

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Ensihoidon koulutusohjelma

Iina Pekkarinen

PÄIHTYNYT ENSIHOIDON ASIAKKAANA – ENSIHOITOHENKILÖSTÖN  
AMMATILLISUUS JA VALMIUDET KOHDATA PÄIHTYNYT POTILAS

Opinnäytetyö 2013

# TIIVISTELMÄ

## KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

### Ensihoito

PEKKARINEN, IINA

Päihtynyt ensihoidon asiakkaana – ensihoitajien ammatillisuus ja valmiudet kohdata päihtynyt potilas

Opinnäytetyö

70 sivua + 13 liitesivua

Työn ohjaaja

Lehtori Terhi Hede, ThM

Toimeksiantaja

Kymenlaakson pelastuslaitos

Toukokuu 2013

Avainsanat

ensihoidohenkilöstö, ammatillisuus, tiedollinen valmius, taidollinen valmius

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Kymenlaakson pelastuslaitoksen pohjoisen toimialueen ensihoidohenkilöstön tiedollisia ja taidollisia valmiuksia kohdata päihtyneitä potilaita. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, miten ammatillisesti ensihoidohenkilöstö koki toimivansa päihtyneiden potilaiden kanssa.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena strukturoidulla kyselylomakkeella. Kohderyhmänä tutkimuksessa oli Kymenlaakson pelastuslaitoksen pohjoisella toimialueella työskentelevät ensihoitajat ja pelastajat, joilla oli voimassaoleva perus- tai hoitotason hoitovelvoite ja jotka tutkimuksen toteutusajankohtana työskentelivät ensihoidotehtävissä. Tutkimukseen osallistunut henkilöstö työskenteli Kouvolan ja Kuusankosken toimipisteissä. Kohderyhmään kuului 45 henkilöä ja tutkimukseen osallistui 22 henkilöä. Tulokset käsiteltiin IBM SPSS Statistics 19 –ohjelmalla.

Eniten epävarmuutta vastaajilla oli tiedollisten valmiuksien kohdalla. Heikoimmiksi vastaajat kokivat teoriatietonsa päihteiden pakkaus- ja säilytysvälineistä ja vaikutuksista. 77,3 prosenttia vastaajista koki tarvitsevansa lisää teoriatietoa päihteisiin liittyen. Vastaajat kokivat taidolliset valmiutensa ja ammatillisuutensa hyväksi kohdatessaan päihtyneitä potilaita. Vuorovaikutustaidoissa eniten kehittymisen varaa vastaajat kokivat sekä oman sanattoman viestinnän hallinnassa että potilaan sanattoman viestinnän tulkinnassa. Kuuntelemisen taitonsa ja johdonmukaisen toiminnan vastaajat kokivat hyväksi. Vastaajat kokivat toimivansa ammatillisesti ja provosoitumatta. Lisäksi he kokivat pystyvänsä käsittelemään omat kokemuksensa ja tunteensa niin, etteivät ne vaikuta heidän toimintaansa.

Jatkotutkimusehdotuksina esiin nousivat samansisältöisen tutkimuksen toteuttaminen Kymenlaakson pelastuslaitoksen eteläisellä toimialueella ja yksityisissä ensihoitoyrityksissä ja samaa asiaa kartoittavan tutkimuksen suorittaminen laadullisena tutkimuksena syvähaastatteluna. Samoin voitaisiin kartoittaa päihtyneiden potilaiden kokemuksia ensihoidohenkilöstöltä saamastaan hoidosta ja kohtelusta yhteistyössä esimerkiksi päivystyspoliklinikoiden ja katkaisuhoidoaseman kanssa.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Emergency Care

PEKKARINEN, IINA

Intoxicated Person as a Patient in Emergency Care –  
Emergency Care Personnel's Professionalism and  
Readiness to Meet an Intoxicated Patient

Bachelor's Thesis

70 pages + 13 pages of appendices

Supervisor

Terhi Hede, senior lecturer, MNSc

Commissioned by

Kymenlaakso regional rescue department

May 2013

Keywords

emergency care personnel, professionalism, intellectual  
readiness, skilled readiness

The aim of this thesis was to examine what kind of intellectual and skilled readiness the emergency care personnel of the northern area of Kymenlaakso regional rescue department think they have for meeting intoxicated patients. The aim was also to find out how professionally they think they behave with intoxicated patients.

The research was carried out as a quantitative survey using structured questionnaires. The target group consisted of the emergency care nurses and fire fighters working at the northern area of Kymenlaakso regional rescue department, who had valid basic or advanced level licences and who operated in emergency medical services at the time of the survey. The target group consisted of 45 people and 22 of them took part in the research. The results were processed with IBM SPSS Statistics 19 –software.

The respondents felt most insecure about their intellectual readiness. They seemed most insecure when it comes to knowing the ways of packing and storing drugs and the effects of the intoxicants. 77 percent of the respondents felt they need more theoretical knowledge about intoxicants. They felt they had quite good skilled readiness and behaved professionally with the intoxicated. They felt they needed improvement in controlling their own non-verbal communication as well as in interpreting the patient's non-verbal communication. They felt they were good at listening and operated consistently. They felt they were not provoked. They also found themselves able to process their own experiences and feelings.

As a suggestion for further studies an idea of implementing the same research in the southern area and private emergency care companies came up. The research could also be carried out as a qualitative one using in-depth interviews. It might also be possible to study intoxicated patients' opinions about the treatment they are given by the emergency care personnel.

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	ENSIHOITO	7
	2.1 Ensihoidon määrittely	7
	2.2 Ensihoitohenkilöstö	8
	2.3 Ensihoito Kymenlaakson pelastuslaitoksen pohjoisella toimialueella	9
3	PÄIHTEET JA NIIDEN VAIKUTUKSET	10
	3.1 Päähtynyt henkilö	11
	3.2 Päähtyneen potilaan kohtaaminen	13
4	ENSIHOITOHENKILÖSTÖN OSAAMINEN	15
	4.1 Tiedolliset valmiudet	15
	4.2 Taidolliset valmiudet	18
	4.3 Ammatillisuus	19
5	AIEMMAT TUTKIMUKSET	22
6	TUTKIMUSONGELMAT	24
7	TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	24
	7.1 Kvantitatiivinen tutkimus	24
	7.2 Kyselytutkimus	25
	7.3 Otanta	26
	7.4 Toteutus	26
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET	28
	8.1 Taustatiedot	28
	8.2 Tiedolliset valmiudet	31
	8.3 Taidolliset valmiudet	38
	8.4 Ammatillisuus	43
	8.5 Yhteenveto	51

9 POHDINTA	52
9.1 Tutkimuksen eettisyys	52
9.2 Tutkimuksen luotettavuus	53
9.3 Tulosten tarkastelu	55
9.3.1 Tiedolliset valmiudet	56
9.3.2 Taidolliset valmiudet	58
9.3.3 Ammatillisuus	60
9.3.4 Yhteenveto	62
10 TULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN JA JATKOTUTKIMUSAIHEET	63
LÄHTEET	65
LIITTEET	
Liite 1. Sopimus opinnäytetyöstä	
Liite 2. Tutkimuslupa	
Liite 3. Saatekirja	
Liite 4. Kyselylomake	
Liite 5. Muuttujataulukko	
Liite 6. Tutkimustaulukko	

## 1 TAUSTA JA TARKOITUS

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittelee, että Suomessa jokaisella ihmisellä tulee olla oikeus saada laadukasta sairaan- ja terveydenhoitoa ilman syrjintää. Hoito tulee antaa potilaan ihmisarvoa kunnioittaen. Tämä tarkoittaa myös sitä, että päihtymys ei saa vaikuttaa potilaan saamaan hoitoon eikä kohteluun. (Rantala 2010, 419.) Potilaiden tasa-arvoinen ja ihmisarvoa kunnioittava kohtaaminen ja hoitaminen vaativat hoitajalta ammatillisuutta. Ensihoitajan työn perustana tulee olla potilaan ihmisarvon kunnioittaminen. Sen vuoksi on tärkeää, että hoitotilanteessa hoitaja ei ryhdy moralisoimaan vaan hyväksyy potilaan yksilöllisenä persoonana. Voidakseen toimia moraalisesti oikein ja potilaan parhaaksi, tulee hoitajan tuntee hoitotyön periaatteita ja arvomaailmaa. (Sillanpää 2009 a., 19.)

Huumeiden käyttö aiheutti vuonna 2011 yhteensä 6 055 hoitajaksoa sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla. Alkoholin aiheuttamia hoitajaksoja kirjattiin vuonna 2011 jopa 22 384. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 133.) Viime vuosikymmenen lopulla alkoholimyrkytykset ja alkoholin aiheuttamat sairaudet olivat edelleen työikäisen väestön yleisimpien kuolinsyiden joukossa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 16.) Myös ensihoidossa hoitohenkilöstö törmää usein päihteiden ongelmakäyttäjiin. Päihtyneen henkilön kohtaaminen ja hoitaminen on haasteellista ja vaatii ensihoitohenkilöstöltä sekä tiedollisia että taidollisia valmiuksia. Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti teoriataustan ja asian ajankohtaisuuden lisäksi myös henkilökohtainen kiinnostukseni asiaan. Jo opiskelujeni aikana olen usein ollut tilanteissa, joissa potilas on päihteiden vaikutuksen alaisena. Näissä tilanteissa olen huomannut, miten vahvasti kohtaamistilanteeseen vaikuttavat hoitajan henkilökohtaiset valmiudet sekä ammatillisuus. Itse koin opiskeluaikaisissa harjoitteluissani päihtyneen potilaan kohtaamisen haastavana muun muassa siksi, että teoriaopetuksessa ei juuri ollut käsitelty päihteiden käyttöä tai käyttäjiä. Siksi koin mielenkiintoiseksi selvittää, miten ensihoidossa työskentelevät hoitajat kokevat samankaltaiset tilanteet.

Tutkimukseni tarkoituksena oli selvittää, millaisiksi ensihoitohenkilöstö kokee tiedolliset ja taidolliset valmiutensa päihtyneen potilaan kohtaamiseen ja hoitamiseen. Lisäksi tarkoituksena oli tutkia, miten ammatillisesti hoitohenkilöstö koki toimivansa kohdatessaan päihtyneitä potilaita.

## 2 ENSIHOITO

### 2.1 Ensihoidon määrittely

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittää, että ensihoitopalveluun sisältyy

*”äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella lukuun ottamatta meripelastuslais-  
sa (1145/2001) tarkoitettuja tehtäviä ja tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketie-  
teellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön.”*

Ensihoitopalvelulla tarkoitetaan terveydenhuollon päivystystoimintaa, jossa perusteh-  
tävänä on onnettomuuteen joutuneen tai akuutisti sairastuneen ihmisen korkeatasoisen  
hoidon turvaaminen niin tapahtumapaikalla, kuljetuksen aikana kuin sairaalassakin.  
Ensihoito voidaan määritellä yksityiskohtaisemmin tilannearvioksi ja välittömäksi  
hoidoksi, jolla pyritään hoitotoimenpitein, perusvälinein tai lääkkein turvaamaan, yl-  
läpitämään tai käynnistämään vammautuneen tai sairastuneen elintoiminnot. Tilan-  
nearvion tekijällä ja hoidon antajalla tulee olla ensihoidosta annetun asetuksen mukai-  
nen riittävä koulutus. Potilaan sairaalan ulkopuoliseen hoitoon kuuluvat myös asian-  
mukaisesti koulutetun henkilön suorittama potilaan kuljettaminen hoitopaikkaan sekä  
kuljetuksen aikana annettava hoito. (Määttä 2009, 24–27.)

*Perustason* ensihoidolla tarkoitetaan Vallin (2010 a., 361–362) mukaan sellaista kul-  
jettamista ja hoitamista, jossa valmiudet valvoa potilasta ovat niin riittävät, että voi-  
daan huolehtia, ettei hänen vointinsa pääse yllättäen kuljetuksen aikana huononemaan.  
Perustason ensihoidossa tulee olla mahdollista aloittaa henkeä pelastavat toimenpiteet.  
Perustason ensihoitoyksikössä työskentelee kaksi perustason ensihoitajaa.

*Hoitotasoisella* ensihoitohenkilöstöllä tulee olla valmius aloittaa potilaalle hoito, joka  
on tehostetun hoidon tasolla. Lisäksi hoitotasolla tulee pystyä toteuttamaan potilaan  
kuljetus niin, että sen aikana voidaan turvata potilaan elintoiminnot. Hoitotasoisella  
henkilöstöllä tulee myös olla valmiudet toimia monipotilastilanteissa lääkinnällisen  
pelastustoimen johtajana, kunnes esimerkiksi ensihoitolääkäri ottaa tilanteen johdon  
hoitaakseen. (Valli 2010 b., 362–363.)

## 2.2 Ensihoitohenkilöstö

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoidosta (2011, 3-4) määritellään, millaisella koulutuksella voidaan työskennellä perus- ja hoitotason ambulansseissa. Sen mukaan ainakin toisen perustason yksikössä työskentelevän tulee olla terveydenhuoltoalan ammattihenkilö, joka täyttää siitä laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun määritelmän. Lisäksi hänen täytyy olla suuntautunut ensihoitoon. Asetuksen mukaan toiselle yksikössä työskentelevälle riittää pelastajatutkinnon tai sitä vastaavan ammattitutkinnon suorittaminen. Hoitotason yksikössä työskentelevistä hoitajista toisen tulee olla koulutukseltaan ensihoitaja (AMK) tai hänen tulee olla laillistettu sairaanhoitaja, joka on suorittanut vähintään 30 opintopisteen hoitotason ensihoitoon suuntaavan opintokokonaisuuden jossakin ammattikorkeakoulussa, jossa on ensihoidon koulutusohjelma. Toiselle yksikössä työskentelevälle riittää, että hän on terveydenhuollon ammattihenkilö tai hänellä on pelastajan tutkinto tai jokin sitä vastaava aiempi tutkinto.

*Ensihoitajan* ammattikorkeakoulututkinto laajuudeltaan 240 opintopistettä ja sen suorittaminen kestää normaaliajassa 4 vuotta. Ensihoitajan tutkinto sisältää 210 opintopisteen sairaanhoitajakoulutuksen. Ensihoidon koulutusohjelmien opiskelijat valitaan valintakokeilla, joissa huomioidaan tulevan työn vaatimukset. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 72.) Ensihoidon koulutuksen alkuperäisenä tavoitteena oli antaa hoitajille lisää valmiuksia hätätilapotilaiden sairaalan ulkopuoliseen hoitoon ja ensihoitopalvelun kehittämiseen. (Määttä 2009, 36.)

*Sairaanhoitajan* ammattikorkeakoulututkinto on laajuudeltaan 210 opintopistettä ja sen suorittaminen normaalissa ajassa vie 3,5 vuotta (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 64). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta (2011, 3) linjaa, että sairaanhoitaja voi työskennellä ensihoitopalvelun yksikössä, jos hän on suorittanut hoitotason ensihoitoon suuntaavan vähintään 30 opintopisteen laajuisen kokonaisuuden jossakin ammattikorkeakoulussa, jolla on oikeus tällaisen opintokokonaisuuden järjestämiseen.

*Lähihoitajan* pätevyyteen johtava sosiaali- ja terveysalan perustutkinto on laajuudeltaan 120 opintoviikkoa ja se suoritetaan 2-3 vuodessa. Aikuiskoulutuksena tutkinnon



voi suorittaa 1-2 vuodessa näyttötutkintona tai suoraan näyttökokeella. Monista koulutusohjelmavaihtoehdoista opiskelija voi valita esimerkiksi ensihoidon koulutusohjelman. Valmistuttuaan ensihoitoon suuntautunut lähihoitaja voi hakeutua töihin esimerkiksi leikkausosastoille, päivystyspoliklinikoille tai perustason hoitotehtäviin ambulanssiin. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2010.)

*Pelastajan* tutkinto on laajuudeltaan 90 opintopistettä ja sen suorittaminen kestää 1,5 vuotta. Tutkinnon suorittaminen antaa kelpoisuuden hakea muun muassa pelastajan, palomiehen ja palomies-sairaankuljettajan virkoihin. (Pelastusalan koulutus 2010.) Pelastajan tutkinnon opinnot jakautuvat kahteen osaan, perusopintoihin ja ammattiopintoihin. Ammattiopinnoista ensihoidon osuus on laajuudeltaan 28,5 opintopistettä. (Pelastajan koulutusohjelma 2008, 6, 17–22.)

Laajemmissa ja pidemmissä tutkinnoissa ammatillisuuden ja etiikan osuus on luonnollisesti suurempi kuin lyhyemmissä. Myös tietoa päihteistä ja niiden vaikutuksista pysytään sisällyttämään pidempiin tutkintoihin paremmin. Tässä työssä ensihoitajalla ja ensihoitohenkilöstöllä tarkoitetaan ensihoidossa työskenteleviä henkilöitä koulustausta riippumatta.

### 2.3 Ensihoito Kymenlaakson pelastuslaitoksen pohjoisella toimialueella

Päätös Kymenlaakson ensihoidon palvelutasosta vuosina 2013–2014 (2012, 10) määrittää, että kaikki Kymenlaaksossa ensisijaisesti kansalaistehtäviin käytettävät yksiköt miehitetään niin, että ainakin toisella yksikön hoitajista on hoitotason kompetenssi. Kaikki yksiköt on myös varustettu hoitotasoisesta työskentelyn mahdollistavalla välineistöllä. Kymenlaakson pelastuslaitoksen Kouvolan alueella sijaitsevista yksiköistä kaksi on sijoitettu Kouvolan keskustan alueelle Kouvolan paloasemalle ja yksi Kuusankosken kaupunginosaan Kuusankosken paloasemalle. Kaikki kolme yksikköä ovat välittömässä lähtövalmiudessa 24 tuntia vuorokaudessa kaikkina päivinä. Toiseen Kouvolassa sijaitsevaan yksikköön on sijoitettu Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymän Carean kenttäjohtaja.

### 3 PÄIHTEET JA NIIDEN VAIKUTUKSET

Terminä päihde eli päihdyttävä aine tarkoittaa sellaista psyykkisiin toimintoihin vaikuttavaa ainetta, jota käytetään päihtymystarkoituksessa (Duodecim Terveyskirjasto 2013). Päihdetilastollinen vuosikirja (2011, 143) sisällyttää päihdekäsitteen alle alkoholin ja korvikealkoholit, huumeet sekä liuottimet. Yleiskäsitteellä huume vuosikirjassa tarkoitetaan sekä huumausaineita että sellaisia pääasiassa keskushermostoon vaikuttavia lääkeaineita, joita käytetään päihtymystarkoituksessa. Vuonna 2010 tehdyn kyselyn mukaan yleisimmät Suomessa käytössä olevat huumausaineet olivat kannabis, amfetamiini, ekstaasi ja kokaiini sekä opioidit (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 104). Yleisimmät päihtymystarkoituksessa käytetyt lääkkeet ovat bentsodiatsepiinit ja kipulääkkeinä käytettävät opioidit. Ne ovat molemmat pääasiassa keskushermostoon vaikuttavia eli PKV-lääkeaineryhmiä ja niihin voi kehittyä riippuvuus. (Seppä & Heinälä 2012, 62.)

