The answers of this thesis show that nurses hope to get more education about using brief intervention. It also shows that nurses could get more motivated to use brief intervention if they could have more introduction and education about it. The results of this thesis could be used by developing both alcohol and substance abuse counseling services and brief intervention.

Keywords Brief intervention, alcohol and substance abuse counseling services, risk consumption

Pages 28 p. + appendices 7 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	PÄIHDETYÖ	2
2.1	Alkoholin käytön selvittäminen sekä sen seulonta	2
2.2	Varhaisen puuttumisen tärkeys	3
2.3	Mini-interventio	4
2.3.1	Mini-intervention teho	5
2.3.2	AUDIT-testi	6
2.4	Ehkäisevän päihdetyön tasot	6
3	ALKOHOLIN ONGELMAKÄYTTÖ	7
3.1	Riskikäyttö	7
3.2	Riskikäytön rajat	8
3.3	Haitallinen käyttö	9
3.4	Alkoholiriippuvuus	9
4	SAIRAAHOITAJA PÄIHDETYÖSSÄ	10
5	ALKOHOLINKÄYTTÖ SUOMESSA	11
6	ALKOHOLIN AIHEUTTAMA SAIRASTUMISRISKI	12
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	14
7.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat	14
7.2	Tutkimusmenetelmät	14
7.3	Tutkimustavan valinta	15
7.4	Tutkimuksen toteutus	15
7.5	Aineiston käsittely	16
7.6	Tutkimukseen osallistujat ja aineiston hankinta	17
7.7	Aineiston analyysi	17
	TUTKIMUSTULOKSET	19
7.8	Sairaanhoitajien kokemukset mini-interventiosta yhtenä hoitomuotona	19
7.9	Mini-intervention käytön toteutuminen työpaikalla	20
7.10	Mini-intervention käytön tehostaminen työpaikalla	21
8	JOHTOPÄÄTÖKSET	22
9	EETTISYYS	23
9.1	Tutkimusaiheen valinta	23
9.2	Anonymiteetti	23
9.3	Tutkimuskohteena olevien henkilöiden kohtelu	24

9.4	Perehtyneisyys.....	24
9.5	Suostumus	25
10	LUOTETTAVUUS	25
10.1	Analysointi	25
10.2	Tutkijatriangulaatio	26
10.3	Lähdekritiikki	26
10.4	Lähdeluettelo.....	27
10.5	Epärehellisyyden välttäminen	27
11	POHDINTA.....	28
	LÄHTEET	29

Liite 1	Kategoriointi
Liite 2	Haastattelurunko
Liite 3	Saatekirje
Liite 4	AUDIT-testi

1 JOHDANTO

Mini-interventio on terveydenhuollon käyttöön kehitetty menetelmä, jota käytetään alkoholinkäytön puheeksiottomenetelmänä varhaisvaiheessa oleville alkoholin suurkuluttajille. Mini-intervention peruselementteinä ovat potilaan alkoholin kulutuksen tunnistaminen ja alkoholinhaitta- sekä itsehallintatiedon antaminen motivoivalla tavalla. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 117.) Kaner ym. (2007) tutkimuksessa todetaan, että mini-interventio on hyödyllinen väline ehkäisevässä päihdetyössä. Kyseisen tutkimuksen mukaan se selvästi ehkäisee alkoholin kulutusta ja siitä aiheutuvia haittoja.

Nimensä mukaisesti mini-interventio on lyhyt. Tutkimukset osoittavat, että jopa viisi minuuttia kestävä neuvonta vähentää potilaan suurkulutusta. Yleensä mini-intervention kesto on 10–15 minuuttia. Neuvonnassa käsitellään ja käydään läpi tehtyjä havaintoja. Olennaista on keskustella potilaan käyttömäärästä ja sen mahdollisesta yhteydestä potilaan oireisiin, hoitoon sekä sairauteen. (Seppä, Alho & Kiianmaa 2010, 36.) Aihe on ajankohtainen, sillä alkoholinkäyttö on Suomessa lisääntymässä (Stakes 1997–2008).

Opinnäytetyön aihe, mini-interventio päihdetyössä sairaanhoitajien kokemana, on työelämälähtöinen. Eräs Etelä-Suomen sairaala esitti toiveen tutkimuksen tekemisestä aiheesta. Kiinnostus aiheeseen syntyi, sillä se tukee molempien tekijöiden sivuaineopintoja ja tutkimus aiheena oli mielenkiintoinen ja ajankohtainen. Kiinnostusta aiheeseen toi lisäksi se, että mini-intervention tehoa selvittäviä tutkimuksia on terveydenhuollossa tehty noin 50 kappaletta ja näiden perusteella se on oikein kohdennettuna yhtä tehokasta kuin pitkäkestoisempi ja samalla myös kalliimpi hoito. (Salaspuro, Kiianmaa & Seppä 2003, 64.)

Opinnäytetyön tekijät tulevat varmasti tulevassa ammatissaan sairaanhoitajina kohtaamaan alkoholin väärinkäyttäjii. Tutkimus antaa valmiuksia toimia tilanteissa, jotka kohdistuvat päihteidenkäytön arviointiin sekä päihteidenkäyttäjän neuvomiseen. Lisäksi tutkimuksesta saa enemmän valmiuksia mini-intervention käytöstä ja sen hyödyllisyydestä yhtenä hoitokeinona päihdetyössä.

Työn tarkoituksena oli selvittää, miten sairaanhoitajat kokevat mini-intervention päihdetyössä sekä kuinka tehokas mini-interventio on yhtenä hoitokeinona. Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja kohteena ovat ihmisten mielipiteet ja kokemukset. Keskeisinä käsitteinä opinnäytetyössä ovat mini-interventio, ehkäisevä päihdetyö sekä riskikäyttö. Opinnäytetyössä avataan myös alkoholin käyttöä Suomessa sekä sitä, kuinka sairaanhoitajat kokevat mini-intervention päihdetyössä.

2 PÄIHDETYÖ

Päihdetyö on päihteidenkäyttöä sekä sen haittoja ehkäisevää ja korjaavaa kuin myös terveyttä edistävää hoitotyötä. Ehkäisevässä päihdetyössä mini-interventio on monipuolinen ja hyödyllinen työväline, kun tavoitteena on päihteiden käytön puheeksiottaminen sekä päihteiden käytön ja muutosprosentin arvioiminen. Mini-intervention hallitseminen on ehkäisevän päihdetyön riskiehkäisyssä olennaista. Päihdehoitotyön ydinosasta on korjaava päihdetyö. Tämä näkyy niin perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa kuin myös päihdehuollon palveluissakin. Päihdetyöllä tarkoitetaan niin korjaavan päihdetyön kuin myös ehkäisevän päihdetyön kokonaisuutta. (Havio, Inkinen, & Partanen 2008, 11.)

Ehkäisevän päihdetyön toiminnan tavoitteena on edistää terveyttä, hyvinvointia sekä turvallisuutta. Sen tulee edistää päihteetöntä elämäntapaa sekä samalla ehkäistä ja vähentää päihdehaittoja. Ehkäisevän päihdetyön keinoilla pyritään vähentämään päihteiden saatavuutta, tarjontaa, kysyntää sekä päihteiden aiheuttamia haittoja. Näin ollen pyritään myös vaikuttamaan päihteiden käyttöön ja käyttötapoihin. (Stakes 2006, 6.) Tavoitteena on siis vähentää päihteiden ongelmakäyttöä ja siihen liittyviä sekä terveydellisiä että sosiaalisia haittoja. Itse päihteiden käyttäjän että myös hänen läheistensä toimintakyvyn edistäminen on myös osaltaan yksi tavoitteista. (Stakes 2002, 26.)

2.1 Alkoholin käytön selvittäminen sekä sen seulonta

Alkoholiongelmaisen ihmisen sisäinen puolustusmekanismi usein torjuu alkoholin aiheuttamat haitat ja muiden mahdolliset huomiot liikakäytöstä. Päihdeongelma on tärkeä ottaa puheeksi, sillä muuten päihdeongelmainen ei näe ongelmaa. Puheeksioton tarkoituksena on ilmaista potilaalle tilanne sellaisena kuin muut sen näkevät sekä saada päihdeongelmainen ottamaan vastuu omasta hoidostaan. Kartoitus on tärkeää heti kun mahdolliset riskit ovat havaittavissa. Vaikka potilas todennäköisesti ensimmäisellä kerralla kieltää ongelman olemassaolon, on huoli kuitenkin tärkeä ilmaista. Alkoholiongelmasta toipuvat ihmiset ovat kertoneet, että torjunnoista huolimatta he muistavat kaikki heille esitetyt puheeksi otot. (Kujasalo & Nykänen 2005, 114–116.)

Potilaiden alkoholinkäytön selvittäminen vaatii taitoa ja harjoittelua. Oleellista on kysyä alkoholin käytöstä. Kartoittajan on huomioitava, että monet väitvät, joita ei välttämättä osaa liittää alkoholin käyttöön, saattavat johtua alkoholin riskikäytöstä. Tällaisia vaivoja ovat esimerkiksi vatsavaivat, unihäiriöt, kohonnut verenpaine tai masennus. (Inkinen 2003, 523.)

Alkoholia on mahdollista käyttää monella eri tavalla. Suurimmalle osalle alkoholinkäyttö ei tuota ongelmia. Jotkut saattavat juoda kohtuudella päivittäin kun taas toiset juovat suuria määriä. Joillekin alkoholi aiheuttaa fyysisiä ja toisille psyykkisiä haittoja, toisille taas kehittyy alkoholiriippuvuus. Alkoholin liiallinen juominen aiheuttaa erilaisia haittoja sekä käyttäjälle mutta myös

hänen läheisilleen. Alkoholinkäyttö on yleinen syy tapaturmiin, ihmissuhdeongelmiin, sairaalahoitoon joutumiseen, pitkäaikaiseen työkyvyttömyyteen sekä ennenaikaiseen kuolemaan. AUDIT-testi kehitettiin liiallisen alkoholin käytön arviointivälineeksi. Sen avulla on tarkoitus tunnistaa ihmisiä, joille olisi hyötyä alkoholin käytön vähentämisestä tai lopettamisesta. Valitettavasti edelleen suuri osa riskijuomisesta jää tunnistamatta. Alkoholista käyttävillä on useasti ongelmia ja oireita, joita ei osata yhdistää juomiseen. AUDIT:n avulla on mahdollista arvioida ja tunnistaa, onko potilas riskikäyttäjä, haitallisesti juova vai onko hänellä mahdollisesti alkoholiriippuvuus. (Heinänen 2007, 7.)

Monet tekijät ovat yhteydessä alkoholiongelmiin kehittymiseen. Tärkein tekijä on tietämättömyys juomisen rajoista sekä riskeistä. Sosiokulttuuriset liiallista juomista suosivat tavat ja asenteet ovat myös merkittäviä tekijöitä alkoholiongelmiin kehittymisessä. AUDIT-arvioinnissa onkin tärkeää, että henkilöt, jotka eivät ole riippuvaisia alkoholista, saattaisivat vähentää juomistaan saamansa tuen avulla. Riippuvuuden ollessa jo kehittynyt, alkoholin käytön lopettaminen on hankalampaa ja usein vaatii jotakin erityistason hoitoa. Vaikka kaikille riskikäyttäjille ja alkoholista haitallisesti käyttävälle ei synnykään riippuvuutta, ei alkoholiriippuvuus synny ilman suurkulutusta. Tämän takia arviointitarve on ilmeinen. Peruspalveluissa on hyödyllistä kartoittaa alkoholin käyttöä. Arviointi mahdollistaa informaationannon kunnioittavalla tavalla asiakkaalle alkoholin riskirajoista. Merkityksellistä on se, että potilas itse havahtuu tilanteeseensa. Alkoholin käytön puheeksiotto käynnistää potilaassa aina prosessin joka saa potilaan miettimään tilannettaan ja parhaimmillaan muuttamaan alkoholinkäyttöään. (Heinänen 2007, 7.)

2.2 Varhaisen puuttumisen tärkeys

Holmbergin (2010, 26–27) mukaan päihteitä runsaasti käyttävät ihmiset ovat usein työikäisiä ja nuoria. Tämän takia on erittäin tärkeää pystyä ehkäisemään alkoholista ja muista päihteistä aiheutuvien haittojen syntymistä, tunnistaa ongelmakäyttöä ja pyrkiä puuttumaan siihen. Esimerkiksi jo vähentämisellä tai lopettamisella on suuri merkitys terveyteen ja akuutit riskit häviävät usein lähes kokonaan alkoholin käytön loputtua. Päihteiden käyttöön puuttumisella on positiivisia vaikutuksia koko ihmisen elämään. Ihminen alkaa ensin mietiskellä omaa tilannettaan ja tilaansa, toimintaansa, valintojaan ja omaa vastuutaan tarjotun avun vastaanottamisesta. Tämän jälkeen potilaalla on mahdollisuus nähdä käyttämiensä muutosten vaikutukset läheisiinsä ja ympäristöönsä.

Puuttumiskertoja saatetaan tarvita kerran tai toistuvasti. Jokainen puuttumiskerta jää joksikin aikaan potilaan mieleen elämään. Päihteidenkäytön taso on merkityksellistä tunnistaa, sillä tukeminen ja hoito ovat erilaista eri käyttötasoilla. Samalla on mahdollista seuloa joukosta ne ihmiset, jotka käyttävät alkoholia ongelmallisesti ja joilla on päihderiippuvuus. Yleensä muidenkin sairauksia, oireiden tai ongelmien kohdalla toimitaan vastaavalla tavalla. Tämän ihmisryhmän varhainen tunnistus ja mahdollisimman nopea havahtumi-

nen, on päihdetyössä aina tehokkaan ohjaamisen tai hoidon edellytys. Päihteiden käytön huolellinen arviointi ja ongelmalliseen käyttöön puuttuminen ovat siis välttämättömiä toimia hoitotyössä. (Holmberg 2010, 26–27.)

