

Opinnäytetyö (YAMK)

Ylempi Ammattikorkeakoulututkinto

Terveyden edistäminen

2012

Riikka Korhonen

SAVUTON TURKU 2015

– Tupakan ryhmävieroitusmalli perusterveydenhuoltoon



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ
TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto | Terveyden edistäminen
Marraskuu 2012 | 67 sivua
Pia Suvivuo, Pia Ahonen

Riikka Korhonen

SAVUTON TURKU 2015

– Tupakan ryhmävieroitusmalli perusterveydenhuoltoon

Kehittämisprojektin tavoitteena oli tuottaa tupakasta vieroituksen ryhmämalli perusterveydenhuoltoon. Mallin avulla lisätään turkulaisten savuttomuutta ja parannetaan turkulaisten terveyttä ja kavennetaan väestön välisiä terveyseroja. Tupakasta vieroituksen ryhmäohjausmalli tukee Savuton Turku 2015 – ohjelman toimenpidesuunnitelmaa, joka pitää sisällään erilaisten savuttomuusmallien kehittämisen perusterveydenhuoltoon. Ryhmävieroitusmalli halutaan täydentämään savuttomuusohjelmaa, koska kaikilla ei ole mahdollisuutta osallistua yksilövieroitukseen terveysasemilla ja se on myös erittäin tehokas vaihtoehto vieroituksessa.

Kehittämisprojektin soveltavan tutkimuksen osuudessa oli tarkoituksena kyselyn avulla kerätä tietoa siitä, kuinka lisätään turkulaisen aikuisväestön savuttomuutta. Kyselyyn osallistuvilta haluttiin saada arjen kokemuksia tupakkatyöstä ja luoda paras mahdollinen ryhmämalli perusterveydenhuollon käyttöön. Kyselyyn osallistui 32 terveysasemien henkilökuntaan kuuluvaa työntekijää. Tutkimuksen avulla tunnistettiin myös hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämistarpeita. Tutkimustuloksia hyödynnettiin tupakan vieroituksen ryhmämallin kehittämisessä.

Kehittämishankkeen tuloksena luotiin tupakasta vieroituksen ryhmämalli terveysasemille. Malli sisältää perinteisiä ryhmätapaamisia ja internet-pohjaisia elementtejä. Asiantuntijoiden luennot seksuaaliterveydestä, ravitsemuksesta ja liikunnasta on tehty videoiden muotoon. Lisäksi ohjelma sisältää ohjaajan lähettämiä motivoivia ja kannustavia tekstiviestejä. Mallia on mahdollista soveltaa jatkossa myös muissa perusterveydenhuollon yksiköissä.

ASIASANAT:

ohjaus, ryhmäohjaus, terveyden edistäminen, ryhmämalli, tupakan vieroitustyö

MASTER'S THESIS | ABSTRACT
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Master of Health Care | Advanced Health Promotion
November 2012 | 67 pages
Pia Suvivuo, Pia Ahonen

Riikka Korhonen

NON-SMOKING TURKU 2015

– Smoking cessation group model for public health care

The aim of this developmental project was to create an operational smoking cessation group model for public health care in Turku. The purpose of this model is to promote smokeless among Turku citizens and to prove citizens health and to narrow health inequalities between citizens. The developmental project is a sub-project in Savuton Turku 2015 –project coordinated by Turku Health promotion unit. Group model supplements Savuton Turku – smokefree program. Not every citizen has possibility to join individual smoke-free appointments in to the health station. A group model is also a very cost-effective option.

The project included an applied study, which aim was to collect know-how to increase non-smoking among adult citizens. Purpose was to collect everyday experiences from doctors and nurses and to create the best group model for health stations. There were (N=32) participants who answered to the survey. The results were utilized in developing on the operational group model of smoking cessation.

As a result of this project the operational model of smoking cessation was created for the health stations. The group model includes traditional group-meetings and internet-based elements. For example specialist's lectures were videotaped. The lectures involves sexual health, nutrition and exercise. There are also text-messages which should increase motivation to stop smoking. This group model is easy to bring in to use in every unit in health care. The results of the study also help go recognize what kind of education personnel needs in smoking cessation work.

KEYWORDS:

education, group education, health promotion, group model, smoking cessation

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN TARKOITUS, TAVOITE JA PROSESSIN KUVAUS	7
2.1 Kehittämiprojektin tausta	7
2.2 Kehittämiprojektin organisaatio	7
2.3 Mallin luomisen prosessi	10
3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN	12
3.1 Terveyden edistämisen määrittäminen	12
3.2 Salutogeeninen lähestymistapa terveyden edistämisessä	13
3.3 Terveyden edistämisen mahdollisuudet ja vaikuttavuus	14
3.4 Terveyden edistäminen kunnissa ja lainsäädäntö	19
3.5 Tupakoimattomuuden edistäminen	20
3.6 Tupakan vieroitus hoitotyössä	21
4 RYHMÄN OHJAUS TERVEYDEN EDISTÄMISEN MENETELMIN	23
4.1 Ryhmäohjaukseen valmistautuminen	25
4.2 Mitä on hyvä ohjaus?	28
5 SAVUTTOMUUDEN EDISTÄMISEN TOTEUTUMINEN TERVEYSASEMILLA	31
5.1 Soveltavan tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat	31
5.2 Soveltavan tutkimuksen toteutus	31
5.2.1 Soveltavan tutkimuksen menetelmät	31
5.2.2 Aineiston keruu	32
5.2.3 Aineiston analysointi	33

5.3 Soveltavan tutkimuksen tulokset	34
5.3.1 Taustatiedot	34
5.3.2 Tupakan vieroitustyö terveysasemilla	34
5.3.3 Verkossa tapahtuva tupakan vieroituksen ryhmäohjaus	41
5.4 Soveltavan tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	43
6 TUPAKAN VIEROITUKSEN RYHMÄMALLI	49
7 KEHITTÄMISPROJEKTIN POHDINTA	54
LÄHTEET	59
LIITTEET	
Liite 1. Kyselylomake	62
Liite 2. Saatekirje	66
Liite 3. Fageströmin testi	67
KUVIOT	
Kuvio 1. Projektiryhmän toiminta	9
Kuvio 2. Kunnallista toimintaa ohjaava lainsäädäntö	20
Kuvio 3. Terveysteen vaikuttavat taustatekijät	21
Kuvio 4. Ryhmämallin sisältö	50
TAULUKOT	
Taulukko 1. Asiakkaan motivoiminen tupakoinnin lopettamiseen.	36
Taulukko 2. Vieroitusoireet.	38
Taulukko 3. Vieroitusoireiden hoitomuodot.	39
Taulukko 4. Tupakan vieroituksen aihealueet.	40

1 JOHDANTO

Suomessa yli miljoona ihmistä tupakoi päivittäin, aikuisista miehistä keskimääri 25 % ja naisista 19 %. Tupakointi vaikuttaa ihmisen koko elimistöön aiheuttaen useita sairauksia ja vaikuttaen monien sairauksien hoitoon ja heikentäen paranemistuloksia. Puolet kaikista tupakoitsijoista kuolee ennen aikojaan. On kuitenkin erittäin merkittävää huomioida, että tupakointi on yleisin estettävissä oleva sairauksien ja kuolleisuuden aiheuttaja (Käypä hoito suositus 2006).

Suomessa tupakasta vieroitus on yksi tärkeimmistä agendoista kansanterveysohjelmissa ja terveyden edistämisessä väestön keskuudessa. Terveys 2015 – ohjelma, terveyden edistämisen laatusuositus, Savuton Suomi 2040 – ohjelma ja laaja-alainen lainsäädäntö ottaa kantaa voimakkaasti tähän kehittämistarpeeseen. Käypä hoito – suosituksen tavoitteena on antaa terveydenhuollon henkilöstölle tehokkaat hoito-ohjeet tupakkariippuvuuden hoidossa (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2006; Käypä hoito suositus 2006). Paikallistasolla Turussa on kirjattu valtakunnalliset tavoitteet kaupungin omiin hyvinvointiohjelmiin.

Tutkimusten mukaan seitsemän kymmenestä tupakoitsijasta haluaa lopettaa tupakoinnin. Vieroituksen tulisi olla osa jokaisen potilaan hoitoa. Tupakoinnin lopettaminen on vaikuttavin yksittäinen terveysteko, jonka tupakoitsija voi tehdä. Vieroituksen esteitä ovat aikapula, hoitoketjujen toimimattomuus ja resurssipula (Ståhl & Rimpelä 2010, 67–69). Tästä syystä perusterveydenhuoltoon tarvitaan uusia tehokkaita työmuotoja, joista ryhmäohjausmalli on yksi.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN TARKOITUS, TAVOITE JA PROSESSIN KUVAUS

2.1 Kehittämisprojektin tausta

Tämä kehittämisprojekti oli tilaustyö Turun sosiaali- ja terveystoimen hallintokunnalta. Sosiaali- ja terveystoimi jakautuu useampaan prosessiin, jonka sisällä yksi alue on perusterveydenhuolto. Laki on pitkälti määritellyt mitä toimintoja perusterveydenhuollon tulee tarjota kuntalaisille. Yhtenä osana perusterveydenhuoltoa on ennalta ehkäisevä terveydenhuolto mihin kuuluu mm. neuvolatoiminta, kouluterveydenhuolto ja terveyden edistämisen yksikkö. Terveyden edistämisen yksikkö on asiantuntijayksikkö, joka tarjoaa erilaisia palveluita perusterveydenhuollon käyttöön. Erilaisten työtapojen ja –mallien kehittäminen kuuluu yksikön päävastuu tehtäviin. Sosiaali- ja terveystoimen toimintaa ohjaa erilaiset valtakunnalliset ja paikalliset toimintaohjelmat. Valtakunnallisista ohjelmista Terveys 2015 – ohjelma, terveyden edistämisen laatusuositukset, Savuton Suomi 2040 – ohjelma ja käypä hoito – suositukset, jotka ohjaavat myös paikallistason tupakasta vieroituksen kehittämistä. Paikallistasolla kehittämisen apuna ovat Aukkaiden hyvinvointiohjelma, Turku strategia, mielenterveys- ja päihdeohjelma, SOTEN:n toimenpideohjelma ja Savuton Turku 2015 – ohjelma (Turku strategia 2015).

Perusterveydenhuollossa on otettu tulevaisuuden kehittämistavoitteeksi terveyden edistäminen ja ennalta ehkäisy, nykyisestä sairaanhoidollisesta painopisteestä. Tällä linjauksella Turku noudattaa sosiaali- ja terveysministeriön terveyden edistämisen laatusuositusta kunnassa. Savuton Turku 2015 – ohjelma on keskeinen osa tätä tavoitetta, jolla on pitkántähtäimen tavoitteena parantaa kuntalaisten terveyttä, vapauttaa henkilöstöresursseja. Johdon voimakas sitoutuminen hankkeeseen edesauttaa viestin viemistä eteenpäin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Turku strategia 2015).

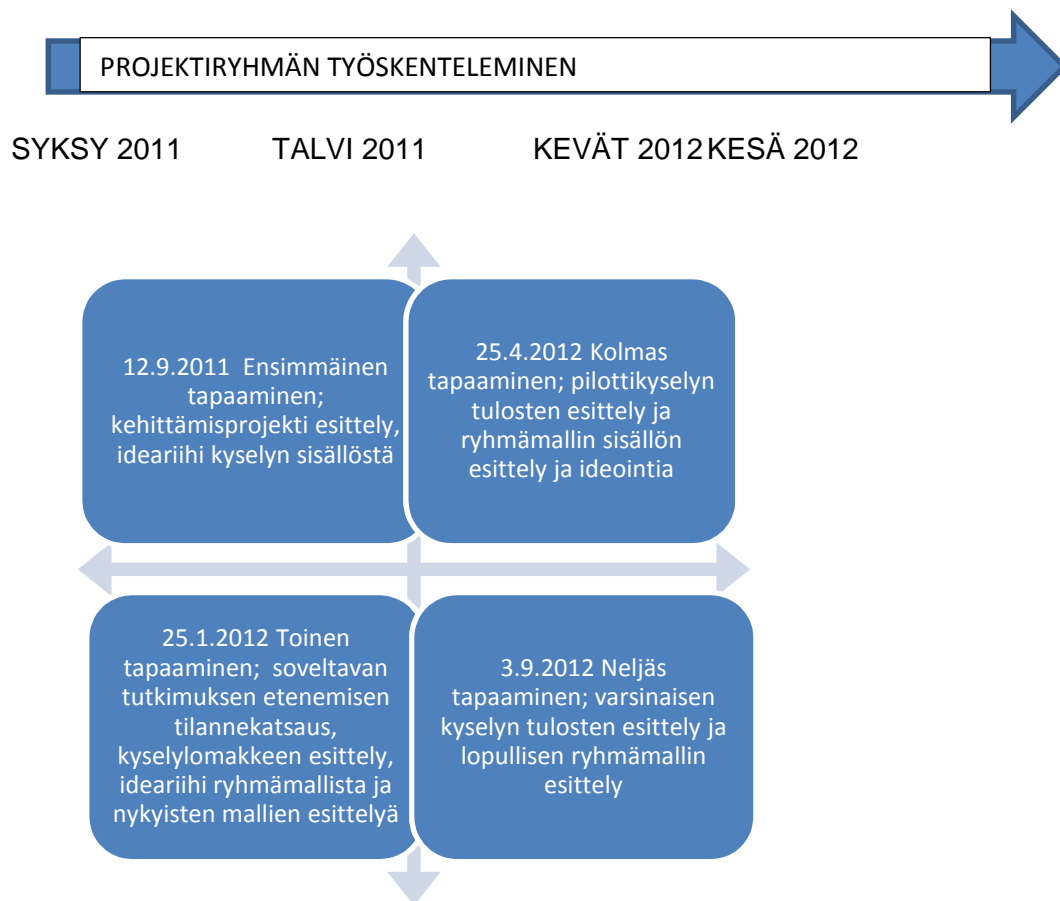
Kehittämiprojektin aiheen valinta tuli tilaajalta eli Turun sosiaali- ja terveystoimen perusterveydenhuollon johdolta. Tupakasta vieroituksen ryhmäohjausmalli tukee Savuton Turku 2015 – ohjelman toimenpidesuunnitelmaa, joka pitää sisällään erilaisten savuttomuusmallien kehittämisen perusterveydenhuoltoon. Tällä hetkellä on käytössä yksilövieroitusmalli terveysasemilla ja kehitteillä on interventiomalli mm. kouluterveydenhuoltoon. Ryhmävieroitusmalli halutaan täydentämään savuttomuusohjelmaa, koska kaikilla ei ole mahdollisuutta osallistua yksilövieroitukseen terveysasemilla ja se on myös erittäin tehokas vaihtoehto vieroituksessa. Kehittämiprojektin tavoitteena on lisätä turkulaisten savuttomuutta ja näin parantaa turkulaisten terveyttä ja kaventaa terveyseroja (Turun sosiaali- ja terveystoimen toimenpideohjelma 2015).

2.2 Kehittämiprojektin projektiorganisaatio

Tämän työn tekijä toimi kehittämiprojektin projektipäällikkönä. Projektipäällikön tehtävänä oli hallita projektia kokonaisuudessaan, olla tietoinen projektin sisällöstä, ideoida, tehdä riskikartoitus ja tarvittaessa täydentää sitä, pitää kiinni sovitusta aikataulusta ja tiedottaa projektin kulusta (Anttila 2001, 115). Projektiryhmä koostui oman organisaation eli sosiaali- ja terveystoimen ammattilaisista; päihdetyön kehittäjä, terveyskasvatuksen yhdyshenkilö, liikunnan asiantuntija ja terveydenhoitaja. Mukana ryhmässä oli myös työelämämentori ja lääketehaan edustaja. Projektiryhmään osallistumisen lähtökohtana oli vapaaehtoisuus sekä ammatillinen kiinnostunut savuttomuuden edistämisen kehittämiseen sosiaali- ja terveystoimessa. Projektiryhmä toimi projektin ”työrukkasena”, arvioiden kriittisesti projektin sisältöä, aikataulua, implementointia ja tiedottamista. Jokaisen ryhmäläisen ammatillinen osaaminen kehitti projektia parhaalla tavalla eteenpäin.

Projektiryhmään kuuluvat henkilöt olivat sitoutuneet tehtäväänsä erittäin hyvin. Moniammatillinen työryhmä tapasi tosiaan työn merkeissä

muulloinkin ja kehittämisprojektin ideointi oli aina läsnä näissä tapaamisissa. Projektiryhmällä oli suuri merkitys kehittämisprojektin sisällön kehittämisessä, muuttumisessa ja uudelleen luomisessa. Projektipäällikkyys oli haastavaa, olihan kyseessä ensimmäinen projekti, jossa projektipäällikkö oli päällikkönä. Aikataulujen yhteensovittaminen oli myös hyvin haastavaa, koska ihmiset työskentelevät osittain eri organisaatiossa ja oman työn hoitaminen vie kaikilta paljon aikaa. Lisäksi kehittämisprojektin soveltavan tutkimuksen osion kyselyyn tuli huomattavia muutoksia. Myös projektipäällikön sairastuminen muutti aikatauluja huomattavasti (Kuvio 1).



Kuvio 1. Projektiryhmän toiminta

Ohjausryhmään kuului sote:n palvelupäällikkö, ylihoitaja ja päihdetyön suunnittelija. Ohjausryhmään kuului myös lääketehtaan edustaja ja

opettajatutor. Ohjausryhmän tehtävänä oli hyväksyä kehittämisprojektin päälinjaukset, toimia tarvittaessa projektin sisällön kehittäjänä ja mahdollistaa projektin onnistuminen organisaatiotasolla.

2.3 Mallin luomisen prosessi

Soveltavan tutkimuksen eli kyselyn tavoitteena oli kerätä tietoa siitä, kuinka lisätään turkulaisen aikuisväestön savuttomuutta. Kysely tehtiin survey-kyselynä, jossa aineisto kerättiin standardoidusti. Kyselyn kohdehenkilöt eli terveysasemien henkilökunta muodostivat otoksen perusterveydenhuollon koko henkilökunnasta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 193). Metodiksi valittiin kysely, jotta mukaan saadaan useita henkilöitä ja näin voidaan kysyä myös monia tupakointiin liittyviä asioita. Kyselyyn osallistuvilta haluttiin saada arjen kokemuksia tupakkatyöstä ja luoda paras mahdollinen ryhmämalli Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen perusterveydenhuollon käyttöön. Kyselystä saatuja tuloksia käytettiin projektin lopputuloksen eli toimintamallin kehittämisessä. Näin tullaan kohentamaan turkulaisen aikuisväestön koettua terveyttä ja osaltaan kaventamaan myös terveyseroja.