*Alkoholiksi* päihdetilastollinen vuosikirja (2011, 143) määrittelee yli 2,8 tilavuusprosenttia etyylialkoholia sisältävät nautittavaksi tarkoitetut juomat. Farmakologisesti alkoholi voidaan luokitella lamaavaksi lääkeaineeksi. Alkoholilla saadaan aikaan keskushermostoa huumaava vaikutus, jota kutsutaan humalaksi. Lisäksi alkoholi vaikuttaa keskushermostossa aiheuttaen nauttijalleen mielihyvän tunteita. (Kianmaa 2003, 120.) Vuosittain Suomessa kuolee melkein 500 ihmistä akuutteihin alkoholimyrkytyksiin. Näissä tapauksissa alkoholimyrkytyksen tunnistaminen on ensiarvoisen tärkeää, jotta voidaan aloittaa oikea, henkeä pelastava hoito. (Jokelainen 2010, 133.) Alkoholimyrkytyksen lisäksi alkoholin vaikutuksen alaisena olevan henkilön tapaturmat työllistävät hoitohenkilöstöä. Alkoholin käyttö lisää voimakkaasti tapaturmien ja jopa tapaturmaisen kuoleman riskiä. Näihin tapaturmiin kuuluu kaatumisten ja putoamisten lisäksi myös esimerkiksi pahoinpitelyitä ja itsensä vahingoittamista. Jo vähäinen veren alkoholipitoisuuden kasvu kasvattaa tapaturman riskiä huomattavan paljon. (Winqvist 2010, 145–146.)

*Kannabis* on Suomessa eniten käytetty laiton huume (Tacke 2012, 97). Kannabista käytetään polttamalla piipussa tai jointtina eli kannabista sisältävänä tupakkana (Saavalainen & Boyd 2009, 491). *Stimulantit* ovat piristäviä ja keskushermostoa aktivoivia aineita. Yleisimmät stimulantit ovat amfetamiini, kokaiini ja ekstaasi. Stimulantit ovat

eniten Suomessa käytössä olevia suonensisäisiä huumeita. Ne aiheuttavat käyttäjälleen sekä psyykkistä että fyysistä riippuvuutta. (Alho 2012 a., 103–104.) Sanalla *opiaatti* tarkoitetaan oopiumialkaloideja tai niiden johdoksia sisältäviä lääkkeitä (Duodecim Terveyskirjasto 2013). Raakaoopiumista saadaan käsittelemällä morfiinia ja edelleen käsittelemällä lopulta heroiniä (Saavalainen ym. 2009, 493). *Bentsodiatsepiinit* ovat PKV- eli pääasiassa keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä. Ne on tarkoitettu erityisesti ahdistuneisuuden, unihäiriöiden, jännittyneisyyden ja pelkotilojen hoitoon. Tämän lisäksi niitä voidaan käyttää lihasjännityksen ja epileptisten kohtausten hoitoon. (Seppä ym. 2012, 62.)

*Päihteiden sekakäyttö* tarkoittaa tilannetta, jossa käytetään erilaisia päihdyttäviä aineita joko vuorotellen tai samanaikaisesti (Vorma 2012, 71–72). Päihteiden yhdistelemiselle ja sekakäytölle löytyy erilaisia syitä. Joissain tapauksissa päihteitä yhdistelemällä haetaan täydentäviä tai kumulatiivisia vaikutuksia. Toisissa tapauksissa taas voi olla kyse yhden aineen vaikutusten tasoittamisesta toisella aineella. Jälkimmäisestä hyvänä esimerkkinä on bentsodiatsepiinien nauttiminen stimulanttien käytön jälkeen pyrittäessä rauhoittumaan ja saamaan unta. (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2009, 8.)

Tässä työssä päihtyneellä henkilöllä tarkoitetaan mitä vain edellä mainittua päihdyttävää ainetta käyttänyttä henkilöä.

### 3.1 Päihtynyt henkilö

*Kannabinoideja* käyttäneen ihmisen pupillit ovat laajentuneet. Henkilö on välittömästi käytön jälkeen joko erittäin hilpeä ja nauravainen tai vaihtoehtoisesti pohdiskeleva, mietiskelevä ja paikalleen pysähtynyt. Kannabinoideja käyttänyt voi sopivan ärsyksen laukaisemana saada jopa paniikinomaisia, psykoottisia pelkotiloja. Jos käytöstä aiheutuu käyttäjälle haittavaikutuksia, ne ilmenevät välittömästi käytön jälkeen. (Saavalainen ym. 2009, 489, 491.)

*Stimulanttien* tyypillisiä vaikutuksia ovat hikoilu, sykkeen nousu ja verenpaineen lasku sekä neuropsykiatriset oireet kuten hyvän olon tunne, vauhdikkuus, unettomuus ja ahdistus sekä psykoosioireet. Kaikki stimulantit voivat aiheuttaa stimulanttimyrkytyk-

sen. Myrkytysoireet ovat kaikilla aineilla samankaltaisia ja ne muistuttavat stimulanttien tavallisesti aiheuttamia vaikutuksia, joskin ne ovat voimakkaampia. Potilaalla voi esiintyä rytmihäiriöitä, verenpaineen voimakasta laskua, hikoilua ja yllämpöä. Potilaan pupillat ovat laajentuneet ja hän voi olla motorisesti levoton sekä ahdistunut. Hänellä voi olla lihasjäykkyyttä ja jopa kouristelua sekä psykoottisuutta ja paranoidisuutta. Esimerkiksi hypertermia tai rytmihäiriöt voivat aiheuttaa potilaan menehtymisen. Kokaiinille ominaista ovat rytmihäiriöt ja takykardia, sydäninfarkti ja sydänlihastulehdus, jotka voivat johtaa äkkikuolemaan. (Alho 2012 a., 103–105.)

*Amfetamiini* piristää ja aiheuttaa käyttäjässään hyvinolontunnetta, kiihtyneisyyttä, tarmokkuutta ja ärtyneisyyttä (Alho 2012 a., 104). Amfetamiini laajentaa pupilleja ja henkilöllä voi havaita pistojälkiä. Käyttäjä täyttää usein valveillaoloaikansa kiihkeällä tekemisellä. Tämän seurauksena hän voi unohtaa syödä ja nukkua, jolloin henkilön yleiskunto heikkenee nopeasti ja hän laihtuu. (Saavalainen ym. 2009, 489, 492.) Amfetamiini aiheuttaa vähän selkeitä fyysisiä vieroitusoireita. Vieroitusoireet ovat lähinnä psyykkisiä, kuten kiihtyneisyyttä, tuskaisuutta, masentuneisuutta, unettomuutta ja vainoharhaisuutta. Pahimmassa tapauksessa potilas voi ajautua amfetamiinipsykosiin, mihin liittyy aina kohonnut itsemurhariski. (Alho 2012 a., 104–106.)

*Kokaiini* on lyhytvaikutteinen ja siihen kehittyy nopeasti toleranssi (Alho 2012 a., 104). Kokaiinilla on amfetamiinin kaltaiset vaikutukset, mutta se vaikuttaa keskushermostoon nopeammin ja pienemmillä annoksilla. Kokaiinin käyttäjän pupillit ovat laajentuneet ja valkuaiset voivat olla punoittavat. (Saavalainen ym. 2009, 489, 492–493.) Kokaiinille on tyypillistä mielialojen voimakas vaihtelu. Amfetamiinin tapaan kokaiinilla ei juuri ole fyysisiä vieroitusoireita, mutta sykkeen nousua voi esiintyä ja harvinaisena oireena siihen voi liittyä sydänlihaskemiaa. Psykkisinä vieroitusoireina esiintyy nopeasti kehittyvää masennusta, apatiaa ja unettomuutta ja myöhemmin kiihtyneisyyttä, levottomuutta ja tuskaisuutta. (Alho 2012 a., 104–106.)

*Ekstaasi* saa aikaan voimakkaan hyvinolontunteen ja lisää fyysistä suorituskykyä. Suurina annoksina se aiheuttaa verenpaineen nousua, takykardiaa sekä kehon lämmönsäätelyjärjestelmän häiriötä ja lopulta nestehukkaa ja lämpöhalvauksen. Vieroitusoireet ovat vähäisiä. Lähinnä esiintyy väsymystä, ärtyneisyyttä, depressiota, lihaskipuja ja unihäiriöitä sekä takauimia. (Alho 2012 a., 104.)

*Opioideja* käyttänyt on hidasliikkeinen, hänen pupillansa ovat supistuneet ja häneltä löytyy usein pistojälkiä käsivarsissa ja pohkeissa (Saavalainen ym. 2009, 489). Säännöllisen opioidien käytön lopettamisen jälkeen käyttäjälle kehittyy opioidivieroitusoireyhtymä. Oireiden alkamisajankohta riippuu aineesta. Esimerkiksi heroiinin käytön jälkeen oireet alkavat 6–12 tunnin kuluttua. Ensin tulevat nuha, haukottelu ja hikoilu sekä silmien verestäminen. Tilan pahentuessa henkilö muuttuu vapisevaksi, masentuneeksi ja kiihtyneeksi, ruokahalu häviää ja pupillat laajenevat. (Mikkonen 2012, 94.)

*Bentsodiatsepiineja* käyttäneen potilaan kliininen kuva voi olla vaihteleva tilanteen mukaan. Jos potilas on ottanut toleranssin mukaisen annoksen juuri ennen kohtaamista, voi hän olla jopa oireeton. Jos potilas käyttää lääkkeitä epäsäännöllisesti tai hän on ottanut toleranssiin nähden liian suuren annoksen, voi hän kohdattaessa olla tokkurainen ja muistamaton. Lisäksi hänen puheensa voi sammaltaa. (Holopainen 2003, 439–440.) Potilaan silmät voivat olla seisovat ja lasimaiset ja puhe on kankeaa. Ominaista on, että potilas vaikuttaa päihtyneeltä ja humalaiselta ilman että tuoksu alkoholilta. Potilaan hallusta tai ympäristöstä voi myös löytyä lääkepurkkeja tai reseptejä. (Saavalainen ym. 2009, 489.) Jos potilas taas on ollut vakiintuneen annostason alapuolella muutamia vuorokausia, ilmenevät bentsodiatsepiiniriippuvuudelle tyypilliset vieroitusoireet. Tällöin potilaan pulssi on usein koholla ja hän on levoton ja vapiseva ja hänellä on usein keskittymisvaikeuksia. Verenpaine poikkeaa usein normaalista ollen joko alentunut tai kohonnut. Vaikeissa vieroitusoireissa voi potilaalla esiintyä raajojen nykimistä aina grand mal –tyyppisiin kouristuksiin asti. Potilaalla voi ilmetä myös deliriumtyyppisiä psykiatrisia oireita. (Holopainen 2003, 439–441.)

Tässä työssä ollaan kiinnostuneita siitä, miten ensihoitajat tunnistavat näitä päihteiden potilaassa aiheuttamia vaikutuksia.

### 3.2 Päihtyneen potilaan kohtaaminen

Potilaan päihtymystila aiheuttaa omat haasteensa potilaan kohtaamiselle ja hoidon toteutukselle. Selvitäkseen näistä tilanteista ensihoitohenkilöstö tarvitsee hyvät perustiedot päihteiden ominaisuuksista, vaikutuksista sekä yleisimmistä käyttövälineistä. Henkilöstön on tärkeää tunnistaa aineet ulkonäöltä ja hajulta sekä ymmärtää huuma-

usaineiden käyttäjien käyttämää termistöä. Tärkeää on myös ymmärtää pääpiirteet päihteiden aiheuttamien ongelmatilanteiden hoidosta. (Saavalainen ym. 2009, 488.)

Mitään erityisiä sääntöjä tai ohjeita ei päihteiden ongelmakäyttäjän kohtaamiselle ole, vaan hänet tulee kohdata kuten kenet tahansa muun ihmisen. Keskustelussa pitää puhua kuin aikuinen aikuiselle ja muistaa neutraalius. Hoitajan ei tule provosoitua. Lisäksi moralisointia sekä alentavaa suhtautumista tulee välttää. Tilanteissa tulee toimia kärsivällisesti, rauhallisesti, johdonmukaisesti, selkeästi ja ymmärrettävästi. Hoitajan toimintaa auttaa yleensä se, että hän on tietoinen omien näkemystensä rajoista sekä päihteiden käyttäjien hänessä aiheuttamista tunteista. (Tuomola 2012, 47–48.)

Kohdattaessa päihteiden käyttäjiä tulee muistaa, että samalla kertaa voi olla ongelmana myös somaattinen sairaus, psyykkinen häiriö ja sosiaalinen hätä. Ensihoidon ja päivystyksen potilaaksi päihteiden käyttäjä voi joutua vieroitus- ja myrkytysoireiden lisäksi esimerkiksi väkivallan tai tapaturman aiheuttaman vamman, sepsiksen, keuhkokuumeen, vatsavaivojen tai sydänlähän tulehduksen vuoksi. Vaikka huumeriippuvaisella tietyt tunnusmerkit ovat usein havaittavissa, on satunnaista käyttöä tai yksittäisiä kokeiluja ehkä vaikea tunnusmerkkien puuttuessa ensihoitotilanteessa tunnistaa ja havaita. (Alho 2012 b., 52.)

Päihteiden ongelmakäyttäjät koetaan usein ei-toivotuiksi potilaiksi, sillä heidät luokitellaan usein jo ennalta aggressiivisiksi, vaativiksi ja hankaliksi. Hoitohenkilökunnan suhtautumista päihteidenkäyttäjiin hankaloittaa myös se, että monelle on epäselvää, tulisiko päihteidenkäyttö nähdä pahana tapana ja ihmisen omana vikana vai sairauteena. Usein tällaisen potilaan kohtaamista helpottaa, jos potilaan riippuvuuden näkee enemmän lääketieteellisenä kuin moraalisenä ongelmana. Tärkeää on myös muistaa, että päihteiden ongelmakäyttäjää ei voida niputtaa yhdeksi homogeeniseksi joukoksi, sillä ryhmään kuuluu hyvin erilaisia potilaita. On myös tärkeää muistaa, että ongelmakäytön takaa löytyy erilaisia, yksilöllisiä ihmisiä, joilla jokaisella on omat perimänsä, taustansa, muistonsa ja senhetkiset elämäntilanteensa (Tuomola 2012, 45–48).

Aggressiivinen ja epäasiallinen käyttäytyminen leimaa päihteiden ongelmakäyttäjää helposti hankaliksi potilaiksi. Vaikka hoitohenkilökunnan ei tarvitse – eikä tulekaan – tällaista käytöstä hyväksyä, on tärkeää ymmärtää sen syitä. Usein aggressiivinen ja

väkivaltainen käytös on potilaan tapa reagoida passiivisuuden ja avuttomuuden tunteisiin, jotka hän usein kokee ylivoimaisen pelottaviksi. Potilaan uhkaavan käytöksen taustalta voi löytyä myös muita syitä, kuten persoonallisuuden häiriöitä tai päihteiden käytön aiheuttamaa paranoidista harhamaailmaa. Ongelmana on usein se, että jos potilas tunnustaa huumeiden käytön, hän samalla tunnustaa rikkoneensa lakia. Siksi potilas ei välttämättä aina luota auttajaansa. (Tuomola 2012, 47–48).

Tässä opinnäytetyössä ollaan kiinnostuneita niistä tiedollisista ja taidollisista valmiuksista, joita hoitaja tarvitsee kohdatessaan päihtyneitä potilaita. Lisäksi kiinnitetään huomiota hoitajan ammatillisuuteen kohtaamistilanteessa.

## 4 ENSIHOITOHENKILÖSTÖN OSAAMINEN

Ammattitaito voidaan käsitteenä määritellä monella tavalla riippuen tarkastelunäkökulmasta. Nykyaikaisessa, muuttuvassa työelämässä, jossa työtehtävät enää harvemmin ovat muuttumattomia ja valmiiksi annettuja, perinteiset määritelmät eivät enää välttämättä ole sopivia. Nykyisten määritelmien mukaan ammattitaito onkin yhä enemmän taitojen ja tietojen hallinnan ohella myös yhteistyötä, kommunikointia sekä kykyä ja halua työn kehittämiseen. (Aarnikoivu 2010, 64–65.)

Ollakseen ammattitaitoinen hoitajalla täytyy olla ammatillista pätevyyttä eli kompetenssia. Kompetenssilla tarkoitetaan sitä, että ihminen pystyy suoriutumaan tehtävästään hyvin sekä muiden että itsensä arvioimana. Pätevyyden voidaan katsoa koostuvan henkilön tiedoista ja taidoista, arvoista ja asenteista, kokemuksesta, ihmissuhdeverkoista sekä hänen motivaatiostaan, energiastaan ja henkilökohtaisista ominaisuuksistaan. (Hildén 2002, 33–34.) Ammattiin kasvetaan ja ammattitaito saavutetaan tekemisen ja kokemisen kautta (Aarnikoivu 2010, 66).

### 4.1 Tiedolliset valmiudet

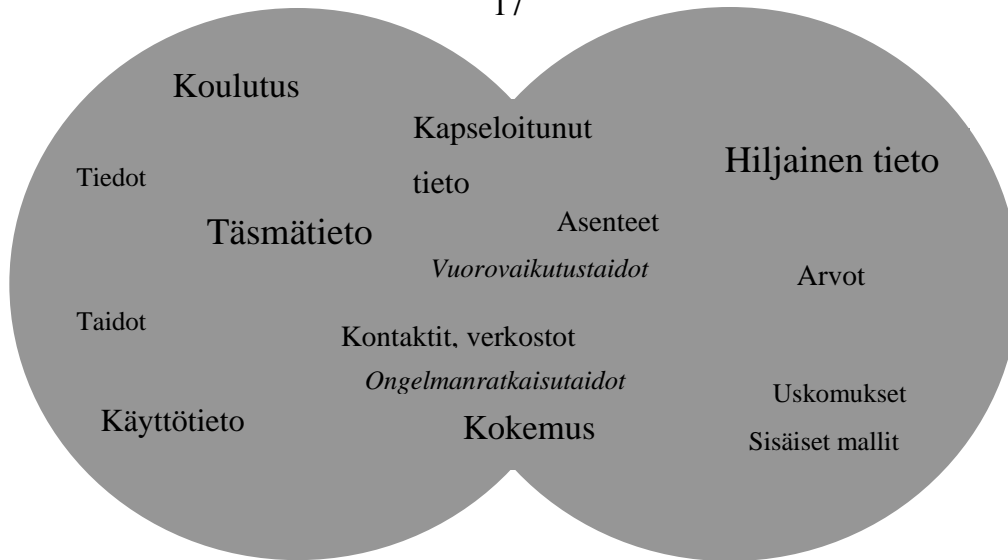
Tieto ei ole käsitteenä yksiselitteinen, sillä sitä on hyvin monenlaista. Yksi tapa jaotella ja määritellä tietoa on puhua *teoreettisesta*, *käytännöllisestä* ja *henkilökohtaisesta* tiedosta. Teoreettinen tieto on laaja käsite, jolla viitataan sekä henkilön faktakäsityksiin että arvo- ja moraalikäsityksiin maailmasta. Käytännöllinen tieto, jota voidaan

kutsua myös toimintatiedoksi, tarkoittaa sitä tietoa, joka on jäsentynyt ihmisen toimintaan. Se ilmenee ihmisessä sekä osaamisena ja taitona että moraalisesti oikeaksi katsottuna toimintana. Käytännöllisen tiedon tärkeitä osa-alueita ovat intuitio, kokemus, toimintatilanteen oivaltaminen ja toimintaympäristön tuntemus. Henkilökohtainen tieto korostaa tiedon subjektiivisuutta ja henkilökohtaista merkitystä. Henkilökohtaisen tiedon jäsentymisessä suuressa roolissa ovat ihmisen persoonallisuus ja luonne sekä hänen subjektiiviset kokemuksensa ja kiinnostuksensa. Henkilökohtaista tietoa kutsutaan myös hiljaiseksi tiedoksi. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 165–166.)

Hoitajan tiedolliset valmiudet voidaan jakaa *täsmätietoon* ja *hiljaiseen* tietoon. Täsmätiedolla tarkoitetaan sellaista tietoa, joka voidaan pukea sanoiksi ja numeroiksi ja jota voidaan kuvata täsmällisesti. Tyypillisesti koulutuksella saatu niin sanottu kirjatieto on täsmätietoa. Osa täsmätiedosta on käyttötietoa, joka on aktiivisesti käytössä ja jonka hallitseminen tunnustetaan. Jos ihminen oppii – tai joutuu opettelemaan – teoreettista tietoa, jolle hän ei näe mitään käytännön käyttökohdetta, tämä tieto jää yleensä ihmisen muistiin passiiviseksi tiedoksi. Sitä voidaan kutsua myös kapseloituneeksi. Se on muistissa, mutta sitä ei ole sisäistetty ymmärryksellä eikä ihminen osaa tunnistaa sen olemassaoloa. Tällaisen kapseloituneen tiedon muuttaminen osaamiseksi voi onnistua ongelmanratkaisutilanteissa, joissa sitä voidaan soveltaa hiljaisen tiedon avulla. (Ojala 2001, 25–26.)