2.3 Mini-interventio

Mini-interventio eli ns. lyhytneuvonta on terveydenhuollossa tapahtuvaa alkoholin riskikuluttajan lyhyttä neuvontaa. Tämän avulla sekä hoitaja, että lääkäri pystyvät neuvomaan potilasta silloin, kun alkoholin käyttö on runsasta mutta siitä ei vielä ole ehtinyt aiheutua mainittavia haittoja. Riskikäyttäjät ja alkoholia haitallisesti käyttävät potilaat ovat mini-interventio kohderyhmä. Myös alkoholiriippuvaisille voidaan antaa mini-interventiota jos he eivät ole vielä halukkaita muuhun hoitoon sekä tilanteissa, joissa liikkakäytön muoto ei ole vielä tiedossa. Useimmiten riippuvuustilanteissa neuvonta ei kuitenkaan yksinään riitä. (Seppä ym. 2005, 37.)

Keskustelun tueksi on kehitetty erilaisia apuvälineitä, kuten AUDIT-testi (kts. kpl 2.3.2). Mini-interventio tulisi olla pituudeltaan noin 5–10 minuuttia, sillä sen tulisi pitää sisällään keskustelun ja AUDIT-kyselyn lisäksi tietoa jatkotoimenpiteistä ja ohjeita alkoholihaitoista. Neuvonnassa tehdyt havainnot käydään läpi ja keskeisintä on keskustella alkoholin käyttömääristä sekä niiden mahdollisesta yhteydestä potilaan oireisiin, sairauteen ja hoitoon. Potilaan juomisen vähentämisen vaikutus terveyteen ei aina ole yksiselitteinen. Usein on hyvä tehdä kokeilu, jossa juomista vähennetään tai se lopetetaan kokonaan. Kokeilun jälkeen tehdään havainnot oireista ja niiden mahdollisista muutoksista. Myös AUDIT-pisteet ja mahdollisesti otetut alkoholin käyttöön liittyvät laboratoriotestien tulokset käydään läpi. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 60–61.)

Yleisesti alkoholin aiheuttamia haittoja on tyypillistä käydä läpi vaikka ne eivät koskisikaan potilasta. Tavoitteiden asettamiseen liittyy keskustelu keinoista esimerkiksi pohtimalla, tulisiko juomakertoja tai kerralla juotua määrää vähentää vai kenties molempia. Keskeinen mini-interventiossa käytetty menetelmä on myös kirjallisen materiaalin anto potilaalle. (Aalto ym. 2009, 20.)

Aalto ym. (2009) mukaan mini-interventio vaikuttavuudesta on vahvaa tutkimusnäyttöä ja se on päihdehoidoista yksi tutkituimmista. Terveydenhuollossa on tehty 50 mini-interventio tehokkuutta selvittävää tutkimusta. Tutkimuksissa on verrattu neuvontaa saaneita ja ilman neuvontaa jääneitä potilaita. Erot ryhmien motivaatiossa tai muussa ei selitä tuloksia, sillä tutkittavat on arvottu ryhmiin. Keskimäärin 10 prosenttia riskikäyttäjistä tai alkoholia haitallisesti käyttävistä siirtyy mini-interventio vaikutuksesta kohtuukäyttöön tai lopettaa kokonaan. Hoitovaikutus kestää 1–2 vuotta. Pitkäaikaisten hoitosuhteiden vaikutusta ei sen sijaan neuvonnan tehoon vielä tunneta. Mahdollista on, että mini-interventio toisto, lisää myöhemmin niiden osuutta, jotka hyötyvät neuvonnasta.

Kustannuksiltaan mini-interventio on edullista. Joitakin vuosia sitten Suomessa tehdyissä tutkimuksissa selvisi, että yhtä mini-intervention saanutta kohden kustannukset olivat 84–241 euroa. Se kuinka kattavasti potilaita seulotaan alkoholin käytön suhteen, määrää kustannukset. Mini-interventio on lisäksi kustannusvaikuttavaa. Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan, kun mini-intervention toteutukseen sijoitetaan 1 000 dollaria kouluttamalla henkilökuntaa ja lisäämällä työpanosta, saadaan 5600 dollarin edestä säästöjä. Säästöt muodostuivat sairaalapäivien, ensiapukäyntien, järjestyshäiriöiden sekä liikenneonnettomuuksien vähentymisistä. (Aalto ym. 2009, 21.)

2.3.1 Mini-intervention teho

Mini-interventio on päihdehoidoista yksi tutkituimmista. Mini-intervention ansioista alkoholia haitallisesti käyttävistä ja riskikäyttäjistä ainakin kymmenen prosenttia siirtyy kohtuukäyttöön tai lopettaa juomisen jopa kokonaan. (Seppä ym. 2010, 37.) Alkoholin suurkuluttajilla, jotka ovat saaneet mini-interventiota alkoholin käyttöönsä liittyen, todennäköisyys olla kohtuukäyttäjiä 6-12 kuukauden kuluttua mini-intervention saamisesta on kaksinkertainen verrattuna niihin suurkuluttajiin, jotka ovat jääneet ilman interventiota. (Sosi- ja terveysministeriön oppaita 2002, 50.)

Aallon (2009) artikkelissa kerrotaan, että terveydenhuollossa on tehty jo yli 40 mini-intervention tehoa selvittävää kontrolloitua tutkimusta. Ympäri maailmaa yli 10 000 alkoholin suurkuluttajaa on osallistunut näihin. Useissa katsoyksissa ja meta-analyyseissä on todettu mini-intervention vaikuttavuus. Suomessa kymmenettuhannet suurkuluttajat kohtuullistaisivat juomisensa, jos mini-intervention käyttö toteutuisi laajasti terveydenhuollossa. Se, mikä tekee mini-interventiosta tehokkaan hoitomuodon, ei ole tiedossa. Neuvonnan sisältö vaihtelee eri tutkimuksissa mutta niissä on myös nähtävissä yhteisiä piirteitä. On puhuttava ainoastaan periaatteista, joita voidaan käyttää soveltaen. Vuorovaikutuksen onnistuminen ja neuvonnan ajoitus ovat lyhytneuvonnassa keskeistä. Oleellista on, että potilas saadaan kokemaan vuorovaikutus hyväksi. Mikäli alkoholista keskustelu näyttää hämmentävän potilasta, aiheesta puhumista voidaan lykätä myöhemmäksi. Näin osoitetaan empaattisuus, jonka jälkeen potilas on valmiimpi puhumaan hankalustakin asioista. Ainakin puolet suurkuluttajista haluaa puhua alkoholin käytöstä.

Kiiskisen, Vehkon, Matikaisen, Natusen ja Aronmaan (2008) raportin tuloksista selviää, että perusterveydenhuollossa lyhytneuvonta runsaan/haitallisen alkoholinkäytön ehkäisyksi aikuispotilaille, tarjoaa vaikuttavan toimintatavan. Tuloksista selviää, että Perusterveydessä suoritettu lyhytneuvonta potilaan alkoholin käytön vähentämiseksi on vaikuttavaa ja vaikutus on nähtävissä vielä kahdeksan ja 12 kuukauden seurannassa. Tulokset siis kertovat, että mini-intervention avulla voidaan selkeästi vähentää alkoholin kulutusta.

2.3.2 AUDIT-testi

Alkoholin riskikulutuksen seulomisessa ja alkoholin haittojen varhaisessa tunnistamisessa käytetyin väline on AUDIT. AUDIT on Maailman terveysjärjestön kehittämä strukturoitu testilomake. Testistä käytetään nimeä "10 kysymystä alkoholista" ja se on sosiaali- ja terveysministeriön suomentama. Kysymyksillä on tarkoituksenaan kartoittaa alkoholin käytön tiheyttä, määriä ja alkoholin aiheuttamia haittoja. (Holmberg 2010, 27.)

AUDIT-testi sisältää 10 henkilökohtaista kysymystä alkoholin käytöstä. AUDIT-testin avulla kartoitetaan potilaan alkoholin kulutusta, riippuvuutta ja alkoholihaittoja. AUDIT on Suomessa oleellinen osa mini-interventiota. AUDIT-testin avulla työntekijä ja asiakas voivat saada yksilöllistä tietoa potilaan alkoholin käytöstä. Lomakkeen täytettyä osapuolilla on mahdollisuus pohtia yhdessä mahdollisen ongelman laajuutta ja jatkosuunnitelmia. (Heinänen 2007, 5.)

AUDIT on mahdollista toteuttaa joko suullisesti haastatteluna tai asiakkaan itse täyttämänä kysely-lomakkeena. Molemmissa menetelmissä on omat hyötynsä ja haittansa, joita tulee harkita ajan ja kustannusten näkökulmasta. Työntekijällä on mahdollisuus antaa haastattelutilanteessa neuvontaa ja yksilöllistä palautetta sekä tarvittaessa ohjata asiakasta päihdehuollon erityispalveluihin. Tästä huolimatta potilaan täyttyessä itse lomakkeen, saattaa se olla tehokkaampi, koska tällöin potilaalla on mahdollisuus tehdä arviointi. Valittaessa kumman tahansa menetelmän, tulee toiminnan olla suunniteltua ja johdonmukaista. (Heinänen 2007, 22.)

2.4 Ehkäisevän päihdetyön tasot

Ehkäisevä päihdetyö on laaja käsite ja se sisältää monentasoisia päihteiden käyttöön ja sen haittoihin vaikuttavia päätöksiä sekä toimenpiteitä. Kohderyhmän ja toiminnan tason mukaan on puhuttu primaari-, sekundaari- ja tertiäaripreventiosta. Näitä prevention eri tasoja pidetään toisiaan tukevinä, kokonaisuuksina. Tästä huolimatta kohderyhmien tarpeet ja käytetyt toimintatavat synnyttävät jokaisessa niissä niille ominaiset painotukset. (Stakes 2006, 9.)

Primaaripreventiolla tarkoitetaan yleisryhmiin ja koko väestöön kohdistuvaa toimintaa. Valistuksen ja päihdekasvatuksen avulla pyritään lisäämään päihteiden käyttöön ja haittoihin liittyvää tietoutta. Näin pyritään myös edistämään yksilön elämänlaatua. Ihmisen yleiseen hyvinvointiin ja elämänlaadun lisäämiseen pyritään myös vaikuttamaan sosiaali- ja terveyspolitiikan avulla. (Stakes 2006, 9.)

Sekundaaripreventiolla pyritään vaikuttamaan riskiryhmiin ja jo päihteitä kokeilleihin. Tavoitteena on tiedottaminen riskeistä, päihteidenkäytön varhainen toteaminen, käyttöön puuttuminen sekä potilaan asianmukainen hoitoonohjaus. (Stakes 2006, 9.)

Tertiaaripreventiolla tarkoitetaan taas päihteiden käytöstä johtuvien haittojen hoitamista sekä vähentämistä. Tertiaaripreventio kohdistuu päihteiden ongelmakäyttäjiiin ja se merkitsee käytännössä riippuvuuden hoitamista, joka edellyttää fyysistä, psyykkistä, henkistä ja sosiaalista kuntoutusta. (Stakes 2006, 9.)

3 ALKOHOLIN ONGELMAKÄYTTÖ

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tulisi aktiivisesti pyrkiä motivoimaan potilasta kiinnittämään huomiota alkoholin käyttöönsä ja peilata sitä omaan terveyteensä (Seppä ym. 2010, 7). Mikäli juomiseen liittyy jokin haitta tai mahdollisuus saada alkoholin aiheuttama haitta, puhutaan tällöin alkoholin ongelmakäytöstä. Ongelmakäytöstä on kysymys myös silloin, vaikkei alkoholin käyttöön liittyisi riippuvuutta mutta sen nauttiminen on liiallista. (Seppä ym. 2010, 8.)

Alkoholin ongelmakäyttö on jaettu kolmeen luokkaan helpottamaan hoitovaihtojen tekemistä ja määrittämään alkoholiriskejä (Seppä ym. 2010, 7). Nämä luokat eivät ole aina yksiselitteisiä ja raja niiden välillä on liukuva, mutta ne auttavat hoidon valinnassa sekä kuvaavat henkilön alkoholiriskeä. Luokat ovat toisensa poissulkevia, joten henkilö ei voi kuulua kuin yhteen luokkaan kerrallaan mutta voi siirtyä luokasta toiseen. Alkoholin riski- ja haitallinen käyttäjä pystyy halutessaan lopettamaan juomisen tai ainakin vähentämään sitä ja hallitsemaan sitä ja näin ollen estämään alkoholin mahdollisesti aiheuttamia haittoja. Alkoholiriippuvuudesta kärsivä taas ei yrityksistä huolimatta ajoittain tähän pysty. (Seppä ym. 2010, 8.)

3.1 Riskikäyttö

Riskikäyttö määritellään sen perustella, kuinka paljon henkilö käyttää alkoholia. Riskikäytössä riskikulutuksen rajat ylittyvät (kts. 3.2), mutta merkittäviä alkoholin aiheuttamia haittoja tai riippuvuutta ei ole vielä ehtinyt syntyä. Riskikäyttö on käyttäytymistapa, joka altistaa ennen kaikkea alkoholiriippuvuudelle, mutta myös alkoholin aiheuttamille sairauksille ja sosiaalisille haitoille. Lähtökohta riskikäytön tunnistamiselle on yksinkertaisesti alkoholin käytöstä kysyminen. Se tapahtuu muiden terveyteen vaikuttavien tekijöiden selvittämisen yhteydessä, kuten esimerkiksi tulohaastattelulomakkeessa. Potilasta pyydetään kertomaan alkoholin käytöstä noin kahden kuukauden ajalta, jolloin pystytään paremmin selvittämään viikoittainen kulutus. Viikonlopun alkoholinkäyttöä voidaan kysyä myös erikseen. Pelkkä kysyminen ei kuitenkaan riitä, vaan terveydenhuollon ammattilaisen tulee kyetä havainnoimaan ja yhdistelemään potilaasta saatuja erilaisia tietoja. Keskustelun lisäksi on suositeltavaa käyttää WHO:n AUDIT-testilomaketta. Mikäli potilas saa testistä yli kahdeksan pistettä, pidetään sitä viitteenä suurkulutuksesta. Koska suurkulutukseen liittyy erilaisia oireita, on suotavaa

lähteä liikkeelle niistä oireista, jotka potilas mahdollisesti itse tuo esille. Alkoholin pitkäaikainen suurkulutus aiheuttaa erilaisia oireita, joista psyykkisiä ovat muun muassa masennus, ahdistus ja unihäiriöt. Muita oireita ovat kohonnut verenpaine, sydämen rytmihäiriöt sekä epämääräiset vatsavaivat kuten turvotus ja ilmavaivat. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 122.)