Projektipäällikkö raportoi kyselyn tulokset ja esitteli tupakan vieroituksen ryhmämallin kirjallisesti kehittämisprojektin loppuraportissa. Kehittämisprojektin lopputuotoksesta tehtiin posteriesitys valtakunnallisille ”Tupakka ja terveys – päiville”, joka pidettiin marraskuun lopussa. Kehittämisprojekti esitellään kokonaisuudessaan myös ohjausryhmälle marraskuussa.

Kehittämisprojektin lopputuotoksena luotiin ryhmämalli tupakasta vieroitukseen. Mallissa on sekä perinteisiä ryhmäohjauksetoimia, että sähköisiä elementtejä, kuten asiantuntijoiden videoita ja ohjaajan tekstiviestejä. Heikkinen (2011, 5) on todennut, että potilaille on hyvät mahdollisuudet voimaantua tiedollisesti internetin avulla. Monipuolista tietoa sisältävä sivusto todettiin käyttäjien näkökulmasta

hyväksyttäväksi. Internet-perustaiseen ohjaukseen osallistuneiden tiedon taso ja kokemustiedon riittävydestä lisääntyivät ohjauksen jälkeen enemmän kuin sairaanhoitajan välittämään potilasohjaukseen osallistuneiden tiedot.

Ryhmämalli luotiin perusterveydenhuollon käyttöön ja siihen ohjautuu lähinnä terveysasemien yli 18-vuotiaat turkulaiset asiakkaat. Nuoremmat asiakkaat hoidetaan koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa tai lasten- ja nuorten poliklinikalla. Maksutonta palvelua pitkäaikaisesti tarjotaan ainoastaan oman kunnan asiakkaille, koska ei ole kyseessä akuuttisairaanhoidon palvelu, joka on tarkoitettu kaikille.

Ryhmämallin käyttö tupakasta vieroituksessa perustuu siihen, että voimme oppia asioita toinen toisiltamme. Ryhmä antaa puitteet keskustelulle ja kokemusten vaihdolle. Ne mahdollistavat vertaistuen saamisen monilta samanaikaisesti. Ryhmä on myös kustannustehokas, koska se mahdollistaa tiedon jakamisen monelle samanaikaisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Malli luotiin niin että, sitä tuli ohjaamaan terveydenhuollon ammattilainen. Näin voidaan huomioida kokonaisvaltaisemmin ryhmäläisten terveydentilanne ja antaa monipuolisempaa elämäntapaneuvontaa. Tulevaisuudessa Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen lääkärit ja hoitajat voivat ohjata turkulaisia aikuisväestöön kuuluvia asiakkaita tupakan ryhmävieroitukseen internetin kautta. Tällä tavoin parannetaan turkulaisten terveyttä, lisätään tupakoinnin lopettamisen tietoisuutta henkilökunnan ja kaupunkilaisten keskuudessa, säästetään resursseja ja vähennetään hoitokustannuksia (Käypä hoito – suositus 2006).

3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

3.1 Terveyden edistämisen määrittäminen

Terveyden edistämisen määrittely on haastavaa, koska se pitää sisällään laajan toimintakentän. Kansainvälisissä asiakirjoissa aina Ottawan asiakirjasta alkaen tuotiin esille sen laaja-alaisuus. Asiankirjan mukaan terveyden edistäminen on terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittämistä, terveellisen ympäristön aikaansaamista, yhteisöjen ja henkilökohtaisten taitojen kehittämistä ja terveystalvelujen uudistamista. Keskeinen pyrkimys on parantaa ihmisen mahdollisuuksia huolehtia omasta terveydestään (Pietilä 2010, 15–16).

Hoitotyössä tarvittavan terveyden edistämisen asiantuntijuuden perustana voidaan pitää terveyden edistämisen käsitteen ja monitieteisen tietoperustan ymmärtämistä. Terveyden edistäminen ymmärretään usein prosessina, johon vaikuttavat yksilölliset ja yhteiskunnalliset tekijät sekä vallitsevat olot. Terveyden edistämisen prosessissa ihmisille luodaan edellytyksiä hallita, ylläpitää ja parantaa omaa terveyttään. Terveyden edistämisen yhteisöllistä vaihetta kuvaa terveyden edistämisen voimavarakeskeinen (empowerment) lähestymistapa. Käsitettä käytettäessä tulisi ilmetä sen suhde taustalla vaikuttavaan filosofiseen suuntaukseen. Terveyden edistämisessä empowerment tarkoittaa prosessia, jonka kautta ihmisillä on aikaisempaa suurempi mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua terveyteensä liittyvään päätöksentekoon ja toimintaan. Tämän lähestymistavan avulla pyritään maksimoimaan ihmisten mahdollisuuksia terveyteen, itsenäisyyteen ja riippumattomuuteen. Tämä edellyttää terveyden edistämisen perusarvojen voimavarakeskeisyyden, tasa-arvon, yhteistyön ja osallistumisen sisäistämistä toimintaa ohjaaviksi kulmakiviksi.

Terveyden edistämisen avulla ihmisten terveyttä voidaan turvata ja vahvistaa. Voimavarakeskeinen terveyden edistäminen edellyttää uudenlaisia taitoja ja menetelmiä terveydenhuollossa, jotta asiakkaan voimavarat saadaan esiin, terveyden edistämisen prosessin käynnistämiseksi ja ohjaamiseksi (Liimatainen 2002, 18–22).

3.2 Salutogeeninen lähestymistapa terveyden edistämässä

Salutogeenisen eli terveyslähtöisen ajattelutavan kehittäjä Aaron Antonovsky lähtökohtana ovat koko elämänkaaren kestävät prosessit, joiden tarkoituksena on tukea ja edistää terveyttä elämään liittyvänä voimavarana. Käytössä olevat voimavarat edistävät prosessia kohti hyvinvointia ja elämänlaatua niin yksilö-, ryhmä- ja yhteiskunnan tasolla (Pietilä 2010, 32–33).

Terveyden edistämisen lähtökohtana on, että ihminen itse on aktiivisesti toimiva subjekti omassa elämässään. Koettu terveys on jokaisen oma tulkinta kokemastaan terveydestä ja sairaudesta omassa arkipäivän elämässään (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 90). Terveydenhuollon aikaisempi käsitys terveydenhoidosta on ollut hyvin sairaus, kärsimys ja kuolema keskeinen. Nykyään painopiste on ennalta ehkäisyssä, terveystiedon jakamisessa ja terveyden edistämässä. Vaikuttavassa ja laadukkaassa terveydenhuollossa tulee tulevaisuudessa keskittyä niihin voimavaroihin, prosesseihin ja yhteyksiin jonka tuloksena voidaan saada aikaan hyvä ja mielekäs elämä. Tämän sisäistettyään ihminen elää kauemmin, tekee myönteisiä terveysratkaisuja ja he kokevat oman terveytensä hyväksi. Näin myös elämänlaatu paranee (Pietilä 2010, 35–37).

3.3 Terveyden edistämisen mahdollisuudet ja vaikuttavuus

Terveyden edistämisen näkökulmasta kehittämisprojektin tarkoituksena on lisätä sekä promootiota että preventiota yksilön tasolla. Promootion avulla parannetaan ihmisten elämänlaatua lisäämällä tietoutta terveellisistä elämäntavoista ja ottamalla vastuuta omasta terveydestä. Prevention tarkoituksena ehkäistä sairauksien syntyä. Tupakan vieroitustyössä voidaan käyttää kaikkia prevention osa-alueita; primaaripreventiota, sekundaaripreventiota ja tertiaaripreventiota. Primaariprevention avulla ehkäistään sairauksien syntyä terveysterveystieteiden avulla. Sekundaaripreventiolla pyritään estämään jo olemassa olevan sairauden pahenemista. Tarkoituksena on poistaa riskitekijä tai pienentää sen vaikutusta eli tässä työssä tupakoinnin vähentäminen tai lopettaminen ehkäisee jo olemassa olevan sairauden pahenemista. Tertiaaripreventio tupakan vieroitustyössä on lisätä ihmisten toimintakykyä ja vähentää jo olemassa olevan sairauden pahenemista. Tiedetään, että tupakoinnin lopettaminen ei ole koskaan liian myöhäistä. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 9-15).

Tupakoinnin aloittamisen ehkäisy tulisi olla tavoiteltavin strategia tupakoinnin haittojen ehkäisyssä. Myös yhteiskunnallisilla teoilla kuten tupakkamainonnan kieltämisellä ja tupakan hinnan korotuksilla on todettu olevan vaikutusta erityisesti nuorten keskuudessa. On todettu, että jo lyhyellä lääkärin kehoituksella on vaikutusta tupakoinnin lopettamisessa. Tutkimusten mukaan intensiivisemmillä interventioilla on enemmän vaikutusta kuin lyhyillä. Ryhmässä toteutettu interventio kaksinkertaisti onnistumisen mahdollisuuden (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2008, 57–59).

Kuten Pietinalho ym. (2011) tutkimuksessaan toteavat on keuhkoastma- ja keuhkoemfyseksen esiintyvyyden, sairaalahoitoon ja kuolleisuuden lisääntyminen saatu pysäytetyksi. Tutkimuksessa on viitattu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen lähettämään vuosittaiseen väestöterveyskäyttämistä ja tupakointia koskevaan postikyselyyn

5 000 15–64-vuotiaalle suomalaiselle. Aikuisten tupakointia koskevat luvut saatiin 1997 ja 2007 kyselyistä. Tutkimuksessa huomioitiin myös keuhkohtaumatautihojelma, joka keskittyi moniammatilliseen strategiaan, koulutukseen ja Internet-pohjaisten ohjeiden kehittämiseen erityisesti perusterveydenhuollon tarpeita ajatellen. Keuhkohtaumataudin hoitoon on osaltaan vaikuttanut tupakkalainsäädännön tiukentuminen keuhkohtaumatautia ja tupakasta vieroitusta koskevien Käypä hoito -suositusten ilmestyminen. Tietoisuus tupakoinnin merkityksestä keuhkohtaumataudin aiheuttajana ovat lisääntyneet ja myös nuorten asenteet tupakointiin ovat muuttuneet kielteisemmiksi (Pietinalho ym. 2011).

Reijula ym. (2011) tutkimuksessa tarkastellaan kokemuksista mallia tupakasta vieroitukseen työterveyshuollossa. Artikkelissa todetaan että, tupakoinnin lopettaminen omin avuin on vaikeaa ja keskimäärin vain kolme sadasta lopettajasta on tupakoimatta vuoden kuluttua. Lääkäriin ja terveydenhoitajan kehoitus lopettaa tupakointi ja tuki vieroituksen aikana auttavat huomattavasti tupakasta vieroittajaa. Tutkimusten mukaan ryhmän vertaistuki lisää todennäköisyyttä päästä irti tupakoinnista. Nikotiinikorvaushoitoa käytetään lopettamisen tukena, ja viime vuosina tupakasta vieroitukseen on tullut kaksi reseptilääkettä avuksi pääsemään irti tupakasta. Tupakasta vieroituksen kustannus-hyötylaskelmista on julkaistu runsaasti tieteellisiä raportteja. Hiljattain ilmestyneen Cochrane-raportin mukaan näyttö siitä, että yksilöön kohdistuvat interventiot lisäävät todennäköisyyttä onnistua tupakoinninlopettamisessa, on vahva. Tupakasta vieroittamiseen liittyvät toimet ovat taloudellisten arviointitutkimusten ja järjestelmällisten katsausten perusteella erittäin kustannusvaikuttavia. Vielä jopa 60–64-vuotiailla lopettajilla odotetut säästöt ovat yli 70 % välittömistä hoitokustannuksista.

Vertaistuki on lopettajille mieluista, ja vieroitusryhmien vaikuttavuus tupakoinnin lopettamisessa onkin hyvä, joten mahdollisuus sellaiseen on erittäin tärkeä. Onnistumista voidaan vahvistaa toistuvilla

tapaamisilla joko yksilöohjauksessa tai ryhmässä. Intervention tehon on havaittulisääntyvän suoraan siihen käytetyn kokonaisajan mukaan ja jaettuna useamman käynnin osalle tupakasta vieroituksessa. Ryhmästä saatava vertaistuki lisää tutkimusten mukaan todennäköisyyttä päästä irti tupakoinnista. Lopettamisen tukena on jo pitkään käytetty nikotiinikorvaushoitoa ja viime vuosina markkinoille on tullut myös reseptilääkkeitä, joilla on saatu kannustavia tuloksia (Reijula, Ervasti, Riikkala, Nykänen & Parvela 2011, 1406-1407d).

Kilpeläinen (2004) toteaaakin artikkelissaan että, monet tupakoitsijat pitävät tupakointia ”piintyneenä tapana” eivätkä myönnä riippuvuuttaan. Nikotiiniriippuvuus on sairaus. Tupakkariippuvuudessa onkin kyse kemiallisesta, sosiaalisesta ja psyykkisestä riippuvuudesta. Näistä kemiallinen riippuvuus nikotiinista on kaikkein tärkein tupakointia ja terveyshaittoja ylläpitävä tekijä. Tupakoinnin lopettamisen hoidoilla vähennetään vieroitusoireita ja riippuvuutta. Kun nikotiinin saanti ihmisellä loppuu saa valtaosa tupakoitsijoista vieroitusoireita, jotka alkavat jo 2-12 tunnin kuluessa viimeisen tupakan polton jälkeen. Vieroitusoireet kestävät keskimäärin 3-4 viikkoa. Tavallisimpia vieroitusoireita ovat tupakanhimo, ärtyisyys, keskittymisvaikeudet, unihäiriöt ja päänsärky. Useimmilla myös ruokahalu lisääntyy ja esiintyy ummetusta. Annetuilla hoidoilla vähennetään oleellisesti vieroitusoireita ja riippuvuutta.

Tupakkariippuvuussairauden hoitoon vaikuttavia menetelmiä ovat yksilöohjaus, ryhmäohjaus ja lääkehoito. Hoidon onnistumisen kulmakivenä on tupakoivan henkilön motivointi tupakoinnin lopettamiseen. Ammattihenkilökunnan, perheen ja työyhteisön toistuva tuki on myös tarpeen. Yksilöllinen tai ryhmässä tapahtuva vieroitusohjaus ja niihin liitettävä lääkehoito takaavat parhaan tuloksen tupakoinnin lopettamisessa. Tupakoinnin lopettaminen ilman mitään tukimuotoja tai korvaushoitoja onnistuu hyvin harvoilta, vain noin kolme

sadasta lopettajasta on tupakoimaton vuoden seurannan jälkeen (Kilpeläinen 2004, 4245-4249).

Nykytutkimusten mukaan nikotiiniriippuvuus on sairaus, jolla on neurobiologinen tausta. Nikotiiniriippuvuudesta eroon pääsemiseksi tarvitaan useimmiten 3-4 tupakoinnin lopettamisen lopetusyritystä. Aiemmat yritykset ennustavat parempaa mahdollisuutta päästä lopullisesti tupakasta eroon. Tupakan vieroitustyötä tekevien ammattilaisten on hyvä muistaa tämä asia, mahdollinen relapsi ei johdu ammattitaidon puutteesta. Onnistuneen hoidon kulmakivenä on tupakoitsijan motivaatio lopettamiseen, jota esimerkiksi annettu ryhmäohjaus tukee. Perheen, työyhteisön ja ryhmäläisten antama toistuva tuki on myös tarpeen. Kilpeläisen tutkimuksen mukaan ryhmässä tapahtuva vieroitusohjaus ja siihen liitettävä lääkehoito on yksi parhaista tukimuodoista, joka takaa tupakoinnin lopettamisen onnistumisen (Kilpeläinen 2004, 4245-4249).

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin erilaisten tukitoimien vaikutusta työntekijöiden tupakointiin. Ryhmäohjauksesta todettiin seuraavaa; ”Ryhmäläiset osallistuivat hyvin; poissaoloja oli vain muutama. Poissaolevan tuli soittaa työterveyshoitajalle ryhmän tapaamispäivänä ja kertoa terveisensä ryhmälle. Ryhmiin osallistui 5-6 henkilöä. Kokoontumisia oli kuusi viiden viikon aikana. Ohjauksessa käytettiin ratkaisukeskeisiä menetelmiä ja itsesuggestioharjoituksia. Kyselyn mukaan ryhmään osallistui henkilöitä, jotka olivat tupakoineet pidempään kuin yksilöohjaukseen osallistuneet. Suurin osa ryhmäläisistä oli tupakoinut 21–40 vuotta. Ryhmiin syntyi hyvä henki. Ryhmäläisten tulokset olivat erittäin hyviä. Ryhmässä lopetti ensimmäiseen kyselyn perusteella 73 % (n = 8) vastanneista ja toisen perusteella 92 % (n = 11). Ryhmään tuleva oli polttanut pidempään kuin yksilöohjauksessa olleet. Tupakoinnin lopettaneet ryhmäläiset olivat onnistumisestaan iloisia ja ylpeitä. Nämä tulokset rohkaisevat osaltaan

kehittämään ryhmämallia myös Turkuun (Luhta & Puolijoki 2005, 439–445).

Eurooppalaisen suosituksen mukaan käytännön lääkäriyössä sydän- ja verisuonitautien ehkäisyssä potilaan tupakoinnin lopettamisen tukeminen on yksi hoidon kulmakivistä. Tupakoinnin lopettamisen hyödyistä on runsaasti tieteellistä näyttöä käytettävissä. Osan eduista potilas saa lähes heti, toisiin kuluu enemmän aikaa. Tupakoinnin lopettaminen sydäninfarktin jälkeen saattaa olla kaikkein tehokkain käytettävissä oleva ennaltaehkäisevätoimenpide. Tupakoimisesta luopumiseen on tästäkin syytä panostettava riittävästi (Sydän- ja verisuonitautien ehkäisy käytännön lääkäriyössä 2008, 3-51).