Hiljaisella tiedolla puolestaan tarkoitetaan yksilöllisiä uskomuksia, intuitiivisia näkemyksiä ja vaistonvaraisia tuntemuksia. Hiljaista tietoa on täsmätietoa hankalampaa pukea sanoiksi, sillä se on pikemminkin ihmisen omaa elämäkokemusta ja tuntumaa asioihin. Hiljaiseen tietoon voidaan lukea kuuluvaksi erilaiset taidolliset näkemykset ja kädentaidot sekä sisäiset mallit ja arki ajattelun. Niiden pohjalla ovat ihmisen omat arvot, ideaalit, uskomukset ja tunteet. Sisäiset mallit voidaan nähdä henkilökohtaisina suodattimina, jotka ohjaavat ihmisen tarkkaavaisuutta, havaintoja ja muistia. Näiden mallien avulla ihminen valitsee – yleensä tunneperäisesti – tärkeitä asioita yleisestä tietotulvasta. Sisäiset mallit ovat suuressa roolissa täsmätiedon omaksumisessa ja uuden oppimisessa. Lisäksi ne heijastuvat ihmisen asenteissa. (Ojala 2001, 25.)





Kuva 1. Osaamisen muodostuminen Otalaa (2001, 27) mukaillen

Tässä opinnäytetyössä ollaan kiinnostuneita niistä täsmätietoon kuuluvista asioista, jotka auttavat hoitajaa päihdepotilaan kohtaamistilanteessa. Kuten aiemmin todettiin, ensihoidossa työskentelee ihmisiä hyvin erilaisilla koulutustaustoilla. Tästä johtuen hoitajilla voi olla hyvin eritasoiset teoreettiset tiedot. Päähtyneiden potilaiden kohtaaminen on haastavaa, joten on tärkeää, että hoitajalla on riittävät teoretiset tiedot päihdeistä ja niiden vaikutuksista, jotta hän pystyy toimimaan itsevarmasti ja asiantuntevasti. Teoretiset tiedot lisäävät myös hoitajan omaa turvallisuudentunnetta, sillä tuntemalla päihdeiden vaikutukset hän pystyy paremmin ennustamaan esimerkiksi sitä, miten potilas tiettyä päihdettä käytettyään saattaa käyttäytyä. Näin hoitaja voi ennalta varautua potilaan käyttäytymisen mahdollisiin muutoksiin ja muihin vaaraa aiheuttaviin asioihin. Päihdeiden käyttöä saattaa olla joskus vaikeaa huomata heti potilaan luokse saavuttaessa. Siksi onkin tärkeää tunnistaa erilaisia päihdeiden käyttöön liittyviä välineitä, kuten neuloja, ruiskuja, lusikoita, sekoituskuppeja, lisäaineita, pillejä ja piippuja, joita saattaa olla potilaan läheisyydessä. Niiden lisäksi myös päihdeiden säilytysvälineet sekä pakkaukset, kuten foliopakkaukset ja pussit, voivat antaa vihjeen siitä, että potilas voisi olla päihdyttävän aineen vaikutuksen alaisena. Myös päihdeiden käyttäjässään aiheuttamien vaikutusten tunnistaminen helpottaa hoitajan työtä. Esimerkiksi pupillien, vireystilan ja tajunnantason muutokset antavat viitteitä siitä, mitä päihdettä tai päihdeitä potilas voi olla ottanut. Vaikka jokaisen aineen kohdalla käytön aiheuttamat yksilölliset erot ovat suuria, jokaisella aineella on juuri kyseiselle aineelle ominaisia vaikutuksia, jotka hoitajan tulisi tietää. Myös päihdeiden erilaiset käyttötavat, kuten

suonensisäinen käyttö tai polttaminen, voivat jättää ihmiseen tunnistettavia jälkiä, jotka helpottavat tilanteen tunnistamista. (Saavalainen ym. 2009, 488–489.)

#### 4.2 Taidolliset valmiudet

Valmiuksilla tarkoitetaan hoitajan voimavaroja ja taitoja, joita hän käyttää auttaakseen potilasta. Hoitajan taidolliset valmiudet ovat olennainen osa hänen ammatillista toimintakykyään. Ne liittyvät olennaisesti hoitotyön toimintatapoihin ja menetelmiin. Taidot voidaan jakaa *vuorovaikutus-*, *psikomotorisiin* ja *älyllisiin* taitoihin. Vuorovaikutustaidoista olennaista on hoitajan kyky ilmaista itseään ymmärrettävästi ja hallita sanatonta viestintää. Hoitajan on myös tärkeää osata kuunnella muita ja havaita ihmisten reaktioita. Psykomotorisilla taidoilla tarkoitetaan potilaan hoitamisessa tarvittavia kädentaitoja, kuten esimerkiksi injektiotekniikkaa. Älyllisten taitojen avulla hoitaja pystyy havainnoimaan ja analysoimaan tilanteita, tekemään johtopäätöksiä havaintojensa pohjalta ja ajattelemaan loogisesti tehdessään suunnitelmia. Lisäksi hän pystyy arvioimaan kriittisesti tekemisiään. (Sarvimäki ym. 1996, 86, 93.)

Hoitotyössä korostuvat erityisesti sellaiset taidot, joita tarvitaan asiakaslähtöisessä toiminnassa. Erityisesti korostuvat kommunikointitaidot sekä kyky kuunnella, kunnioittaa ihmisiä ja ottaa huomioon erilaisuutta. Käytännöllisen osaamisen tulee perustua tutkittuun tietoon ja yleisesti hyväksytyihin, hyväksi todettuihin käytäntöihin. (Jahren Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006, 17–18.) Taitojen hallinta on ensihoidossa keskeistä. Hoitajan tulee hallita erilaisia perus- ja erikoistekniikoita sekä hoitotyön auttamismenetelmiä. Lisäksi olennaista on hallita nopeasti muuttuvia tilanteita ja kyetä toimimaan niissä järjestelmällisesti. Ensihoidossa tärkeässä osassa on myös taito tarvittaessa konsultoida lääkäriä oikeissa tilanteissa. (Sopanen 2010, 650.)

Tässä opinnäytetyössä keskitytään hoitajan *vuorovaikutustaitoihin*, jotka erityisesti korostuvat kohdattaessa päihtyneitä potilaita. Ammatillinen, onnistunut vuorovaikutus on yksi hoitotyön olennaisimmista osa-alueista (Jauhiainen 2004, 59). Vuorovaikutustilanteessa tapahtuvan kommunikaation tavoitteena on lähettää ja vastaanottaa viestijä. Vuorovaikutus edellyttää ihmiseltä avoimuutta, jotta tämä voi antaa ja ottaa vastaan tietoa. Siihen tarvitaan vastavuoroisuutta. Tasavertaisen vuorovaikutuksen lähtökohta on toisen ihmisen kuunteleminen, mihin tarvitaan aitoa kiinnostusta siihen, mitä

toisella on sanottavanaan. (Tuominen 2006, 72.) On tärkeää osata kuunnella toista ja arvostaa hänen ajatuksiaan. Kuunteleminen on merkittävässä osassa hoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa ja kohtaamisessa. Usein kuunteleminen on ihmisille vaikeampaa kuin puhuminen. Kuuntelemista voi edistää olemalla hiljaa. Vaarana on kuitenkin, että kuuntelijan omat ajatukset ja toisen puheen synnyttämät muistiassosiaatiot aiheuttavat sen, että kuuntelija kuunteleekin enemmän itseään kuin puhujaa. Kuuntelemisessa olennaista on osata siirtää syrjään omat ennakkokäsitykset ja ajatukset. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 19–20.) Siksi on tärkeää, että hoitaja ei ole vain kuulevinaan vaan keskittyy kuuntelemiseen (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 32).

On tärkeää muistaa, että suuri osa ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta on sanatonta viestintää. Usein puheen osuus viestinnästä on huomattavasti pienempi kuin ajatellaan. Sanattomaan viestintään kuuluvat koskettaminen, katsominen, äänensävyt, keskusteluetäisyys, ruumiin liikkeet, ilmeet sekä eleet. Ihminen voi oppia tunnistamaan omaa ruumiillista kieltään saamalla palautetta muilta. Hoitajan on kohtaamistilanteessa tärkeää muistaa, että ihmiset lukevat toistensa tunteiden vivahteita ja niiden muutoksia tarkasti ja hyvin nopeasti. Jotkut ihmiset ovat erityisen tarkkoja huomaamaan, jos sanaton viestintä on ristiriidassa puhutun viestinnän kanssa. Siksi hoitajan on potilaan sanattoman viestinnän lukemisen lisäksi osattava kiinnittää huomiota myös omaan sanattomaan viestintäänsä ja siihen, miten se voi vaikuttaa vuorovaikutustilanteeseen. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 28–29.) Myös hoitajan itsevarma käyttäytyminen on tärkeää vuorovaikutustilanteessa. Hoitajan sanattoman ja sanallisen viestinnän tulisi olla sopusoinnussa keskenään. Itseluottamukseen ja itsevarmaan käytökseen kuuluu myös rohkeus ilmaista itseään ammatillisesti vaikeissakin tilanteissa. (Koskela 2007, 33.)

### 4.3 Ammatillisuus

Ammatillisuus voidaan määritellä hoitajan kykynä kehittää itselleen ammatillinen suhtautumistapa potilaaseen. Pystyäkseen tähän hoitaja tarvitsee etäisyyttä tilanteeseen voidakseen reflektoida omaa toimintaansa ja tunteitaan. Samalla hoitaja kuitenkin tarvitsee myös kykyä läheisyyteen, jotta hän voi tavoittaa potilaan tunteita. (Schuster 2011, 136.) Ammatillisuus on yksi hoitotyön periaatteista (Kassara, Paloposki, Hol-

mia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 15). Hoitajan ammatillista kasvua kutsutaan sosialisatioksi. Sillä tarkoitetaan prosessia, jossa hoitaja omaksuu ammatinsa perusarvot, tietopohjan sekä eettiset periaatteet. Näin hän muodostaa itselleen ammatti-identiteetin. (Sarvimäki ym. 1996, 132.)

Terveystieteiden tavoitteena pidetään yleisesti potilaiden kärsimyksen lievittämistä. Siksi hoitajan tulee pitää huolta, ettei hän omalla käytöksellään lisää potilaan kärsimystä tarkoituksellisesti tai tahtomattaan. Epäeettinen toiminta voi aiheuttaa potilaalle hoitokärsimystä, joka voidaan jakaa neljään osa-alueeseen. Niitä ovat potilaan arvon loukkaaminen, vallankäyttö, tuomitseminen ja rankaiseminen sekä hoidotta jättäminen. Toimimalla ammatillisesti hoitaja voi välttää aiheuttamasta potilaalle lisäkärsimystä. (Sillanpää 2009 a., 17–18.) Ammatillisessa toiminnassa on olennaista muistaa, että potilaan oikeus hoitoon perustuu hänen hoidontarpeeseensa, ei hänen persoonallisuuteensa. Hoitosuhde ei siis koskaan perustu potilaan ominaisuuksiin tai persoonallisuuden vaan johonkin seikkaan hänen senhetkisessä tilanteessaan. Terveyspalvelujen yhdenvertainen saanti taataan, kun annettavan avun määrittää potilaan objektiivisesti arvioitu avuntarve. Vaikka nämä asiat saattavat hoitotyön ammattilaisista tuntua itseltään selviltä, tulee ne aktiivisesti pitää mielessä silloin, kun hoitajan ja hoidettavan välillä on huono henkilökemia tai hoidettavan persoonallisissa piirteissä tai käyttäytymisessä on jotakin, mitä hoitaja ei voi ymmärtää tai hyväksyä. Vaikka hoitaja ei pitäisi potilaasta, tulee potilaan voida luottaa siihen, että hoitaja antaa hänelle yhtä hyvää hoitoa kuin muillekin vastaavassa tilanteessa oleville potilaille. (Jahren Kristoffersen & Nortvedt 2006, 144.)

Hoitajan ammatillisuutta ohjaavat hänen omat arvonsa (Tarkiainen 2006, 57). Hoitajalla voi olla kohtaamistilanteissa ennakkosenteita. Hoitajan ennakkoluuloiset asenteet voivat vaikuttaa tilanteen hoitamiseen. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 17.) Asenne on terminä hyvin monitahoinen. Ehkä kuuluisimman, Gordon Allportin (1954) muotoileman määritelmän mukaan asenne on ”*opittu taipumus ajatella, tuntea ja käyttäytyä erityisellä tavalla tiettyä kohdetta kohtaan*”. Määritelmän ytimessä on malli, jossa asenteet koostuvat kolmesta komponentista: tunteista, ajattelemisesta ja käyttäytymisestä. Siitä, onko tunteiden sekä tietojen ja havaittavan käyttäytymisen välillä sittenkään selvää yhteyttä, ei ole tutkimuksissa saatu johdonmukaisia tuloksia. Ihmisen kokemuksilla katsotaan kuitenkin olevan määräävä asema asenteiden synnys-

sä. Monet tekijät voivat saada ihmisen olemaan toimimatta asenteidensa mukaisesti. Esimerkiksi ennakkoluuloisen asenteen edelle voi käyttäytymismallia valittaessa mennä vallitsevampi asenne, joka velvoittaa kasvokkaisessa kohtaamisessa käyttäytymään asiallisesti ja kohteliaasti. (Erwin 2005, 12–15, 23, 85.) Myös ympäristö vaikuttaa siihen, miten asenteet näkyvät ihmisen käytöksessä. Esimerkiksi hoitotyössä on oma kulttuurinsa, jossa on omat, sille ominaiset asenteensa. Usein jo koulutusvaiheessa tulee esille, mitkä asenteet ja arvot ovat ammattikunnassa hyväksytyjä. Näiden asenteiden ja arvojen mukaisia käyttäytymismalleja opetetaan sekä koulutuksen että sosiaalistumisen myötä ohjaamalla opiskelijaa kulttuurisesti oikeanlaiseen käyttäytymiseen esimerkiksi kiitoksen antamisella ja rajojen osoittamisella. Tällaisia kirjoittamattomia asenne-, moraal- ja toimintasääntöjä ei välttämättä edes aina tunnisteta vaan ne otetaan koulutuksen mukana vastaan kyseenalaistamatta. Kun ihminen tällä tavalla oppii, mitkä asenteet ovat omassa ammattikunnassa yleisesti hyväksytyjä, niistä voi olla vaikea poiketa. Tällöin ne näkyvät ihmisen käyttäytymisessä ja hoitotilanteessa, vaikka hoitajan omat, henkilökohtaiset asenteet niistä poikkeaisivatkin. (Nurmela 2002, 181–182.) Ammattikunnan arvopohja heijastuu hoitajan toimintaan arvoista johdettujen normien ja periaatteiden kautta. Nämä normit ja periaatteet voivat olla yleisiä tai tilannekohtaisia. (Jahren Kristoffersen & Nortvedt 2006, 157.)

<p>Johdetut tilannekohtaiset normit, esimerkiksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• potilaan kohteleva kunnioittavuus</li> <li>• asianmukaisen informaation antaminen</li> <li>• potilaan kokemusten kuunteleminen</li> </ul>
<p>Normit ja periaatteet hoitotyössä</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• yksilökeskeinen huolenpito</li> <li>• koko ihmisen huomioiminen</li> <li>• omatoimisuuden ja voimavarojen stimulointi</li> <li>• itsemääräämisoikeuden mahdollistaminen</li> </ul>
<p>Hoitotyön arvopohja</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• haavoittuvuus</li> <li>• itseisarvo ja yhdenvertaisuus</li> <li>• jakamattomuus</li> <li>• kasvun mahdollisuus</li> <li>• vapaus ja vastuu</li> </ul>

Kuva 2. Hoitotyön arvopohja, normit ja johdetut normit Jahren Kristofferseniä, Nortvedt'ia & Skaug'ia (2006, 158) mukailen

Oma persoonallisuus on hoitajan tärkein työväline, sillä jokainen hoitaja tekee työtä potilaiden kanssa omasta persoonastaan käsin. Se, miten hoitaja persoonaansa käyttää työvälineenä, on ammatillisuutta. (Tarkiainen 2006, 57.)

Hoitosuhteessa tärkeää on tunteensiirto eli potilaan asenteiden ja tunteiden siirtyminen osaksi hoitosuhdetta. Tämä antaa mahdollisuuden tutkia näitä tunteita ja asenteita osana hoitotilannetta. Jotta tunteensiirtoa voi tapahtua, pitää hoitajan luoda siihen sopiva, salliva ilmapiiri. (Mäkelä ym. 2001, 24–25.) Vastatunteensiirrolla tarkoitetaan vastakaista tilannetta eli sitä kun hoitaja siirtää tunteitaan potilaaseen (Ahonen 1992, 57) ja näin häiritsee hoitosuhdetta. Siksi on tärkeää, että hoitaja tuntee itsensä ja on herkkä omille tunteilleen. Hoitajan tulee kyetä erottelemaan omat tunteensa ja potilaan hänessä herättämät tunteet toisistaan. Lisäksi hoitajan tulee erottaa toisistaan vastatunteensiirto ja täydentävät tunnereaktiot eli ne reaktiot, jotka ovat asiallista reagointia potilaan tunteisiin. (Mäkelä ym. 2001, 25.) Hoitaja kohtaa työssään monenlaisia, joskus vaikeitakin tilanteita. Tilanteet voivat olla potilaille ja omaisille hyvinkin hankalia ja ahdistavia. Potilas tuntee usein epävarmuutta, jota hän saattaa ilmaista esimerkiksi vihamielisyytenä tai aggressiivisuutena. Usein kohteeksi joutuvat hoitajat. Ammatillisuuteen liittyy olennaisesti rohkeus ja taito ottaa vastaan ja käsitellä näitä tunteita. (Sillanpää 2009 b., 41.)

## 5 AIEMMAT TUTKIMUKSET

Sairaalassa työskentelevän hoitohenkilöstön osaamista, valmiuksia ja ammatillisuutta päähtyneen potilaan kohtaamiseen ja hoitamiseen on tutkittu jonkin verran. Vastaavanlaisia tutkimuksia ei kuitenkaan ole tehty sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa työskentelevälle hoitohenkilöstölle.

Anna Taskisen ja Satu Ruotsalaisen tekemä opinnäytetyö *Hoitajien asenteet ja valmiudet kohdata päihdeasiakkaita kotihoidossa* (Savonia ammattikorkeakoulu 2012) tutki Kuopion kotihoidon hoitajien valmiuksia ja asenteita kohdata työssään päihdeasiakkaita. Tutkimuksessa todettiin, että erilaisista asenteistaan huolimatta hoitajat pyrkivät kohtaamaan päihdepotilaat tasavertaisesti. Vaikka hoitajilla oli monia tiedollisia ja taidollisia valmiuksia päihdepotilaiden kohtaamiseen, oli valmiuksissa vielä kehittämisen varaa. Tiedollisia valmiuksia hoitajat olivat saaneet erilaisista koulutuk-

sista ja kokemuksen myötä. Taidollisista valmiuksista esiin nousivat vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot sekä hoidolliset taidot.