Alkoholin käyttö voi näkyä myös laboratorioarvoista; veren- ja hengitysilman alkoholipitoisuus, GT eli seerumin glutamyyli transferaasi, CDT eli seerumin niukkahiilihydraattinen transferiini ja MCV eli punasolujen keskitilavuus. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 122.) GT-arvojen suurentuminen selittyy noin 70 prosentilla potilaista alkoholin runsaalla kulutuksella, CDT on koholla yli 80 prosentilla alkoholiriippuvaisista sekä MCV-arvon kohoaminen johtuu naisilla harvoin alkoholinkäytöstä, mutta miehillä sitäkin useammin. Arvojen ollessa koholla, on erityisen tärkeää kysyä potilaan alkoholin käytöstä, vaikka arvojen kohoaminen ei siitä välttämättä johtuisikaan. (Seppä ym. 2010, 36.) Laboratoriokokeita ja -arvoja voidaan käyttää haastattelun tukena silloin, kun halutaan motivoida potilas hoitoon, seurata mahdollisen hoidon etenemistä tai tapauksissa, joissa tarvitaan alkoholin aiheuttaman elinaurion diagnostiikkaa. (Iivanainen ym. 2006, 61.)

Aallon (2008) mukaan riskikäyttötermi sopii hyvin niille, jotka ovat oireettomia mutta käyttävät alkoholia. Mitä enemmän ihminen juo, sitä todennäköisempää on, että hänelle riskit toteutuvat ja alkoholi tulee aiheuttamaan ongelmia.

3.2 Riskikäytön rajat

Riskikäytön rajoja on mahdoton määrittää kaikille sopiviksi. Rajat eivät sovellu esimerkiksi alaikäisille, raskaana oleville, ikääntyneille ja päihderiippuvaisille. Suomessa ohjeelliset riskikäytön rajat ylittyvät, mikäli mies juo vähintään 24 alkoholiannosta viikossa tai seitsemän annosta kerralla. Vastaavasti luvut ovat naisilla 16 alkoholiannosta viikossa ja viisi kerta-annosta. Sukupuolten väliset erot johtuvat lähinnä siitä, että naisten paino ja kehon vesitilavuus ovat keskimäärin pienempiä kuin miesten. (Seppä ym. 2010, 10.)

Esitetyt riskikäytön rajat eivät määritä turvallista juomisen rajaa. On tärkeää huomata, että alkoholin käyttämiä haittoja voi esiintyä myös käytettäessä alkoholia vähemmän. Ainoastaan henkilö, joka käyttää alkoholia voi sairastua alkoholiriippuvuuteen. Ajateltaessa riippuvuuden kehittymistä on juominen, vaikka se olisikin kohtuullista, riskialttiimpaa kuin juomatta oleminen. (Seppä ym. 2010, 8, 10.)

Määriteltäessä rajoja on käytetty hyväksi väestötutkimuksia alkoholin aiheuttamista terveyshaitoista. Haasteellisuuden rajojen asettamiselle tuo kuitenkin se, että jotkut terveyshaitat näyttävät kasvavan suorassa suhteessa kulutukseen ilman selvää kynnysarvoa. Tästä johtuen eri tahojen suositukset poikkeavat

toisistaan. Riskikäytön rajoja on mahdollista käyttää ainoastaan yhtenä apuvälineenä arvioitaessa kuinka paljon yksittäinen henkilö pystyy käyttämään alkoholia suhteellisen turvallisesti. Esimerkiksi jos verenpainetauti sairastavan verenpaine ei reagoi hoitoon ja henkilö käyttää säännöllisesti alkoholia, vaikkakin ohjeellisen riskikäytön rajojen, on hänen tarpeellista pidättäytyä alkoholista muutaman viikon ajan. Jos oireet helpottavat selvästi raittiin jakson jälkeen, potilas käyttää alkoholia liiallisesti. Tämänkaltainen yksilöllinen arviointi voi parhaimmillaan tuoda merkittävää terveyshyötyä. Vaikeuksiin lopettaa riskikäyttö liittyy samoja piirteitä kuin muihinkin elämäntapamuutoksiin. Samoin kuin esimerkiksi painonhallinnassa riskikäyttäjän on saatava tieto käyttämiensä aiheuttamasta riskistä terveydelle. Lisäksi jotta muutos mahdollistuisi, riskikäyttäjän tulee tehdä päätös vähentää riskiä. (Seppä ym. 2010, 9–11.)

3.3 Haitallinen käyttö

Maailman terveysjärjestö on määritellyt haittakäytön ICD–10–luokituksessa. Mikäli yksilö käyttää alkoholia runsaasti, olematta kuitenkaan alkoholiriippuvainen, eikä haittojen ilmaannuttua vähennä alkoholinkäyttöään niin, että haitta häviää, puhutaan tällöin alkoholin haitallisesta käytöstä. Haitallisesta käytöstä on kysymys siis silloin, kun henkilön riskikäyttö on jatkunut ja hän on jo saanut määriteltävissä olevia ja selvästi tunnistettavia alkoholin aiheuttamia fyysisiä tai psyykkisiä haittoja. (Seppä ym. 2010, 9.)

Haitallista käyttöä arvioitaessa merkitystä on vain sillä, aiheuttaako alkoholi haittoja, joten alkoholin riskirajojen määritelmää ei voida käyttää apuna. Ainakin Suomessa haitallinen käyttö on melko harvinaista, sillä tietävästi henkilöt, joilla on osoitettavissa olevia alkoholin aiheuttamia haittoja, täyttävät myös riippuvuuden diagnostiset kriteerit. (Seppä ym. 2010, 9.)

3.4 Alkoholiriippuvuus

Alkoholiriippuvuus on mielletty usein sekä sairaudeksi mutta myös kurittomuudeksi tai jopa itse aiheutetuksi ongelmaksi, josta henkilön tulisi selvitä omin avuin. Useat pitävät alkoholistina sellaista ihmistä, joka toistuvasti tai ainakin ajoittain käyttää alkoholia kohtuuttoman paljon. Kohtuudesta on kuitenkin useita eri näkemyksiä. Ihmisen mielestä, joka ei käytä lainkaan alkoholia voi yksikin ryyppy olla liikaa, kun taas esimerkiksi alkoholin suurkuluttaja voi ajatella, että yksi viskipullo päivässä on kohtuutta. Kaikkiin alkoholiriippuvaisiin yhteisesti sopivaa kuvausta ei siis ole, lukuun ottamatta sitä, että alkoholiriippuvainen ei hallitse juomistaan. Alkoholidiagnoosissa on tiivistettyinä potilaan ongelmien pääpiirteet ja sen avulla valitaan ja määrätään asianmukainen hoito. Diagnoosi viittaa potilaan mahdollisiin ongelmiin ja siihen, että vaara sairastua ja jopa kuolla on tavanomaista suurempi. Alkoholiriippuvaisilla on tutkimusten mukaan huomattavasti suurempi riski kuolla ennen aikaan. (Weilin & Göös 2000, 462.)

Alkoholiriippuvuus on sekä psyykkistä että fyysistä. Psyykkisessä riippuvuudessa on kyse addiktiosta. Alkoholiriippuvaiselle on ominaista himo juomiseen ja pakonomainen halu saada alkoholia, huolimatta sen aiheuttamista terveyshaitoista. Fyysinen riippuvuus ja sen kehittyminen liittyvät elimistön pitkäaikaiseen ja jopa tauottomaan altistumiseen alkoholille. Fyysinen riippuvuus paljastuu usein vasta silloin, kun alkoholi on jo poistunut elimistöstä ja vieroitusoireet ilmaantuvat (Seppä ym. 2010, 25).

4 SAIRAANHOITAJA PÄIHDETYÖSSÄ

Sairaanhoitaja toimii päihdetyössä hoitotyön asiantuntijana sekä toteuttaa päihdetyötä joko itsenäisenä asiantuntijana alueena tai lähes kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä osana muuta hoitotyötä. Lähes kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä, joissa sairaanhoitaja työskentelee, on näkyvissä päihteidenkäytön runsastuminen yhteiskunnassamme. Sairaanhoitaja kohtaa työssään päivittäin terveydenhuollon eri yksiköissä potilaita, jotka kärsivät päihteidenkäyttöön liittyvistä haitoista, päihderiippuvuuteen johtavasta riskikäyttäytymisestä tai jo olemassa olevista päihdesairauksista kuten päihderiippuvuudesta. Sairaanhoitaja kannustaa potilasta itseään määrittelemään omat tavoitteensa sekä luottamaan omaan kykyynsä muuttaa ja hallita omaa alkoholin käyttöään. Koska tavoitteista livetään usein, on erityisen tärkeää ylläpitää motivoivaa ja tukevaa asennetta hoidon aikana. Sairaanhoitaja toteuttaa päihdetyötä monissa eri yksiköissä. Näitä ovat terveyskeskuksen avopalveluyksiköt, kotihoito, vuodeosastot, erikoissairanhoidon vuodeosastot, päivystysalueet, kotisairaalat sekä psykiatriset yksiköt ja päihdehuollon eri yksiköt. (Havio ym. 2008, 11.)

Sairaanhoitajan asiakkaina/ potilaina voivat olla niin suurkuluttajat, kokeilukäyttäjät kuin satunnaiset ensikertalaisetkin. Ikähaarukka ulottuu niin vastasyntyneistä vanhusikään. Sairaanhoitaja toimii terveyden edistäjänä sekä terveystottumuksiin vaikuttajana, joka keskustelee jokaisen asiakkaansa kanssa yhteisistä terveyskäyttäytymiseen liittyvistä kysymyksistä. Sisällöltään tämä on asioiden puheeksi ottamista, ammatillista keskustelua, tiedon jakamista tupakan, alkoholin ja huumeiden käytöstä, käytön tasoista ja käytön terveysvaikutuksista sekä riskeistä. Sairaanhoitaja kertoo myönteisestä ja kielteisestä riippuvuuskäyttäytymisestä, päihderiippuvuudesta sekä sen kehittymisestä. Sairaanhoitaja on potilaansa tiedonantaja, neuvoja, ohjaaja, mutta ei kritisoi. Sairaanhoitajan tulee osoittaa työssään potilaalle vaihtoehtoja sekä avunsaanti-, tuki- ja hoitomahdollisuuksia (Havio ym. 2008, 11.)

Asiakas ei aina itse tunnista omaa ongelmaansa. Tämän takia päihdetyössä asiakkaan motivoiminen pitkäjänteiseen hoitoon saattaa toisinaan olla vaikeaa. Asiakkaan ongelmat saattavat olla usein monitahoisia sekä laajoja. Ohjaustilanteissa sairaanhoitaja selvittää asiakkaan tavoitteet ja motivaation tavoitteisiin pääsemiselle. Työntekijä luo asiakassuhteelle hyvät lähtökohdat kuuntelemalla ja keskustelemalla yhdessä potilaan kanssa tämän toiveistaan ja tavoitteistaan. Hyödyllisintä on keskittyä asioihin, joita asiakas on sillä hetkellä

valmis ja halukas käsittelemään. (Vuori–Kemilä, Stengård, Saarelainen, Anala 2007, 56.)

5 ALKOHOLINKÄYTTÖ SUOMESSA

Alkoholin käyttö on arkipäiväistynyt Suomessa ja koskettaa kaikkia. Valtaosa suomalaisista, noin 90 prosenttia miehistä ja nykyisin myös naisista, käyttävät alkoholia. Suurimmalla osalla alkoholin käyttö on kohtuullista, eikä haittoja tämän takia ole odotettavissa. Tästä huolimatta merkittävä osa, noin joka viides mies ja joka kymmenes nainen, juo alkoholia yli riskirajojen vaarantaen niin oman terveytensä kuin hyvinvointinsa. (Seppä ym. 2010,5.)

Suomessa alkoholin kokonaiskulutus on jatkuvassa kasvussa. On arvioitu, että 20 prosenttia ihmisistä jotka käyttävät alkoholia, juo noin 70 prosenttia kaikesta alkoholista. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että he juovat keskimäärin 250 Koskenkorvapullollista vastaavan määrän alkoholia vuosittain. Yhä useampi nuori aikuinen kuuluu riskikuluttajiin. (Vuori–Kemilä ym. 2007, 34.)