Tupakoinnin lopettaminen on monimutkainen ja vaikeaprosessi, koska tupakointi on erittäin voimakkaasti riippuvuutta aiheuttava addiktio sekä farmakologisesti että psykologisesti. Terveystieteiden ammattilainen voi auttaa omalta osaltaan henkilöä luopumaan tupakoinnista. Sekä yksilöllinen, että ryhmässä tapahtuva käyttäytymistieteellinen interventio on hyödyksi, autettaessa tupakoitsijaa lopettamaan tupakointinsa (Sydän- ja verisuonitautien ehkäisy käytännön lääkäriyössä 2008, 3-51).

Tulokkaan väitöskirjan mukaan tupakointi vaikuttaa huonontavasti sokeritasapainoon kuin ei-tupakoilla diabeetikoilla. Tupakointi lisää diabeteksen lisäsairauksia selvästi, kuten mikroalbuminuriaa (Tulokas 2001, 22). Systemaattisella potilasohjauksella saadaan kohotettua itsetuntoa ja asiakas saa myös tarvittavaa vertaistukea muilta diabeetikoilta erilaisissa ryhmissä ja tapaamisissa. Tätä samaa oletusta voidaan käyttää myös tupakasta vieroituksen ryhmämallin arvioinnissa (Tulokas 2001, 39–41).

Perusterveydenhuollossa lääkäreillä ja hoitajilla on työssään ainutlaatuinen mahdollisuus vaikuttaa valtimotautien ehkäisyyn ja hoitoon. Potilaat toivovat mahdollisimman paljon tietoa terveydenhuollon ammattilaisilta ja ottavat mielellään tukea voidakseen

muuttaa elintapojaan, kuten tupakointia. Myönteinen vuorovaikutus on vahva työkalu, joka tukee potilasta pitäytymään suositelluista elintavoissa. Aikaisemmat huonot kokemukset tulee pyrkiä muuttamaan myönteisiksi ja tukea potilasta asettamaan itselleen realistisia tavoitteita. Keskeinen tapa on edetä pienin perättäisin askelin ja näin päästä pysyvään elintapamuutokseen (Jallinoja, Kuronen, Absetz & Patja 2006, 3747-3751).

3.4 Terveyden edistäminen kunnissa ja lainsäädäntö

Lakien ja asetusten tehtävä on antaa yleiset raamit, jonka sisällä sosiaali- ja terveydenhuolto toimii kunnassa. Kunnan tulisi tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa. Yhteisenä tavoitteena on yksilön terveyden ylläpitäminen ja edistäminen (Kuvio 2). Kunnan strategisessa suunnittelussa on asetettava paikalliset terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet ja määriteltävä niitä tukevat toimenpiteet. Säännöksen tavoitteena on, että väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntien perustehtävänä nostettaisiin kunnissa yhdeksi toiminnan painoalueeksi ja se olisi kytketty osaksi kunnanjohtamisjärjestelmää.

Terveyden edistämiseen liittyvät lait	Lain tarkoitus/sisältö
Tupakkalaki 693/1976	Toimenpiteitä, joilla pyritään ehkäisemään tupakoinnin terveyshaittojen ja -vaarojen syntymistä
Terveydensuojelulaki 763/1994	Väestön ja yksilön terveyden ylläpitäminen ja edistäminen sekä ennalta ehkäistä, vähentää ja poistaa tekijöitä, joista on terveyshaittaa
Kuntalaki 365/1995	Kunnan tulee edistää asukkaidensa hyvinvointia ja kestävä kehitystä alueellaan
Perustuslaki 73/1999	Julkisen vallan on turvattava, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä
Kansanterveyslaki 66/1972, 928/2005	Seurata kunnan asukkaiden terveydentilan kehitystä väestöryhmittäin, huolehtia terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta ja tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi julkisten ja yksityisten tahojen kanssa
Terveydenhuoltolaki 1326/2010	Edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta. Kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Toteuttaa palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Vahvistaa palveluiden asiakaskeskeisyyttä. Vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa.
Terveydenhuoltolakiluonnos 5/2011	Terveyden edistäminen ja väestön terveyden ylläpitäminen, johon sisältyy sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimysten lievittäminen. Terveellisten elämäntapojen edistäminen ja terveysongelmien ehkäisy sekä riskien varhainen toteaminen.

Kuvio 2. Kunnallista toimintaa ohjaava lainsäädäntö

3.5 Tupakoimattomuuden edistäminen

Tupakkatuotteet ovat riski terveydelle sillä noin 6000 suomalaista kuolee vuosittain tupakan aiheuttamiin sairauksiin. Elinympäristön, sosiaalisten tekijöiden ja toimintamahdollisuuksien muokkaaminen vaikuttavat jonkin verran tupakointiin, vaikka selvä yhteys yksittäisen toimenpiteen ja tupakoinnin vähenemisen välillä onkin vaikea havaita. Yhteisön arvot ja kulttuuri vaikuttavat tupakointitapoihin voimakkaasti myös Suomessa (Pietinalho 2003).

Tupakan aiheuttamien terveyshaittojen vähentäminen on yksi tärkeä terveyspolitiikan osatavoite. Keinoja tähän haittojen vähentämiseen ovat lainsäädäntö, hintapolitiikka ja väestön valistaminen. Terveys 2015 -strategiassa on asetettutavoitteita, joiden toteutumisessa tupakoinninvähentämisellä on merkittävä osa. Tavoitteena on lisätä terveenä elettyjä elinvuosia, kaventaa sukupuolten välistä

eliniänennustetta ja vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja (Pennanen, Patja & Joronen 2006, 16-17).

Tupakkakertomuksen mukaan tupakoimattomuus on merkittävä väestön terveyttä edistävä tekijä: joka kolmas syöpäsairaus aiheutuu tupakasta, joka viidennessä sydänperäisessä kuolemassa tupakka on tärkein riskitekijä ja yhdeksän kymmenestä keuhkohtaumapotilaasta on tupakoivia (Pennanen, Patja & Joronen 2006, 16-17).

3.6 Tupakan vieroitus hoitotyössä

Terveydenhuollon henkilöstön yksi päätehtävistä on arvioida yhdessä asiakkaan kanssa hänen terveyden edistämisen tarpeet, joista yksi on tupakoinnin lopettaminen. Näitä tarpeita kartoitettaessa tuli ottaa huomioon asiakkaan sosiaalinen ja kulttuurinen tausta, sekä ennen kaikkea arvioida tarkkaan motivaation taso tehdä elämäntapamuutos (kuvio 3). Hoitohenkilökunnan ja asiakkaan tulee hyväksyä se tosiasia, että asiakas on itse vastuussa terveydestään, tekemistään valinnoista ja niiden seurauksista (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen suunnitelma 2011).



Kuvio 3. Terveyteen vaikuttavat taustatekijät. (Lähde: mukaeltu Dahlgren, G. & Whitehead, M. 1991)

Hoitohenkilökunnan tehtävänä on jakaa laajasti tietoa asiakkaille niitä tekijöistä, jotka vaikuttavat hänen terveyteensä, näistä tupakointi on yksi merkittävimmistä terveyttä uhkaavista tekijöistä. Asiakkaille tarjottavat interventiot hänen terveyden edistämiseksi tulee olla näyttöön perustuvia hyviä käytäntöjä, jollainen tupakasta vieroituksen ryhmämalli on. Hoitotyön toimintatapojen ja menetelmien tulee perustua parhaaseen ajantasaiseen tietoon. Kaikki yhdessä sovitut toimenpiteet tulee kirjata potilaskertomukseen. Terveyttä edistävien toimenpiteiden tavoitteena on tyytyväinen asiakas, joka kokee saaneensa apua terveysongelmaansa (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen suunnitelma 2011).

Asiakkaan tupakoinnin lopettaminen on keskeinen osa hänen hoitoaan. Hoitohenkilökunnan tulee olla tietoinen asiakkaan tupakoinnista ja tämä tieto tulisi myös aina kirjata potilaan potilaskertomukseen. Henkilökunnan tehtävä on tunnistaa asiakkaan tupakointi, kehottaa häntä lopettamaan tupakointi ja kannustaa häntä lopettamaan; mini-interventio. Moni tupakoitsija haluaakin lopettaa tupakoinnin ja on yrittänytkin sitä useasti aikaisemmin. Hoitohenkilökunnan tulee arvioida tupakoitsijan valmiutta lopettaa tupakointi, jotta voi sitten kannustaa ja motivoida tupakoinnin lopettamiseen parhaalla mahdollisella tavalla. Mikäli asiakas on harkinnut tupakoinnin lopettamista, tulisi henkilökunnan käyttää ”kuuden K:n” mallia;

- Kysy asiakkaan tupakoinnista vähintään kerran vuodessa
- Keskustele tupakoinnin lopettamisesta
- Kirjaa tupakointitapa ja tupakoinnin määrä ja kesto
- Kehota potilasta lopettamaan tupakointi ja aloita tarvittaessa hoito
- Kannusta ja auta lopettamisessa. Anna myönteistä palautetta ja ohjaa tarvittaessa jatkohoitoon
- Kontrolloi onnistumista seuraavilla käynneillä

Jos asiakas kuitenkin aloittaa tupakoinnin uudestaan, relapsi, ei vieroitus suinkaan ole epäonnistunut, vaan tupakoinnin lopettaminen vaatii keskimäärin 3-4 yritystä ennen lopullista onnistumista. Vieroitustyötä tekevän hoitohenkilökunnan tulee muistaa tämä tosiasia, jottei asiakkaan relapsi vaikuta henkilökunnan motivaatioon tehdä vieroitustyötä. Vieroituksen onnistumiseen vaikuttaa vieroittujalle annettu rohkaisu ja tuki. Yhdessä vieroittujan kanssa käydään lävitse riskitilanteet, joissa tupakoinnin uudelleen aloittaminen olisi mahdollista ja miten näissä tilanteissa tulisi toimia. Välittävä, empaattinen ja ymmärtävä työote vieroitustyössä on tärkeää tupakan vieroitustyössä. Tupakoinnin lopettaminen saattaa olla joillakin asiakkailla hyvinkin pitkä prosessi, jonka päämäärä on pysyvä elämäntapa muutos (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen suunnitelma 2011; Käypä hoito suositus 2006).

4 RYHMÄN OHJAUS TERVEYDEN EDISTÄMISEN MENETELMÄNÄ

Ryhmäohjauksen toimivuudesta on hyviä tuloksia, kun ryhmäläisillä on samaan aiheeseen liittyviä ohjaustarpeita. Ryhmäohjauksessa on mahdollista keskustellen jakaa tietoa ja omakohtaisia kokemuksia. Ryhmän jäsenistä on mahdollisuus muodostua tukiverkoston ryhmäläiselle. Ryhmältä saatu vertaistuki on erittäin tärkeää hyväksymisen ja sopeutumisen kannalta. Ohjauksessa käytetään yleisesti runsaasti kirjallista materiaalia, minkä potilaat kokevat hyväksi. Materiaalin tulee olla selkeää ja helposti ymmärrettävää. Sen sisällön tulee vastata potilaiden tarpeita, olla ajantasaista ja mahdollisimman vähän tunteisiin vetoavaa. Yksinkertaiset kuvat helpottavat sisällön muistamista ja ymmärtämistä (Kääriäinen 2007, 30-36).

Potilaan elintapojen muutokseen tähtäävää neuvontaa voiterveydenhuollossa tapahtua monilla eri tavoilla. Merkittäväosa neuvonnasta annetaan yksilövastaanotoilla suullisesti ja kirjallisina ohjeina. Toinen yleisesti käytetty tapa on koota joukko neuvottavia yhteen, käynnistää ryhmäneuvonta.

Ryhmäneuvonta on tutkimusten mukaan yksilöneuvontaa tuloksellisempaa mm. painonhallinnassa ja yhtä tuloksellista kuin yksilöneuvonta tyyppin 2 diabeetikkojen hoidonohjauksessa. Tyksin tupakasta vieroitusryhmiin osallistuneet puolestaan itse arvioivat ryhmäohjauksen tärkeimmäksi tekijäksi tupakasta vieroituksessaan. Ryhmäneuvonta on parhaimmillaan kustannustehokasta, kun ryhmän vetäjä voi "hoitaa" samanaikaisesti useita potilaita. Lisäksi onnistuneessa ryhmätilanteessa ryhmän jäsenet neuvovat ja tukevat toinen toisiaan, jolloin ryhmäneuvonnassa on yksilövastaanottoon verrattuna oma elintapamuutosta tukeva lisäarvonsa (Jallinoja ym. 2006, 3747–3748).

Ryhmällä tarkoitetaan potilasryhmää, jolla on yhteinen tavoite. Kun ryhmä muodostuu, siinä voidaan havaita seuraavanlaisia tunnusmerkkejä; yhteinen tavoite, ryhmäsuhteet ja ryhmädynamiikka. Ryhmän koko vaikuttaa sen luonteeseen. Ideaalista ryhmäkoosta on monta mielipidettä mutta ryhmäohjaus tupakasta vieroitukseen olisi pienryhmä. Pienryhmäksi mielletään 5-12 henkilön ryhmä. Tunnusomaista pienille ryhmille on aktiivinen osallistuminen toimintaan, jäsenten henkilökohtainen osallistuminen prosessiin, yksimielisyys ja suuri sisäinen kontrolli. Terveyskasvatuksen näkökulmasta ryhmät ovat myös erittäin tehokkaita, sillä niissä potilailla on mahdollisuus keskustella toisten samassa tilanteessa olevien kanssa ja samalla oppia, kuinka he selviävät ongelmatilanteista. Ryhmässä osallistujat eivät myöskään koe olevansa yksin ja heillä on mahdollisuus auttaa myös muita ja sitä kautta vahvistaa omaa itsetuntoa ja – kontrollia (Lipponen ym. 2006, 85–89).

4.1 Ryhmäohjaukseen valmistautuminen

Ongelmalähtöisen oppimisen menetelmää on yleisesti käytetty ryhmäohjauksessa. Sen avulla ryhmäläisen aktiivinen rooli tiedon hankkijana ja omaan tilanteeseen muokkaajana korostuu. PBL menetelmä on konstruktivistinen opetusmenetelmä, jossa uutta tietoa luodaan käyttäen vanhaa tietoa hyväksi. Menetelmä korostaa oppijan omaa vastuuta tiedon hankinnassa ja oppimisessa. Nykyään oppija on subjekti, ei objekti kuten konservatiivissa opetusmenetelmissä. Opiskelu tapahtuu ryhmässä, jolloin sen jäsenten tietämys käsiteltävästä asiasta muodostuu myös ryhmäläisten tietämyksen ja mielipiteiden pohjalta. Ryhmän ohjaajan tehtävä on pitää huolta siitä, että oppimistavoitteet saavutetaan. Hän kannustaa keskusteluun ja asioiden selvittämiseen. Tämä menetelmä sopii myös hyvin tupakan vieroituksen ryhmäohjaukseen, sillä arki tuo eteen jatkuvasti uusia tilanteita, joissa lopettajan täytyy osata ratkaista tilanne omaksi edukseen tukeakseen savuttomuuttaan (Tulokas, Paasikivi, Pehkonen, Suontaka-Jamalainen & Vilppo 2002, 9-13).

Ohjaajan valmistautuminen ryhmäohjaukseen on ohjaustapahtuman onnistumisen kannalta erittäin tärkeää. Valmisteluvaiheessa ohjaaja perehtyy ohjattavaan aiheeseen ja rajaa asiasisällön. Hän laatii tavoitteet ohjaukselle ja valitsee käyttämänsä menetelmät. Ohjaustilan valmistelemiseen tulisi kiinnittää huomiota, sillä tilat, välineet ja ympäristö mahdollistavat vuorovaikutuksen sekä katsekontaktin ryhmäläisten kesken. Ohjaajan tulisi mahdollisuuksien mukaan tutustua ryhmään osallistuvien taustatietoihin.

Ryhmäohjauksessa osallistujilla on mahdollisuus keskustella toisten samassa tilanteessa olevien kanssa ja samalla oppia kuinka selvitä riippuvuuden mukana tuomista ongelmista. Ryhmässä jäsenet luovat

toisillensa uusia selviytymiskeinoja ja ongelmanratkaisutaitoja siten toimivat roolimalleina toisilleen (Lipponen ym. 2006, 85–89).

Kuten Tulokkaan tutkimuksessa diabeteksen hoito-ohjauksessa käytettävät tavoitteet sopivat ne myös tupakoinnin lopettamiseen. Ammattilaisten tulee tarjota asianmukaista tietoa, taitoja ja oikeaa asennetta itsehoitoon. Potilaan on paras mahdollisuus ylläpitää hyvinvointiaan ja korkeaa elämänlaatua. Tavoitteena on ottaa oma elämä haltuun esimerkiksi vertaistuen avulla.

Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että perheen antama tuki on olennaista, jotta voidaan ylläpitää saavutettuja tavoitteita. Perheissä tapahtuvat muutokset ja erilaiset kriisit oli yksi merkittävimmistä tekijöistä kun potilas laiminlöi omaa hoitoaan. Tämä on merkittävä tieto kun mietitään ryhmäohjaukseen sisältyviä elementtejä. Tukihenkilön merkitys vieroituksen onnistumisessa on tärkeää (Tulokas 2001, 39-50).

Luennon pitäminen ryhmälle on aikaa säästävää, ekonomista ja helppoa kouluttajalle. Ryhmäohjauksella on useita hyviä puolia potilasohjauksessa. Tärkein tekijä on se, että ryhmäläisillä on mahdollisuus jakaa omakohtaisia kokemuksiaan jostain asiasta. Ryhmän vetäjällä on mahdollisuus saada laajempaa kuvaa ryhmäläisistään heidän käytöksestään ryhmässä. Haasteellista ryhmäohjauksessa on saada mukaan keskusteluun hiljaisemmat ryhmäläiset. Audiovisuaaliset elementit; posterit, esitteet, filmin pätkät ja videot ovat erittäin käyttökelpoisia välineitä potilasohjauksessa. Audiovisuaalista ohjausta käytetään meillä vielä suhteellisen vähän. Tietoa tarjotaan videoiden, äänikasettien, tietokoneohjelmien ja puhelimen välityksellä. Potilaat haluaisivat ohjausmateriaalia videoina, koska erityisesti henkilöt, joiden on vaikea lukea, hyötyvät siitä. Videoiden tukena tulisi kuitenkin aina olla kirjallista materiaalia. Audiovisuaalisten elementtien käyttö on myös taloudellista, niiden avulla voidaan vähentää ryhmäkoontumiskertojen määrää. Videoiden sisältö voi kuitenkin herättää potilaassa vahvoja tunteita tai jopa väärinkäsityksiä, tästä syystä ohjauksessa tulisi palata videoiden

aiheisiin, jotta potilaalla on mahdollisuus tehdä tarkentavia kysymyksiä (Kääriäinen 2007, 32-37).