Aki-Kristian Elosen opinnäytetyössä *Sairaanhoitajien asenteita kohdattaessa päihtynyt potilas terveyskeskuspäivystyksessä* (Satakunnan ammattikorkeakoulu 2008) tutkittiin Porin terveyskeskuspäivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien ja terveyskeskusavustajien asenteita kohdattaessa päihtynyt potilas. Tarkoituksena oli myös selvittää, miten hoitajien asenteet näkyvät kohtaamistilanteessa ja miten potilaan päihtyneisyys vaikuttaa hoitotilanteeseen. Tutkimuksessa havaittiin, että päihtyneiden kohtaaminen herätti hoitajissa monenlaisia tuntemuksia, kuten esimerkiksi turhautumista. Vaikka useimmat vastaajista olivat sitä mieltä, että hoitajan asenteet eivät saisi vaikuttaa potilaan saamaan hoitoon, osa vastaajista myönsi niiden kuitenkin tavalla tai toisella näkyvän hoitotilanteissa.

Sanna-Mari Jämsänen tutki opinnäytetyössään *Sairaanhoitajien kokemuksia päihdepotilaan kohtaamisesta kirurgisella vuodeosastolla* (Laurea ammattikorkeakoulu 2012) kirurgisella vuodeosastolla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia päihdepotilaan kohtaamisesta. Tutkimuksen mukaan hoitajien kokemukset ja tunteet vaihtelivat riippuen potilaasta sekä hoitajan työkokemuksesta ja taustoista. Vaikka hoitajien mukaan päihdepotilaan hoito ei juuri eroa muiden potilaiden hoidosta, se oli joskus haastavampaa esimerkiksi vieroitusoireiden vuoksi. Hoitajat kokivat huumeidenkäyttäjien tunnistamisen haastavaksi ja totesivat, että lyhyillä hoitajaksoilla huumausainneiden käyttö saattaa jäädä tunnistamatta. Esiin nousi myös eettisiä kysymyksiä muun muassa hoitajaksojen yhteiskunnallisten kustannusten kohdalla.

Anne Heikkilä tutki pro gradu –tutkimuksessaan *Alkoholin yhteys ensiavussa todettuihin tapaturmiin ja hoitohenkilökunnan asenteet ja osaaminen päihtyneen potilaan kohtaamisessa* (Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos 2012), kuinka suuri osa ensiapuun hoitoon hakeutuneista potilaista oli alkoholin vaikutuksen alaisena. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin, millaista oli henkilökunnan päihdehoitotyön osaaminen ja millaisia asenteita heillä oli päihtyneisiin potilaisiin. Lähes kaikki kyselyyn vastanneet erikoissairaanhoidon päivystyksessä työskentelevät olivat sitä mieltä, että alkoholin suurkuluttajat käyttävät terveydenhuollon palveluita enemmän kuin muut ihmiset. Tu-

lostien mukaan päihtyneiden suuri määrä lisäsi hoitohenkilökunnan negatiivista suhtautumista päihtyneisiin potilaisiin.

## 6 TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten ensihoitohenkilöstö kokee tiedolliset ja taidolliset valmiutensa kohdata päihtyneitä potilaita. Tiedollisista valmiuksista pääosaan nousi teoreettisen täsmätiedon hallinta. Taidollisista valmiuksista korostui vuorovaikutustaitojen hallinta. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, miten ammatillisesti hoitajat kokevat toimivansa kohdatessaan päihtyneitä potilaita.

Tutkimuskysymyksiksi muodostuivat seuraavat:

1. Millaiseksi ensihoitohenkilöstö kokee tiedolliset valmiutensa kohdatessaan päihtyneitä potilaita?
2. Millaiseksi ensihoitohenkilöstö kokee taidolliset valmiutensa kohdatessaan päihtyneitä potilaita?
3. Kuinka ammatillisesti ensihoitohenkilöstö kokee toimintansa kohdatessaan päihtyneitä potilaita?

## 7 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 7.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimuksella pyritään vastaamaan kysymyksiin *kuinka moni, kuinka paljon tai miten usein*. Sitä käytetään, kun pyritään saamaan kuvaa muuttujien välisistä eroista ja suhteista. Kvantitatiivisessa tutkimustavassa tietoa tarkastellaan numeraalisesti eli tutkija saa tutkimustiedon suoraan numeroina tai ryhmittelemällä laadullisen aineiston numeeriseen muotoon. Saadut tulokset esitetään numeroina, ja tutkija tulkitsee ja esittää vielä olennaisimman tiedon sanallisesti. (Vilka 2007, 14.)



Kvantitatiivisessa tutkimuksessa laaditaan yleensä ensimmäisenä teoreettinen viitekehys tutkittavalle asialle. Tähän vaiheeseen kuuluvat aiempiin tutkimuksiin ja teorioihin tutustuminen sekä käsitteiden määrittäminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 140.) Sen jälkeen olennaiset teoreettiset ja käsitteelliset asiat on muutettava arkikieliseksi eli *operationalisoitava* ja tutkittava asia sen ominaisuudet on suunniteltava ja vakioitava eli *strukturoidava*. Nämä vaiheet tulee suorittaa ennen aineiston keräämistä. (Vilka 2007, 14.) Aineiston keruu tulee suunnitella tarkkaan niin, että havaintoaineisto soveltuu numeeriseen mittaamiseen. Tutkittavien henkilöiden valinnassa määritellään ensin *perusjoukko*, johon tulosten tulee päteä, jonka jälkeen tästä joukosta eroteetaan *otos*, jolla asiaa tutkitaan. Tutkimuksella saadut muuttujat saatetaan taulukkomuotoon ja muokataan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Lopuksi tutkimusaineisto analysoidaan tilastollisesti, siitä tehdään päätelmiä ja tulokset esitetään esimerkiksi prosenttitaulukoiden avulla. (Hirsjärvi ym. 2010, 140.)

## 7.2 Kyselytutkimus

Kyselytutkimus on tiedonkeruutapa, jossa asioita tutkitaan ja tarkastellaan esittämällä vastaajalle kysymyksiä kyselylomakkeen avulla (Vehkalahti 2008, 11). Kyselytutkimuksessa kysymysten muoto on vakioitu eli kaikilta vastaajilta kysytään samat asiat, samalla tavalla ja samassa järjestyksessä. Kyselylomaketta voidaan käyttää aineistonkeruutapana silloin, kun havaintoyksikkönä ovat esimerkiksi kyselyyn vastaavan ihmisen mielipiteet, ominaisuudet, asenteet tai käyttäytyminen. Se sopii käytettäväksi silloin, kun vastaajia on paljon. Kyselytutkimuksen ongelmana voidaan nähdä vastauslomakkeiden hidas palautuminen tutkijalle. (Vilka 2007, 28.)

Käytettävä kyselylomake tulee suunnitella tarkasti, sillä koko tutkimuksen onnistuminen riippuu mitä suurimmassa määrin lomakkeesta. Jotta saavutettaisiin paras mahdollinen lopputulos, lomakkeen tulisi kysyä sisällöllisesti oikeita asioita sisällöllisesti mielekkäällä tavalla. (Vehkalahti 2008, 20.) Myös kyselylomakkeen mukana toimitettavalla saatekirjeellä on suuri merkitys, sillä sen perusteella vastaaja yleensä tekee päätöksen, vastaako hän kyselyyn vai ei. Sitä voidaan pitää kyselyn julkisivuna, joka kertoo vastaajalle tutkimuksen perustiedot, kuten tutkimuksen tekijän, vastaajien valintaperusteet ja tutkimustulosten käyttötarkoituksen. (Vehkalahti 2008, 47–48.)

Lomakkeen osiot, eli kysymykset ja väitteet, voivat olla avoimia tai suljettuja. Avoin osion kysymykseen tai väitteeseen vastaaja voi vastata vapaamuotoisesti, kun taas suljetussa osiossa vastausvaihtoehdot on annettu vastaajalle valmiiksi. Molemmilla vaihtoehdoilla on hyvät ja huonot puolensa. Suljettuja kysymyksiä käytetään enemmän, mutta avoimetkin ovat usein tarpeen, sillä ne saattavat joissakin tilanteissa toimia suljettuja paremmin. Vastaajalta kysytään myös taustatietoja, kuten ikää. Näiden kysymysten sijoittamiseen lomakkeella kannattaa kiinnittää huomiota, sillä se voi myös vaikuttaa vastaajan mielipiteeseen kyselystä. Vastaaja saattaa esimerkiksi kokea tungettelevana, että kysely aloitetaan taustatiedoilla. Tästä syystä ne saattaa olla järkevää sijoittaa lomakkeen loppuun. (Vehkalahti 2008, 24–25.)

### 7.3 Otanta

Kohderyhmäksi eli perusjoukoksi tutkimukselle valittiin Kymenlaakson pelastuslaitoksen pohjoisella toimialueella työskentelevät hoitovelvoitteiset ensihoitajat ja pelastajat. Tämä tarkoittaa siis Kouvolan ja Kuusankosken toimipisteissä työskentelevää ensihoitohenkilöstöä. Otantamenetelmällä tarkoitetaan sitä tapaa, jolla perusjoukosta valitaan tutkimukseen osallistuvat havaintoyksiköt. Tässä tutkimuksessa otantamenetelmänä on käytetty kokonaisotantaa, millä tarkoitetaan koko perusjoukon ottamista mukaan tutkimukseen. Kokonaisotanta on käyttökelpoinen silloin, kun tutkimusaineisto on pieni. Pieneksi tutkimusaineistoksi voidaan määritellä perusjoukko, joka koostuu alle sadasta havaintoyksiköstä. (Vilka 2007, 51.)

### 7.4 Toteutus

Tämä tutkimus toteutettiin aiemmin kuvatulla tavalla kvantitatiivisena tutkimuksena strukturoidulla kyselylomakkeella. Otsikko- ja tutkimusongelmahahmotelmien syntymisen jälkeen työ aloitettiin keräämällä aineisto teoriaosuuteen. Teoriaa kerätessä otsikko ja tutkimusongelmat täsmentyivät. Teorian pohjalta alettiin pohtia, mitä asioita kyselylomakkeella haluttaisiin saada selville. Ensin laadittiin kyselylomakehahmotelma, josta muokattiin kaksi uutta versiota, joissa sanamuotoja ja asiasisältöjä tarkennettiin. Samalla laadittiin muuttujataulukko, jossa esitettiin, mistä kohtaa teoriaa mikäkin kysymys oli nostettu. Näin varmistettiin, että kaikki kysymykset perustuivat teoreettiselle pohjalle. Kolmas versio kyselylomakkeesta esiteltiin muuttujataulukkoineen oh-

jaavalle opettajalle, joka antoi muutos- ja parannusehdotuksia. Niiden pohjalta lomakkeesta muokattiin neljäs versio, joka käytiin vielä läpi aineiston analyysiin käytettävään SPSS-ohjelmaan perehtyneen opettajan kanssa. Näin haluttiin varmistaa, että lomakkeella saatavat vastaukset olisi helppo analysoida kyseisen ohjelman avulla. Tässä kohtaa lomakkeeseen tehtiin vielä muutama pieni muutos. Tämän jälkeen lomake esiteltiin yhdellä ensihoidossa muualla kuin Kymenlaakson pelastuslaitoksen pohjoisella toimialueella työskentelevällä ensihoitajalla.

Kyselylomakkeelle kirjoitettiin saatekirje, jossa kerrottiin kaikki olennainen tieto tutkimukseen ja siihen vastaamiseen liittyen. Tämän jälkeen laadittiin myös tutkimuslupa-anomus, joka siihenastisen työn kanssa esiteltiin Kymenlaakson pelastuslaitoksen ensihoitopäällikölle. Häneltä saatiin allekirjoitus tutkimuslupa-anomukseen, minkä jälkeen voitiin aloittaa tutkimuksen toteuttaminen. Saatekirje ja kyselylomakkeet toimitettiin Kymenlaakson pelastuslaitoksen pohjoisen toimialueen palopäällikölle, joka huolehti siitä, että työvuorojen esimiehet teettivät kyselyt omilla työvuoroillaan. Silmä aikaa, kun kyselylomakkeet olivat täytettävänä, työn teoriaosuutta käytiin vielä läpi sekä hiottiin ja täydennettiin. Samalla alettiin kirjoittaa selostusta tutkimuksen toteuttamisesta ja jo pohdintaa tutkimuksen eettisyydestä ja luotettavuudesta niiltä osin kuin se oli jo mahdollista.

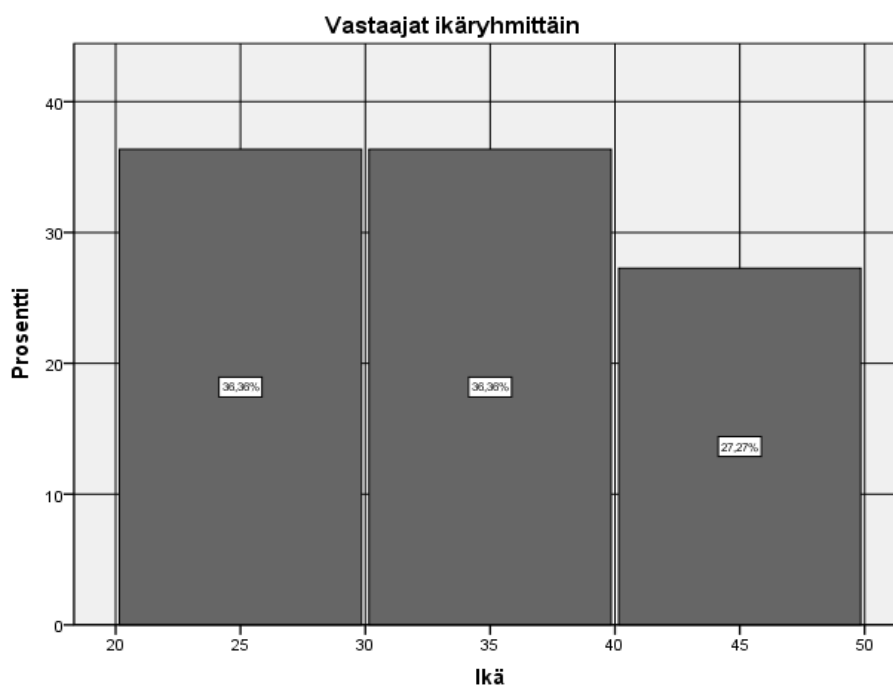
Vastausajan päätyttyä lomakkeet noudettiin ja käytiin heti huolellisesti läpi. Kaikki lomakkeet oli täytetty ohjeiden mukaisesti, joten yhtään lomaketta ei jouduttu hylkäämään. Tulokset käsiteltiin IBM SPSS Statistics 19 –tilastointiohjelmalla. Näin vastaukset saatiin numeeriseen muotoon. Kun tieto oli saatu numeeriseen muotoon, voitiin muodostaa tulosten esittämistä varten kuvaajia. Tulokset esitettiin pylväs- ja ympyräkaavioina. Lomakkeessa oli myös kaksi puoliavoimaa kysymystä, joissa vastausvaihtoehtoina olivat ei ja kyllä. Molemmissa tapauksissa myöntävän vastauksen antaneet saivat antaa lisää tietoa sanallisesti. Päähtyneen kohtaamiseen saatua koulutusta käsittelevän kysymyksen sanalliset vastaukset poimittiin ja kirjoitettiin ylös ja luokiteltiin. Lisäkoulutustarpeiden kohdalla saadut sanalliset vastaukset pelkistettiin ja luokiteltiin, jolloin saatiin selville, mistä aiheista kaivattiin eniten lisäkoulutusta. Tämän jälkeen täydennettiin pohdintaa eettisyydestä ja luotettavuudesta ja kirjoitettiin pohdintaosuus tuloksista ja esiin nousseista jatkotutkimusehdotuksista.

## 8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 8.1 Taustatiedot

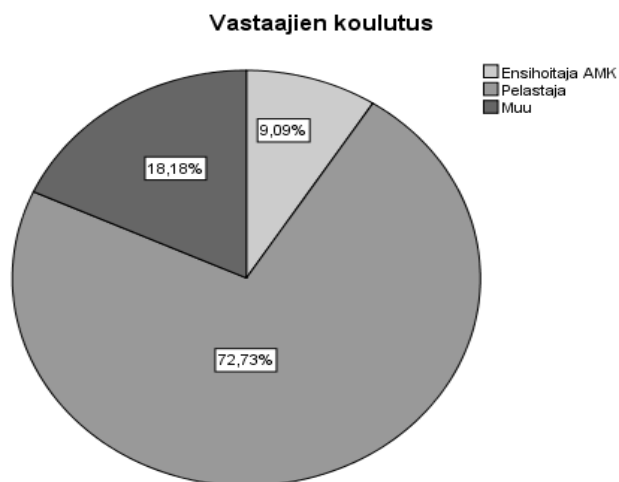
Kyselylomakkeita toimitettiin Kymenlaakson pelastuslaitoksen pohjoiselle toimialueelle 45 kappaletta ja niitä palautui 22 kappaletta (N=22). Vastausprosentiksi muodostui näin 48,89 prosenttia. Vastaajista yksi oli nainen ja loput 21 miestä.

Kuvasta 3 käy ilmi vastaajien ikäjakauma ikäryhmittäin. 20–29 –vuotiaita vastaajista oli reilu kolmannes (36,36 %, n=8), 30–39 –vuotiaita reilu kolmannes (36,36 %, n=8) ja 40–49 –vuotiaita hieman alle kolmannes (27,27 %, n=6). Vastaajien keski-ikä oli 34,2 vuotta.



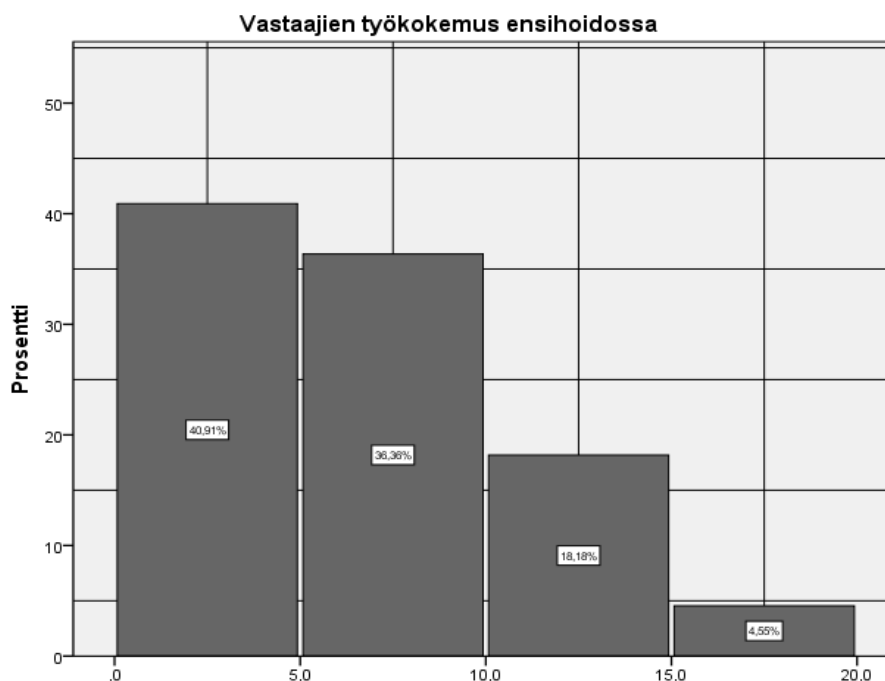
Kuva 3. Vastaajat ikäryhmittäin (N=22)

Kuvasta 4 ilmenee vastaajien koulutustausta. Vastaajista valtaosa (72,7 %, n=16) oli pelastajia. Pelastajantutkinnon edeltäjän, palomies-sairaankuljettajan tutkinnon suorittaneita oli reilu seitsemäsosa vastanneista (13,6 %, n=3). Kahdella (9,1 %) oli tutkintona ensihoitaja AMK ja yhdellä (4,6 %) lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja.



Kuva 4. Vastaajien koulutus (N=22)

Kuva 5 kuvaa vastaajien työkokemusta ensihoidossa. Vastaajista yhdeksällä (40,91 %) oli työkokemusta alle viisi vuotta. Kahdeksalla (36,36 %) työkokemusta oli 5–9 vuotta, neljällä (18,18 %) työkokemusta oli 10–14 vuotta ja yhdellä (4,55 %) yli 15 vuotta.