Lähestulkoon jokaisella alkoholia käyttävällä ihmisellä, kuten alkoholisteilla, käyttöön liittyy myönteisiä vaikutuksia ja sitä käytetään niiden koettujen vaikutusten takia. Raittiiden osuus koko väestöstämme on ainoastaan 12 prosenttia. Erityisesti naisten keskuudessa raittius on vähentynyt. Vuonna 1982 kaikkiaan 15 prosenttia miehistä ja 32 prosenttia naisista ilmoitti, etteivät he ole käyttäneet alkoholia laisinkaan kuluneen vuoden aikana. Vuonna 2005 vastaavat osuudet olivat miehillä 10 prosenttia ja naisilla enää vain 14 prosenttia. Kaikkiaan alkoholinkäyttäjistä ainoastaan pieni osa kärsii vaikeasta alkoholiongelmasta. Alkoholin kohtuukäyttäjät sijoittuvat raittiiden ja vaikeasta alkoholiongelmasta kärsivien väliin. Alkoholin suurkuluttajia arvioidaan olevan 5-10 prosenttia suomalaisista. Tämä siis kattaa 250 000–500 000 suomalaista. Väestön alkoholinkäyttötavoissa on paljon vaihtelua. Miehet painottuvat 2–3 kertaa kuukaudessa juoviin, joita on 25 prosenttia. Miehistä 6 prosenttia käyttää päivittäin alkoholia. 33 prosentilla naisista alkoholin käyttö on tyypillistä muutaman kerran vuodessa tai sitäkin harvemmin. 2–3 kertaa kuukaudessa alkoholia käyttäviä naisia on 27 prosenttia. Päivittäin taas alkoholia käyttäviä miehiä on 7 prosenttia ja naisia 2 prosenttia. (Havio ym. 2008, 53–54.)

Alkoholin käyttö on levittäytynyt aiempaa useampaan tilanteeseen ja tiloihin. Naiset käyttävät alkoholia nykyään useammin ja suurempia määriä kuin ennen. Humalahakuinen juominen on myös yleistynyt naisten keskuudessa. Naisista raittiita on enää ainoastaan 10 prosenttia. Vaikka miesten ja naisten juomatottumukset ovat lähentyneet, erot ovat yhä selkeitä. miehille humalapäiviä kertyy vuodessa keskimäärin kymmenen, naisille vain kolme. (Kujasalo ym. 2005, 11.)

Alkoholin aiheuttamat haitat ovat moninkertaistuneet lisääntyneen kulutuksen myötä. Seuraamukset ovat nähtävissä erilaisina oireina ja sairauksina, johtaan heikentyneeseen työ- ja toimintakykyyn. Työikäisten suomalaisnaisten sekä

miesten tärkeimmäksi kuolinsyyksi on tullut nykyään alkoholi. Ongelmakäytöstä johtuva taloudellinen taakka on suuri sekä henkilöille itselleen että hänen lähipiirilleen. Läheisistä tuntuu usein vaikealta tietää kuinka toimia erilaisissa pulmatilanteissa, kun hoitoon sitoutumista ovat vielä vaikeuttamassa häpeä ja ongelmien salailu. (Seppä ym. 2010, 5.)

Päihdekulttuurissa on viime vuosikymmenien aikana tapahtunut Suomessa suuria muutoksia. Tiukasta ja moralisoivasta suhtautumisesta alkoholinkäyttöön, on siirrytty huomattavasti sallivampaan suhtautumiseen. Alkoholinkäyttöä rajaavista periaatteista ja erilaisista ohjeistuksista on osittain luovuttu. Nykyään yksilöllä on suurempi vapaus ja vastuu omasta alkoholinkäytöstään. Alkoholin kulutuksen kasvulla on todettu olevan yhteys sen aiheuttamien haittojen lisääntymiseen, kuten fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. Tämän lisäksi yhteys näkyy sekä sosiaalisissa että taloudellisissa ongelmissa, niin yksilön kuin yhteiskunnankin tasolla. (Lahtinen–Antonakis 2009, 6–7.)

Alkoholilla on myös osuutensa joka kolmannessa kuolemassa henkilöautoliikenteessä. 18–19-vuotiaat nuoret ovat Suomessa rattijuopumuksen suurin riskiryhmä. Usein miten viikonloput, yö ja loma-ajat ovat tyypillisimpiä aikoja jolloin ihmiset ajavat juopuneena. Rattijuopoista ainakin joka kolmas on päihderiippuvaisia. (Holmberg 2010, 21.)

Alkoholilla on osuutensa myös muunlaisissa rikoksissa, niin tekijän kuin uhrin kohdalla. 22–70 prosenttia terveydenhuollon päivystyspotilaista on erään kansainvälisen tutkimuskatsauksen mukaan päihtyneitä väkivaltapotilaita. Suomessa tehdään tahallisia henkirikoksia vuosittain asukasta kohden noin kaksinkertainen määrä Euroopan unionin jäsenmaiden keskiarvoon verrattuna. Tekijät ovat usein väkivaltarikostaustaisia ja työttömiä. (Holmberg 2010, 21.)

6 ALKOHOLIN AIHEUTTAMA SAIRASTUMISRISKI

Alkoholijuomien kulutuksen ja haittojen välillä on nähtävissä selvä kiinteä yhteys. Tutkimusten mukaan alkoholihaittojen taso on sitä korkeampi, mitä korkeampi on alkoholijuomien kokonaiskulutuksen taso. Tietoja alkoholinkäytöstä sekä siitä aiheutuvista haittavaikutuksista saadaan eri tutkimuksista. Tällaisia ovat esimerkiksi viranomaisten pitämät tilastot ja rekisterit sekä yhteisöjen ja järjestöjen erilaiset tilastot. (Kujasalo ym. 2005, 25.)

Alkoholihaitat luokitellaan äkillisiin ja pitkäaikaisiin alkoholihaittoihin. Alkoholinkertakulutukseen liittyvät äkilliset haitat, kun taas pitkäaikaiset alkoholihaitat aiheutuvat pääasiallisesti alkoholin kauan jatkuneesta liikkakäytöstä. Äkillisiä haittoja ovat alkoholimyrkytys, liikennejuopumustapaukset, päihtyneiden säilöönnotto ja alkoholiehtoisen väkivaltarikollisuuden kehitys. Pitkäaikaisesta käytöstä esimerkkeinä ovat alkoholista johtuva sairastavuus ja kuolleisuus. (Kujasalo ym. 2005, 25.)

Noin 2 500 henkeä kuolee vuosittain alkoholiin ja sairaalahoitoa käyttää runsaat 25 000 henkeä sekä 50 000 henkeä käyttää päihdehuollon erityispalveluja. Lisäksi poliisin tietoon tulee vuosittain 21 000 rattijuopumustapausta, 18 000 alkoholin vaikutuksen alaisena tehtyä rikosta. Äkillisten haittojen määrään on vaikuttanut vuosituhannen vaihteen jälkeen useat eri muutokset. Näitä ovat esimerkiksi Suomen liittyminen Euroopan unioniin ja sen mukana tuomat muutokset alkoholinlainsäädäntöön. Lisäksi matkustajien verottomaan alkoholituontiin, entistä suvaitsevampaan suhteutumiseen alkoholinkäyttöön sekä katujuopottelun sallimiseen yhdessä perinteisten suomalaisen humalakuuden juomisen kanssa, lisäsivät pienessä ajassa äkillisten haittojen määrää todella nopeasti. (Kujasalo ym. 2005, 26.)

Alkoholi on mukana yli 60 eri sairauden kehittämisessä. Usein julkisuudessa uutisoidaan tutkimustuloksia, joiden mukaan 1–2 alkoholiannosta päivässä ehkäisee sydän ja verisuonitauteja. Harvemmin kuitenkin on uutisoitu aiheita, joiden mukaan yksi päivittäinen annos alkoholia nostaa naisilla rintasyövän riskiä seitsemän prosenttia. Kuusi alkoholiannosta nostaa naisten rintasyövän riskiä 46 prosenttia täysin raittiisiin naisiin verrattuna. Jos alkoholin kulutus ylittää toistuvasti suurkulutuksen rajat, seurauksina ovat muun muassa unettomuus, ärtymys, masennus, verenpaineen kohoaminen, vatsavaivat ja sydämen rytmihäiriöt. Samoin riskit sairastua maksakirroosiin, haimatulehdukseen sekä sydän- ja hermovaurioihin kasvavat merkittävästi. (Kujasalo ym. 2005, 29.)

Alkoholin käyttö lihottaa ja lihominen lisää sairastumisriskiä. Alkoholi ja rasva ovat yhtä kaloripitoisia ja molemmissa on 7 kilokaloria grammaa kohden. Yhdessä miedossa 12 cl miedossa viinilasillisessa on 95 kilokaloria, joka vastaa vähän yli yhtä voinappia, 33 cl keskiolutpullollisessa on jo kaloreita hieman enemmän. Päivän perusaineenvaihdunnan kalorimäärä 1 200 kcal tulee katetuksi noin 10 keskiolut tai siideripullollisella. Yhden keskiolutpullollisen kaloreiden kulutus vaatii 15 minuuttia uintia tai 20 minuuttia pyöräilyä. Kansainvälisessä vertailussa on useasti tullut esiin, että Suomessa rajuun kertajuomiseen liittyviä sosiaalisia haittoja on enemmän kuin useimmissa muissa maissa. Sosiaaliset alkoholihaitat eivät koske ainoastaan niin kutsuttuja ongelmakäyttäjiä. Ne jotka käyttävät alkoholia hyvinkin harvoin ovat muita alttiimpia onnettomuuksille, ihmissuhdeongelmille ja väkivallalle, jos kerralla juotu alkoholimäärä nousee suureksi. (Kujasalo ym. 2005, 29, 30.)

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Aihe on rajattu siten, että siinä keskitytään nimenomaan päihdepuolella toimivien sairaanhoitajien kokemuksiin mini-interventiosta ja sen toteutumisesta heidän työssään. Työn tavoitteena on selvittää, kuinka sairaanhoitajat kokevat mini-intervention työssään sekä mini-intervention tehokkuuden yhtenä hoitokeinona.

Opinnäytetyön näkökulmasta on keskeistä, että aineisto kerätään hoitotyöntekijöiltä, jotka toimivat päihdepuolella ja jotka ovat tutustuneet mini-interventioon ja käyttäneet sitä mahdollisesti työssään. Opinnäytetyöstä saatujen tulosten perusteella toimeksiantajallamme on mahdollisuus kehittää mini-intervention toteutumista, tukea hoitohenkilöstöä sen käytössä ja kehittää mini-interventiokoulutusta. Opinnäytetyön yhtenä keskeisenä tavoitteena on, että yksikkö pystyisi kehittämään toimintaansa mini-intervention käytössä.

Tutkimuksella halutaan selvittää ja saada vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Millä tavoin sairaanhoitajat kokevat mini-intervention yhtenä hoitomuotona päihdetyössä?
- 2) Millä tavoin mini-intervention käyttö toteutuu heidän työpaikallaan?
- 3) Miten mini-intervention käyttöä voitaisiin tehostaa heidän työpaikallaan?

Edellä mainittuihin tutkimuskysymyksiin mietittiin myös täydentäviä kysymyksiä, jotta hoitohenkilöstön vastauksista saataisiin mahdollisimman laajoja. Tarkoituksena oli saada kultakin haastateltavalta mahdollisimman kattavat vastaukset.

7.2 Tutkimusmenetelmät

Edellä mainittuihin kysymyksiin saatiin vastaukset kvalitatiivisella haastattelulla. Tämä tapahtui sairaanhoitajia haastatteleamalla. Haastattelussa kysyttiin kokemuksia, parannusehdotuksia ja esimerkiksi sitä, ovatko hoitajat saaneet koulutusta/ohjausta mini-interventioon. Tavoitteena oli saada mahdollisimman monipuolisia vastauksia sairaanhoitajilta, jotta tutkimus olisi mahdollisimman todenperäinen. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että paikanpäälle mentiin sovittuna aikana ja opinnäytetyöstä sekä siihen tehtävästä tutkimuksesta informoitiin osaston osastonhoitajaa ja muuta henkilökuntaa. Itse haastattelut tapahtuivat siihen varatussa huoneessa, johon haastateltavat saapuivat yksitellen. Haastateltaville annettiin kirjallinen saate, jossa kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta ja haastattelumenetelmästä. Toinen haastattelijoista hoiti itse haastattelun, toisen tehdessä koko ajan muistiinpanoja haastattelusta ja

sen kulusta. Kaikille haastateltaville esitettiin samat kysymykset samassa järjestyksessä. Tarvittaessa kysymystä tai vastausta saatettiin tarkentaa.

Oleellista ei ollut haastateltavien määrä, sillä kyseessä oli kvalitatiivinen tutkimus. Saatujen tulosten perusteella yksiköllä olisi mahdollisuus kehittää toimintaansa mini-intervention suhteen. Tämän ajateltiin olevan hyvä motivoituneita saada sairaanhoitajat haastateltaviksi.

Laadullinen tutkimus sopii hyvin tutkimusmenetelmäksi silloin kun ollaan kiinnostuneita henkilöiden omista kokemuksista ja halutaan tutkia luonnollisia tilanteita sekä saada tietoa syuseuraussuhteista, jotka liittyvät tiettyihin tapauksiin. (Metsämuuronen 2006, 88.)

Yleisimmät aineistonkeruumenetelmät laadullisessa tutkimuksessa ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Niitä on mahdollista käyttää joko vapaaehtoisesti, rinnan erilailla yhdistettynä tutkimusresurssien ja tutkittavan ongelman mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.)

7.3 Tutkimustavan valinta

Tutkimustavaksi on valittu kvalitatiivinen tutkimus, sillä aihetta ei tiettävästi ole juurikaan tutkittu. Toinen syy tutkimustavan valintaan on se, että tutkittavia sairaanhoitajia ei välttämättä ole saatavilla riittävästi kvantitatiivisen tutkimuksen tekoon.

Keskeiset kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytettävät tutkimusmenetelmät ovat havainnointi, tekstianalyysi, haastattelu ja litterointi. Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa havainnointi on alustavaa työtä, jota esimerkiksi tehdään varsinaista tutkimuslomaketta varten kun taas kvalitatiivisessa tutkimuksessa havainnointi on tekniikka toisen kulttuurin ymmärtämisessä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa haastattelu on strukturoitujen kysymysten esittämistä satunnaiselle otokselle kun taas kvalitatiivisessa tutkimuksessa haastattelu on avointen kysymysten esittämistä valituille yksilöille tai ryhmille. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään litterointia apuna ymmärtämiseen, kuinka tutkimukseen osallistujat organisoivat puheensa ja kirjoituksensa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään harvoin litterointia. (Metsämuuronen 2006, 88.)