Tupakan vieroituksen ryhmäohjaus on tehokkaampi tapa kuin pelkkä opasmateriaalin jakaminen tai asiakkaan omatoiminen pyrkimys päästä eroon tupakoinnista. Varsinaista eroa yksilövieroituksen ja ryhmäohjauksen välillä tehokkuuden ja onnistumisen suhteen ei tutkimusten mukaan ole havaittavissa. Ainoastaan voidaan todeta, että ryhmäohjaus on kustannustehokkaampaa. On kuitenkin näyttöä siitä, että ryhmäohjaus yhdistettynä asiantuntijoiden neuvontaan ja nikotiinikorvaushoitoon, parantaa vieroittujan onnistumista huomattavasti. Tupakan vieroituksen ryhmämallin tulisi olla monipuolinen, joustava, sen tulisi edetä vaiheittain etenevä ja ottaa ryhmän ja ryhmäläisten tarpeet huomioon (Stead & Lancaster, 2005; Käypä hoito suositus 2006).

Tupakan vieroituksen ryhmäohjauksen ohjelma laaditaan etukäteen ja ryhmän toiminta ja tavoitteet selvitetään yleisellä tasolla ryhmään tuleville. Vieroituksen sisältö laaditaan käyttäen kognitiivis-behavioristista lähestymistapaa, jonka avulla pyritään vaikuttamaan ryhmäläisten tietoon, asenteisiin, käyttäytymiseen ja toimintatapoihin liittyen tupakkaan ja tupakointiin (Käypä hoito suositus 2006).

Ryhmään laaditaan myös yhteiset säännöt, joita kaikkien tulee noudattaa, erityisen tärkeää on ryhmää koskeva vaitiolovelvollisuus. Sopiva ryhmän koko on 10 henkilöä, neljä ryhmäläistä on minimimäärä, joille ryhmä aloitetaan. Tupakan vieroitusryhmässä voi aloittaa keskustelun kysymällä onko kenelläkään sattunut tällaista tai onko asia mitenkään tuttu. Keskustelun toivotaan alkavan tästä spontaanisti kun ryhmäläisillä on mahdollisuus kertoa omista kokemuksistaan. Käsiteltävään ongelmaan saadaan usein ratkaisu käytännön elämästä, joita ryhmäläiset voivat käyttää omassa elämässään. Ryhmän keskeisiä tavoitteita ovat;

1. Opetellaan katkaisemaan tupakointia ylläpitävät, ehdolliset reaktiot itsekontrollin avulla.
2. Tehdään suunnitelmia mahdollisten houkutusten varalle.
3. Asetetaan tietty päivämäärä tupakoinnin lopettamiselle.
4. Varmistetaan sosiaalinen tuki ja seurantakontaktit.

Tarkoituksena on saada aikaan halu savuttomaan elämään ja sen ylläpitämiseen. Ryhmän ohjaajana toimii hoitohenkilökuntaan kuuluva hoitaja. Ryhmädynamiikan ja luottamustason syntymisen kannalta olisi tärkeää, että ohjaaja on koko jakson ajan sama. Myös ohjaaja tutustuu ryhmäläisiin paremmin ja pystyy tarvittaessa antamaan henkilökohtaistakin ohjantaa (Käypä hoito suositus 2006; livonen & Kauravaara 2006).

4.2 Mitä on hyvä ohjaus?

Ohjauksen aikana esille tuleva tieto on se, jota hyödynnetään ohjauksen aikana. Ohjaaja ja ohjattava jakavat asiantuntijuuden, ohjattava on oman elämänsä asiantuntija, ja löytävät asioille uusia merkityksiä. Ohjauksessa käytettävät teoriat tulevat sisältä päin oivaltaen, niitä ei vanhanaikaisesti kaadeta ylhäältä alaspäin. Hyvän ohjaajan ei tarvitse olla ohjattaviaan iältään vanhempi tai spesialisti vaan kanssakulkija ja eteenpäin opastaja. Yksilöä ei nähdä vajavaisena ja ongelmaisena vaan yksilön ongelma on ongelma, ei itse yksilö. Ohjaussuhde perustuu jatkuvaan dialogiin, ei vain monologiin. Ohjaus ei ole terapiaa; vaan yhdessä tutkitaan ja selkiytetään sen hetkistä elämäntilannetta. Ohjattavan omat voimavarat ja henkilökohtaiset näkökulmat ovat osa ohjausta (Onnismaa 2003, 7-20).

Kääriäisen väitöskirjassa (2007) hyvä ohjaus määriteltiin potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin eli taustatekijöihin sidoksissa olevaksi,

vuorovaikutussuhteessa rakentuvaksi, aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi. Ohjauksen lähtökohtana on potilaan ja hoitohenkilöstön konteksti, jonka kohtaaminen edellyttää vuorovaikutukselta kaksisuuntaisuutta, tasa-arvoisuutta. Vuorovaikutus on keino, jolla ohjaussuhdetta rakennetaan toimivaksi. Onnistunut vuorovaikutteinen ohjaussuhde mahdollistaa potilaan ja hoitohenkilöstön välisen aktiivisen ja tavoitteisiin pyrkivän toiminnan. Tätä ajatusta voidaan käyttää pohjalla myös tupakasta vieroituksen ryhmämallia tehdessä.

Kääriäisen (2007) tutkimuksen mukaan potilaat ovat avoimia uudelle tiedolle ja kiinnostuneita oppimaan uutta. Nykyinen informaatioteknologia mahdollistaa tiedon hankkimisen myös omatoimisesti useista eri formaateista ja useimmiten potilaat osaavat käyttää hankkimaansa tietoa hyväkseen. Näin ollen voidaan sanoa, että myös potilaasta on tullut aktiivinen toimija ja vastuunkantaja, oman elämänsä asiantuntija.

Ohjauksen tavoitteena on antaa potilaalle työkaluja, jotka tukevat autonomista arjessa selviytymistä. Tietoa tulee tarjota mahdollisimman monipuolisesti, sen pitää olla ajan tasalla ja näin luo uusia mahdollisuuksia ja haasteita potilaan elämään. Potilas itse kuitenkin viime kädessä päättää mitä tietoa ja miten hän sitä soveltaa omaan elämäänsä (Kääriäinen 2007, 19-21).

Potilaan ohjaus kuuluisi olla olennaisen osa jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen toimintaa aina kun kohdataan potilas. Päivittäisellä ohjauksella on todettu olevan myös selkeää kansantaloudellista merkitystä. Onnistuneella ohjauksella on vaikutusta potilaan ja hänen omaistensa arkeen terveyttä edistävällä tavalla. Terveydenhuollon organisaation johdolla ja sen henkilökunnalla on vastuu ohjauksen arvostuksesta osana hoitotyötä. Ohjaukselle tulee olla siihen tarvittavat resurssit käytössä. Hoitohenkilökunnalla itsellään tulee olla selkeä kuva ohjauksen sisällöstä ja sen laadusta sekä menetelmistä miten potilasta ohjataan (Kääriäinen 2007, 25-39).

Perinteisesti ohjaus on lähtöisin hoitohenkilökunnan asiantuntijuudesta, jossa potilas on passiivinen ohjauksen vastaanottaja. Nykyään ohjaus on enemmän henkilökohtaista ja jaettua asiantuntijuutta potilaan kanssa. Ohjaus voi olla myös ryhmässä tapahtuvaa, ei ainoastaan yksilöllisesti annettua. Potilaat pitävät ohjausta laadukkaana mikäli heidän omat odotuksensa ohjauksen suhteen täyttyvät. Potilailla on subjektiivinen laatuvaatimus eli ohjaukokemuksen tulee vastata heidän omia tarpeitaan. Mitä paremmin nämä odotukset täyttyvät sitä laadukkaampana he pitävät saamaansa ohjausta. Yleisesti tyytyväisyyteen vaikuttaa ohjauksen tarkoituksenmukaisuus ja siitä saatu hyöty omaan elämään (Kääriäinen 2007, 25-39).

Ohjausta toteutetaan suullisena ohjauksena, kirjallisen materiaalin avulla sekä audiovisuaalisen välineistön avulla. Suurin osa ohjauksesta tehdään suullisesti koska vuorovaikutusta potilaan kanssa pidetään ohjauksen kulmakivenä. Vuorovaikutus potilaan kanssa mahdollistaa tarkentavien kysymysten esittämisen, jolla voidaan oikaista mahdollisia väärinkäsityksiä. Ohjaustilanne mahdollistaa myös tuen saamisen hoitohenkilökunnalta. Potilaat odottavat saavansa rohkaisua ja tukea tekemilleen valinnoilleen sekä saada mahdollisuuden jakaa omakohtaisia vaikeitakin tunteitaan (Tulokas ym. 2002, 10–11).

Työryhmän selvityksen mukaan ryhmäohjauksella voidaan saada huomattavaa ajan säästöä. Tänä päivänä hoidonohjauksentarkeimpiä tavoitteita on varustaa asiakas tiedoilla ja taidoilla, jotka auttavat itsenäiseen sairauden hoitoon ja hallintaan. Ryhmän toiminnalle tulee asettaa etukäteen säännöt. Ryhmän toiminta ja tavoitteet sovitaan ensimmäisellä tapaamisella. Poissaoloista tulee ilmoittaa etukäteen ohjaajalle. Jokaiselle kerralle on suunniteltu aihe ja oppimistavoite (Tulokas ym. 2002, 10–11).

5 SAVUTTOMUUDEN EDISTÄMISEN TOTEUTUMINEN TERVEYSASEMILLA

5.1 Soveltavan tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Soveltavan tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa millainen ryhmävieroitusmalli edistää parhaiten työikäisten savuttomuutta Turussa. Kyselyllä kartoitettiin myös henkilökunnan valmiuksia ottaa tupakointi esille asiakkaiden kanssa ja kuinka tärkeänä he pitävät tupakan vieroitustyötä terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn näkökulmasta. Näin saatiin myös tietoa siitä, kuinka vaikeaa/helppoa tulee ryhmämallin implementointi olemaan.

Tutkimusongelmat:

1. Millaisena terveysaseman työntekijät pitävät tupakan vieroitustyötä?
2. Millaisia valmiuksia terveysaseman henkilökunnalla on ottaa tupakointi esille asiakkaiden kanssa?
3. Millainen ryhmävieroitusmalli edistää työikäisten savuttomuutta Turussa?

5.2 Soveltavan tutkimuksen toteutus

5.2.1 Soveltavan tutkimuksen menetelmät

Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta käytetään kun selvitetään yleispäteviä syyn ja seurauksen lakeja. Taustalla on ajattelutapa, jonka mukaan todellisuus rakentuu mitattavista tosiasioista. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään aiempien tutkimusten johtopäätöksiä ja teorioita. Tarkoituksena on esittää hypoteeseja ja määritellä käsitteitä. Aineisto kerätään määrällisenä ja aineiston tulee sopia numeeriseen mittaamiseen. Tutkimuksessa määritellään perusjoukko ja siitä valitaan mahdollisimman edustava otos (Hirsjärvi ym. 2010, 139-140). Tässä tutkimuksessa otos on terveysaseman henkilökunta.

Aineisto kerättiin Turun kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon terveysasemien työntekijöiltä sähköisenä Webropol®-kyselynä alkuvuodesta 2012 (LIITE 1). Tämä mahdollistaa taulukkomuotoon laitettavat muuttujat ja näin aineistosta saadaan tilastollisesti käsiteltävä. Aineiston keruun metodina oli verkkokysely, joka lähetetään organisaation sähköpostin välityksellä. Kyselyn mukana oli myös saatekirje, jossa kerrotaan kehittämisprojektista ja siihen liittyvästä Savuton Turku 2015 – ohjelmasta(LIITE 2).

Kyselylomakkeen (LIITE 1). muodostivat taustatiedot, kysymyksillä, joissa kartoitettiin vieroitustyön tämän hetkistä tilannetta sekä verkossa tapahtuvasta ryhmäohjauksesta. Kyselyssä oli myös avoimia kysymyksiä, jotka perustuivat kirjallisuuteen ja käytännön ohjauksen ongelmakohtiin. Avoimien kysymysten avulla selvitettiin, mitkä aiheet sopisivat verkossa tapahtuvaan ohjaukseen, mitä hyötyä verkossa tapahtuvasta asioinnista on ja millä tavoin hoitohenkilökunta voi ehkäistä tupakoinnin lopettaneen asiakkaan realapsia.

5.2.2 Aineiston keruu

Tutkimuskohteena oli koko Turun sosiaali- ja terveystoimen terveysasemien vakituinen hoitohenkilökunta (N = 170). Kysely lähetettiin sähköpostilla kaikille terveysasemien työntekijöille (lääkärit, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, perushoitajat, lähihoitajat ja avustava henkilökunta). Hoitohenkilökunnan työyksiköt olivat kymmenen terveysasemaa; Käsityöläiskatu 1 -3, Mäntymäki 1-3, Varissuo, Kirkkotie, Runosmäki ja Mullintie. Lupa tutkimuksen toteuttamiseen saatiin keväällä 2012 ehkäisevän terveydenhuollon yksikköjohtajalta. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella.

Kyselylomake esitettiin projektiryhmän jäsenillä sekä kahdella ylilääkärillä. Saadun palautteen perusteella kysymysten sisältöjä monipuolistettiin. Keväällä olleen ohjausryhmän tapaamisen jälkeen

kyselylomakkeeseen lisättiin vielä verkossa tapahtuvaan ohjaukseen liittyviä kysymyksiä.

Tutkimusaineisto kerättiin elokuun 2012 aikana Webropol®-ohjelmalla verkkokyselynä. Kyselylomakkeen viemisestä Webropol®-alustalle vastasi ehkäisevän terveydenhuollon yksikköjohtajan sihteeri ja tutkimuksen tekijä. Valmis kyselylomakkeen linkki lähetettiin jokaisen terveysaseman osastonhoitajalle, jotka jakelivat kyselyn sähköisesti vakituiselle henkilökunnalle. Viestiin liitettiin saatekirje (LIITE 2), jossa henkilökuntaa informoitiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta, tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista. Osastonhoitajat eivät käsitelleet missään tutkimuksen vaiheessa osallistujien vastauksia. Vastausaikana lähetettiin vastaajille sovitusti projektipäällikön ohjeiden mukaan kyselystä kolme muistutusta vastaajien työsähköpostiin. Projektipäällikkö päätti aineiston keruun lopetuksesta ja yksikköjohtajan sihteeri luovutti tutkimusaineiston Webropol®-tiedostoina projektipäällikölle.

5.2.3 Aineiston analysointi

Tutkimustulosten analyysi toteutettiin syyskuun 2012 aikana. Aineiston analyysi aloitettiin mahdollisimman pian tiedonkeruuvaiheen jälkeen. Analyysi aloitettiin tietojen tarkistuksella; onko selviä virheellisyyksiä ja puuttuuko olennaisia tietoja. Kaikki vastaajat olivat vastanneet vaihtoehtoja sisältäneisiin kysymyksiin, avoimiin kysymyksiin oli vastannut vain osa vastaajista. Avointen kysymysten vastaukset olivat ymmärrettäviä ja vastasivat esitettyihin kysymyksiin. Toisessa analysoinnin vaiheessa selvitettiin, olisiko ollut tarpeen täydentää tietoja. Koska vastaajien määrä kyselyyn oli ollut alhainen, olisi voitu halutessa lisätä kattavuutta karhuamalla lomakkeita (Hirsjärvi ym. 2010, 221-222.) Tähän ratkaisuun ei kuitenkaan tässä projektissa päädytty, yksinkertaisesti siitä syystä, ettei kehittämisprojektin kokonaisaikataulu

antanut myöden pidentää kyselyyn vastaamisen aikaa. Analyysin lopuksi tulkittiin tuloksia ja tehtiin niistä johtopäätöksiä. Tulosten perusteella kävi selväksi, että kysely mittasi juuri sitä, mitä sen tuli mitata. Tuloksista tullaan tekemään myös yhteenvetoja, jotka antavat vastaukset esitettyihin tutkimusongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2010, 229-230.)

5.3 Soveltavan tutkimuksen tulokset

5.3.1 Taustatiedot

Tässä raportissa kuvataan Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen terveysasemien tulokset, joita hyödynnetään tupakan vieroituksen ryhmämallin suunnittelussa. Kysely lähetettiin kaikille kymmenelle terveysasemalle ja siellä olevalle vakituiselle henkilökunnalle.

Kyselyyn vastasi 19 % hoitohenkilökunnasta (N=170). Kyselyyn otettiin mukaan koko henkilökunta; lääkärit, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, perus- ja lähihoitajat sekä muu avustava henkilökunta. Yksi kyselylomake hylättiin, koska se saapui kyselyajan jälkeen.

Hoitohenkilökunnan vastaajien ikä vaihteli 18 ja 64 välillä, selvästi suurin ikäluokka vastaajista oli 45 – 64 – vuotiaita (66 %). Ammattitaustaltaan vastaajista oli sairaan- ja terveydenhoitajia 14 henkilöä (44 %), lääkäreitä 10 henkilöä (31 %), perus- ja lähihoitajia 3 henkilöä (9 %) ja avustavaa henkilökuntaa 5 henkilöä (16 %). Työkokemus terveydenhuollossa oli yhden ja yli 20 vuoden välillä. Suurimmalla osalla vastaajista työkokemusta oli kertynyt yli 20 vuotta (41 %).

5.3.2 Tupakan vieroitustyö terveysasemilla

Vastaajilta kysyttiin kuinka tärkeänä he pitävät tupakanvieroitustyötä terveysasemilla, johon vastasivat kaikki kyselyyn osallistuneet.

Tupakanvieroitustyötä piti melko tärkeänä 6 vastaajaa (19 %), tärkeänä 14 vastaajaa (44 %) ja erittäin tärkeänä 12 vastaajaa (37 %). Kukaan vastaajista ei valinnut vaihtoehtoa ei lainkaan tärkeää.