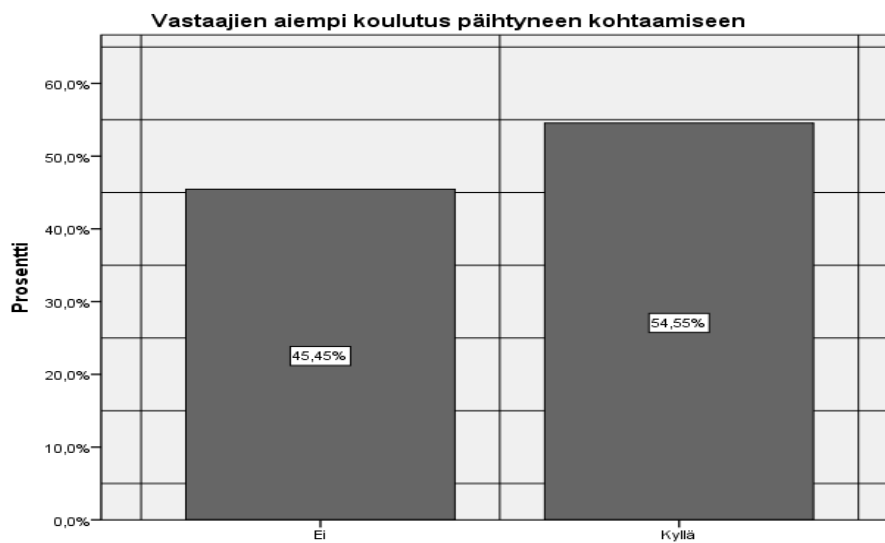
Kuva 5. Vastaajien työkokemus ensihoidossa (N=22)

Kuva 6 kuvaa vastaajien hoitovelvoitteita. Vastaajista valtaosalla (86,4 %, n=19) oli voimassaolevana hoitovelvoitteena perustason hoitovelvoite. Hoitotason velvoite oli vain kolmella (13,6 %).



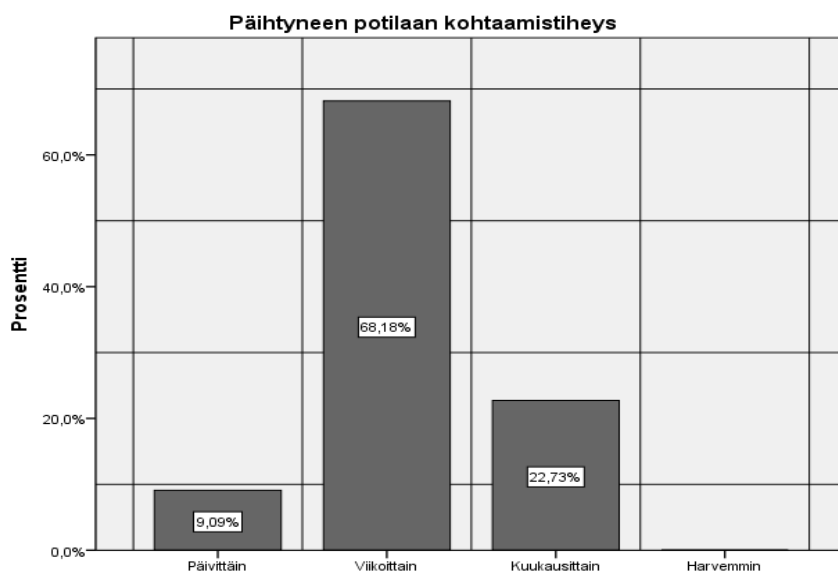
Kuva 6. Vastaajien voimassaoleva hoitovelvoite (N=22)

Kuvasta 7 ilmenee, kuinka moni vastaajista on saanut koulutusta päihtyneen potilaan kohtaamiseen. Vastaajista hieman yli puolet (54,5 %, n=12) kertoi saaneensa koulutusta päihtyneen kohtaamiseen. Pääasiallisesti koulutusta oli saatu opiskeluaikana. Lisäksi koulutusta päihtyneen kohtaamisen oli saatu työpaikkakoulutuksena.



Kuva 7. Vastaajien saama aiempi koulutus päihtyneen kohtaamiseen (N=22)

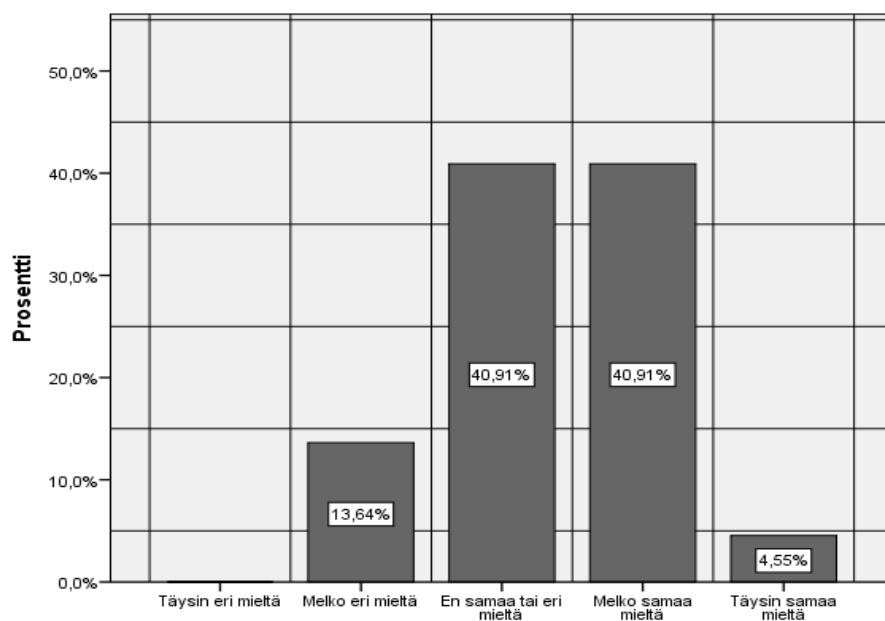
Kuvasta 8 käy ilmi, miten usein vastaajat kohtaavat päihtyneitä potilaita työssään ensihoidossa. Suurin osa, yli kaksi kolmasosaa (68,2 %, n=15) kertoi kohtaavansa päihtyneitä viikoittain. Viidesosa (22,7 %, n=5) kertoi kohtaavansa heitä kuukausittain ja loput (9,1 %, n=2) päivittäin.



Kuva 8. Päihtyneen potilaan kohtaamistiheys (N=22)

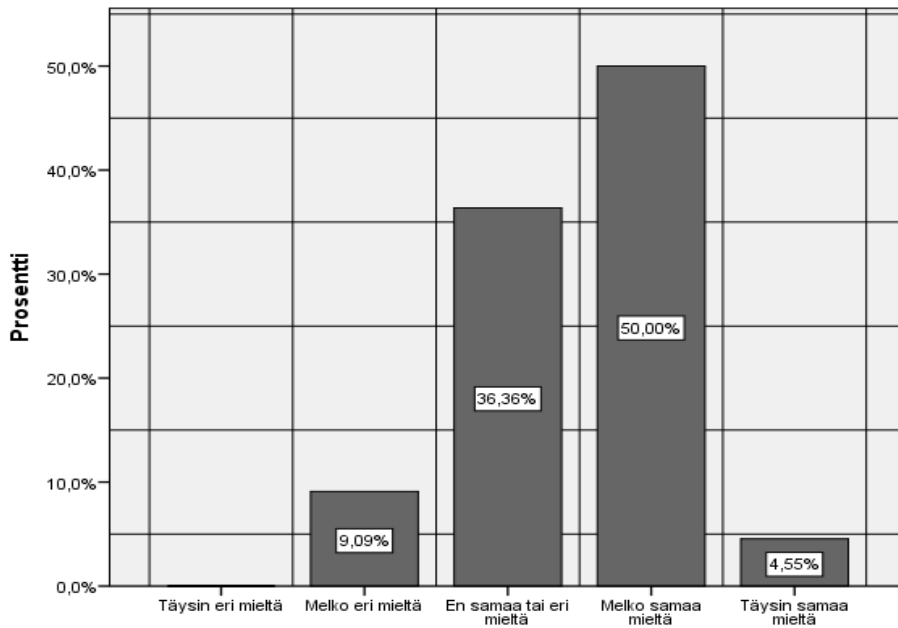
## 8.2 Tiedolliset valmiudet

Kuvasta 9 ilmenee, että väittämän ”Teoriatietoni erilaisista päihteistä ovat riittävät, jotta voin hoitaa päihteiden vaikutuksen alaisena olevia potilaita” kanssa täysin samaa mieltä oli 4,55 % (n=1). Melko samaa mieltä oli 40,91 % (n=9), ei samaa tai eri mieltä myös 40,91 % (n=9) ja melko eri mieltä 13,64 % (n=3). Yksikään vastaaja ei ollut väittämän kanssa täysin eri mieltä.



Kuva 9. Teoriatietoni erilaisista päihteistä ovat riittävät, jotta voin hoitaa päihteiden vaikutuksen alaisena olevia potilaita (N=22)

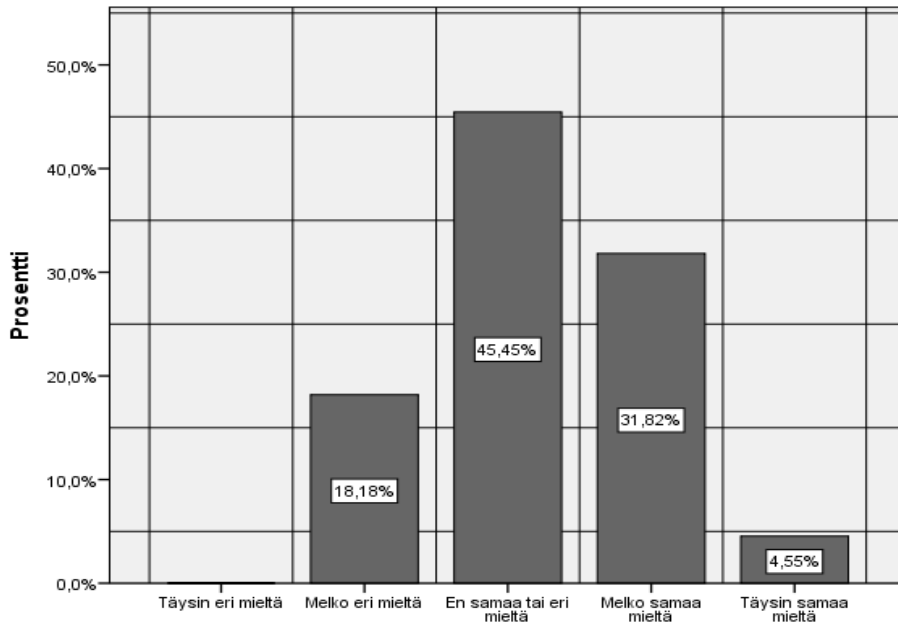
Kuvassa 10 kuvataan, miten vastaajat kokivat väitteen ”Tunnistan erilaisia päihteidenkäyttövälineitä, jos näen niitä”. Vastaajista 4,55 % (n=1) oli väitteen kanssa täysin samaa mieltä ja tasan puolet eli 50,00 % (n=11) oli melko samaa mieltä. Reilu kolmasosa eli 36,36 % (n=8) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja 9,09 % (n=2) oli melko eri mieltä. Yksikään vastaaja ei ollut väitteen kanssa täysin eri mieltä.



Kuva 10. Tunnistan erilaisia päihteidenkäyttövälineitä, jos näen niitä (N=22)

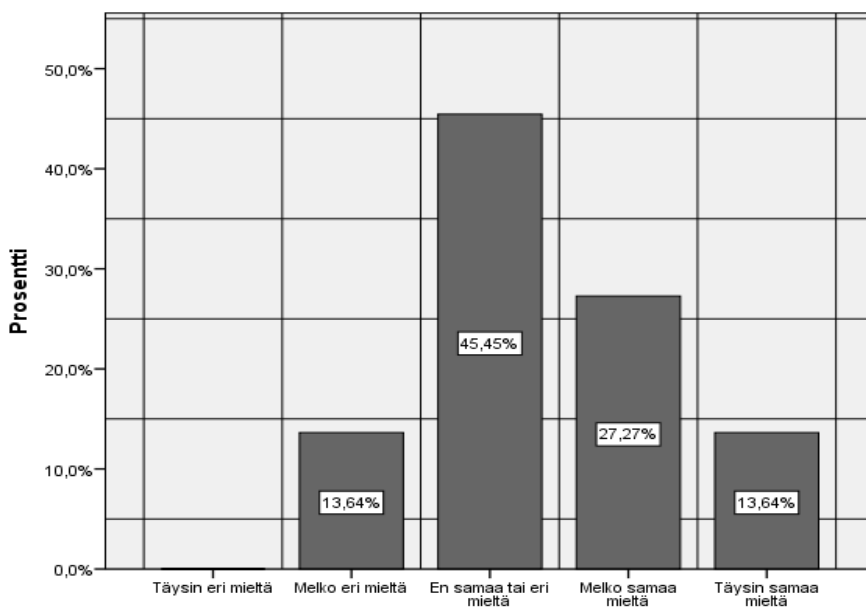
Kuvasta 11. selviää, miten tutkimukseen osallistuneet reagoivat väitteeseen ”Tunnistan päihteiden pakkaus- ja säilytysvälineitä, jos näen niitä”. Täysin samaa mieltä väitteen kanssa oli vastaajista 4,55 % (n=1) ja melko samaa mieltä 31,82 % (n=7). Väitteen kanssa ei samaa eikä eri mieltä lähes puolet eli 45,45 % (n=10) ja melko eri mieltä 18,18 % (n=4). Täysin eri mieltä väitteen kanssa ei ollut yksikään vastaaja.





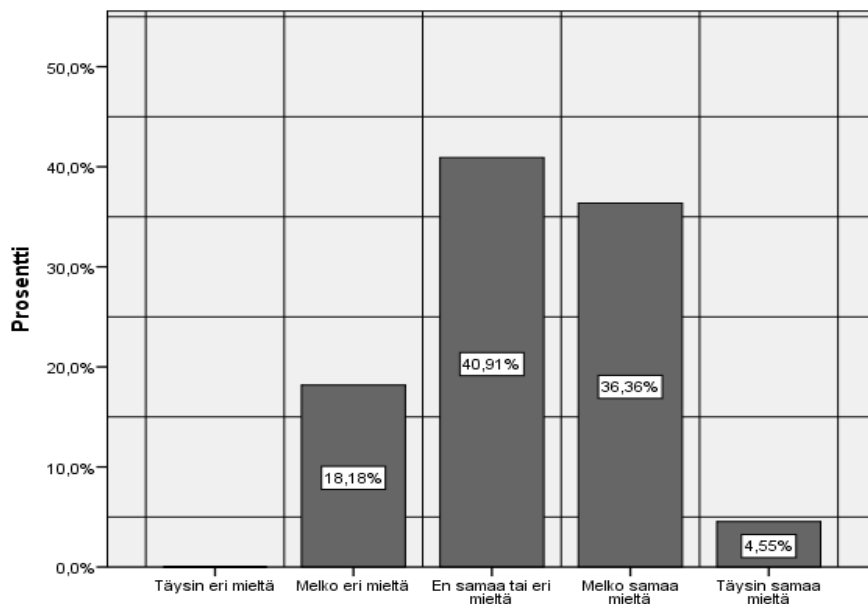
Kuva 11. Tunnistan pähteiden pakkaus- ja säilytysvälineitä, jos näen niitä (N=22)

Kuvasta 12. ilmenee, että väitteen ”Teoriatietoni pähteiden käyttötavoista ovat riittävät, että tunnistan niiden mahdolliset merkit potilaassa” kanssa täysin samaa mieltä oli vastaajista 13,64 % (n=3). Melko samaa mieltä oli lähes kolmannes eli 27,27 % (n=6), ei samaa eikä eri mieltä lähes puolet eli 45,45 % (n=10) ja melko eri mieltä 13,64 % (n=3). Yksikään vastaaja ei ollut väitteen kanssa täysin eri mieltä.



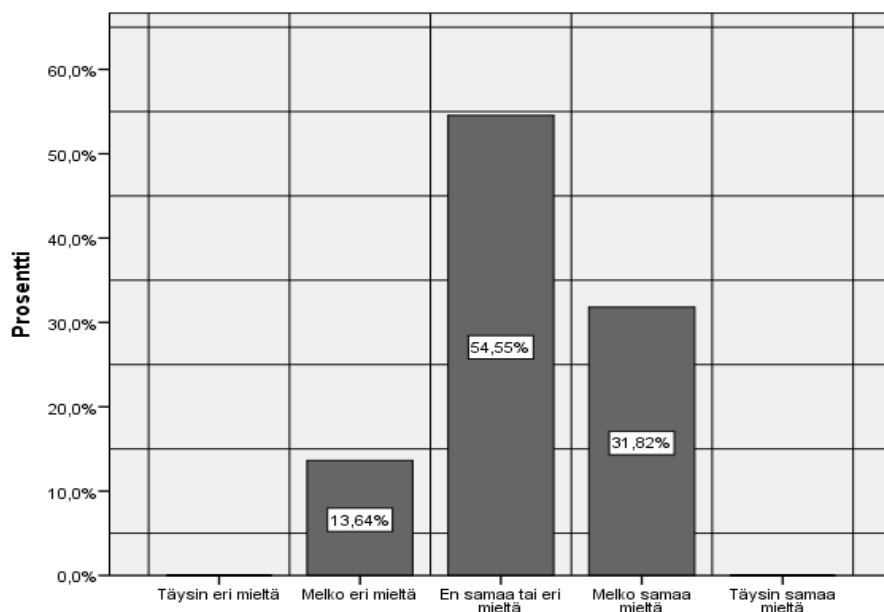
Kuva 12. Teoriatietoni pähteiden käyttötavoista ovat riittävät, jotta tunnistan niiden mahdolliset merkit potilaassa (N=22)

Kuvasta 13 selviää, että väitteen ”Teoriatietoni päihteiden vaikutuksista ovat riittävät, jotta tunnistan ne potilaassa” kanssa täysin samaa mieltä oli 4,55 % (n=1) vastaajista ja melko samaa mieltä reilu kolmannes eli 36,36 % (n=8). Ei samaa eikä eri mieltä oli suurin osa eli 40,91 % (n=9) ja melko eri mieltä 18,18 % (n=4). Täysin eri mieltä ei ollut yksikään vastaaja.



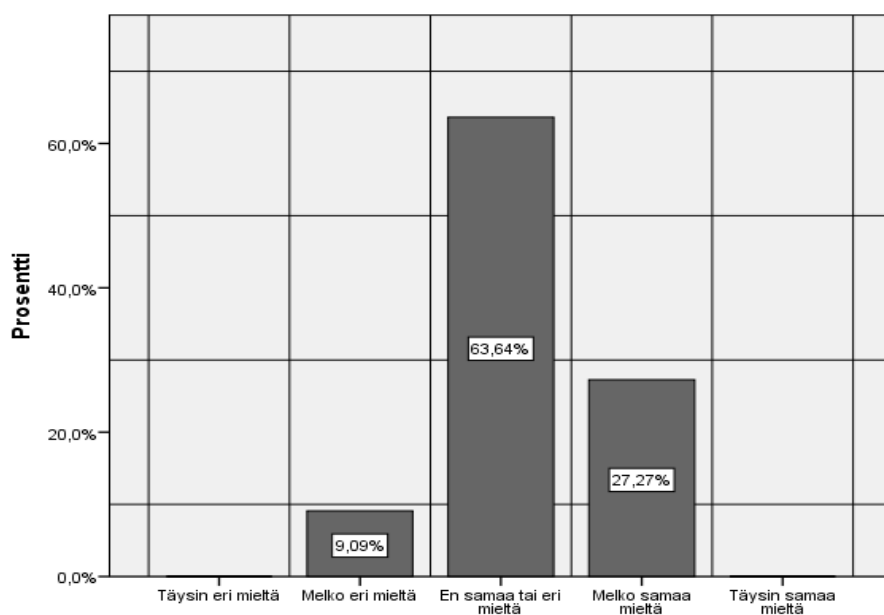
Kuva 13. Teoriatietoni päihteiden vaikutuksista ovat riittävät, jotta tunnistan ne potilaassa (N=22)

Kuva 14 kuvastaa, että väitteen ”Koen päihtyneen potilaan kohtaamisen helpoksi, sillä minulla on riittävän hyvät teoriatiedot päihteistä” kanssa melko samaa mieltä oli vastaajista kolmannes eli 31,82 % (n=7). Väitteen kanssa ei samaa eikä eri mieltä yli puolet eli 54,55 % (n=12) ja melko eri mieltä 13,64 % (n=3). Yksikään vastaaja ei ollut väitteen kanssa täysin samaa tai täysin eri mieltä.