7.4 Tutkimuksen toteutus

Kvalitatiivisen tutkimuksen toteutuksessa tiedonantajiksi valitaan ne sairaanhoitajat, jotka ovat mahdollisimman hyvin tutkittavan alan asiantuntijoita. Alusta alkaen varauduttiin siihen, ettei ko. asiantuntijoiden määrä ole riittävä tutkimuksen kannalta, joten kaikkien vastaukset olivat opinnäytetyön tekijöille tärkeitä. Tutkimukseen vastasi kolme päihdepuolella toimivaa sairaanhoitajaa.

7.5 Aineiston käsittely

Aineisto on käsitelty siten, että kaikki henkilötiedot pysyvät salaisina koko prosessin ajan. Haastattelut on kirjoitettu puhtaaksi, sanamuotoja vääristelemättä. Vastaukset on käyty läpi yksitellen ja tämän jälkeen on tehty kootusta aineistosta yhteenveto. Tulokset ovat alkuperäisessä muodossaan siten, ettei ajatus ole muuttunut matkan varrella. Tämän jälkeen on tehty induktiivinen sisällönanalyysi. Tämä analyysimuoto on valittu, koska mini-intervention käytöstä ja mini-interventiosta yleisellä tasolla on paljon kirjallisuutta ja tutkimuskysymyksetkin perustuvat edellä mainittuun kirjallisuuteen, eli se on niin sanotusti teoriasidonnainen. Tästä johtuen analyysi tapahtuu yleisestä yksittäiseen. Tulosten raportoinnissa on käytetty suoria lainauksia haastattelutilanteesta. Opinnäytetyön tullessa valmiiksi, tutkimusaineisto tuhottiin asianmukaisesti. Eli käytännössä haastattelut ja niistä tehdyt litteroinnit on poistettu kokonaan koneelta.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtana ovat todellisen elämän kuvaaminen ja ihmisen omat kokemukset. Ajatuksena on, että todellisuus on moninainen. Tutkimuksessa täytyy kuitenkin huomioida se, että todellisuutta ei voida pilkkoa mielivaltaisesti osiin. Tapahtumista onkin mahdollista löytää monensuuntaisia suhteita, sillä ne muovaavat samanaikaisesti toinen toistaan. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tarkoitus tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Yleisesti on katsottu, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään löytämään ja paljastamaan tosiasioita eikä niinkään todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.)

Kvalitatiivisella tutkimuksella on erilaisia tyypillisiä piirteitä. Luonteeltaan tutkimus on kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja aineisto on koottu todellisissa ja luonnollisissa tilanteissa. Tutkimuksessa suositaan ihmistä käytettäväksi tiedon keruun lähteenä. Monet tutkijat käyttävät lisäksi tiedon keruun lähteenä erilaisia lomakkeita ja testejä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään induktiivista analyysiä. Tutkija pyrkii siis paljastamaan odottamattomia seikkoja. Tämän takia tutkimuksen lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesien testaaminen vaan aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Laadullisessa tutkimuksessa kohdejoukko valitaan tarkoituksen mukaisesti eikä esimerkiksi satunnaisotoksen menetelmää käyttäen. Tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä ja suunnitelmaa voidaan muuttaa olosuhteiden mukaisesti. Eri tapauksia käsitellään ainutlaatuisesti ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

Laadullinen tutkimus sopii hyvin tutkimusmenetelmäksi silloin, kun ollaan kiinnostuneita henkilöiden omista kokemuksista ja halutaan tutkia luonnollisia tilanteita sekä saada tietoa syyseuraussuhteista jotka liittyvät tiettyihin tapauksiin (Metsämuuronen 2006, 88).

Yleisimmät aineistonkeruumenetelmät laadullisessa tutkimuksessa ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Niitä

on mahdollista käyttää joko vapaaehtoisesti, rinnan erilailla yhdistettynä tutkimusresurssien ja tutkittavan ongelman mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.)

7.6 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston hankinta

Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä on käytetty strukturoitua haastattelua. Haastattelu on nimensä mukaisesti haastattelu, jossa käytetään lomaketta apuna. Kysymysten ja väitteiden muoto sekä esittämisjärjestys ovat lomakkeessa täysin määrättyjä. (Hirsjärvi ym. 2009, 208.)

Etuna haastattelussa on sen joustavuus. Haastattelijä voi tarvittaessa toistaa kysymyksen, oikaista väärinkäsityksen, käydä keskustelua tiedonantajan kanssa ja selventää tarvittaessa ilmausten sanamuotoa. Joustavuutta kvalitatiiviseen tutkimukseen tuo myös se, että siinä haastattelua ei mielletä tietokilpailuksi. Olennaisinta haastattelussa on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta aiheesta. (Tuomi ym. 2009, 73.)

Opinnäytetyön kohderyhmäksi valittiin päihdepuolella toimivia hoitotyöntekijöitä, jotka ovat toteuttaneet mini-interventiota työssään. Opinnäytetyösuunnitelma hyväksyttiin 14.4.2011, jonka jälkeen lupahakemukset, opinnäytetyösuunnitelma, opinnäytetyösopimus, saatekirje sekä haastattelurunko lähetettiin tutkimuskohteena olevaan sairaalaan. Tutkimuslupa myönnettiin 21.4.2011. Tämän jälkeen sovittiin puhelimitse tutkimukseen osallistuvan osaston henkilökunnan kanssa haastattelupäiväksi torstain 12.5.2011. Puhelun aikana henkilökuntaa informoitiin tulevasta opinnäytetyöstä ja sen tarkoituksesta sekä alustavasti siitä, miten haastattelutilanne tulee etenemään.

Sovittuun haastattelupäivään mennessä henkilökunta oli kartoittanut halukkaat päihdetyöntekijät, jotka osallistuivat haastatteluun. Koska haastattelu tapahtui yksilöhaastatteluna, heidät kutsuttiin yksitellen haastateltavaksi. Haastattelutilanne eteni siten, että ensimmäiseksi haastateltavat saivat rauhassa lukea saatekirjeen, jonka jälkeen heitä muistutettiin haastattelun vapaaehtoisuudesta ja siitä, että heillä oli täysi oikeus keskeyttää halutessaan haastattelu missä vaiheessa tahansa. Haastattelu eteni valmiiksi laaditun haastattelurungon mukaisesti, eikä siitä missään vaiheessa poikettu. Kaikki haastattelut nauhoitettiin.

7.7 Aineiston analyysi

On lukuisia erilaisia tapoja analysoida tekstiä, sillä aineistoja ja tutkimusongelmia on monenlaisia laidasta laitaan. Ensin tutkijan tulee erottaa aineistosta olennaiset ja epäolennaiset asiat. Toiseksi tulee etsiä aineistosta eri ilmiöiden välisiä yhteyksiä. Aineistoa tulee teemoitella, luokitella sekä ryhmitellä. (Pihlaja 2001, 57.)

Tärkeää on lopulta löytää aineistosta olennaisia asioita esimerkiksi näkökulmia, kysymyksiä ja yksittäisiä tutkimustuloksia. Tutkijan on hyvä ymmärtää, että omalle aineistolle voi helposti tulla sokeaksi. Tätä tulee pyrkiä välttämään. Tutkijan tulee koko ajan pitää mielessään tutkimuksen tavoite eli se, mitä halutaan selvittää. Aineiston analyysia voidaan helpottaa esimerkiksi tekemällä käsitekartta. Etuna on se, että käsitekartta on visuaalinen. Tutkijalla on mahdollisuus hahmottaa paremmin suuri kokonaisuus ja sen osat. Tämä myös auttaa nostamaan esille oleelliset ja epäoleelliset osat. Analyysin jakamisen vaiheita ovat esimerkiksi tutkimuksen tunteminen, aineiston sisältäminen sekä teorisointi, aineiston karkea luokittelu ja keskeiset teemat sekä luokat, tutkimustehtävän täsmennys, ilmiöiden esiintyvyyden toteaminen, ristiinvalidointi eli saatujen luokkien puoltaminen ja harjoittaminen aineiston avulla sekä myös johtopäätösten ja tulkinnan teko. (Metsämuuronen 2006, 124–125.)

Pihlajan (2001) mukaan ei ole myöskään yhdentekevää edetäänkö induktiivisesti yksittäisistä tapauksista yleisiin vai päinvastaisesti deduktiivisesti yleisestä, kuten teoriasta, yksittäisiin tapauksiin ja tilanteisiin. Tutkimuksen tavoite kertoo sen, kuinka tulee menetellä.

Aineistonkeruun jälkeen saatu aineisto litteroitiin tietokoneelle. Aluksi saatua aineistoon perehdyttiin lukemalla tekstiä moneen kertaan läpi, jotta muodostui ymmärrys sen sisällöstä. Tämä myös helpotti itse luokittelun tekemistä. Aineistosta ryhdyttiin nostamaan esiin, esittämällä sille tutkimuskysymyksiä. Saatua aineisto pelkistettiin samanaikaisesti kun tehtiin luokittelut.

Aineiston ryhmittelyvaiheeseen käytettiin paljon aikaa, jotta alkuperäisilmaukset ymmärrettiin mahdollisimman tarkasti ja oikein. Ryhmiteltäessä aineistosta etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Alkuperäisilmaukset, jotka sisälsivät samoja asioita, ryhmiteltiin samaan alaluokkaan ja lopulta alaluokat ryhmiteltiin yläluokiksi. Alaluokkia muodostui 10 ja yläluokkia 3. Yläluokat olivat mini-interventio yhtenä hoitomuotona päihdetyössä, mini-intervention toteutuminen työpaikalla sekä mini-intervention tehostaminen työpaikalla. Yläluokkien avulla käsiteltiin saatuja vastauksia sekä haettiin vastauksia tutkimusongelmiin. Samalla tarkasteltiin niiden luotettavuutta.

8 TUTKIMUSTULOKSET

Tähän lukuun on koottu tulokset, jotka ovat muodostettu induktiivisella sisällönanalyysillä. Induktiivinen sisällönanalyysi tarkoittaa aineistosta lähtevää analyysiä. Induktiivinen sisällönanalyysi kuvataan aineiston pelkistämisenä ja ryhmittelyinä. Analysointi aloitetaan etsimällä aineistosta ilmauksia, jotka liittyvät tutkimuskysymyksiin. Tämän jälkeen ne yhdistetään samaan kategoriaan, jonka jälkeen niistä muodostetaan yläkategorioita. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Prosessi eteni siten, että aineisto pelkistettiin ja luokiteltiin kokonaisuuksiksi. Näin muodostuivat ylä- ja alaluokat. Aineisto sisältää suoria lainauksia, jotta tulokset olisivat mahdollisimman totuudenmukaisia ja toisivat vaihtelua tulosten lukemiseen. Huolimatta siitä, että haastateltavien määrä ei ole suuri, tulokset ovat luotettavia, sillä ne ovat kokemuksia haastateltavien omasta elämästä.

8.1 Sairaanhoitajien kokemukset mini-interventiosta yhtenä hoitomuotona

Ensimmäiseksi yläluokaksi muodostui mini-interventio yhtenä hoitomuotona päihdetyössä, joka koostui seuraavista alaluokista: onnistunut mini-interventio, keskeiset asiat mini-interventiossa, mini-intervention tärkeys ja mini-interventio hoitomuotona sekä mini-intervention toteuttamisen haasteet. Vastauksista ilmeni, että yksi huomattavimmista mini-intervention tarkoituksista, on nostaa esille alkoholin osuus ihmisen elämässä sekä saada ihminen heräämään ja huomaamaan oma tilanteensa. Lisäksi on oleellista huomioida se, kuinka alkoholi vaikuttaa ihmisen päivittäisiin toimiinsa. Onnistuneen mini-intervention seurauksena asiakas kokee saaneensa uutta ja tärkeää informaatiota sekä huomaa, että alkoholinkäyttö on jo mahdollisesti aiheuttanut haittoja.

”Se tavallaan herättäs siinä ihmisessä sen aidon kiinnostuksen - - että sille ihmiselle heräis sellanen ajatus että ehkä täytyyki tehdä jotain.”

Mini-interventiota pidettiin tärkeänä useista eri syistä. Ennen kaikkea se mahdollistaa alkoholiongelman varhaisen tunnistamisen. Tulosten mukaan mini-intervention tulisi koskea asiakkaita, huolimatta heidän iästään tai sukupuolestaan. Painonhallinta sekä diabeteksen ennaltaehkäisy nousivat myös esille, kiinnittämällä huomiota alkoholinkäyttöön, näihin asioihin on helpompi vaikuttaa.

Sairaanhoitajien mukaan keskeisiä asioita mini-interventiossa on selvittää alkoholin kulutuksen määrä sekä kertoa asiakkaalle, mitä juomisesta voi seurata. Tärkeänä pidettiin asiakkaan alkoholinkäytön ajoissa tunnistamista sekä mahdollisista haitoista kertomista, jotteivät ongelmat pääsisi liian

pitkälle. Huomioon tulee kuitenkin ottaa myös se, etteivät asiakkaat ole aina valmiita vastaanottamaan tietoa. Tätä pidettiin yhtenä mini-intervention haasteista. Haasteina pidettiin myös työntekijän ammattitaitoa tai sen puutetta mini-intervention käytön saralla, kuten sitä, ettei asiakkaalta yksinkertaisesti kehdeta kysyä alkoholinkäytöstä tai sitä jopa vähätellään.

”Se (alkoholin käyttö) on semmonen tabu edelleenkin että asiakkaalta ei kehdeta kysyä.”