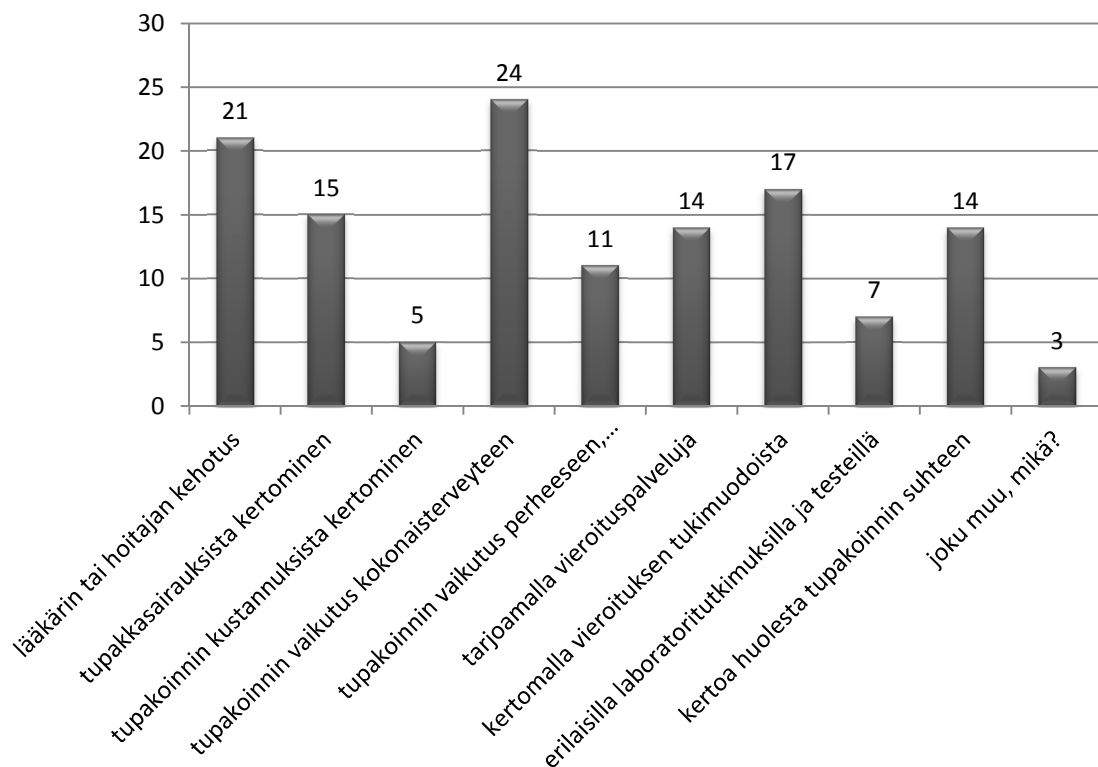
Vastaajilta haluttiin tietää myös, kuinka helppoa tupakoinnin puheeksi ottaminen asiakkaiden kanssa on. Kaksi vastaajista piti puheeksi ottamista vaikeana (6 %), seitsemän vastaajaa piti puheeksi ottamista melko vaikeana (22 %), 14 vastaajaa piti puheeksi ottamista helppona (44 %) ja loput 9 erittäin helppona (28 %). Tupakoinnin puheeksi ottamista piti vaikeana tai melko vaikeana 28 % kyselyyn vastaajista, mikä tulos on jatkokoulutuksen tarpeen arvioinnissa tärkeä tulos.

Kun halutaan lisätä asiakkaiden terveyttä ja ehkäistä sairauksien syntyä, haluttiin tietää kuinka tärkeänä vastaajat pitivät tässä työssä tupakan vieroitustyötä. Suurin osa vastaajista, 18 (56 %), piti tupakan vieroitustyötä erittäin tärkeänä kun halutaan lisätä asiakkaiden terveyttä ja ehkäistä sairauksien syntyä. Vastaajista 11 (34 %) piti sitä tärkeänä ja loput 3 (10 %) melko tärkeänä.

Tupakan vieroitustyön tekemiseen ja siihen asennoitumiseen vaikuttaa suuresti saatu koulutus kyseiseen työhön, joten vastaajilta kysyttiin olivatko he mielestään saaneet tarvittavaa koulutusta, jotta he voivat ottaa puheeksi tupakoinnin asiakkaan kanssa. Vastaajista 10 (31 %) oli saanut mielestään koulutusta, kahdeksan (25 %) oli saanut koulutusta muttei riittävästi ja loput 13 (44 %) koki etteivät he olleet saaneet tarvittavaa koulutusta, jotta voisivat ottaa tupakoinnin puheeksi asiakkaan kanssa. Kokonaishankkeen, Savuton Turku 2015 – ohjelman, kannalta tulos on merkittävä koska ohjelman puitteissa on järjestetty useita koulutustilaisuuksia henkilökunnalle liittyen tupakan vieroitustyöhön. Koulutustarve henkilökunnan keskuudessa on edelleen ilmeinen.

Asiakkaan motivoiminen tupakoinnin lopettamiseen on yksi keskeinen työkalu tupakan vieroitustyössä. Vastaajilta kysyttiin mitkä asiat heidän mielestään ovat tärkeitä kun asiakkaita motivoidaan tupakoinnin lopettamiseen. Vastausvaihtoehtoja annettiin valmiiksi ja viimeisenä oli myös kohta joku muu, mikä, johon vastaaja saattoi antaa avoimen vastauksen (Taulukko 1).

Mitkä asiat ovat mielestäsi tärkeitä asiakkaan motivoinnissa tupakoinnin lopettamiseen? (n=32)



Taulukko 1. Asiakkaan motivointi tupakoinnin lopettamiseen.

Tärkeimpinä motivoivina tekijöinä pidettiin tupakoinnin vaikutusta kokonaisterveyteen, lääkärin tai hoitajan kehotusta ja kertomalla vieroituksen tukimuodoista. Avoimissa vastauksissa nostettiin esille seuraavaa;

"Oma motivaatio on tärkein."

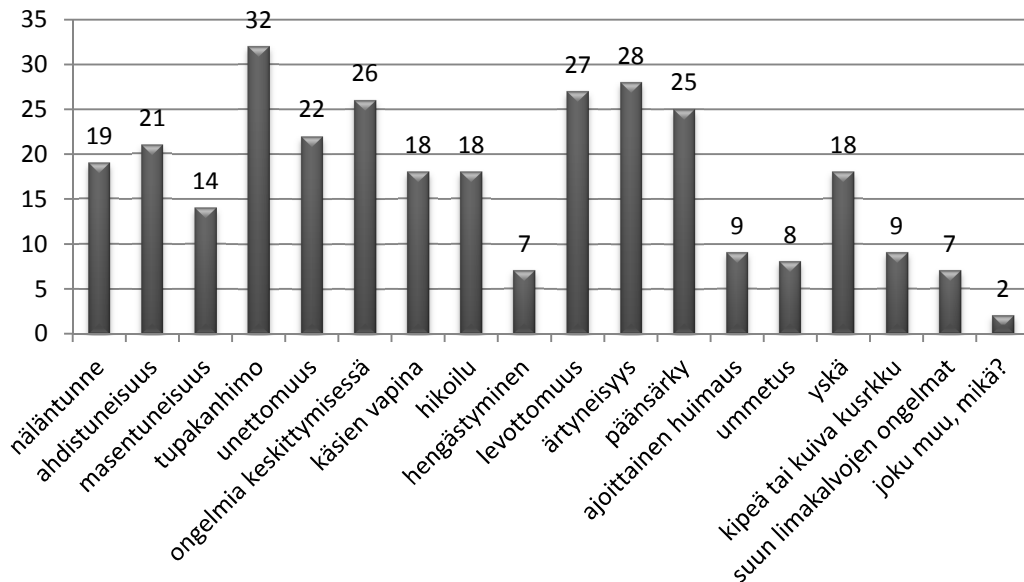
"...on väärin että nämä niin sanotusti terveellisesti elävät paasavat työ paikalla ja työn jälkeen teke aivan muuta."

Vastaajilta kysyttiin pitävätkö he nikotiiniriippuvuutta sairautena, kuten Käypä hoito – suositus ohjeistaa. Vastaajista 15 (47 %) piti nikotiiniriippuvuutta sairautena, viisi (16 %) vastaajista ei taas pitänyt ja loput 12 (37 %) eivät osanneet vastata kysymykseen. Tässä kyselyssä tulos on merkittävä, sillä 53 % vastaajista tulee tarvitsemaan lääkitystä nikotiiniriippuvuudesta.

Asiakkaan tupakoinnin vähentäminen on tärkeä osa tupakan vieroitustyötä. Vastaajilta kysyttiin, kuinka merkittävänä he pitävät tupakoinnin asteittaista vähentämistä asiakkaan terveyden kannalta. Kolme (9 %) piti sitä melko merkittävänä, kahdeksantoista (56 %) merkittävänä ja yhdeksän (28 %) erittäin merkittävänä. Vastaajista kaksi (7 %) ei pitänyt tupakoinnin asteittaista lopettamista asiakkaan terveyden kannalta lainkaan merkittävänä.

Vieroitusoireiden tunnistaminen tupakoinnin lopettaneella ja niiden tehokas hoitaminen on yksi onnistuneen vieroituksen kulmakivistä. Vastaajilta kysyttiin, mitä vieroitusoireita tupakoinnin lopettaneella saattaa olla.

Mitä vieroitusoireita tupakoinnin lopettaneella saattaa olla? (n=32)



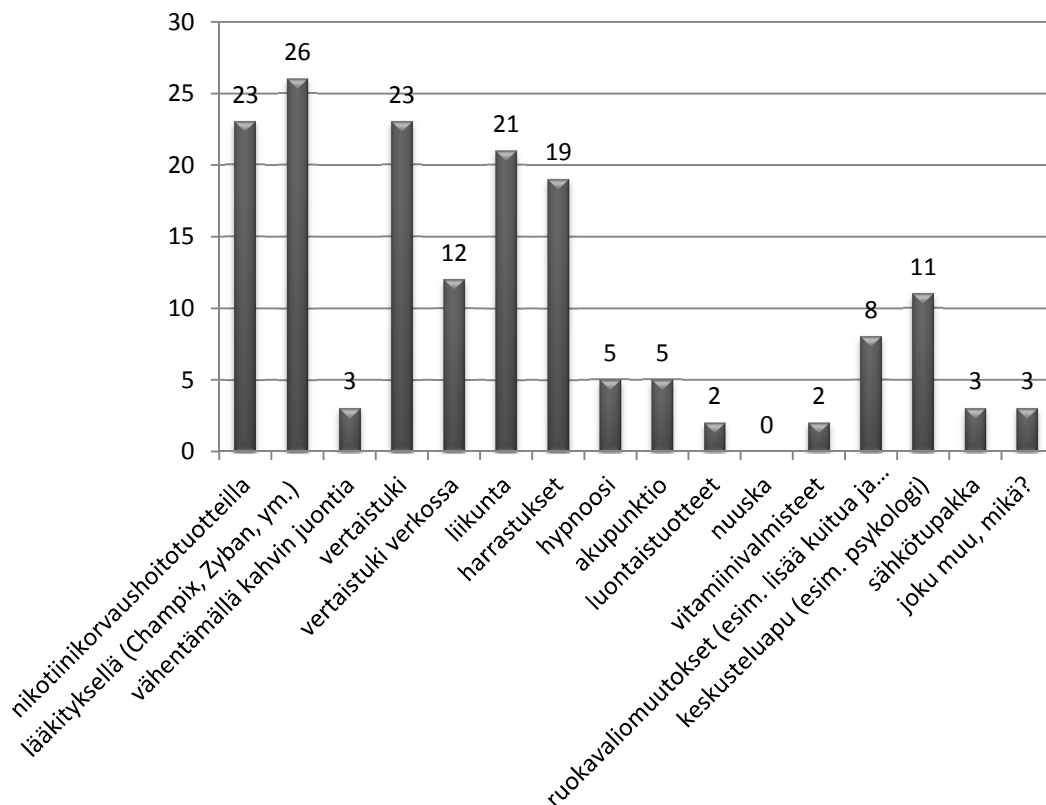
Taulukko 2. Vieroitusoireet.

Taulukkoon kerättiin vastausvaihtoehdoiksi kaikki ne vieroitusoireet, jotka tutkimusten mukaan tiedettiin olevan. Vastauksia saatiin myös kaikkiin vaihtoehtoihin. Kolme selvästi tärkeintä vieroitusoiretta vastaajien mukaan ovat tupakan himo, ärtynisyys ja levottomuus. Avoimessa vastauksessa tuotiin esille vielä valmiiden vastausten lisäksi liman erityis vieroitusoireena. Tähän kysymykseen vastasivat kaikki kyselyyn osallistuneet.

Vieroitusoireiden tunnistaminen hoitohenkilökunnalle on helpompaa kuin asiakkaille, joten vastaajilta kysyttiin tunnistavatko heidän mielestään tupakoinnin lopettaneet itse mitä ovat vieroitusoireet. Kahdeksan (25 %) vastasi että asiakkaat tunnistavat oireet ja loput 24 (75 %) olivat sitä mieltä, että tupakoinnin lopettaneet tunnistavat vieroitusoireet osittain.

Vieroitusoireita voidaan hoitaa hyvin menolla eri tavalla. Kyselyssä kysyttiin vastaajilta, millä tavalla vieroitusoireita tulisi hoitaa. Vastausvaihtoehtoja annettiin kysymykseen valmiiksi ja viimeisenä oli myös kohta joku muu, mikä. Tähän oli mahdollista kirjoittaa avoimia vastauksia esitettyyn kysymykseen.

Millä tavalla vieroitusoireita tulisi hoitaa? (n=32)



Taulukko 3. Vieroitusoireiden hoitomuodot.

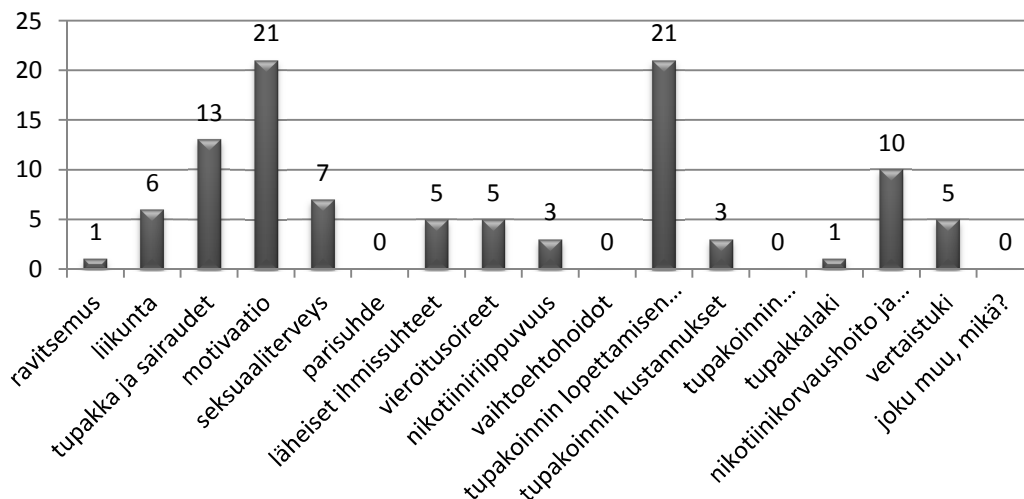
Valittujen vaihtoehtojen perusteella kolme tärkeintä tapaa hoitaa vieroitusoireita vastaajien mielestä on lääkitys, nikotiinikorvaushoitotuotteet ja vertaistuki. Kukaan vastaajista ei valinnut vieroitusoireiden hoidoksi nuuskaa, minkä tutkimusten mukaan osa tupakoinnin lopettajista valitsee. Osa vastaajista oli valinnut vieroitusoireiden hoidoksi myös vaihtoehtoja, joilla ei ole tieteellistä

näyttöä toimivuudesta ja turvallisuudesta. Tähän faktaan nojaten ei ole suotavaa terveydenhuoltohenkilökunnan suositella näitä vaihtoehtoja. Mikäli asiakas omasta halustaan haluaa kokeilla hypnoosia, akupunktiota ja vitamiinivalmisteita voivat he niin tehdä. Kolme vastaajaa oli valinnut vieroitusvaihtoehdoksi sähkötupakan, jota sosiaali- ja terveysministeriön ja Turun kaupungin kannan mukaan ei saa suositella vieroituksen hoitoon. Sähkötupakka luokitellaan tupakkatuotteeksi, joten toisella samankaltaisella terveydelle vaarallisella tuotteella ei voida tupakoitsijan vieroitusoireita hoitaa. Avoimessa vastausvaihtoehdossa tuotiin esille erittäin tärkeä asia

"...annetaan eri vaihto ehtoja kaikille ei käy sama juttu."

Tupakan vieroituksessa on useita eri asioita, joita tulisi vieroituksen aikana käydä lävitse. Vastaajia pyydettiin valitsemaan kolme tärkeintä aihetta, joiden käsittely tukisi parhaiten tupakasta vieroitusta.

Valitse alla olevista mielestäsi 3 tärkeintä aihetta, joiden käsittely tukisi parhaiten tupakasta vieroitusta (n=32)



Taulukko 4. Tupakan vieroituksen aihealueet.

Annettujen vastausten perusteella kolme tärkeintä aihetta ovat motivaatio, tupakoinnin lopettamisen edut ja tupakka ja sairaudet vaihtoehdot. Valitut vaihtoehdot olivat kyselyn tekijälle yllätys, koska tutkimusten mukaan tupakoitsijat itse tiedostavat hyvin tarkkaan tupakka ja sairaudet asiat ja kaipaavat tueksi muiden aiheiden käsittelyä. Valmiiksi annetuista vaihtoehdoista ei kukaan vastaajista valinnut vaihtoehtoa parisuhde, vaihtoehtohoidot tai tupakoinnin yhteiskunnalliset vaikutukset. Läheisten tuki tupakoinnin lopettamisen kannalta on ensi arvoisen tärkeää, vaikka parisuhde vaihtoehtoa eivät vastaajat valinneetkaan. Osa tupakoitsijoista, erityisesti nuoret naiset, ovat kiinnostuneita tupakoinnin yhteiskunnallisista vaikutuksista. Avoimeen vastauskohtaan ei tullut yhtään vastausta.