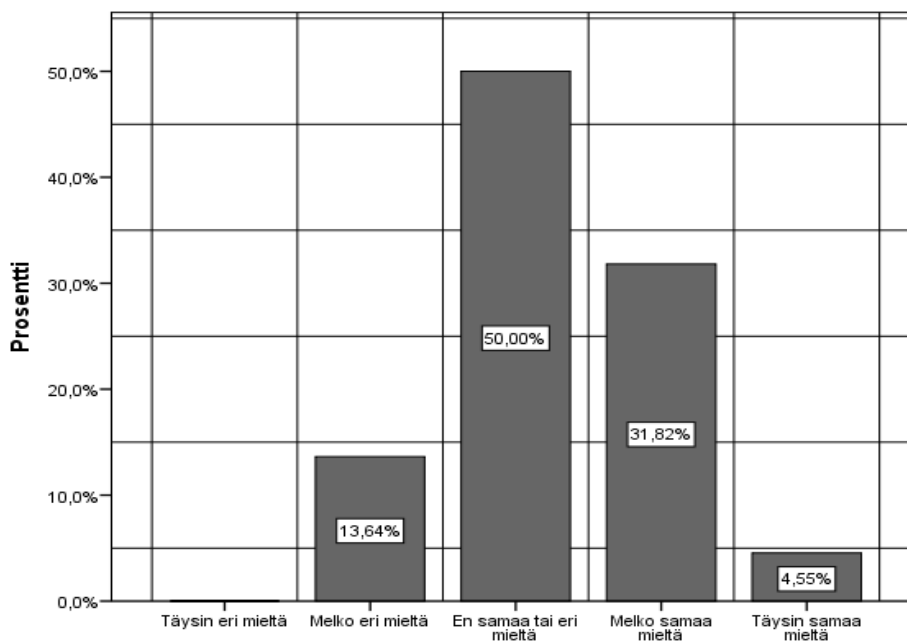
Kuva 14. Koen päihtyneen potilaan kohtaamisen helpoksi, sillä minulla on riittävän hyvät teorian tiedot päihteistä (N=22)

Kuvasta 15 ilmenee, että väitteen ”Koen päihtyneen potilaan kohtaamisen helpoksi, sillä minulla on riittävän hyvät teorian tiedot päihteiden käytöstä” kanssa melko samaa mieltä oli vastaajista vajaa kolmannes eli 27,27 % (n=6), ei samaa tai eri mieltä lähes kaksi kolmasosaa eli 63,64 % (n=14) ja melko eri mieltä 9,09 % (n=2). Täysin samaa tai täysin eri mieltä ei vastaajista ollut yksikään.



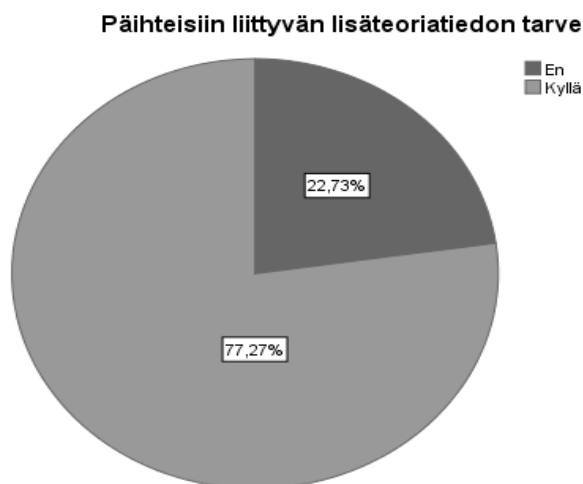
Kuva 15. Koen päihtyneen potilaan kohtaamisen helpoksi, sillä minulla on riittävän hyvät teorian tiedot päihteiden käytöstä (N=22)

Kuvasta 16 ilmenee, että väitteen ”Koen päihtyneen potilaan kohtaamisen helpoksi, sillä minulla on riittävän hyvät teorian tiedot päihteiden vaikutuksista” kanssa täysin samaa mieltä oli 4,55 % (n=1) ja melko samaa mieltä kolmannes eli 31,82 % (n=7). Ei samaa tai eri mieltä oli puolet eli 50,00 % (n=11) ja melko eri mieltä 13,64 % (n=3). Yksikään vastaaja ei ollut väitteen kanssa täysin eri mieltä.



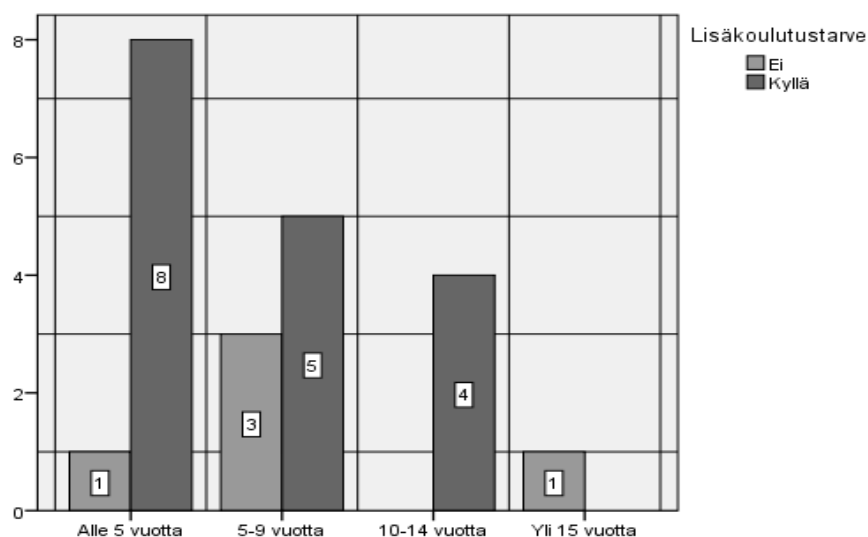
Kuva 16. Koen päihtyneen potilaan kohtaamisen helpoksi, sillä minulla on riittävän hyvät teorian tiedot päihteiden vaikutuksista (N=22)

Kuvasta 17 ilmenee, kuinka moni vastaajista koki tarvitsevansa lisää teorian tietoa päih-teisiin liittyvissä asioissa. Vastaajista suurin osa, yli kolme neljäsosaa (77,27 %, n=17) koki kaipaavansa lisää teorian tietoa. Jos vastaaja vastasi kysymykseen tarvitsevansa li-sätietoa, hän sai sanallisesti myös kertoa, mistä aiheesta tai aiheista hän lisäteorian tietoa kaipaa. Suurimmassa osassa vastauksissa tuli esiin, että lisäteorian tietoa kaivataan yle-i-sesti kaikkiin päih-teisiin ja kaikkeen päihteiden käyttöön liittyen. Yksittäisinä asioina esiin nousivat käyttövälineiden tunnistus, sekakäyttö, käytön tunnistaminen sekä päih-teiden aiheuttamat vaikutukset.



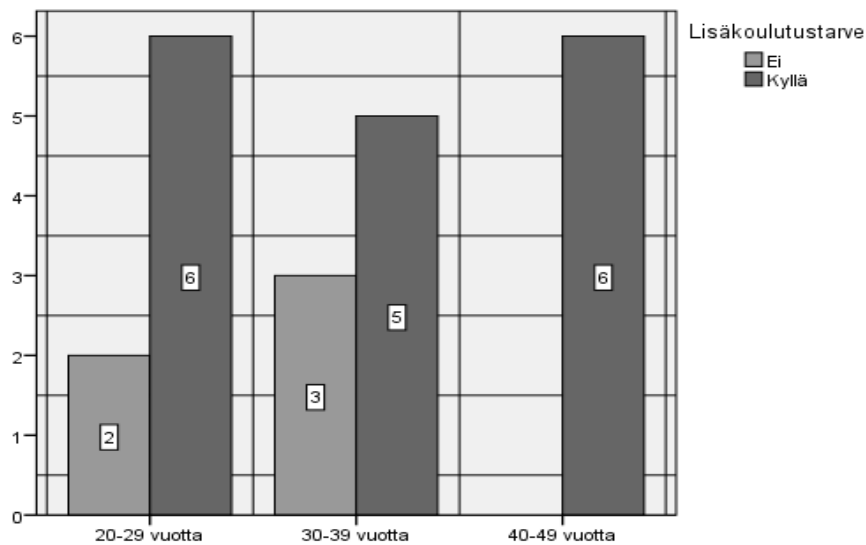
Kuva 17. Päihteisiin liittyvän lisäteoriatiedon tarve (N=22)

Kuvasta 18 ilmenee työkokemuksen vaikutus lisäkoulutuksen tarpeeseen. Prosentuaalisesti eniten lisäkoulutusta kaipaivat ne, joilla oli työkokemusta 10–14 vuotta. Tästä ryhmästä kaikki eli 100,00 % (n=4) vastasi kokevansa lisäkoulutustarvetta päihteisiin liittyvissä asioissa. Toiseksi suurinta lisäkoulutuksen tarve oli ryhmässä, jossa työkokemusta oli alle 5 vuotta. Tästä ryhmästä 88,89 % (n=8) kaipasi lisäkoulutusta. Kolmanneksi eniten lisäkoulutusta kaivattiin siinä ryhmässä, jossa työkokemusta oli 5-9 vuotta. Tästä ryhmästä lisäkoulutusta kaipasi 62,5 % (n=5). Yli 15 vuotta työskennelleiden kohdalla lisäkoulutuksen tarvetta ei tässä ryhmässä esiintynyt.



Kuva 18. Lisäkoulutustarve työkokemusryhmittäin (N=22)

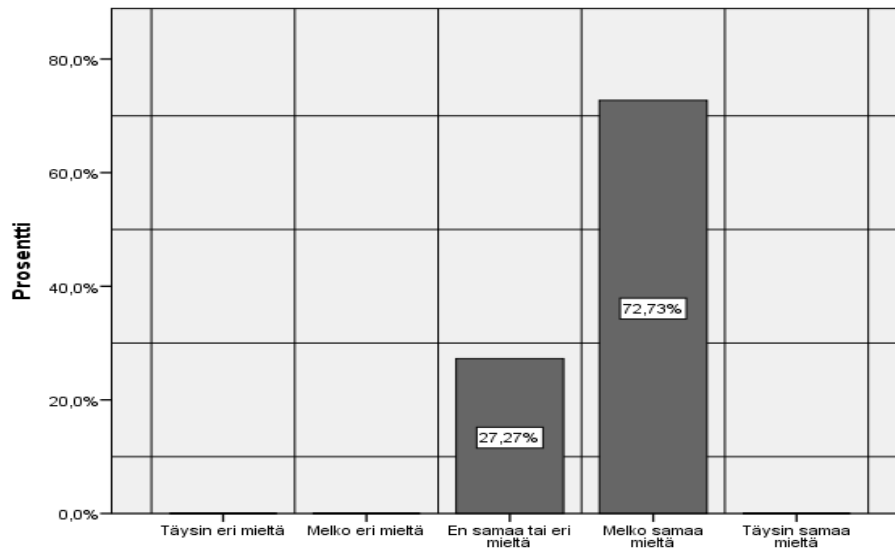
Kuvasta 19 voidaan nähdä iän vaikutus lisäkoulutuksen tarpeeseen. Prosentuaalisesti eniten lisäkoulutustarvetta ilmeni ikäluokassa 40–49 vuotta. Tässä ryhmässä kaikki eli 100,00 % (n=6) vastasi kokevansa tarvetta lisäkoulutukselle päihteisiin liittyvissä asioissa. Seuraavaksi eniten lisäkoulutustarvetta koettiin 20–29 –vuotiaiden ryhmässä, jossa lisäkoulutusta vastasi kaipaavansa kolme neljäsosaa eli 75 % (n=6). Vähiten lisäkoulutusta kaivattiin 30–39 –vuotiaiden ryhmässä, jossa siinäkin lisäkoulutusta koki kuitenkin kaipaavansa 62,5 % (n=5).



Kuva 19. Lisäkoulutustarve ikäryhmittäin (N=22)

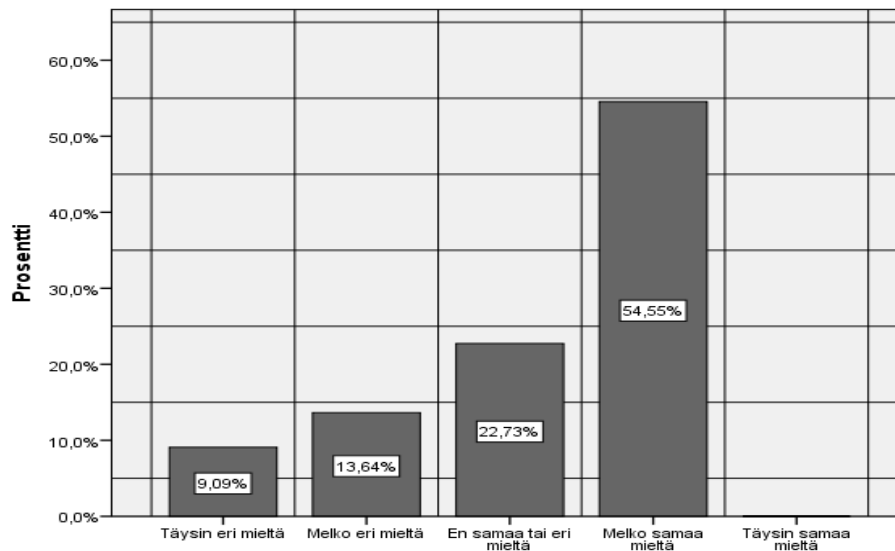
### 8.3 Taidolliset valmiudet

Kuvasta 20 ilmenee, miten vastaajat reagoivat väitteeseen ”Koen, että minulla on hyvät valmiudet tulla ymmärretyksi vuorovaikutustilanteessa päihtyneen kanssa”. Vastaajista 72,73 % (n=16) oli väitteen kanssa melko samaa mieltä ja 27,27 % (n=6) ei ollut samaa tai eri mieltä. Yksikään vastaajista ei ollut väitteen kanssa täysin samaa mieltä eikä melko tai täysin eri mieltä.



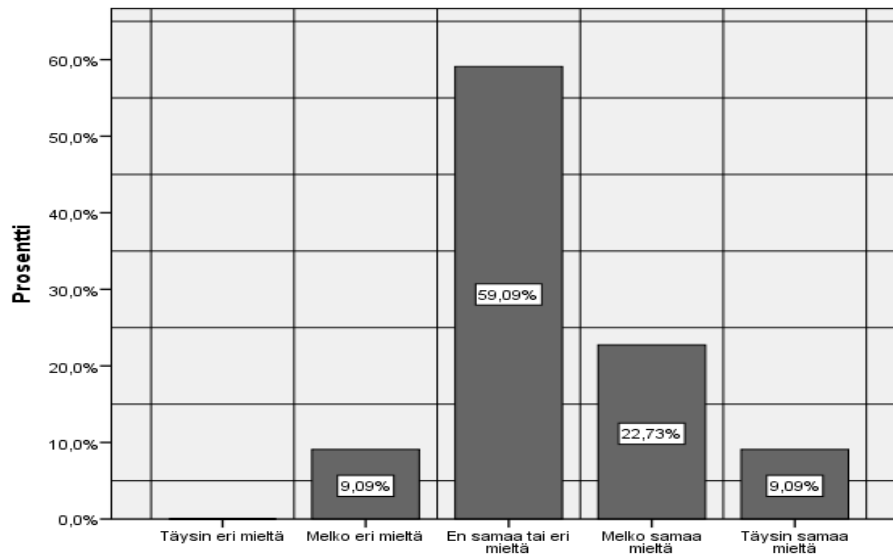
Kuva 20. Koen, että minulla on hyvät valmiudet tulla ymmärretyksi vuorovaikutustilanteessa päihtyneen kanssa (N=22)

Kuvasta 21 voi nähdä, että väitteen ”Koen, että oma sanaton viestintäni ei vaikeuta kanssakäymistäni päihtyneen potilaan kanssa” kanssa melko samaa mieltä oli vastaajista yli puolet eli 54,55 % (n=12), ei samaa tai eri mieltä 22,73 % (n=5), melko eri mieltä 13,64 % (n=3) ja täysin eri mieltä 9,09 % (n=2). Täysin samaa mieltä väitteen kanssa ei ollut yksikään vastaaja.



Kuva 21. Koen, että oma sanaton viestintäni ei vaikeuta kanssakäymistäni päihtyneen potilaan kanssa (N=22)

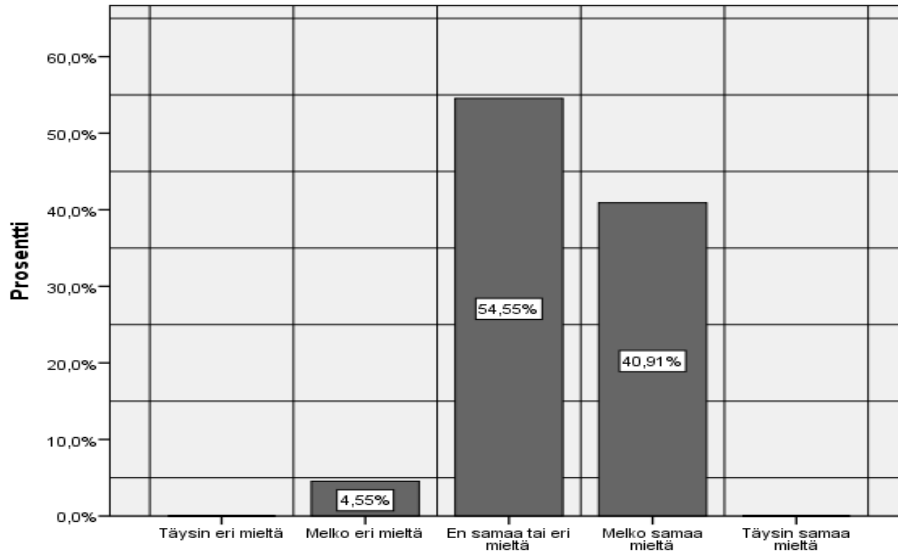
Kuva 22 kuvastaa vastaajien suhtautumista väitteeseen ”Vuorovaikutustilanteessa osaan tulkita potilaan sanatonta viestintää”. Sen kanssa täysin samaa mieltä oli 9,09 % (n=2) ja melko samaa mieltä 22,73 % (n=5). Väitteen kanssa ei samaa tai eri mieltä oli yli puolet eli 59,09 % (n=13) ja melko eri mieltä 9,09 % (n=2). Täysin eri mieltä väitteen kanssa ei ollut yksikään vastaajista.