Haasteeksi nousi myös suomalainen alkoholipolitiikka ja juomiskulttuuri, jossa alkoholinkäyttöä ei nähdä ongelmana vaan sitä pidetään melko hyväksyttävänä. Hoitohenkilöstö saattaa jopa itse vähätellä asiakkaan alkoholinkäyttöä uskottelemalla, ettei sillä ole sairauden kannalta merkitystä. Asiakas saattaa pitää alkoholinkäyttöään hyvin intiiminä asiana, mikä osaltaan vaikeuttaa hoitohenkilökunnan työskentelyä. Myös se, että asiakas saattaa itse kieltää koko ongelman olemassaoloa tai ei ole sitä yksinkertaisesti edes huomannut, on haastavaa. Hoitavan henkilön tehtävänä on tuolloin johdatella ja osata kysyä oikeat kysymykset jotta asiakkaan vastaus on totuudenmukainen.

”Etteivät he oo sillai ittekkää ajatellu et hetkinen, sitä meneeki itseasiassa aika paljon.”

Pääasiassa mini-interventiota pidettiin hyvänä hoitomuotona, jonka tehtävänä on olla sekä työväline että osa hoitodialogia. Myös eriäviä mielipiteitä löytyi, mini-interventiota ei pidetty lainkaan hoitomuotona. Kaiken kaikkiaan mini-interventio nähtiin hyödyllisenä ja toimivana hoitomuotona, joka vaatii työntekijältä kykyä arvioida ja jopa aavistaa milloin sitä olisi syytä käyttää ja milloin alkoholinkäyttö tulisi nostaa esille. Näin ollen se on tiivistettynä alkoholinkäyttöä tutkiva hoitomuoto.

8.2 Mini-intervention käytön toteutuminen työpaikalla

Toiseksi yläluokaksi muodostui mini-intervention toteutuminen työpaikalla, joka koostui seuraavista alaluokista: Tilanteet, joissa mini-interventiota käytetään ja mini-intervention menetelmät. Vastauksiksi saatiin, että mini-interventiota käytetään silloin, kun potilas tulee hoitoon ja halutaan kysyä potilaan alkoholinkäytöstä. Sairaanhoitajien mukaan mini-interventiota käytetään myös silloin, kun halutaan kartoittaa potilaan alkoholinkäyttöä tai jos potilaalla ilmenee alkoholinkäyttöön liittyviä ongelmia kuten univaikeuksia, pelkotiloja tai ahdistusta.

”Että saadaan heti selvennettyä se, että mistä on niin kun kysymys.”

”Sillon, kun potilas tulee hoitoon. Mun näkemys on se, että on tärkeätä heti kartottaa se, mikä se päihdekäyttö on.”

Sairaanhoitajien vastauksista ilmenee, että mini-intervention käyttöön liittyviä menetelmiä ovat käytöstä puhuminen potilaan kanssa, sekä potilaan tilanteen ja voinnin kartoitus. Sairaanhoitajien vastauksista ilmeni, että mini-intervention avulla halutaan saada asiakas tiedostamaan omaa alkoholin kulutustaan.

”Tiedostetaan se että kuinka paljon kuluttaa, mikä on alkoholin käyttö ja mikä on kulutus että saadaan tietoon se että onko kysymyksessä haitallista alkoholin käyttöä tai ongelma tai suurkuluttaja tai sitten jotakin muuta.”

Esille tuotiin myös, että menetelmänä voidaan käyttää kognitiivista terapiaa, jossa käytetään mielikuvaharjoitusta. Ikään kuin palataan potilaan kanssa tilanteisiin, jossa alkoholia on tullut nautittua.

”Palauttaa mieleen et niin ku konkreettisesti et muistatko kun kävit kaupassa ja mitä sieltä tuli mukaan.”

8.3 Mini-intervention käytön tehostaminen työpaikalla

Kolmanneksi yläluokaksi muodostuivat mini-intervention tehostaminen työpaikalla, johon kuuluvat seuraavat alaluokat: koulutus/ perehdytys mini-intervention käytöstä, muutos- ja kehittämiskohteita sekä henkilökunnan motivoiminen mini-intervention käyttöön.

Sairaanhoitajat toivoivat saavansa enemmän koulutusta mini-intervention käytössä lääkehoitoon ja alkoholin käyttöön liittyvien koulutuksien yhteydessä. Tärkeänä pidettiin myös jo olemassa olevan tiedon jakamista eteenpäin. Osalla vastaajista koulutus perustuu sen pohjalle, mitä koulussa on opittu.

Vastauksissa tuli esille, että työntekijät saataisiin motivoitumaan paremmin mini-intervention käyttöön työpaikalla jos henkilökuntaa koulutettaisiin ja perehdytettäisiin enemmän sen käyttöön. Esille nousi myös se, että jos lääkärit panostaisivat enemmän mini-intervention käyttöön, nostaisi se myös hoitohenkilökunnan motivaatiota mini-intervention käyttöön. Osassa vastauksissa mini-intervention käyttöä voitaisiin tehostaa niin, että se laitettaisiin työnkuvaan kuuluvaksi.

Muutos- ja kehittämiskohteiksi mainittiin mini-intervention käytön kirjaaminen sekä sen lisääminen hoitosuunnitelmaan. Osa piti mini-interventiota hyvänä tällaisenaan. Lisäksi tuloksista kävi ilmi, että mini-intervention toivottaisiin olevan osa terveyskeskuslääkäreiden rutiinia.

”Käytössä varmaanki siinä että se pitäis laittaa niin ku oikeestaan hoitosuunnitelmaan, kirjata. Niin sillon se ois niinku jokaisella selkärangassa.”

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Halosen ja Paasivaaran (2008) tekemässä tutkimuksessa selvitettiin asiakkaiden kokemuksia ja näkemyksiä päihdepalveluista ja niiden laadusta. Positiivisina muutoksina mainittiin ennen kaikkea muutokset alkoholinkäyttötavoissa. Tutkimukseen vastanneet kertoivat havahtuneensa muutoksen tarpeeseen, saatuaan tarpeeksi tietoa päihderiippuvuuden kehittymisestä. Tärkeänä pidettiin varhaista puuttumista, eli mini-interventiota ja sen kehittämistä. Vastanneet toivoivat kuitenkin päihdeongelmaan puuttumista jo paljon varhaisemmassa vaiheessa. Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että päihdeongelman puheeksiotto ja tiedonsaanti olisivat tarpeen riippuvuusongelman kehittymisvaiheessa.

Halosen ja Paasivaaran (2008) tutkimus tukee tämän tutkimuksen tuloksia. Ensisijaisen tärkeää on huomata suurkulutus ja riippuvuuden kehittyminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Vaikka edellä mainitussa tutkimuksessa tiedonantajina olivat itse asiakkaat ja tässä tutkimuksessa sairaanhoitajat, ovat tulokset melko rinnasteisia. Molemmissa tutkimuksissa koettiin mini-interventio tärkeäksi osaksi muutosprosessia. Kuten myös molemmissa tutkimuksissa käy ilmi, että mini-intervention käyttöä tulisi tehostaa ja henkilökuntaa motivoida sen käyttöön enemmän.

Mini-intervention toteuttamisessa korostuu potilasohjaus ja sen laatu. Kääriäisen, Lahdenperän ja Kyngäksen (2005) artikkelissa kerrotaan, että hoitajan riittävä tieto-taito on lähtökohtana onnistuneelle potilasohjaukselle. On todettu, että asiakas muistaa vain 10 prosenttia kuulemastaan ja 90 prosenttia tiedosta, jota ovat saaneet sekä kuulo- että näköaistin avulla. Tämän vuoksi olisi sokin tärkeää, ettei mini-interventio koostuisi pelkästään keskustelusta, vaan sen tueksi otettaisiin esimerkiksi tutkimustuloksissakin esille tullut AUDIT-testi.

Myös Kääriäisen ja Kyngäksen (2005) artikkelissa kuvataan potilaiden ohjausta hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. Tuloksissa korostuvat samat, edellä mainitut asiat. Potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ennen kaikkea silloin, kun informaatio oli riittävää. Ohjauksen laadusta huolimatta osa koki, etteivät olleet saaneet riittävää ohjausta. Tämän taustalla saattaa piillä se, että potilas itse välttää ohjausta tai kieltää ohjausta koskevan asian. Tämän opinnäytetyön tulokset kertovat samaa. Mini-intervention haasteiksi mainittiin nimenomaan vähättelevä asenne tai koko ongelman olemassaolon kieltäminen.

Jatkossa mini-interventiotutkimusta voitaisiin laajentaa nuorten pariin. Pirska-sen, Pietilän, Halosen ja Laukkasen (2007) tekemän tutkimuksen mukaan 14–15-vuotiaista raittiita oli 59 prosenttia, 16–18-vuotiaista nuorista raittiita oli enää vain 23 prosenttia. 16–18-vuotiaista pojista 20 prosenttia ja tytöistä 4 prosenttia kertoivat juovansa huomattavan suuria määriä (11–24 annosta) alkoholia kerralla. Tavallisimmiksi päihteiden aiheuttamiksi haitoiksi nostettiin muistinmenetyt, itsensä satuttaminen ja sammuminen. Tulokset siis lähes huutavat preventiivisen toiminnan tarvetta.

10 EETTISYYS

Tutkimuseettiset vaatimukset voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen. Nämä ovat tutkimusaiheen valinta, tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kohtelu sekä epärehellisyyden välttäminen tutkimustyössä. (Hirsjärvi ym. 2001, 25–26.) Seuraavissa kappaleissa käsitellään tutkimuksen eettisyyteen ja luotettavuuteen merkittävästi vaikuttavia asioita.

10.1 Tutkimusaiheen valinta

Tutkimuskohdetta valittaessa tulee ottaa huomioon kysymys siitä, että valitaanko vai vältetäänkö muodinmukaisia aiheita. Tärkeää on myös se, valitaanko aihe, joka on helposti toteutettavissa mutta joka ei kuitenkaan ole merkitykseltään erityisen tärkeä, vai tulisiko aiheen yhteiskunnallinen merkitys ottaa huomioon. Tutkimuksen aiheen valinta on jo siis itsessään eettinen kysymys. (Hirsjärvi ym. 2001, 26.)

Monen kokeneenkin kirjoittajan mielestä aiheen valinta on tärkeimpiä mutta samalla haasteellisempia tehtäviä. Tämän takia siihen kannattaa valita riittävästi aikaa ja aihetta tulee pohtia huolellisesti. Hyvä aihe tutkimukselle on hyvän tutkimuksen alku. Tutkija on itse viime kädessä vastuussa siitä, mitä hän ryhtyy tutkimaan. Tutkimuksen lopullinen aihe syntyy usein neuvotteluiden ja harkintavaiheiden jälkeen. Opiskelijoilla ei ole usein joutavaa aikaa mietiskellä ja ihmetellä tutkimuksen aihetta. Aiheen kehittelyyn tarvittavan ajan käytössä olisi oleellista löytää kultainen keskitie. (Hirsjärvi ym. 2004, 60.)

Tämä tutkimus on aiheen valinnan kannalta eettinen, sillä mini-interventiolla on suuri merkitys päihdeongelmaisten mahdollisten ongelmien ehkäisyssä (esim. alkoholismi). Kuten tutkimustuloksistakin selviää, yksi mini-interventioon päämäärinä on herätellä ihminen tarkastelemaan omaa tilannetta ja motivoitumaan kohti muutosta.

10.2 Anonymiteetti

Haastateltaville tulee taata anonymisuus koko tutkimuksen ajan. Tällä on selkeä etu tutkimuksen kannalta, sillä se tekee tutkijalle helpommaksi käsitellä arkojakin aiheita. Lupaus henkilötietojen salaamisesta myös kannustaa haastateltavia puhumaan asioista rehellisesti, mikä taas takaa luotettavimmat tutkimustulokset ja helpottaa tutkimuksen kannalta olennaisten asioiden keräämistä. (Mäkinen 2006, 114.)

Merkittävän tärkeä seikka on henkilön yksityisyyden suojaaminen. Olennaista itsemääräämisoikeudessa on se, että tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä on mahdollisuus määrittellä mitä tietoja itsestään antavat. Lain mukaan henkilötiedoilla tarkoitetaan kaikenlaisia luonnollisia henkilöitä, hänen ominaisuuksiaan tai elinolosuhteitaan kuvaavia merkintöjä, jotka on mahdollista tunnistaa

joko häntä itseään koskeviksi tai hänen perhettään koskeviksi. Olennaista on se, voidaanko yksittäinen henkilö tunnistaa tiedoista helposti. Ääni, ulkonäkö ja sormenjäljet ovat tällaisia tunnistetietoja. (Pihlaja 2001, 48.)

Lainsäädäntö antaa velvoittavia ohjeita sekä määräyksiä, joiden tarkoituksena on suojata yksittäisiä ihmisiä ja määritellä hyväksyttäviä toimintoja. Tutkimuksessa keskeisiä kriittisiä kohtia ovat ihmisten oikeuksiin sekä turvallisuuden liittyvät seikat, sopimukset ja luvat, jotka tehdään hankkeen osapuolten yhteistyönä, sekä tuotoksia ja tuloksia koskevat sopimukset ja vastuut, jotka koskevat toteutusta. Erityisen tärkeitä nämä ovat silloin kun tutkimuskohteena ovat ihmiset. Tutkimus- ja kehittämishankkeissa, jotka tapahtuvat terveydenhuollossa, on noudatettava erityistä huolellisuutta, sillä kyse on ihmisiin sekä heidän palveluihinsa vaikuttavista asioista. (Heikkilä, Jokinen & Nummela 2008, 47.)