5.3.3 Verkossa tapahtuva tupakan vieroituksen ryhmäohjaus

Kehittämiprojektin tuotoksena tehtiin toimenpide-ehdotus tupakan vieroituksen ryhmäohjausmallista. Mallissa on tarkoituksena hyödyntää myös verkossa tapahtuvaa ohjausta ja neuvontaa. Seuraavat kysymykset käsittelivät tätä aihetta.

Vastaajien tuli valita aikaisemmassa kysymyksessä valituista vastausvaihtoehdoistaan ne, jotka sopisivat parhaiten verkossa tapahtuvaan ohjaukseen. Tähän kysymykseen vastasi 23 (72 %) henkilöä. Vastaukset poikkesivat selvästi aikaisemman kysymyksen vastauksista. Verkossa tapahtuvaan ohjaukseen vastaajien mielestä sopii tupakoinnin lopettamisen edut, vertaistuki ja vieroitusoireet.

Vastaajilta kysyttiin myös lisääkö heidän mielestään ryhmävieroitukseen osallistuminen mahdollisuutta lopettaa tupakointi. 19 (60 %) vastaajista oli sitä mieltä, että ryhmävieroitukseen osallistuminen lisää tupakoinnin lopettamisen mahdollisuutta. Kahden (6 %) vastaajan mielestä ryhmävieroitus ei lisää onnistumisen mahdollisuutta ja 11 (34 %) ei osannut sanoa.

Tupakan ryhmävieroituksen tapaamiskerroiksi on suunniteltu viittä kertaa. Vastaaajilta kysyttiin kuinka monta näistä kerroista voisi olla verkossa tapahtuvaa ohjausta. Kahdeksan (25 %) oli sitä mieltä, ettei yhtäkään kertaa ryhmävieroituksesta voi tapahtua verkossa. 22 (69 %) vastaajaa oli sitä mieltä, että 1 -3 ohjauskertaa voisi tapahtua verkossa. Kaksi (6 %) vastaajaa valitsi vaihtoehdon kaikki, eli kaikki voisi olla verkossa tapahtuvaa ohjausta.

Yhtenä kyselyn avoimena kysymyksenä vastaaajilta kysyttiin mitä hyötyä heidän mielestään olisi verkossa tapahtuvassa asioinnista. Kysymykseen vastasi 21 (66 %) kaikista vastaaajista.

"Olisi mahdol esim meilailta samassa tilanteessa olevien kanssa ja saada mm vertaistukea."

"Ei sido asiakasta eikä hoitajaa tiettyyn aikaan ja paikkaan. Voidaan toteuttaa silloin, kun parhaiten sopii."

"nimettömyys, helppo puhua."

Suurin osa vastauksista käsitteli verkossa tapahtuvan asiointin helppoutta ja sitä, ettei ohjaus oli aikaan ja paikkaan sidottua. Näin osallistuja voi itse ohjautua palvelun piiriin kun se hänelle parhaiten sopii. Myös vertaistuen saaminen, nimettömyys ja sitä kautta helpompi puhua koettiin tärkeinä.

Tupakoinnin lopettaminen vaatii tupakoitsijoilta yleensä useamman yrityksen kerran päästä tupakasta eroon, usein neljästä viiteen yritystä. Relapsi kuuluu osana tupakan lopettamisen prosessiin. Vastaaajilta kysyttiin avoimella kysymyksellä millä tavoin heidän mielestä voidaan ehkäistä tupakoinnin lopettaneen asiakkaan relapsia. Kysymykseen vastasi 19 (60 %) kyselyyn vastaajaa.

"Tunnustus, kannustus ja kiitos!!"

"Relapsi kuuluu asiaan ja voi olla hyväkin asia. Elämäntapamuutos etenee vaiheittain ja kovin yksilöllisesti."

"relapsia mikä se on jotain syätävä?"

"jokainen on itse vastuussa omata elämästä."

Suurin osa vastaajista piti motivointia ja kannustusta hyvänä tapana ehkäistä asiakkaan relapsia. Myös tarpeeksi pitkä jatkoseuranta kyselyn, vastaanottokäyntien ja soittojen avulla oli suosittu työtapa vastaajien keskuudessa. Asiakkaalle tulee myös kertoa relapsin mahdollisuudesta ja miten tulisi toimia mikäli näin käy.

Kyselyn lopussa kiitettiin osallistumisesta ja annettiin mahdollisuus lähettää kyselyn tekijälle viestiä.

"Onnea tutkimukseen, tärkeää asiaa."

"en ole koskaan saanut kiitosta että olen lopettanut itsenäisesti tupakoinnin. olen itse kiittänyt ostamalla joka kuukausi jotain itselleni."

5.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tieteellisessä tutkimuksessa pyritään tuottamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksessa kerätty aineisto kuvaa niitä asioita, joita on tarkoituskin tutkia, voidaan puhua aineiston sisäisestä luotettavuudesta. Mikäli aineistosta pystytään tekemään yleistyksiä, puhutaan aineiston ulkoisesta luotettavuudesta. Tutkimuksen reliabiliteetillä tarkoitetaan sitä, miten tarkasti asiaa mitataan ja validiteetti mitataanko sitä mitä oli tarkoitus mitata. Näin siis

saadaan aikaan ei-sattumanvaraisia tuloksia. Hoitotyöhön liittyvän tutkimuksen tulee olla inhimillistä, arvoperustaista toimintaa. Tutkimuksen tarkoituksena oli löytää totuus tieteellisesti hyväksytyillä menetelmillä (Kuvio 3) ja se on tehty tieteelliselle tutkimukselle asetettujen kriteerien mukaan (Heikkilä 2005, 185). Tutkimuksen perustehtävänä on tuottaa luotettavaa informaatiota. Tutkija itse on keskeisessä asemassa tekemistään eettisistä ratkaisuistaan, varsinkin jos tutkimus koskee inhimillistä toimintaa ja siinä on mukana ihmisiä, joita käytetään tutkimuksen tietolähteinä. Tutkimusetiikan keskeinen ajatus on, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta (Leino-Kilpi 2003, 285; Karjalainen 2002, 59).

Tutkimuksen tarkoituksena oli luoda tietoa, jonka tarkoituksena on kehittää hoitotyötä. Tutkijalla tulee olla myös kriittinen asenne, joka on pohjimmiltaan eettinen ja myönteinen. Tarkoituksena on parantaa jotain asiaa ja uskoa siihen mahdollisuuteen. Kriitiikin avulla voidaan parantaa esimerkiksi yksilöitä yrittämällä poistaa ja korjata puutteet. Eettisesti tämä tarkoittaa sitä, että meidän tulee tavoitella hyvää. Kriittinen asenne vaikuttaa tutkijan haluun kehittää hoitotyötä. Hänellä tulee olla selvää se, mitä hyvä hoitotyö tarkoittaa eri tilanteissa eri potilaille. Tämänkään kehittämisprojektin tuottama ryhmämalli ei sovellu kaikille asiakkaille (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 106-107).

Tarkoituksena oli luoda kyselylomake, joka voidaan toistaa Turun kaupungin perusterveydenhuollon muulle henkilökunnalle ja saada samoja tuloksia. Näin ollen voidaan todeta, että lomake oli reliaabeli ja validi (Hirsjärvi ym. 2010, 231-233). Kysymysten tekemisessä täytyy kyselylomakkeen laatijan olla tarkka, jotta kyselyyn vastaaja ymmärtää kysymyksen samalla tavalla kuin kysymyksen tekijä. Ilmaisussa tulee olla huolellinen ja välttää epämääräisiä ja häilyviä kysymyksiä. Kysymykset eivät saa myöskään olla johdattelevia. (Aaltola & Valli 2010, 103-104.)

Käytettävän kyselylomakkeen operationalisointi ja kysymysten laadinta toteutettiin vahvasti tietoperustaan nojaten pitkällä aikavälillä. Ensin määriteltiin tutkimusongelmat ja ne pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman tarkasti. Kyselylomake lähetettiin projektiryhmälle kommentoitavaksi ja tämän lisäksi myös pienelle joukolle terveysaseman henkilökuntaa. Näiden asiantuntijoiden palautteiden perusteella tehtiin kyselylomakkeeseen muutoksia. Voidaan siis puhua lomakkeen esitestauksesta, joka lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Koska opinnäytetyön tekijä oli terveysaseman henkilökunnan keskuudessa tuttu, jolle kysely lähetettiin, saattoi se vääristää vastauksia ja vaikuttaa siten kyselyn luotettavuuteen. Vastajat saattoivat kaunistella vastauksiaan tai vastata jopa tavalla, millä olisivat tutkimuksen tekijän haluavan heidän vastaavan. Toisaalta voitiin ajatella, että tutkimuksen tekijän tunnettavuus nostaa kyselyn vastausprosenttia.

Tässä soveltavassa tutkimuksessa keskityttiin vastaajien mielipiteisiin ja asenteisiin, oli tärkeää huomioida eettisyys tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimuksen tekijän tuli olla koko prosessin ajan mahdollisimman objektiivinen, eikä antaa omien mielipiteiden vaikuttaa missään tutkimuksen vaiheessa. Kyselyyn vastaajille tuli taata luottamuksellisuus ja anonymiteetti. Webropol®-kyselyssä tämä mahdollistuu ohjelmassa olevilla asetuksilla, jotka estivät tutkijaa saamasta kyselyyn vastanneiden sähköpostitietoja. Tämän soveltavan tutkimuksen kyselyssä ei kerätty vastaajilta henkilötietoja, joista voitaisiin tunnistaa yksittäisiä vastaajia tai heidän mielipiteitään. Tutkimustulokset pyrittiin kirjoittamaan muuttumattomina ja objektiivisesti.

Tutkijalla tulee olla yleisenä lähtökohtana ajatus siitä, että tutkittava asia on tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. Hänen tulee olla rehellinen, huolellinen ja tarkka työssään. Tietoa tulee hakea tieteellisesti luotettavista ja kestävästä lähteistä, tässä tutkimuksessa on käytetty

uusimpia lähteitä, joita ovat mm. väitöskirjat ja Cochrane – julkaisut. Tutkimustulokset tulee julkaista avoimesti, jättämättä mitään tuloksista pois. Tässä soveltavan tutkimuksen tulosten esittelyssä on kirjoitettu kaikkien kysymysten vastaukset näkyväksi, avoimine vastauksineen (Leino-Kilpi 2003, 288).

Tutkimukseen osallistuneita kohdeltiin rehellisesti ja kunnioittavasti. Heille lähetetyssä kyselyn saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet. Saatekirjeessä tehtiin myös selväksi se, että osallistuminen kyselyyn oli täysin vapaaehtoista ja vastaajien anonymiteetti varmistettiin sillä, ettei kyselyn tuloksia lähetetty suoraan tutkijalle (Leino-Kilpi 2003, 290). Projektipäällikkö ei käsitellyt henkilökohtaisesti vastaajien nimiä eikä sähköpostiosoitteita. Soveltavan tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että mukaan kyselyyn otettiin kaikki terveysasemilla työskentelevät lääkärit ja hoitajat. Kyseessä oli kokonaistutkimus, joten näin voidaan tehdä yleistyksiä ja päätelmiä tupakan vieroitustyöstä terveysasemilla.

Tässä soveltavassa tutkimuksessa validius varmistetaan eri tavoin. Käytettävän kyselylomakkeen operationalisointi ja kysymysten laadinta toteutetaan vahvasti tietoperustaan nojaten pitkällä aikavälillä. Ensin määritellään tutkimusongelmat ja ne pyritään kuvaamaan mahdollisimman tarkasti. Kyselylomake lähetetään projektiryhmälle kommentoitavaksi ja tämän lisäksi myös pienelle joukolle terveysaseman henkilökuntaa. Näiden asiantuntijoiden palautteiden perusteella tehdään kyselylomakkeeseen muutoksia. Voidaan siis puhua lomakkeen esitestauksesta, joka lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Kysely esitettiin projektiryhmässä ja perusterveydenhuollon kehittämisosaston kahdella ylilääkärillä, he eivät osallistuneet varsinaiseen tutkimukseen. Näin varmistettiin kyselyn ymmärtävyyttä ja toimivuutta. Pilotoinnin jälkeen kyselyyn tehtiin muutoksia.

Kyselylomakkeen kysymykset ovat monivalintakysymyksiä ja skaaloihin perustuvia kysymyksiä. Kyselyn lopussa on myös kaksi avointa kysymystä. Monivalintakysymysten etuna on kysymysten tulosten mielekäs vertailu, se tuottaa helposti käsiteltäviä ja analysoitavia vastauksia ja auttaa vastaajaa tunnistamaan kysyttävän asian. Avoimet kysymykset sallivat vastaajille tulla näkyväksi omin sanoin ja kertovat mitä kysyjä tietää kysyttävästä asiasta ja mikä on hänen motivaationsa asian suhteen (Hirsjärvi ym. 2010, 201). Kyselyn tuloksista tehdään tilastollinen analysointi, jota kuvataan mm. prosenttitaulukoilla. Kyselystä saatua aineistoa hyödynnetään toimintamallin luomisessa. Tieteellisessä tutkimuksessa pyritään tuottamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksessa kerätty aineisto kuvaa niitä asioita, joita on tarkoituskin tutkia, voidaan puhua aineiston sisäisestä luotettavuudesta. Mikäli aineistosta pystytään tekemään yleistyksiä, puhutaan aineiston ulkoisesta luotettavuudesta. Tutkimuksen reliabiliteetillä tarkoitetaan sitä, miten tarkasti asiaa mitataan ja validiteetti mitataan sitä mitä oli tarkoitus mitata. Näin siis saadaan aikaan ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tiedon hankintaan luotiin kyselylomake, joka voidaan toistaa Turun kaupungin perusterveydenhuollon muulle henkilökunnalle ja saada samoja tuloksia. Näin ollen voidaan todeta, että lomake on reliaabeli ja validi (Hirsjärvi ym. 2010, 231-233). Kysymysten tekemisessä täytyi kyselylomakkeen laatijan olla tarkka, jotta kyselyyn vastaaja ymmärtää kysymyksen samalla tavalla kuin kysymyksen tekijä. Ilmaisussa tuli olla huolellinen ja välttää epämääräisiä ja häilyviä kysymyksiä. Kysymykset eivät saaneet myöskään olla johdattelevia. (Aaltola & Valli 2010, 103-104.)

Soveltavan tutkimuksen kysely lähetettiin vastaajille vasta heinäkuun lopulla ja vastausaikaa oli kuukausi. Kyselyyn vastaamisesta muistutettiin tuona aikana sähköpostilla osastohoitajien kautta kahdesti. Kysely lähetettiin vakituiselle henkilökunnalle, joista osa oli vuosilomalla kyselyyn vastaamisen aikana. Tämä näkyi selvästi alhaisessa kyselyyn

vastanneiden määrässä, joka oli 19 %. Ilahduttavaa kuitenkin oli se, että kyselyyn vastasi sekä lääkäreitä ja hoitajia, joilla oli pitkä ammattitaito takanaan ja näin ollen näkemystä tupakan vieroitustyöstä terveysasemilla.

Tässä soveltavassa tutkimuksessa keskityttiin vastaajien mielipiteisiin ja asenteisiin, on tärkeää huomioida eettisyys tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Opinnäytetyön tekijän oli koko prosessin ajan mahdollisimman objektiivinen, eikä antanut omien mielipiteiden vaikuttaa missään tutkimuksen vaiheessa. Kyselyyn vastaajille tuli taata luottamuksellisuus ja anonymiteetti. Webropol®-kyselyssä tämä mahdollistuu ohjelmassa olevilla asetuksilla, jotka estävät tutkijaa saamasta kyselyyn vastanneiden sähköpostitietoja. Tämän tutkimuksen kyselyssä ei kerätty vastaajilta henkilötietoja, joista voitaisiin tunnistaa yksittäisiä vastaajia tai heidän mielipiteitään. Tutkimustulokset pyrittiin kirjoittamaan muuttumattomina ja objektiivisesti.

Tutkimusaineiston tulosten luotettavuutta lisää se, että hyödynnetään tuloksia kokonaisuudessaan jättämättä siitä mitään pois. Tutkimusetiikan yksi keskeinen osa on tutkijan rehellisyys ja tulosten käsittelyssä se näkyy tässä tutkimuksessa niin, että kaikki tulokset julkistetaan. Aineisto on ollut vain aineiston kerääjän käytettävissä ja se säilytettiin lukitussa paikassa. Webropol® -tiedostoina oleva aineisto deletoidaan ja kirjalliset tulokset tuhotaan silppurilla, kun aineistoa ei enää tarvita. Koska tässä tutkimuksessa projektipäällikkö on noudattanut ehdotonta rehellisyyden periaatetta, mitään soveltavan tutkimuksen tuloksista ei ole sepitetty eikä vääristelty (Karjalainen 2002, 66).

6 TUPAKAN VIEROITUKSEN RYHMÄMALLI

Tupakan vieroituksen ryhmämallista on pyritty luomaan mahdollisimman käytännön läheinen käyttäen niitä elementtejä, joita tuli esille soveltavan tutkimuksen tuloksissa. Koska tämän hetkiset henkilöstöressit ovat rajatut, tulee mallia luodessa miettiä myös mahdollisimman tehokkaita tapoja käydä lävitse kaikki hyvän vieroituksen osa-alueet. Ohjausryhmän ehdotuksen mukaisesti malliin otetaan perinteisten ryhmätapaamisten lisäksi mukaan myös sähköisiä elementtejä. Näin saadaan osaltaan vähennettyä varsinaisia ryhmäkokouksia. Myös asiantuntijoiden käyttäminen saattaa tulevaisuudessa olla haastavaa, joten heidän asiantuntijaluontonsa tullaan videoimaan 30 minuutin esityksiksi. Kolmantena elementtinä malli tulee sisältämään Pegasos – potilastietojärjestelmän kautta ryhmäläisille lähetettävät motivoivat ja kannustavat tekstiviestit, jotka kirjoitetaan ryhmän ohjaajalle valmiiksi.