Kuva 22. Vuorovaikutustilanteessa osaan tulkita potilaan sanatonta viestintää (N=22)

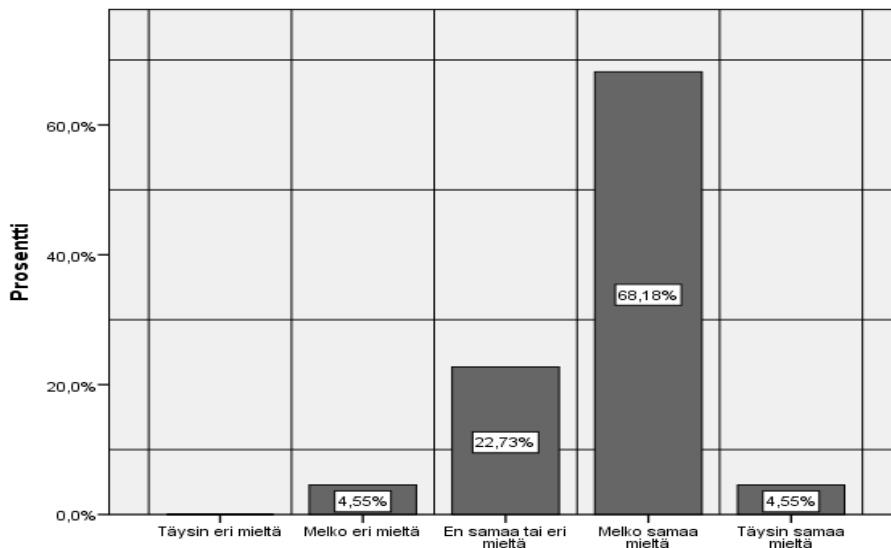
Kuvasta 23 ilmenee, että väitteen ”Vuorovaikutustilanteessa osaan reagoida potilaan sanattomaan viestintään” kanssa melko samaa mieltä oli vastaajista kaksi viidesosaa eli 40,91 % (n=9). Ei samaa tai eri mieltä yli puolet eli 54,55 % (n=12) ja melko eri mieltä 4,55 % (n=1). Täysin samaa tai täysin eri mieltä väitteen kanssa ei ollut yksikään vastaajista.





Kuva 23. Vuorovaikutustilanteessa osaan reagoida potilaan sanattomaan viestintään (N=22)

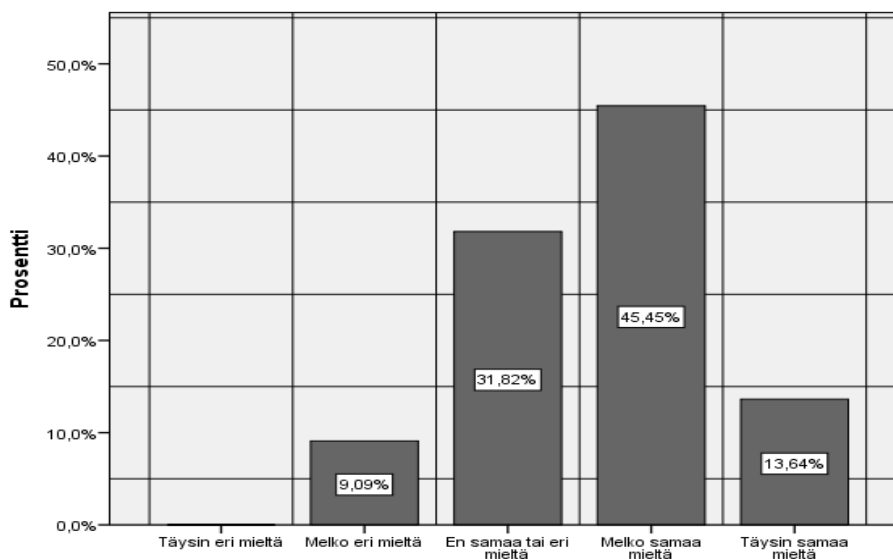
Kuvasta 24 voidaan todeta, että väitteen ”Koen, että osaan kuunnella päihtynyttä potilasta” kanssa täysin samaa mieltä oli 4,55 % (n=1), melko samaa mieltä lähes kaksi kolmasosaa eli 68,18 % (n=15), ei samaa tai eri mieltä 22,73 % (n=5) ja melko eri mieltä 4,55 % (n=1). Täysin eri mieltä ei ollut yksikään vastaajista.



Kuva 24. Koen, että osaan kuunnella päihtynyttä potilasta (N=22)

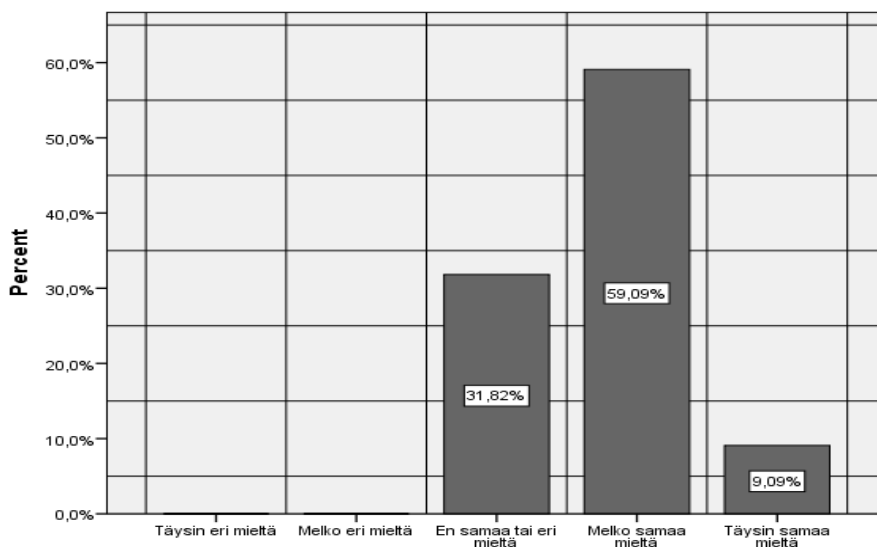
Kuvasta 25 voidaan nähdä, että väitteen ”Päihtyneen potilaan kanssa toimiessani en hermostu” kanssa täysin samaa mieltä oli vastaajista 13,64 % (n=3). Suurin osa eli 45,45 % (n=10) oli melko samaa mieltä, melkein kolmasosa eli 31,82 % (n=7) ei ollut

samaa tai eri mieltä ja loput 9,09 % (n=2) oli melko eri mieltä. Yksikään vastaajista ei ollut täysin eri mieltä väitteen kanssa.



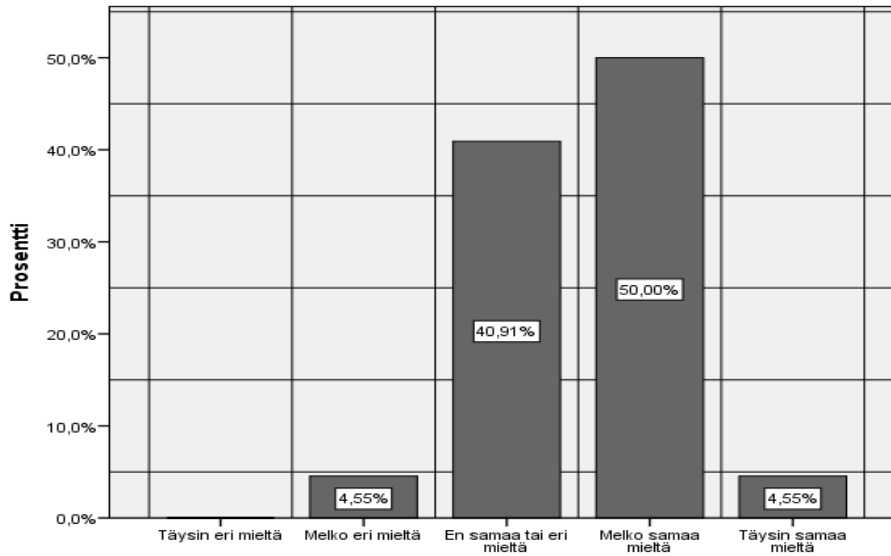
Kuva 25. Päihtyneen potilaan kanssa toimiessani en hermostu (N=22)

Kuvasta 26 voidaan todeta, että väitteen ”Päihtyneen potilaan kanssa toimiessani pyrin toimimaan johdonmukaisesti” kanssa täysin samaa mieltä oli vastaajista 9,09 % (n=2), melko samaa mieltä suurin osa eli 59,09 % (n=13) ja ei samaa tai eri mieltä noin kolmannes eli 31,82 % (n=7). Yksikään vastaajista ei ollut melko tai täysin eri mieltä väitteen kanssa.



Kuva 26. Päihtyneen potilaan kanssa toimiessani pyrin toimimaan johdonmukaisesti (N=22)

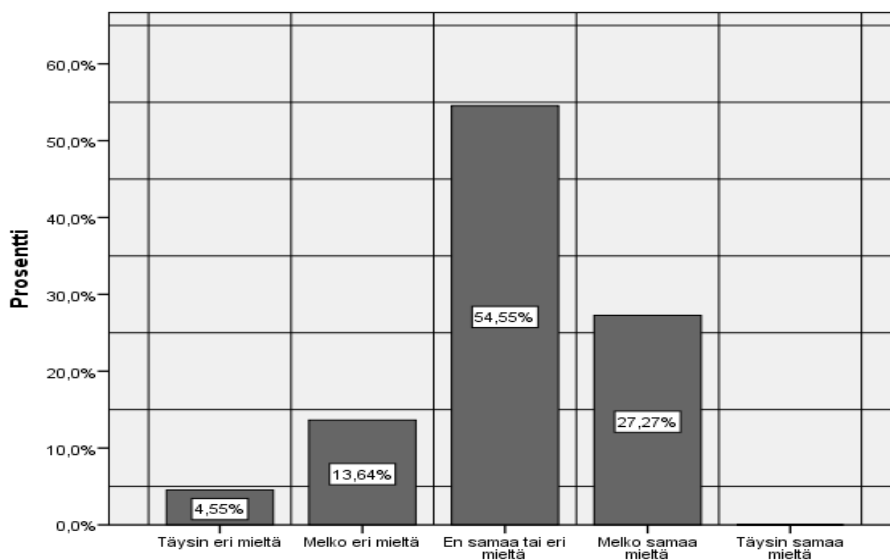
Kuvasta 27 ilmenee, miten tutkimukseen osallistuneet suhtautuivat väitteeseen ”Koen päähtyneen potilaan kohtaamisen helpoksi, sillä mielestäni minulla on hyvät vuorovaikutustaidot”. Väitteen kanssa täysin samaa mieltä oli 4,55 % (n=1) vastaajista. Melko samaa mieltä oli tasan puolet eli 50,00 % (n=11). Ei samaa tai eri mieltä noin kaksi viidesosaa eli 40,91 % (n=9) ja melko eri mieltä 4,55 % (n=1). Yksikään vastaajista ei ollut väitteen kanssa täysin eri mieltä.



Kuva 27. Koen päähtyneen potilaan kohtaamisen helpoksi, sillä mielestäni minulla on hyvät vuorovaikutustaidot (N=22)

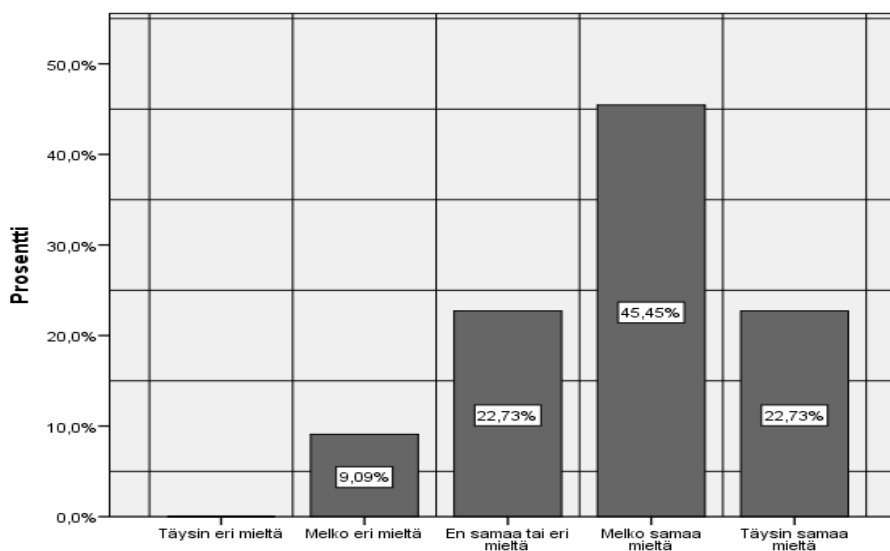
#### 8.4 Ammatillisuus

Kuvasta 28 voidaan nähdä, että väitteen ”Ajattelen, että päihteiden väärinkäyttö on enemmän sairaus kuin potilaan oma vika ja paha tapa” kanssa melko samaa mieltä olivat vastaajista vajaa kolmannes eli 27,27 % (n=6). Yli puolet vastaajista eli 54,55 % (n=12) ei ollut väitteen kanssa samaa tai eri mieltä. 13,64 % (n=3) oli melko eri mieltä ja loput 4,55 % (n=1) täysin eri mieltä. Yksikään vastaajista ei ollut väitteen kanssa täysin samaa mieltä.



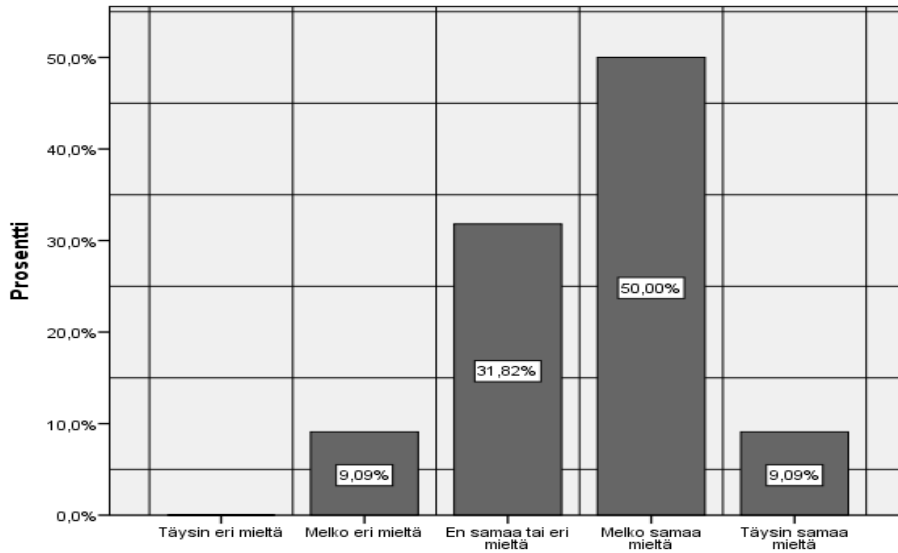
Kuva 28. Ajattelen, että päihteiden väärinkäyttö on enemmän sairaus kuin potilaan oma vika ja paha tapa (N=22)

Kuvasta 29 ilmenee, että väitteen ”Omat henkilökohtaiset kokemukseni päihteistä eivät vaikuta toimintaani päihteitä käyttäneen potilaan kanssa” kanssa täysin samaa mieltä oli 22,73 % (n=5) vastaajista. Melko samaa mieltä oli lähes puolet eli 45,45 % (n=10), ei samaa tai eri mieltä oli reilu viidennes eli 22,73 % (n=5) ja melko eri mieltä 9,09 % (n=2). Yksikään vastaaja ei ollut täysin eri mieltä.



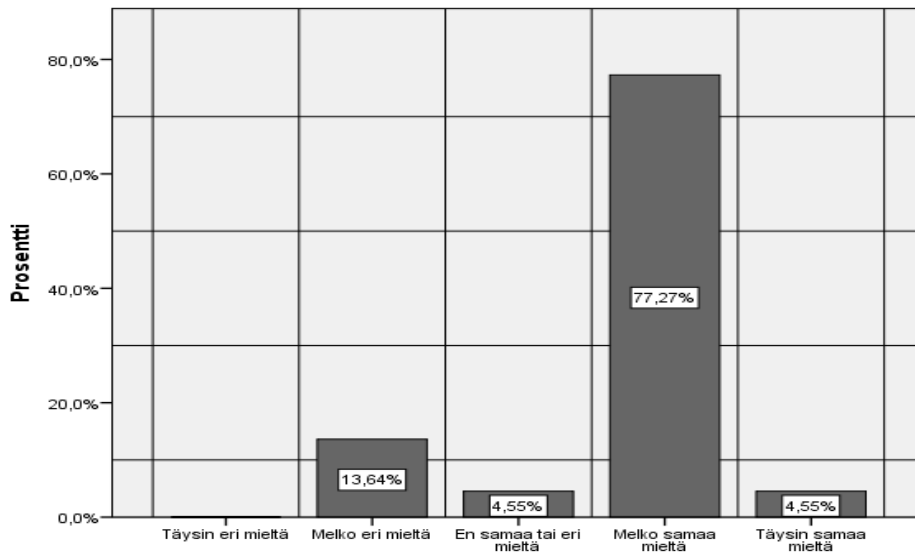
Kuva 29. Omat henkilökohtaiset kokemukseni päihteistä eivät vaikuta toimintaani päihteitä käyttäneen potilaan kanssa (N=22)

Kuvasta 30 voidaan nähdä, että väitteen ”Omat henkilökohtaiset kokemukseni päihteiden käyttäjistä eivät vaikuta toimintaani päihteitä käyttäneen potilaan kanssa” kanssa täysin samaa mieltä oli 9,09 % (n=2). Melko samaa oli tasan puolet eli 50,00 % (n=11). Ei samaa tai eri mieltä oli vajaa kolmannes eli 31,82 % (n=7) ja melko eri mieltä 9,09 % (n=2). Yksikään vastaaja ei ollut täysin eri mieltä väitteen kanssa.



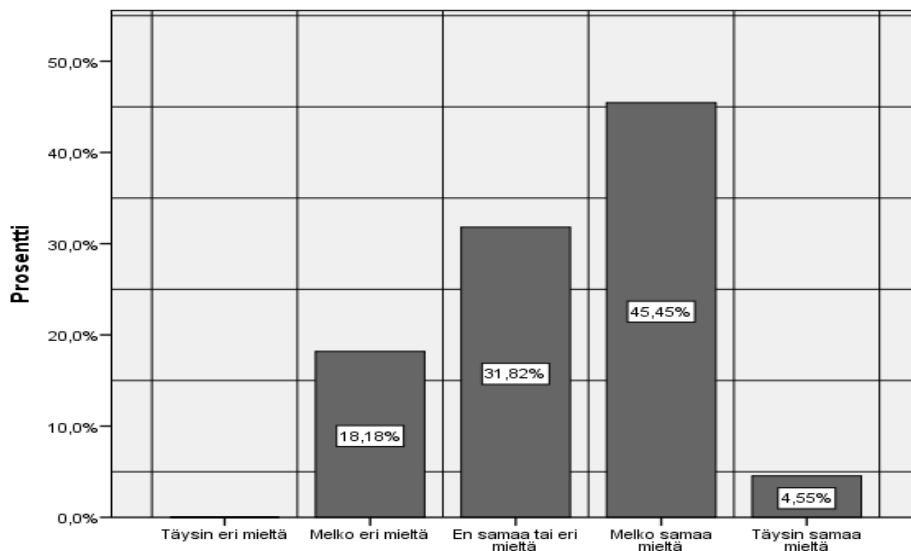
Kuva 30. Omat henkilökohtaiset kokemukseni päihteiden käyttäjistä eivät vaikuta toimintaani päihteitä käyttäneen potilaan kanssa (N=22)

Kuvasta 31 ilmenee, miten vastaajat reagoivat väitteeseen ”Toimin päihteiden käyttäjien kanssa provosoitumatta”. Väitteen kanssa täysin samaa mieltä oli 4,55 % (n=1) vastaajista. Melko samaa mieltä oli suurin osa, lähes neljä viidesosaa eli 77,27 % (n=16). Ei samaa tai eri mieltä oli 4,55 % (n=1) ja melko eri mieltä 13,64 % (n=3). Yksikään vastaajista ei ollut väitteen kanssa täysin eri mieltä.