10.3 Tutkimuskohteena olevien henkilöiden kohtelu

Haastateltavan tulee olla kykeneväinen päättämään itse osallistumisestaan tutkimukseen. Heille tulee myös selventää, että heillä on oikeus halutessaan kieltäytyä osallistumisesta. Haastateltaville pitää antaa monipuolista ja totuudenmukaista tietoa heidän oikeuksistaan. Suuren painoarvon lainsäädännön kannalta saavat henkilöiden yksityisyys ja henkilötiedot. Tutkimustoimintaan osallistuvien henkilöiden henkilötietoja ei tule paljastaa tutkimuksen missään vaiheessa (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 45). Aineistoa kerätessä tulee ottaa huomioon luottamuksellisuus, aineiston asianmukainen tallentaminen sekä anonyymiuden takaaminen. (Hirsjärvi ym. 2001, 26.)

Tässä tutkimuksessa haastateltavat ovat saaneet tiedon tutkimuksesta puhelimitse. Itse haastattelutilanteessa he saivat vielä kirjallisen tiedon tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Haastattelutilanteessa ilmeni myös se, että haastateltavilla on oikeus keskeyttää haastattelu näin halutessaan missä vaiheessa tahansa.

10.4 Perehtyneisyys

Perehtyneisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimushenkilöiden pitää tietää mitä tulee tapahtumaan tai mitä saattaa tapahtua tutkimuksen kuluessa. Henkilöiltä tulee varmistaa, että he ovat kykeneviä ymmärtämään edellä mainitut seikat. (Hirsjärvi ym. 2001, 26–27.)

Tässä tutkimuksessa varmistettiin, että tutkimushenkilöt tietävät haastattelun kulun ja oikeutensa haastattelutilanteessa. Tästä he saivat tiedon sekä kirjallisena että suullisena.

10.5 Suostumus

Suostumus merkitsee sitä, että henkilö on tarpeeksi pätevä tekemään järkeviä ja kypsiä arviointeja. Tutkimushenkilön tutkimukseen osallistumista koskevan suostumuksen on oltava vapaaehtoista. Tutkimushenkilöitä ei voi siis pakottaa tutkimukseen. (Hirsjärvi ym. 2001, 27.)

Haastattelutilanteessa varmistettiin haastateltavien vapaaehtoisuus tutkimuksessa mukana ololle. Näin ollen kaikki haastateltavat tiesivät oikeutensa ja ovat osallistuneet tutkimukseen vapaaehtoisesti.

11 LUOTETTAVUUS

Kyngäs ym. (2011) tutkimuksessa todetaan, että kriteerejä, joilla arvioidaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta, on useita. Tutkijan on ennen kaikkea kyettävä osoittamaan tulosten ja aineiston välinen yhteys. Suorien lainauksien käyttöä pidetään luotettavuuden merkinä, kuitenkin tutkijan tulee olla tarkkana siinä, ettei lainauksia ole liikaa. Tällöin tutkijan oma analyysi saattaa jäädä heikommaksi ja niukemmin raportoiduksi.

Tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat tutkimuksessa siitä huolimatta, että tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntyä. Tästä syystä kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa on mahdollisuus käyttää monia eri mittaus- ja tutkimustapoja. Tutkimuksen reliaaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistuvuutta eli sen kykyä antaa ei- sattumanvaraisia tuloksia. Reliaabelius on mahdollista todeta useallakin tavalla. Esimerkiksi kahden eri arvioijan päädyttyä samaan tulokseen tai saadessa sama tulos tutkittaessa henkilöä eri tutkimuskerroilla, voidaan tulokset todeta reliabeleiksi. Validius on toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite. Validius on mittarin tai tutkimusmenetelmän kyky mitata juuri sitä, mitä tarkoituksena onkin mitata. (Hirsjärvi ym. 2004, 216–217.)

11.1 Analysointi

Tutkimustuloksia analysoidessa pyritään pääsemään mahdollisimman luotettavaan tutkimustulokseen. Analysoinnissa tulee ottaa huomioon kaikki kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta käsittelevät asiat. Näihin lukeutuvat esimerkiksi se, ettei tutkija saa omilla mielipiteillään tai ajatuksillaan vaikuttaa tuloksiin. Tutkimuksen uskottavuus viittaa tulosten luotettavuuteen. Tähän vaikuttaa tutkijan sitoutuneisuus tutkimukseen sekä se, että tutkija saavuttaa haastateltavien luottamuksen. Jo se, että haastateltavat tietävät pysyvänsä nimettöminä, voi osaltaan tuoda luottamusta ja uskallusta sanoa asioita ääneen. Tutkimuksen luotettavuus varmistetaan myös siten, että tutkimusaineisto käydään uudestaan läpi. (Janhonen & Nikkonen 2001, 258.)

11.2 Tutkijatriangulaatio

Tutkijatriangulaatiolla tarkoitetaan, että tutkimukseen osallistuu useampia tutkijoita sekä aineistonkerääjinä että tulosten analysoinnissa ja tulkitsemisessä. On puhuttu myös teoreettisesta triangulaatiosta, jossa ilmiötä lähestytään eri teorioiden näkökulmasta sekä aineistotriangulaatiosta, jossa kerätään useita erilaisia tutkimusaineistoja saman ongelman ratkaisemiseksi. (Hirsjärvi ym. 2004, 218.)

Kankkusen ja Vehviläinen- Julkusen (2009, 59) mukaan tutkijatriangulaatio yhdistää erilaisia näkökulmia sekä mahdollistaa yhteistyön aineistonkeruussa ja analysoinnissa. Tavoitteena on siis tutkimuksen luotettavuuden vahvistaminen.

Koska opinnäytetyötä työsti kaksi tekijää, mahdollisti se kattavamman ja luotettavamman analyysin, sillä näin aineisto käytiin niin sanotusti läpi kahdesta eri näkökulmasta. Tämän menetelmän avulla mahdolliset virheet tulivat selkeämmin ilmi kun tekstiä käytiin läpi kahden tekijän voimin.

11.3 Lähdekritiikki

Analyysin olennainen osa on lähdekritiikki. Kriteerit, joilla tutkitaan lähteiden luotettavuutta, riippuvat itse lähteistä tai siitä mistä näkökulmasta informaatiota tarkastellaan. Esimerkiksi haastatteluissa ei kerrota mihin kysymyksillä pyritään. Tämän vuoksi vastauksia voidaan pitää melko luotettavina. (Alasuu-tari 2007, 95–96.)

Jos tietty kirjoittajan nimi toistuu sekä julkaisujen tekijänä mutta myös muiden kirjoittajien lähdeviitteissä, hänellä hyvin todennäköisesti on alalla arvovaltaa. Tästä syystä on hyvä tutustua hänen teksteihinsä ja hankkia hänestä lisätietoa. Tutkija haluaa usein käyttää tuoreita lähteitä ja siksi opiskelijoitakin kehoitetaan pitämään huolta siitä, että lähteet ovat tuoreita, koska monilla tiedonantajilla tutkimustieto muuttuu nopeasti. Lisäksi uuteen tietoon on sisällytetty vanha tieto. Alkuperäisiin tutkimuksiin on hyvä tutustua, sillä se osoittaa usein sen, että jokin tieto on moninkertaisessa lainaus- ja tulkintaketjussa saattanut suurestikin muuttua. (Hirsjärvi ym. 2004, 102.)

On syytä uskoa, että arvovaltaisessa asemassa oleva julkaisija ei halua ottaa painettavakseen tekstiä, joka ei ole läpäissyt asiataarkastusta. Hyvän laadun varmistamiseksi on oleellista etsiä käsiinsä julkaisusta kirjoitettuja arvosteluja tai lausuntoja. (Hirsjärvi ym. 2004, 102.)

Lähdemateriaalin luotettavuuden arvioinnissa tutkijan välineenä on lähdekritiikki, sillä lähdemateriaalin luotettavuuteen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Lähdekritiikin olennainen osa on varmistua lähteen aitoudesta kiinnittämällä huomiota sen riippumattomuuteen, alkuperäisyyteen sekä puolueettomuuteen. (Mäkinen 2006, 128.)

Opinnäytetyössä kiinnitettiin erityistä huomiota lähteiden luotettavuuteen tarkastelemalla lähteen alkuperää ja julkaisuajankohtaa. Opinnäytetyössä on pyritty käyttämään mahdollisuuksien mukaan uusinta tietoa aiheesta.

11.4 Lähdeluettelo

Kirjoituksen lopussa oleva lähdeluettelo antaa tutkijoiden sukunimen mukaisessa aakkosjärjestyksessä tarkat tiedot käytetyistä julkaisuista ja muista lähteistä, joihin työssä on viitattu. Lähdeluettelon huolellinen laadinta sekä lähdeluettelo tulee tehdä huolellisesti. Varhaisessa vaiheessa aloitettu kirjallisuuden perehtyminen ja tarkka työskentelytapa säästävät tutkijan monelta kirjoitusvaiheen murheelta. Järkevää on kirjata heti jokaisesta käyttämästään lähteestä tiedot ylös, näin on mahdollista säästää aikaa ja välttyä moninkertaiselta vaivalta. (Hirsjärvi ym. 2004, 104.)

Tutkijan on oltava erityisen tarkka merkintöjen tekemisessä. Jokaisessa merkinnässä tulee näkyä tekijän ja julkaisujen nimet kirjain kirjaimelta. Myös kaikki numeroilmaukset ja välimerkit tulee näkyä. Tutkijan tulee olla tarkkana sen suhteen, että keskeiset tiedot tulee merkityksi. Näitä ovat kirjoittaja, julkaisun nimi, tiedot julkaisijasta sekä esimerkiksi kustantajan kotipaikka. (Hirsjärvi ym. 2004, 104.)

Lähdeluettelo laatiessa on pyritty siihen, että on kirjoitettu käytetyt lähteet heti ylös. Näin on ollut mahdollisuus säästää aikaa ja vaivaa. Lähteet on kirjattu asianmukaisesti ylös ja ne on merkitty ohjeistuksen mukaisesti lähdeluetteloon. Opinnäytetyössä lähteet ovat merkitty selkeästi sukunimen mukaisessa aakkosjärjestyksessä. Lähdeluetteloon on listattu lähteestä keskeiset tiedot.

11.5 Epärehellisyyden välttäminen

Kaikenlainen plagiointi on ehdottomasti kiellettyä. Toisen tekstiä lainatessa, on lainaus osoitettava lähde-merkinnöin. Molempien tekijöiden panos työhön tulee olla yhdenvertainen eikä yhteistyön seurauksena syntyneitä tuloksia saa julkaista vain toisen nimellä. Raportointi ei tule olla harhaanjohtavaa eikä puutteellista. Kaikki käytetyt menetelmät on tuotava esiin huolellisesti. Tulokset tulee raportoida totuudenmukaisesti. Tuloksia ei saa sepittää eikä kunnistella. (Hirsjärvi ym. 2001, 27–28.)

Plagioinnin välttämistä on helppo puhua ja huomauttaa, mutta käytännössä asia ei ole niin helppo. Varsin yleistä on, että viitataan puutteellisesti tai epävirallisesti. Myöskään lähdeviitteistä ja niiden tarkkuudesta huolehtiminen ei ole aina ongelmatonta. Usein voi olla vaikeaa jäljittää tiedon tai idean alkuperää silloinkin kun se tuntuu erityistiedolta. Tällainen tilanne saattaa syntyä esimerkiksi tietoverkkoja selaillessa tai tiimityöskentelyssä jossa ideat voivat risteillä. Tästä huolimatta tulisi pyrkiä huolehtimaan, että kunnian saa se, jolle se kuuluu. Väärennys on vaarallisin vilpin muodoista, sillä se vähentää julki-

suudessa tieteellisen työn uskottavuutta ja myös heikentää tutkimusedellytyksiä. (Hirsjärvi ym. 2004, 111.)

Tutkimuksessa ei plagioitu mitään, ja lähdemerkinnät on osoitettu asianmukaisesti. Raportointi on laadittu rehellisesti, mitään poistamatta tai lisäämättä. Molempien tekijöiden panos työhön on ollut yhdenvertainen ja tämä on varmistettu säännöllisin palaverein.

12 POHDINTA

Mini-interventio on keskeinen työväline päihdetyössä ja etenkin ennaltaehkäisevässä päihdetyössä mutta myös korjaavassa päihdetyössä. Alkoholiongelmaisen potilaan hoidossa sairaanhoitajan tehtävänä on hoidon arviointi, ehkäisy, varhainen tunnistus sekä alkoholin väärinkäyttäjien hoito. Jotta riskikäyttäjien alkoholinkäyttöön voitaisiin puuttua mahdollisimman nopeasti, tulisi hoitotyöntekijöillä olla riittävät valmiudet, tieto sekä rohkeus puuttua ja kartoittaa potilaan alkoholinkäyttöä.

Kokonaisuudessaan opintäytetyö on tuntunut haasteelliselta, mutta myös mielenkiintoiselta ja opettavaliselta. Se on kokonaisuus, johon sisältyy monia eri vaiheita. Opinnäytetyön tekeminen on opettanut meitä käyttämään ja ennen kaikkea etsimään ajankohtaista tietoa sekä käyttämään hyväksi erilaista tutkittua tietoa sekä kirjallista tietoa. Vaikka opinnäytetyötä tehdessä on toisinaan tuntunut, että jokin asia ei tunnu selkiytyvän tai työ etenevän, on tilanteista selvitty hyvin ja löydetty uusia ratkaisuja tilanteisiin. Työn tekeminen on opettanut meitä käyttämään hyväksi omia ja toistemme vahvuuksia. Olemme myös oppineet tekemään yhteisiä päätöksiä ja kompromisseja mutta myös sitoutumaan yhteisiin päätöksiin sekä tekemään itsenäisiä päätöksiä.

Omia oppimiskokemuksiamme ovat lisänneet ja syventäneet perehtyminen mini-interventioon sekä sen tärkeyden ja tehokkuuden ymmärtäminen työvälineenä päihdetyössä. Tätä vahvistavat sekä haastateltavien vastaukset mutta myös jo aiempi tutkittu tieto mini-interventiosta. Opinnäytetyön tekeminen on myös tuonut esille kehittämistarpeita mini-intervention saralla, kuten sen käyttöön perehdyttämisen ja rohkeuden sen käytön toteuttamisesta käytännössä. Kirjalliset taitomme ovat myös kehittyneet opinnäytetyön tekemisen ansiosta.