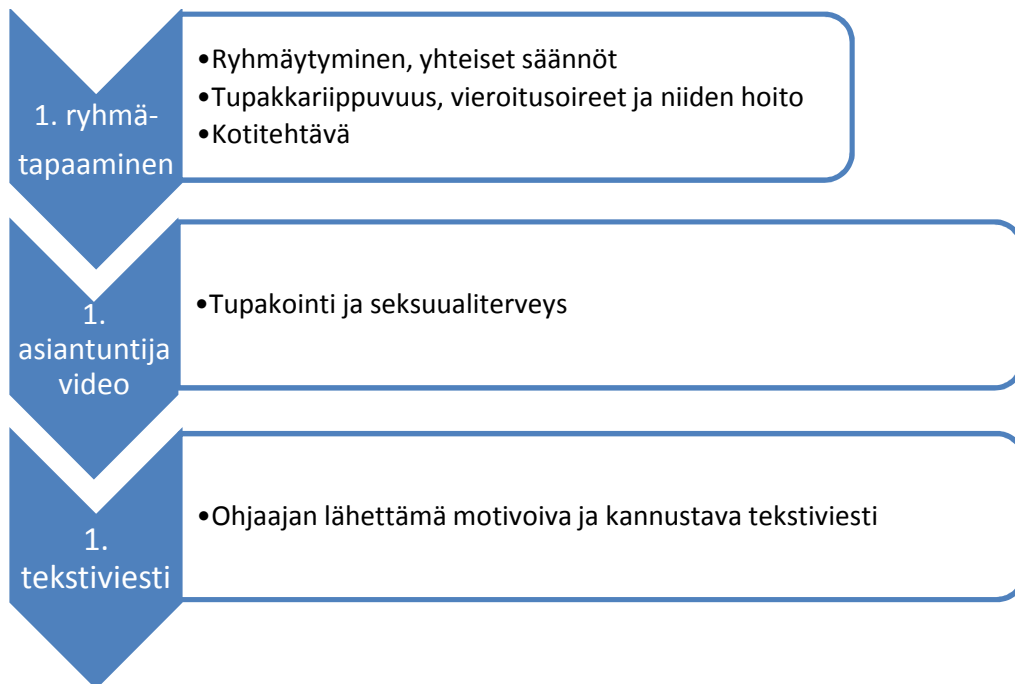
Anttilan (2012) tutkimuksen mukaan Suomessa 80 % väestöstä on internetin käyttäjiä. Internettiä käytetään sähköpostin lukemiseen, tiedonhankintaan ja pankkipalveluissa. Tästä syystä myös terveydenhuollossa on selvästi paineita ottaa internet-pohjaisia terveydenhuollon palveluita käyttöön. Erityisesti räätälöidyillä palveluilla on mahdollista muuttaa yksilön terveyskäyttäytymistä ja ehkäistä tulevia terveysongelmia. Näin olisi mahdollista kaventaa väestön välisiä terveyseroja maailmanlaajuisesti. Internet-palveluiden fokus tulisi olla terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien luotettavien palveluiden tuottaminen, väestön on näin mahdollista saada tietoa terveyden edistämisestä, oireista ja sairauksien hoidosta (Anttila 2012, 18).

Asiakkaiden arjen sujuvuuden kannalta on tärkeää, että palvelut ovat helppokäyttöisiä, ne sisältävät selkeät käyttöohjeet ja kieli on johdonmukaista. Internet-palveluiden käyttöönottoa asiakkaiden

keskuudessa vaikeuttavat puutteelliset valmiudet käyttää palveluita ja ymmärtää niiden viestin sisältöjä. On myös asiakkaita, jotka eivät halua menettää kontaktia hoitohenkilökuntaan ja ilman heidän apuaan ja tukeaan ovat kykenemättömiä tekemään terveyteensä liittyviä päätöksiä (Anttila 2012, 21-24).

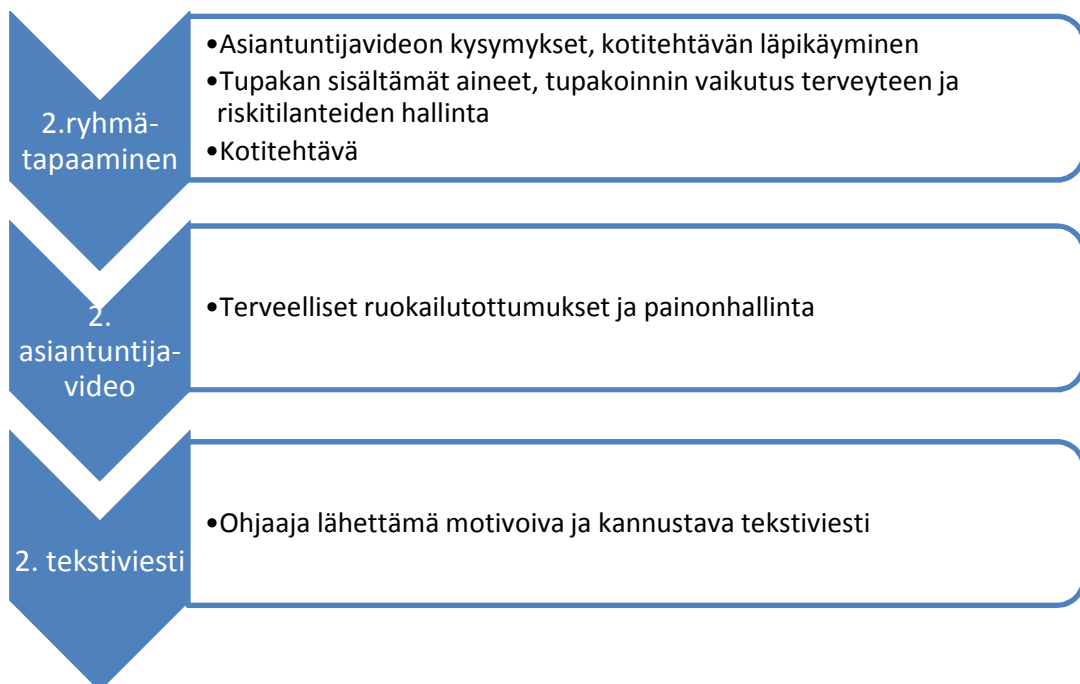
Ryhmäläisille lähetetään etukäteen ennen ryhmän alkamista esitietolomake ja kahden kysymyksen Fagerströmin nikotiiniriippuvuudesta – lomake (liite 3). Näiden tietojen avulla ryhmän ohjaajan on mahdollista miettiä jokaiselle ryhmäläiselle henkilökohtainen nikotiinikorvaushoito tai lääkehoito. Ryhmäläisten tulee myös etukäteen kirjautua sähköisen asiainnin asiakkaiksi, jotta heille voidaan lähettää motivoivia ja kannustavia tekstiviestejä.

Kuvio 4. Ryhmämallin sisältö



Ensimmäisellä ryhmäkerralla on tarkoituksena lyhyesti tutustua muihin ryhmäläisiin. Ryhmään luodaan myös yhdessä säännöt, joita kaikkien ryhmäläisten tulee noudattaa, luottamuksellisuuden luominen on ryhmän toiminnan kannalta ensiarvoisen tärkeää. Varsinaisina aiheina ensimmäisellä ryhmäkerralla ovat tupakkariippuvuus, vieroitusoireet ja niiden hoito. Kotitehtäväksi ryhmäläisille annetaan tehdä tupakoinnin ja tupakoimattomuuden hyödyistä ja haitoista SWOT – analyysi.

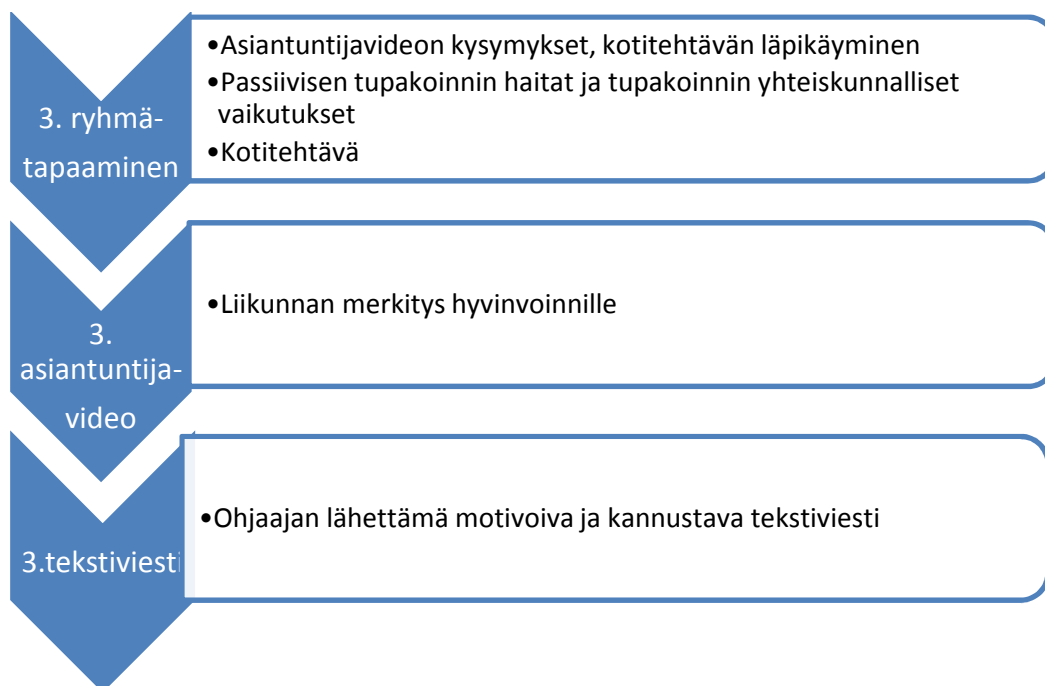
Ensimmäisen ryhmätapaamisen jälkeen on vuorossa ensimmäinen asiantuntijan video aiheesta ”Tupakointi ja seksuaaliterveys”. Ryhmäläisiä kehoitetaan kirjoittamaan ylös mahdollisesti esille tulleet kysymykset, jotka käsitellään seuraavalla ryhmätapaamisella. Tämän jälkeen jokainen ryhmäläinen saa myös puhelimeensa ryhmän ohjaajan lähettämän motivoivan ja kannustavan tekstiviestin. (”Sinulla on sisäistä tahdonvoimaa! Se on vahvempi kuin koskaan ennen ja myös kehosi on voimakkaampi ja terveempi”.)



Toisella ryhmätapaamisella käydään lävitse mahdolliset esille tulleet kysymykset asiantuntijan videosta. Myös kotitehtäväksi annettu SWOT – analyysi käydään yhteisesti ”aivoriihi-tekniikan” avulla. Varsinaisina aiheina ovat tupakan sisältämät aineet, tupakoinnin vaikutukset

terveyteen ja riskitilanteiden hallinta. Kotitehtäväksi jokainen ryhmäläinen saa lomakkeen, johon kirjataan ylös henkilökohtaiset riskitilanteet ja mikä voisi olla vaihtoehtoista toimintaa, jotta ei tupakoitaisi. Tarkoituksena on miettiä myös omasta henkilökohtaisesta elämämpiiristä henkilö, joka voisi toimia tukena tupakointia lopettavalle ryhmäläiselle.

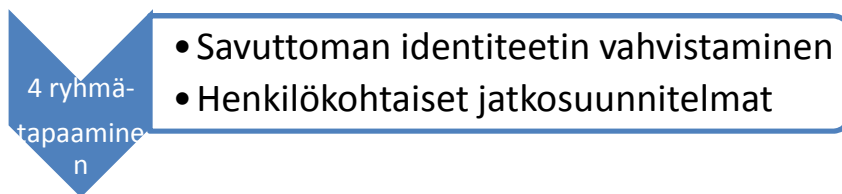
Toisen ryhmätapaamisen jälkeen on vuorossa toinen asiantuntijan video. Tällä videolla ravitsemusterapeutti kertoo painonhallinnasta ja terveellisten ruokailutottumusten lähtökohdista. Tämä osuus on erittäin tärkeä varsinkin ryhmässä oleville naisille, jotka yleisesti pelkäävät painonnousua tupakoinnin lopettamisen jälkeen. Tämän jälkeen jokaiselle ryhmäläiselle lähetetään motivoiva ja kannustava tekstiviesti ("Olet toipunut upeasti! Aiemmin olit riippuvainen nikotiinista ja nyt voit nauttia uudesta elämästäsi".)



Kolmannella ryhmäkerralla käydään lävitse mahdolliset kysymykset, jotka ovat tulleet ryhmäläisten mieleen asiantuntijan videon perusteella. Varsinaisina aiheina ovat passiivisen tupakoinnin haitat ja tupakoinnin yhteiskunnalliset ja globaalit vaikutukset. Vapaaehtoisena kotitehtävänä

on pitää kolme päivää ruokapäiväkirjaa, josta ryhmän ohjaaja tekee henkilökohtaisen kirjallisen palautteen.

Kolmas asiantuntijan video käsittelee aihetta ”Liikunnan merkitys hyvinvoinnille”. Painopiste ohjauksessa on hyötyliikunnan käyttöön otto arjessa ja liikunnan ilo. Videolla kerrotaan myös mahdollisuudesta päästä omalle terveysasemalle maksuttomaan liikuntaneuvojan ryhmäohjaukseen, jossa kerrotaan erilaisista kaupungin tarjoamista edullisista liikuntamahdollisuuksista. Tämän jälkeen jokainen ryhmäläinen saa motivoivan ja kannustavan viestin ryhmän ohjaajalta (”Sinulla on voimaa vastustaa kiusausta, entiseen ei ole paluuta. Nyt sinulla on monia syitä nauttia uudesta elämästäsi”.)



Neljännän ja viimeisen ryhmätapaamisen pääsisältö on vahvistaa ryhmäläisten savutonta identiteettiä ja tehdä jatkosuunnitelmia. Ryhmäläisiltä kerätään myös kirjallinen nimetön palaute ryhmätoiminnan annista. On erittäin tärkeää tuoda esille mahdollisuus jatkaa tuen saamista yksilöohjauksessa omalla terveysasemalla, mikäli ryhmäläinen kokee sitä tarvitsevänsä.

7 KEHITTÄMISPROJEKTIN POHDINTA

Sosiaali- ja terveysministeriö teki 2000-luvulla valtakunnan tasolla näkyväksi savuttomuuden edistämisen tärkeyden terveydenhuollossa Savuton Suomi 2040 – ohjelmalla. Tupakasta vieroituksesta tuli yksi tärkeimmistä agendoista erilaisissa kansanterveysohjelmissa ja terveyden edistämisessä väestön keskuudessa. Terveys 2015 – ohjelma, terveyden edistämisen laatusuositus ja laaja-alainen lainsäädäntö ottaa kantaa voimakkaasti tähän kehittämistarpeeseen. Terveydenhuollossa käytössä olevasta kansallisesta Käypä hoito – suosituksen tavoitteena on antaa henkilöstölle tehokkaat hoito-ohjeet tupakkariippuvuuden hoitoon. Paikallistasolla Turussa nämä valtakunnalliset ohjeet ja käytännöt on kirjattu kaupungin omiin hyvinvointiohjelmiin ja strategioihin. Sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmässä laadittiin toimenpideohjelma, joka piti sisällään sekä henkilökunnan, että kuntalaisten savuttomuuden edistämisen. Käytännön toteuttaminen annettiin terveyden edistämisen yksikön tehtäväksi. Tämän kehittämisprojektin projektipäällikkö työskentelee yksikössä ja siten oli myös luontevaa, että kehittämisprojektin aihe liittyy tähän ohjelmaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001; Turku strategia 2015).

Riskejä kehittämisprojektissa on ollut useita ja niitä on arvioitu projektin alussa SWOT -analyysin avulla. Suurimmat riskit ovat oman organisaation henkilökunnan keskuudessa. Selvästi merkittävin tekijä on, miten saadaan henkilökunta sitoutumaan projektiin, jotta ryhmämallista saadaan pysyvä toimintamalli perusterveydenhuoltoon. Keinoina tähän on henkilökunnan koulutus ja jatkuva tiedottaminen palvelusta. Vakituiseen ja motivoituneeseen ryhmän ohjaajan löytäminen organisaation sisäلتä on myös haaste. Hoitajaa ei tule pakottaa

tehtävään, hänen oma motivaatio ja esimiehen tuki työjärjestelyiden suhteen auttaa tämän riskin hallinnassa. Ohjaajan pitää saada myös tuoda omia ajatuksiaan esille itse mallista ja sen toteuttamisesta. Tämä tulee olemaan yksi jatkokehittämistehtävä varsinaisen kehittämisprojektin jälkeen. Projektipäällikön vähäinen kokemus projektityöstä on viivästyttänyt projektin etenemistä vain hyvin vähän. Tähän vaikutti oleellisesti projektiryhmän ja ohjausryhmän ammattitaito ja tuki. Asiakkaiden tavoittaminen ryhmäohjauksen pariin tulemaan olemaan iso haaste. Yhteistyö oman organisaation viestinnän yksikön kanssa ulkoisen viestinnän osaamisen suhteen on ratkaiseva tekijä, kuinka saadaan turkulaisille tiedoksi uusi palvelumalli. Sähköisen asiointin mukaan tuleminen ryhmämalliin mahdollistaa asiakkaiden palvelun löytämisen internetin avulla, joka mahdollistaa palvelulle saatavaa näkyvyyttä.

Kehittämisprojektin alkaessa oli terveysasemilla käytössä tupakasta vieroituksen yksilömalli. Alusta saakka oli selvää, ettei yksilövieroitusmalli ollut riittävä tavoittamaan tupakoivia kuntalaisia, vaan tarvittiin muitakin malleja. Kehittämisprojektin suunnittelu alkoi heti projektipäällikön aloittaessa YAMK-opinnot yhteistyössä tulosaluejohtajan, ylihoitajan ja mentorin kanssa. Kehittämisprojektilla oli alusta saakka johdon sekä terveyden edistämisen yksikön tuki. Projektin toteuttamisen kannalta oli onnekasta saada tehdä projekti juuri terveyden edistämisen yksikössä, jossa projektipäällikkö itse työskenteli. Johdon ja työyhteisön tuki on usein avainasemassa uudistusten ja muutosten eteenpäin viemisessä. Kehittämisprojekti nähtiin tarpeellisena ja lopputuotosta savuttomuuden edistämiseksi perusterveydenhuollossa tärkeänä.

Kehittämisprojektin tavoitteiden mukaisesti luotiin terveysasemien käyttöön tupakan ryhmävieroituksen toimintamalli. Malli pitää sisällään perinteisiä ryhmäkäyntejä sekä internet -pohjaisia elementtejä, kuten asiantuntijoiden videoita ja ohjaajan lähettämiä tekstiviestejä.

Alkuperäinen suunnitelma mallin sisällöstä muuttui radikaalisti ohjausryhmän tapaamisen jälkeen. Tulosaluejohtajan ehdotuksesta mukaan otettiin myös sähköiset elementit. Tämä muutti myös kyselylomakkeen sisällön. Näistä syistä myös kehittämisprojektin alussa tehty aikataulusuunnitelma muuttui, eikä loppuvaiheen aikataulusta pystytty pitämään enää kiinni. Myös projektipäällikön sairastuminen kesken prosessin myöhästytti aikataulua selvästi.

Ryhmävieroitusmallin sisältö on rakennettu niin, että siinä on huomioitu soveltavan tutkimuksen kyselyn tulokset ja empiirisestä tutkimuksesta nousseet tärkeimmät aihepiirit. Ryhmätapaamisilla käsitellään tupakkariippuvuutta, vieroitusoireita ja niiden hoitoa, tupakoinnin vaikutusta terveyteen, riskitilanteiden hallintaa, passiivisen tupakoinnin haittoja, tupakoinnin yhteiskunnallisia vaikutuksia ja savutonta identiteettiä. Asiantuntijoiden videot käsittelevät seksuaaliterveyttä, painonhallintaa ja terveellistä ruokavaliota sekä liikunnan merkitystä hyvinvointiin. Tekstiviesteillä on tarkoitus innostaa ja motivoida tupakoinnin lopettajia. Ryhmäläisille annetaan myös erilaisia kotitehtäviä liittyen suunnitelmien tekemiseen ja riskien hallintaan.

Kyselyyn vastaajat pitivät tupakan vieroitustyötä tärkeänä osana hoitotyötä. Tupakoinnin puheeksi ottaminen asiakkaan kanssa vastaanotolla oli kuitenkin 28 % vaikeana vaikka tupakoitsijat itse haluaisivat, että heidän kanssaan puhutaan asiasta. Savuton Turku 2015 – ohjelman puitteissa on pyritty kouluttamaan henkilökuntaa laajalaisesti tupakan vieroitustyöhön, jonka yhtenä tavoitteena on ollut puheeksi ottamisen tukeminen. Vastaajista 25 % koki etteivät he olleet saaneet koulutusta riittävästi ja peräti 44 % koki etteivät he olleet saaneet tarvittavaa koulutusta, jotta voisivat ottaa tupakoinnin puheeksi asiakkaan kanssa. Kyselyssä selvitettiin myös millä tavoin vieroitusoireita tulisi hoitaa, vastauksia tähän kysymykseen valittiin kaikista annetuista vaihtoehdoista. Suurin osa vastaajista valitsi

vieroitusoireiden hoidoksi lääkityksen, nikotiinikorvaushoitotuotteet tai vertaistuen. Osa vastaajista valitsi myös vaihtoehtoja, joita ei terveydenhuoltohenkilökunnan tulisi suositella, kuten hypnoosi, akupunktio tai vitamiinivalmisteiden käytön. Muutama vastaajista oli valinnut vieroituksen hoidoksi sähkötupakan, jota sosiaali- ja terveysministeriön ja Turun kaupungin kannan mukaan ei tule suositella vieroituksen hoitoon. Edellä esille tuodut tulokset ovat selkeää jatkokehittämisen tarve organisaation sisällä. Koulutusta tulee olla jatkossa tarjolla kaikille ja säännöllisesti.

Kehittämiprojektin lopputuotos tupakan vieroituksen ryhmämalli valmistui suunnitellun aikataulun mukaisesti. Alussa kehittämiprojektin tavoitteet tarkentuivat projektiryhmän ja ohjausryhmän ehdotusten avulla oppivan prosessin periaatteiden mukaisesti. Mallin onnistuneen luomisen mahdollisti erityisesti yhteistyö työelämän mentorin vahva mukanaolo. Projektipäällikön tehtävänä oli huolellinen suunnittelu ja jatkuva reflektointi projektiryhmän kanssa. Projektiryhmä oli erittäin innovatiivinen ja motivoitunut tehtäväänsä. Mentorin, projektiryhmän ja ohjausryhmän tuki projektin aikana oli myös tärkeää projektipäällikön työn etenemisen ja jaksamisen kannalta. Mallia on mahdollista soveltaa jatkossa myös muissa perusterveydenhuollon yksiköissä.

Kehittämiprojektin ryhmämalli vastaa organisaation tarpeisiin tavoittaa asiakkaita myös muulla tavoin kuin perinteisellä yksilövastaanotolla. Sähköiset ja internet-pohjaiset palvelut perusterveydenhuollossa on yksi kansallisista sosiaali- ja terveysministeriön antamista kehittämistoimenpiteistä kuntatason palvelun tuottajille. Mallin avulla voidaan lisätä asiakkaiden savuttomuutta ja kohdata niitä asiakkaita, joilla ei ole mahdollisuutta työaikana käydä terveysasemalla saamassa yksilövieroitusta tupakoinnin lopettamiseen.

Ryhmämalli syventää osaltaan sosiaali- ja terveysministeriön ja erilaisten kansanterveysohjelmien asettamia tavoitteita ja suosituksia tupakan vieroitustyössä. Mallissa käytetään erilaisia keinoja ja menetelmiä tavoitteisiin pääsemiseksi yksilötasolla. Mallin käyttöönotto

terveysasemilla lisää turkulaisen aikuisväestön koettua terveyttä ja näin osaltaan myös kaventaa turkulaisen väestön välisiä terveyseroja. Ryhmämalli voidaan tarvittaessa siirtää myös muiden yksiköiden ja tarvittaessa organisaatioiden käyttöön.

Tavoitteiden toteutumisen seuranta tulee tehdä tulevaisuudessa sovituin väliajoin sähköisesti. Potilastietojärjestelmän kautta voidaan ottaa tilastoja, siitä kuinka moni on osallistunut ryhmäohjaukseen ja onko heidän tupakoinnin lopettaminen ollut tuloksekasta. Resurssien säästäminen ja hoitokustannusten seuranta on monimutkaisempaa ja tulokset tulevat näkymään vasta pitkän ajan päästä. Henkilökunnan tietoisuutta ja asenteita tulisi kartoittaa kyselyillä vuosittain ja tarvittaessa järjestää tupakan vieroituksesta koulutusta.

LÄHTEET

- Aaltola, J. & Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Juva:WS Bookwell Oy.
- Anttila, M. 2012. Adoption of information technology based patient education in psychiatric nursing. Turku: Turun yliopiston julkaisuja.
- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: AKATIIMI Oy.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. 1991. Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies. Stockholm.
- Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Heikkinen, K. 2011. Cognitively empowering internet-based patient education for ambulatory orthopedicsurgery patients. Turku:Painosalama Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna:Kariston Kirjapaino Oy.
- Iivonen K, Kauravaara K. 2006. Nyt vapaaksi! - Tupakasta vieroittamisen opas ryhmänohjaajalle. Kansalais- ja työväenopistojen liitto KTOL, Helsinki.
- Jallinoja, P.; Kuronen, R.; Absetz, P. & Patja, K. 2006. Lääkehoidon, elintapahoidon ja ryhmäneuvonnan asema elintapasairauksien hoidossa. Suomen lääkärilehti 3747-3751, 37/2006.
- Karjalainen, S.; Launis, V.; Pelkonen, R. & Pietarinen, J. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Tampere: Tammer-Paino.
- Kilpeläinen, M. Nikotiiniriippuvuuden lääkehoito. Suomen lääkärilehti 44/2004.
- Käypä hoito – suositus 2006. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. Duodecim 1/2006.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulun yliopisto.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Liimatainen, L. 2002. Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Lipponen, K.; Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön sopivat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulun yliopisto.
- Luhta, R-M. & Puolijoki, H. Savuton sairaala ja henkilökunnan tupakasta vieroitus. Suomen lääkärilehti 4/2005.
- Onnismaa, J. 2003. Epävarmuuden paluu. Ohjauksen ja ohjausasiantuntijuuden muutos. Joensuu: Joensuun yliopistopaino.

Pennanen, M.; Patja, K. & Joronen, K. 2006. Tupakkakertomus 2006. Oikeus savuttomaan elämään. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. Helsinki: Hakapaino Oy.

Pietilä, A-M. 2010. Terveyden edistäminen teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.

Pietinalho, A. 2003. Tupakoinnin haitat ja savuttomuuden hyödyt. Suomen lääkirilehti 46/2003.

Pietinalho, A.; Vasankari, T.; Kontula, E.; Säynäjäkangas, O.; Sovijärvi, A. & Kinnula, V. 2011. Sydän- ja verisuonitautien ehkäisy käytännön lääkirityössä. Suomen lääkirilehti 24/2011.

Reijula, K.; Ervasti, O.; Riikkala, P.; Nykänen, N.; Pavela, M. & Teirilä, J. Keuhkohtaumataudinesiiintyvyyden, sairaalahoidon ja kuolleisuuden lisääntyminen onsaatu pysäytetyksi. Suomen lääkirilehti 16–17/2011.

Reijula, K.; Ervasti, O.; Riikkala, P.; Nykänen, M & Pavela, M. Kokemuksista mallia tupakastavieroitukseen työterveyshuollossa. Suomen lääkirilehti 1406-1407d/2011.

Routasalo, P.; Airaksinen, M.; T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Duodecim 125:2351–2359.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Prima.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Savuton Turku 2015 –ohjelma. Turun kaupunki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Julkaisuja 2006:19. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Tupakasta vieroituksen organsointi ja käytännöt. Julkaisuja 2009:15. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta. Helsinki: Edita Oyj.

Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2005.

Ståhl, T. & Rimpelä, A. 2010. Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Yliopistopaino.

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2006. Käypä hoito – suositus tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. 1. päivitys.

Sydän- ja verisuonitautien ehkäisy käytännön lääkirityössä. Eurooppalainen suositus. Suomen lääkirilehti 3-51/2008.

Tulokas, S. 2001. Diabetes in abolescence – A new approach to patient education. The problem based learning method. Tampere: Tampereen yliopisto.

Tulokas, S.; Paasikivi, K.; Pehkonen, T.; Suontaka-Jamalainen, K. & Vilppo, S. 2002. Ryhmäohjaus diabetekessä ongelmalähtöisen oppimisen menetelmällä. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 2/2002.

Turun kaupungin asukkaiden hyvinvointiohjelma 2015. Turun kaupunki. Viitattu 23.11.2012 <http://netku.turku.fi/Public/default.aspx?contentId=137796>

Turun kaupungin päihde- ja mielenterveysohjelma. Turun kaupunki. Viitattu 23.11.2012 <http://netku.turku.fi/Public/download.aspx?ID=129353&GUID={8F2C95AE-046F-4990-A019-4F6570F606A7}>

Turku strategia 2015. Turun kaupunki. Viitattu 23.11.2012 <http://netku.turku.fi/Public/download.aspx?ID=3747&GUID={2FE09ABE-0E48-4A16-8D6D-87A35EFD41EA}>

Turun sosiaali- ja terveystoimen toimenpideohjelma 2015. Turun kaupunki. Viitattu 23.11.2012 <http://netku.turku.fi/Public/default.aspx?app=40&nodeid=17413>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011. Varsinaisen terveesti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen suunnitelma.

Liite 1.

Tervetuloa vastaamaan kyselyyn!

Savuton Turku 2015 – hankkeen yhtenä kehittämistehtävänä on luoda uusia työmalleja perusterveydenhuollon käyttöön. Ryhmävieroitusmalli on yksi osa tätä työtä. Tämän työn pohjustamiseksi keräämme nyt tietoa siitä, **millainen ryhmävieroitusmalli edistää työikäisten savuttomuutta Turussa**. Kysely on lyhyt ja vastaukset käsitellään niin, ettei yksittäistä henkilöä voida tunnistaa.

1. Ikä

- 18 – 24 vuotta
- 25 – 44 vuotta
- 45 – 64 vuotta
- yli 65 vuotta

2. Ammatti

- lääkäri
- sairaan- tai terveydenhoitaja
- perus- tai lähihoitaja
- muu

3. Työkokemusvuodet terveydenhuollossa

- 0 – 5 vuotta
- yli 5 – 10 vuotta
- yli 10 – 15 vuotta
- yli 15 – 20 vuotta
- yli 20 vuotta

Valitse sopivin vaihtoehto;

4. Kuinka tärkeää mielestäsi tupakanvieroitustyö on terveysasemilla?

- 1 ei lainkaan tärkeää
- 2 melko tärkeää
- 3 tärkeää
- 4 erittäin tärkeää

5. Kuinka helppoa on mielestäsi tupakoinnin puheeksi ottamista asiakkaiden kanssa?

- 1 vaikeaa
- 2 melko vaikeaa
- 3 helppoa
- 4 erittäin helppoa

6. Kuinka tärkeää mielestäsi on tupakanvieroitustyö, kun halutaan lisätä asiakkaiden terveyttä ja ehkäistä sairauksien syntyä?

- 1 ei lainkaan tärkeää
- 2 melko tärkeää
- 3 tärkeää
- 4 erittäin tärkeää

7. Oletko mielestäsi saanut tarvittavaa koulutusta, jotta voit ottaa tupakoinnin puheeksi asiakkaan kanssa?

1. kyllä 2. ei 3. en osaa sanoa

8. Mitkä asiat ovat mielestäsi tärkeitä asiakkaan motivoinnissa tupakoinnin lopettamiseen?

(voit valita tarvittaessa useamman vaihtoehdon)

- lääkärin tai hoitajan kehoitus
- tupakkasairauksista kertominen
- tupakoinnin kustannuksista kertominen
- tupakoinnin vaikutus kokonaisterveyteen
- tupakoinnin vaikutus perheeseen, työympäristöön ja läheisiin
- tarjoamalla vieroituspalveluita
- kertomalla vieroituksen tukimuodoista
- erilaisilla laboratoriotutkimuksilla ja testeillä
- kertoa huolesta tupakoinnin suhteen
- joku muu, mikä? _____

9. Onko nikotiiniriippuvuus sairaus?

1. kyllä 2. ei 3. en osaa sanoa

Valitse sopivin vaihtoehto;

10. Kuinka merkittävää mielestäsi on tupakoinnin asteittainen vähentäminen terveyden kannalta?

- 1 ei lainkaan merkittävää
- 2 melko merkittävää
- 3 merkittävää
- 4 erittäin merkittävää

11. Mitä vieroitusoireita tupakoinnin lopettaneella saattaa olla?

(voit valita tarvittaessa useamman vaihtoehdon)

- näläntunne
- ahdistuneisuus
- masentuneisuus
- tupakanhimo
- unettomuus
- ongelmia keskittymisessä
- käsien vapina

() joku muu, mikä? _____

15. Mikä yllä olevista vaihtoehdoista, jonka valitsit sopisi parhaiten verkossa tapahtuvaan ohjaukseen?

16. Lisääkö ryhmävieroitukseen osallistuminen mahdollisuutta lopettaa tupakointi?

1. kyllä

2. ei

3. en osaa sanoa

17. Jos tupakan ryhmävieroitus kestää viisi tapaamiskertaa, kuinka monta näistä voisi olla verkossa tapahtuvaa ohjausta?

1. ei yhtään

2. 1-3 kertaa

3. kaikki

18. Mitä hyötyä mielestäsi on verkossa tapahtuvasta asioinnista?

19. Millä tavoin mielestäsi voidaan ehkäistä tupakoinnin lopettaneen asiakkaan relapsia?

**SUURI KIITOS OSALLISTUMISESTASI KYSELYYN, JOLLA KEHITÄMME
TUPAKOINNIN
RYHMÄVIEROITUSMALLIA PERUSTERVEYDENHUOLTOON.**

Liite 2.

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto/Terveysala



SAVUTON TURKU 2015

– Tupakan ryhmävieroitusmalli perusterveydenhuoltoon 23.7.2012

Hyvä vastaaja

Kohteliaimmin pyydän Teitä vastaamaan liitteenä olevaan kyselyyn, jonka tavoitteena on lisätä turkulaisen aikuisväestön savuttomuutta luomalla erilaisia toimintamalleja perusterveydenhuollon käyttöön. Tarkoituksena on parantaa aikuisväestön koettua terveyttä ja osaltaan kaventaa terveyseroja.

Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana Savuton Turku 2015 – ohjelmaan. Tämän kehittämisprojektin lopputuotoksena tehdään tupakan vieroituksen ryhmämalli perusterveydenhuollon käyttöön. Lupa aineiston keruuseen on saatu ehkäisevän terveydenhuollon tulosaluejohtaja Pirjo-Riitta Liuksilalta.

Teidän vastauksenne ovat arvokasta tietoa mallin kehittämisessä. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Kyselyn tuloksia tullaan käyttämään niin, etteivät yksittäisen vastaajan näkemykset ole tunnistettavissa. Olkaa ystävällinen ja vastaa 6.8.2012 mennessä.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Pia Suvivuo, TtT päätoiminen tuntiopettaja, Turun amk/Terveysala.

Vastauksistanne kiittäen

Nimi Riikka Korhonen
 Terveystietojen opettaja yamk-opiskelija
 Yhteystiedot
riikka.korhonen@students.turkuamk.fi

Liite 3.

Testaa mahdollinen nikotiiniriippuvuutesi

Rastita oikea vaihtoehto

1. Kuinka pian heräämisen jälkeen tupakoit ensimmäisen kerran?

- 5 minuutin kuluessa
- 6-30 minuutin kuluessa
- 31-60 minuutin kuluessa
- 60 minuutin jälkeen

2. Kuinka monta savuketta poltat vuorokaudessa?

- 1-10 savuketta
- 11-20 savuketta
- 21-30 savuketta
- 31 savuketta tai enemmän

Yhteispisteet (0 – 6)

0 pistettä	= riippuvuus, tuki ja tarvittaessa hoito
1 - 2 pistettä	= kohtalainen riippuvuus, tuki ja hoito
3 pistettä	= vahva riippuvuus, tuki ja hoito
4 – 6 pistettä	= hyvin vahva riippuvuus, tuki ja hoito

Yhteispisteesi ovat _____