Mini-intervention käytön tärkeys on vain korostunut opinnäytetyötä tehdessä. Se kuuluisi jokaiselle hoitotyön ammattilaiselle, sillä sen avulla voidaan mitä suurimmassa määrin ennaltaehkäistä alkoholin aiheuttamia haittoja. Ihminen ei aina itse huomaa omaa tilannettaan, ennen kuin ammattilainen siitä hienovaraisesti huomauttaa.

Aiheen valinta oli ajankohtainen, sillä yhä useampi väestöläisistämme ovat riskikuluttajia ja saattavat saada mini-interventiosta avun ongelmaansa.

LÄHTEET

- Aalto, M. 2008. Alkoholien riskikulutus on yleinen ja usein tunnistamaton terveysuhka. Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto, Kansanterveyslaitos.
- Aalto, M. 2009. Alkoholien suurkulutuksen varhainen tunnistaminen ja hoito. *Duodecim*, 125(8):891–6.
- Aalto, M., Bäckmand, H., Haravuori, H., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Melartin, T., Partanen, A., Partonen, T., Seppä, K., Suomalainen, L., Suokas, J., Suvisaari, J., Viertiö, S. & Vuorilehto, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen, Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Yliopistopaino.
- Alasuutari, P. 2007. Laadullinen tutkimus. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.
- Havio, M., Inkinen, M & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Halonen, M. & Paasivaara, L. 2008. Asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluista. *Hoitotiede* 20 (5), 272–273.
- Heikkilä, S., Jokinen, P & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY.
- Heinänen, M. 2007. AUDIT-testi Alkoholinkäytön puheeksiotto sosiaalialalla. Helsingin kaupunki Sosiaalivirasto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, P., Remes, P., & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Inkinen, M. 2003 Sairaanhoitajan käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. 2000. Päihdehoitotyö. Tampere: Tammi.
- Inkinen, M. Partanen, A. & Sutinen, T. 2003. Päihdetyö. Tampere: Tammi.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 13. Juva: WSOY.

Kaner EF.S., Dickinson HO., Beyer FR., Campbell F., Schlesinger C., Heather N., Saunders JB., Burnand B. & Pienaar ED. 2007. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Julkaisija: John Wiley and Sons, Ltd.

Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet- vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali ja terveysministeriön julkaisu. Helsinki

Kujasalo, A. & Nykänen, H. 2005. Viinin viemää, nainen alkoholin ansassa. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 23 (2), 138–148.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3-12.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. Hoitotiede 17 (4), 208–216.

Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva Hoitotyö Vol. 3 (3), 27–31.

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

Pirkanen, M., Pietilä, A-M., Halonen, P. & Laukkanen, E. 2007. Nuorten päihteiden käytön ja sen haitallisten seurausten varhainen tunnistaminen – menetelmiä preventiiviseen hoitotyöhön. Tutkiva Hoitotyö Vol. 5 (1), 12–17.

Pihlaja, J. 2001. Tutkielmaa tekemään. Vammalan Kirjapaino Oy

Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. 2003. Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K. 2010. Alkoholiriippuvuus. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2000: 3. 2002. Päihdepalvelujen laatusuosituksat. Helsinki: Edita Prima Oy.

Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Päihdetyöryhmä. 2006

Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Päihdetyöryhmä. 2006. Laatutähteä tavoittelemassa ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. Kuopio ja Helsinki: Suomen graafiset palvelut Oy Ltd.

Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. 1997–2008. Päihdetilastollinen vuosikirja. Helsinki.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielen-terveys ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY.

Weilin & Göös. 2000. Suomalainen lääkärikeskus osa 3. Helsinki: WSOY.

**KATEGORIOINTI
PELKISTYS**

ALAKATEGORIAT YLÄKATEGORIAT

Ihminen haluaa vastaanottaa tietoa
Herättää ihmisessä aidon kiinnostuksen
Saada ihminen huomaamaan, että on jo tullut terveyshaittoja ja sosiaalisia ongelmia
Ihmiselle herää ajatus, että täytyy tehdä jotain
Asiakas kokee saavansa siitä hyötyä
Potilas havahtuu tilanteeseensa
Kokee saavansa uutta informaatiota
Saa ihmisen heräämään tilanteeseensa

Onnistunut
mini-interventio
asiakkaan kannalta

Selvittää paljonko ihminen juo, määrät
Neuvoa, mitä juomisesta seuraa
Onko ihminen itse huomannut että juomisesta on jo alkanut tulla jotain oireita esim. pitkittynyt krapula, vapina, pahoinvointi, delirium
Diagnostiikan tekoa siitä, mistä on kysymys
Todentaa, onko kyseessä päihdeongelma vai ei
Alkoholin osuus on keskeistä
mini-interventiossa

Keskeiset asiat
mini-interventiossa
sairaanhoitajan
näkökulmasta

Alkoholin osuuden sen esille nostaminen

On tärkeää, jotta ongelmat ei pääsisi pitkälle
Ajoissa tunnistaminen, haitoista kertominen
Pyritään auttamaan kaikkia
Yli puolella mielenterveyspotilaista päihdeongelma, joka vie hoitolinjausta eri suuntaan
Painonhallinnan helpottaminen
Diabeteksen ennaltaehkäisy

Mini-interventio
tärkeys ja miksi

Mini-interventio on hyvä hoitomuoto
Hyödyllinen hoitomuoto
Mini-interventio on työväline
Osa hoitodialogia
Mini-intervenito ei ole hoitomuoto
Mini-interventio on haastattelustandardi
Alkoholin käyttöä tutkivana

Mini-interventio
hoitomuotona

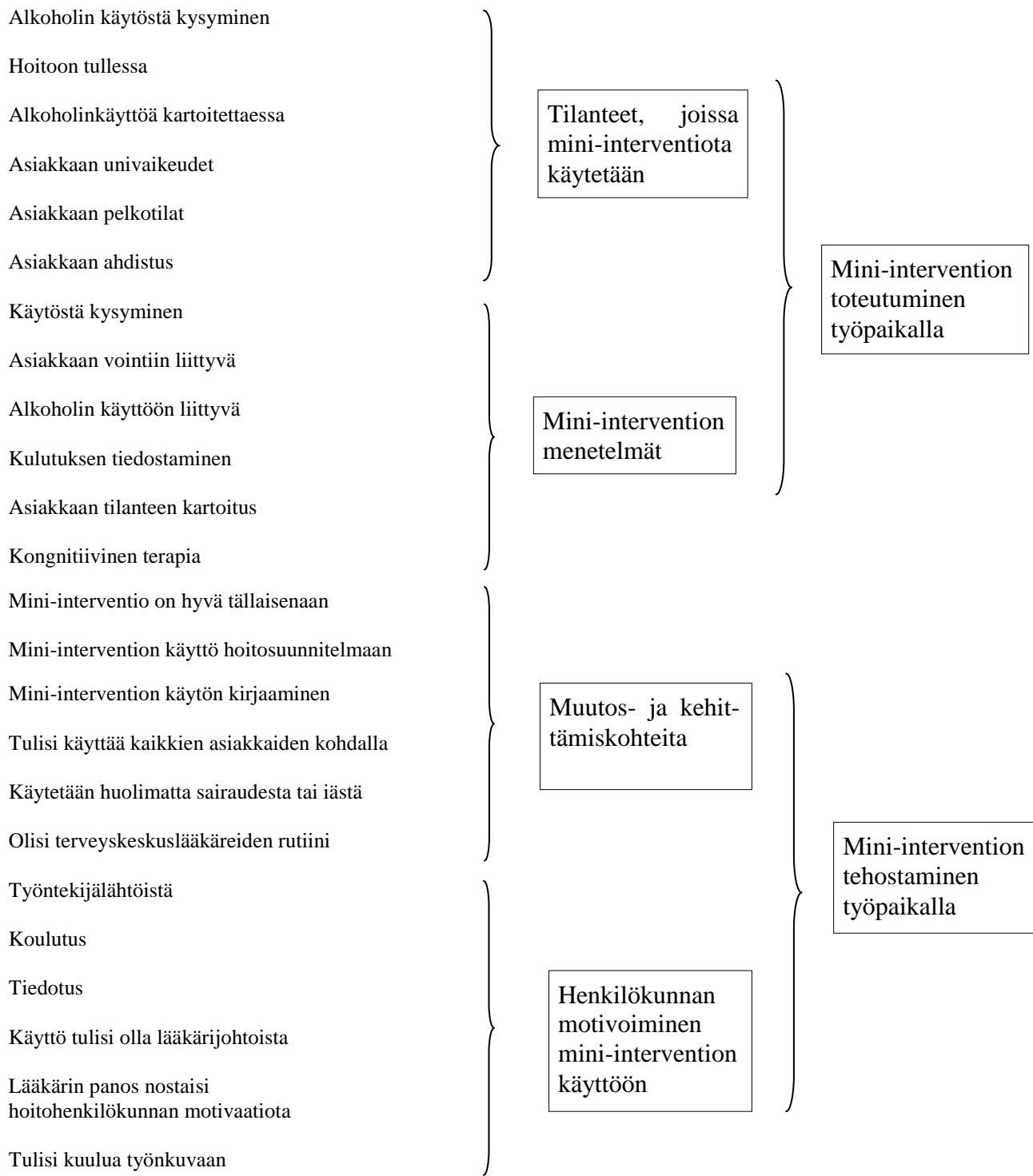
Työntekijän ammattitaito
Asiakas ei halua vastaanottaa tietoa
Asiakas kieltää ongelman olemassaolon
Suomalainen alkoholipolitiikka, jossa alkoholia ei pidetä ongelmana
Suomalainen juomiskulttuuri
Alkoholista puhumista pidetään tabuna
Hoitohenkilö ei kehtaa kysyä alkoholinkäytöstä asiakkaalta
Ongelmaa vähätellään
Asian intiimiys
Asiakas ei ole sisäistänyt ongelmaa

Mini-intervention
toteuttamisen
haasteet

Mini-interventio
yhtenä
hoitomuotona
päihdetyössä

PELKISTYS

ALAKATEGORIAT YLÄKATEGORIAT



HAASTATTELURUNKO

1) Millä tavoin sairaanhoitajat kokevat mini-intervention yhtenä hoitomuotona päihdetyössä?

- Miten kuvailisitte onnistunutta mini-interventiota?
- Mitkä ovat mielestänne keskeiset asiat mini-interventiossa?
- Miten tärkeää mini-intervention käyttö mielestänne on? Miksi?
- Miten arvioisitte mini-intervention hyödyllisyyttä?
- Millaisena hoitomuotona pidätte mini-interventiota?
- Mini-intervention toteuttamisen haasteet?

2) Millä tavoin mini-intervention käyttö toteutuu heidän työpaikallaan?

- Millaisissa tilanteissa käytätte mini-interventiota?
- Mitä mini-intervention menetelmiä käytätte työssänne?

3) Miten mini-intervention käyttöä voitaisiin tehostaa heidän työpaikallaan?

- Millaista koulutusta/perehdytystä toivoisitte saavanne mini-intervention käytöstä?
- Mitä haluaisitte muuttaa/kehittää?
- Millä keinoin henkilökunta motivoitumaan mini-intervention käyttöön?

SAATEKIRJE

Hei!

Olemme kaksi 3.vuoden sairaanhoitajaopiskelijaa Hämeen ammattikorkeakoulun Forssan yksiköstä.

Teemme opinnäytetyötä joka kulkee tällä hetkellä nimellä Mini-interventio päihdetyössä sairaanhoitajien kokemana. Opinnäytetyön tarkoituksena on laadullisella haastattelulla selvittää, miten sairaanhoitajat kokevat mini-intervention ja sen käytön työssään sekä miten sen käyttöä voitaisiin mahdollisesti tehostaa.

Haastattelutilanne nauhoitetaan ja kirjoitetaan jälkikäteen puhtaaksi sekä käsitellään luotamuksellisesti. Anonymiteettisuoja säilyy haastateltavilla koko prosessin ajan.

Itse haastattelutilanne kestää arviolta 15–30 minuuttia.

Haastateltavalla on oikeus kieltäytyä haastattelusta tai keskeyttää se missä vaiheessa tahansa.

Mikäli Sinulle tulee kysyttävää, otathan yhteyttä puhelimitse tai sähköisesti, paula.eloranta@student.hamk.fi tai marjut.mulari@student.hamk.fi puh. 040-5132322 tai 045-2066270

Ystävällisin terveisin,
Paula Eloranta ja Marjut Mulari

AUDIT-TESTI

Paljonko juot?

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

- ei koskaan
- noin kerran kuussa tai harvemmin
- 2-4 kertaa kuussa
- 2-3 kertaa viikossa
- 4 kertaa viikossa tai useammin

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

- 1-2 annosta
- 3-4 annosta
- 5-6 annosta
- 7-9 annosta
- 10 tai enemmän

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Menikö pitkäksi?

4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

- ei koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Jäikö jotain tekemättä?

5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisesi vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Ryypyllä käyntiin?

6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Morkkis?

7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Menikö muisti?

8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Kolhitko itseäsi tai muita?

9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?

- ei

- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- kyllä, viimeisen vuoden aikana

Tuliko sanomista?

10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?

- ei koskaan
- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- kyllä, viimeisen vuoden aikana

11. Vastajaajan sukupuoli

- Mies
- Nainen

12. Ikä

- 15 tai alle
- 16 - 17
- 18 - 24
- 25 - 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- 51 - 64
- 65 tai enemmän

13. Ketä testaa

- itseään
- puolisoaan
- lastaan
- muuta lähiomaistaan
- asiakastaan