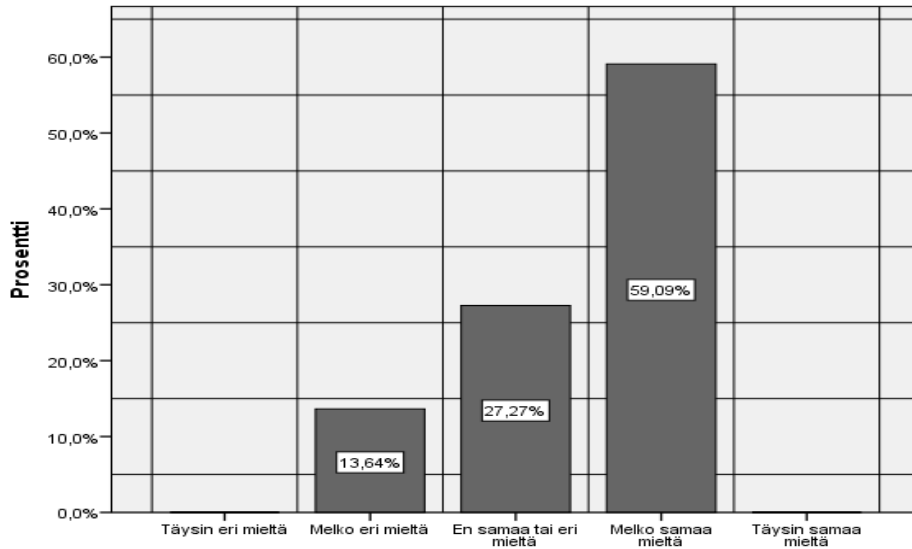
Kuva 31. Toimin päihteiden käyttäjien kanssa provosoitumatta (N=22)

Kuvasta 32 voidaan nähdä, että väitteen ”Miellän päihteidenkäyttäjät yksilöllisiksi ihmisiksi enemmän kuin yhtenäiseksi ryhmäksi” kanssa täysin samaa mieltä oli 4,55 % (n=1) ja melko samaa mieltä suurin osa eli 45,45 % (n=10). Ei samaa tai eri mieltä oli 31,82 % (n=7) ja melko eri mieltä 18,18 % (n=4). Täysin eri mieltä väitteen kanssa ei ollut yksikään vastaajista.



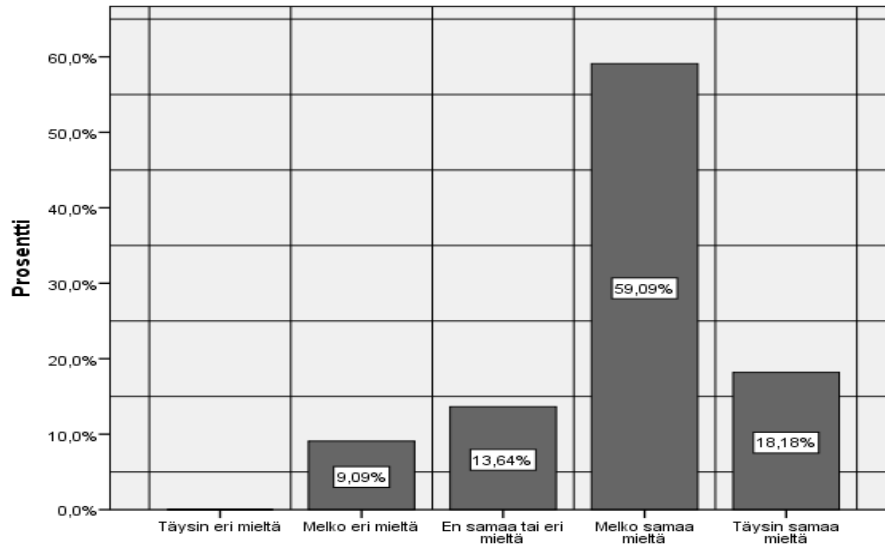
Kuva 32. Miellän päihteidenkäyttäjät yksilöllisiksi ihmisiksi enemmän kuin yhtenäiseksi ryhmäksi (N=22)

Kuva 33 kuvastaa, miten vastaajat reagoivat väitteeseen ”Kohtelen päihtyneitä potilaita samalla tavalla kuin ei-päihtyneitä potilaita”. Vastaajista suurin osa eli 59,09 % (n=13) oli väitteen kanssa melko samaa mieltä. Ei samaa tai eri mieltä oli 27,27 % (n=6) ja melko eri mieltä 13,64 % (n=3). Yksikään vastaajista ei ollut väitteen kanssa täysin samaa tai täysin eri mieltä.



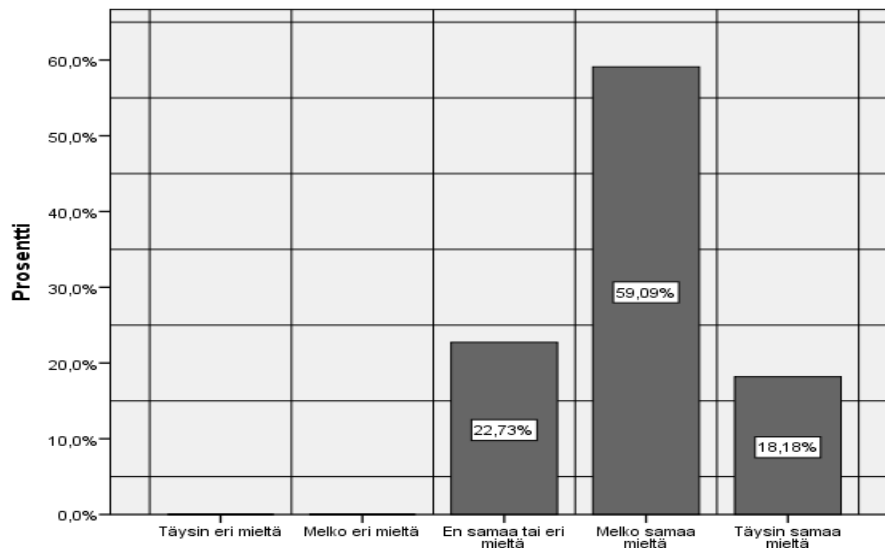
Kuva 33. Kohtelen päihtyneitä potilaita samalla tavalla kuin ei-päihtyneitä potilaita (N=22)

Kuvasta 34 voidaan nähdä, että väitteen ”Pyrin tutkimaan päihtyneitä potilaita samalla tavalla kuin ei-päihtyneitä potilaita” kanssa täysin samaa mieltä oli vajaa viidennes eli 18,18 % (n=4) vastaajista. Melko samaa mieltä oli suurin osa eli 59,09 % (n=13). Ei samaa tai eri mieltä oli 13,64 % (n=3) ja melko eri mieltä 9,09 % (n=2). Yksikään vastaajista ei ollut täysin eri mieltä väitteen kanssa.



Kuva 34. Pyrin tutkimaan päihtyneitä potilaita samalla tavalla kuin ei-päihtyneitä potilaita (N=22)

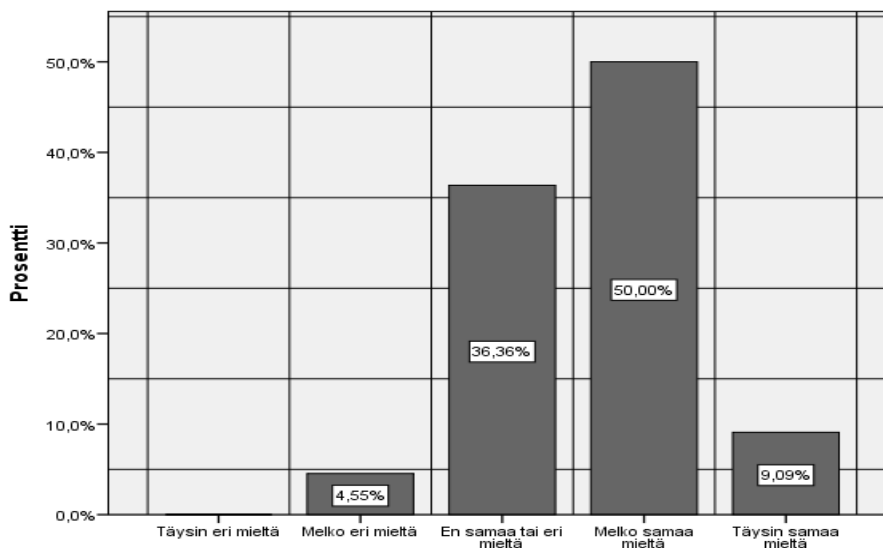
Kuvasta 35 ilmenee, että väitteen ”Pyrin hoitamaan päihtyneitä potilaita samalla tavalla kuin ei-päihtyneitä potilaita” kanssa täysin samaa mieltä oli vajaa viidennes eli 18,18 % (n=4). Melko samaa mieltä oli suurin osa vastaajista eli 59,09 % (n=13) ja ei samaa tai eri mieltä oli 22,73 % (n=5). Yksikään vastaajista ei ollut väitteen kanssa melko tai täysin eri mieltä.



Kuva 35. Pyrin hoitamaan päihtyneitä potilaita samalla tavalla kuin ei-päihtyneitä potilaita (N=22)

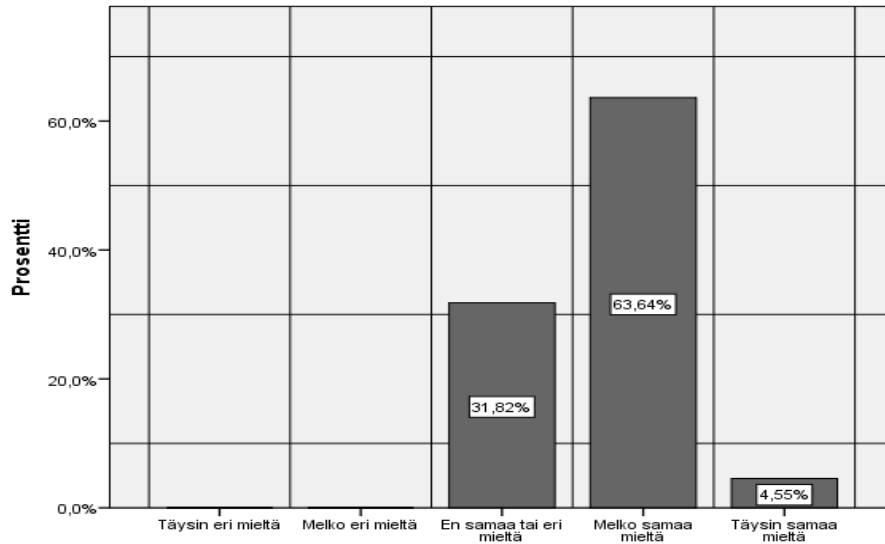


Kuvasta 36 voidaan nähdä, miten vastaajat reagoivat väitteeseen ”Tiedostan päihteiden käyttäjien minussa herättämät tunteet”. Täysin samaa mieltä väitteen kanssa oli 9,09 % (n=2) vastaajista. Melko samaa mieltä oli tasan puolet eli 50,00 % (n=11). Reilu kolmannes eli 36,36 % (n=8) ei ollut samaa tai eri mieltä ja 4,55 % (n=1) oli melko eri mieltä. Täysin eri mieltä väitteen kanssa ei ollut yksikään vastaajista.



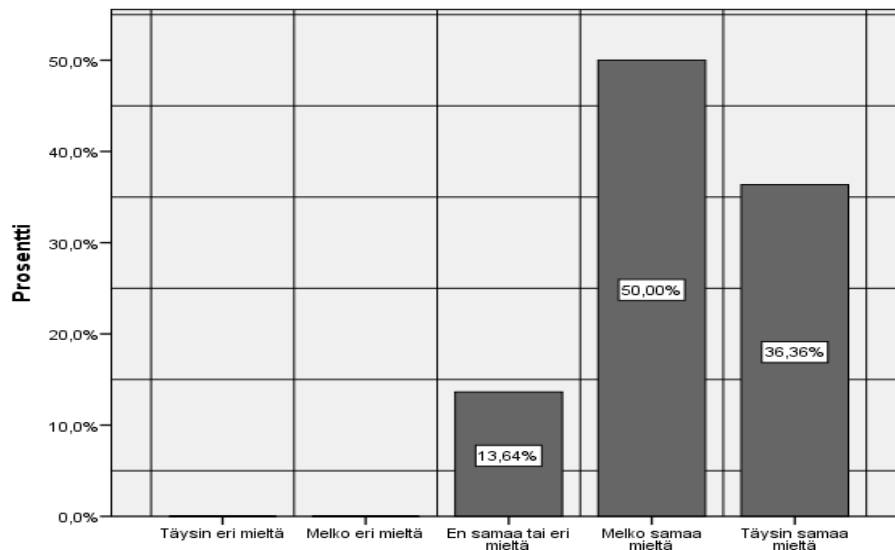
Kuva 36. Tiedostan päihteiden käyttäjien minussa herättämät tunteet (N=22)

Kuvasta 37 ilmenee, että väitteen ”Koen, että osaan reagoida päihteidenkäyttäjien minussa herättämiin tunteisiin niin, etteivät ne vaikuta käyttökseeni” kanssa täysin samaa mieltä oli 4,55 % (n=1) vastaajista. Melko samaa mieltä oli lähes kaksi kolmasosaa eli 63,64 % (n=14) ja ei samaa tai eri mieltä hieman alle kolmannes eli 31,82 % (n=7). Yksikään vastaajista ei ollut melko tai täysin eri mieltä väitteen kanssa.



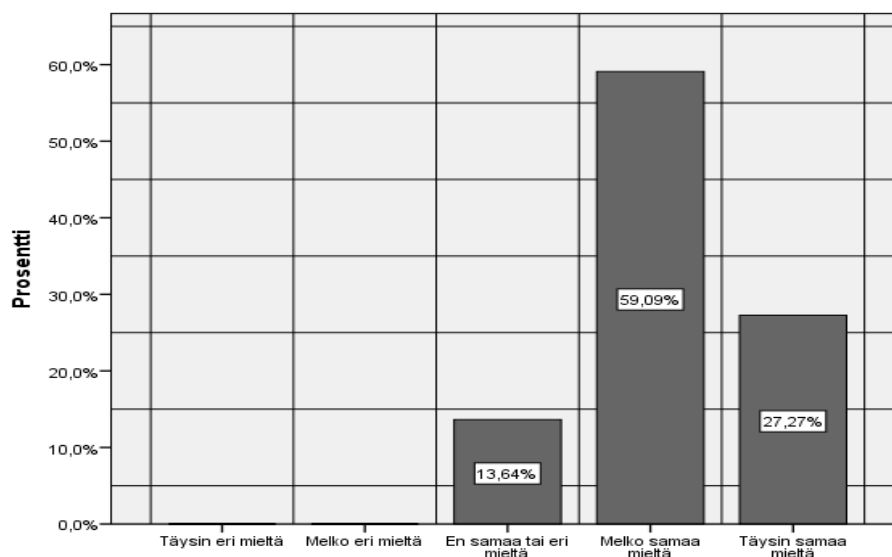
Kuva 37. Koen, että osaan reagoida päihteidenkäyttäjien minussa herättämiin tunteisiin niin, etteivät ne vaikuta käyttökseeni (N=22)

Kuvasta 38 voidaan nähdä, miten vastaajat reagoivat väitteeseen ”Ymmärrän, että potilaan oikeus hoitoon perustuu hänen hoidontarpeeseensa eikä hänen persoonallisuutensa tai henkilökohtaisiin ominaisuuksiinsa”. Vastaajista noin kolmasosa eli 36,36 % (n=8) oli täysin samaa mieltä ja tasan puolet eli 50,00 % (n=11) melko samaa mieltä. Ei samaa tai eri mieltä oli 13,64 % (n=3). Yksikään vastaajista ei ollut väitteen kanssa melko tai täysin eri mieltä.



Kuva 38. Ymmärrän, että potilaan oikeus hoitoon perustuu hänen hoidontarpeeseensa eikä hänen persoonallisuutensa tai henkilökohtaisiin ominaisuuksiinsa (N=22)

Kuvasta 39 ilmenee, että väitteen ”Koen toimivani ammatillisesti kohdatessani päihtyneitä potilaita” kanssa täysin samaa mieltä oli 27,27 % (n=6) vastaajista. Melko samaa mieltä oli lähes kolme viidesosaa eli 59,09 % (n=13) ja ei samaa tai eri mieltä 13,64 % (n=3). Yksikään vastaaja ei ollut melko tai täysin eri mieltä väitteen kanssa.



Kuva 39. Koen toimivani ammatillisesti kohdatessani päihtyneitä potilaita (N=22)

## 8.5 Yhteenveto

Vastaajien ikä vaihteli välillä 23–48 vuotta. Keski-ikä oli 34,2 vuotta. Suurella enemmistöllä vastaajista (n=19) koulutuksena oli pelastajan koulutus tai sen edeltäjä, palomies-sairaankuljettajan tutkinto. Työkokemusta ensihoidossa vastaajilla oli vaihtelevasti puolesta vuodesta aina kahdeksantoista vuoteen asti. Kahdella viidesosalla työkokemusta oli alle viisi vuotta ja lähes puolella 5–10 vuotta. Vastaajista suurella enemmistöllä voimassaolevana hoitovelvoitteena oli perustason hoitovelvoite. Vastaajista yli puolet oli saanut jonkinlaista koulutusta päihtyneen potilaan kohtaamiseen. Sitä oli saatu pääasiallisesti opiskeluaikana tai työpaikkakoulutuksena. Vastaajista suurin osa, noin kaksi kolmasosaa arvioi kohtaavansa päihtyneitä potilaita viikoittain.

Vastaajat kokivat tiedolliset valmiutensa päihtyneen kohtaamiseen kohtalaisen hyväksi. Kaikissa teoreettiseen tietoon liittyvissä kysymyksissä samanmielisyyttä kuvaavia vastauksia oli enemmän kuin erimielisyyttä kuvaavia. ”Ei samaa eikä eri mieltä”-vastauksien suuri määrä voi viitata epävarmuuteen kyseessä olevasta aiheesta tai mie-

lipiteettömyyteen, joten niitä on vaikeaa käyttää tulosten analysoinnissa. Suuri osa vastaajista koki kaipaavansa lisää teoritietoa päihteisiin liittyvissä asioissa.

Taidolliset valmiutensa vastaajat kokivat pääasiallisesti melko hyviksi. Vastauksissa korostui vaihtoehto ”melko samaa mieltä”, joka oli lähes kaikissa yleisin vastaus. Muutamissa kysymyksissä ”ei samaa tai eri mieltä” –vastaukset olivat hallitsevia, jolloin vastausten tulkinta hankaloituu. Samalla niiden suurella määrällä voi olla vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen.

Ammatillisuuden kohdalla oli hajontaa esimerkiksi mielipiteissä päihteiden käytön syistä. Pääasiallisesti henkilöstö kuitenkin koki suhtautuvansa päihtyneisiin potilaisiin ja heidän hoitamiseensa ammatillisesti. Myös ammatillisuuteen liittyvien väittämien kohdalla muutamissa väittämässä ”ei samaa eikä eri mieltä” –vastaus korostui.

## 9 POHDINTA

### 9.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen laadukkaassa tekemisessä tulee ottaa huomioon eettiset näkökohdat. Tutkijan ammattietiikalla tarkoitetaan hyvää tieteellistä tapaa, jota tutkija noudattaa tutkimusta tehdessään. Hyvän tutkimuksen tulee aina noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkimusta tehtäessä ei loukata tutkimuksen kohderyhmää, tiedeyhteisöä tai hyvää tieteellistä tapaa tutkimuksen kysymysasettelulla ja tavoitteilla, aineiston keräämisellä ja analysoinnilla, tulosten esittämisellä tai aineiston säilytyksellä. Tulee myös muistaa, että tutkija on aina vastuussa niistä valinnoista, joita hän tutkimusta tehdessään on tehnyt. Tekijän vastuulla ovat myös ne perustelut, joita valintojen tekemisessä on käytetty. Tutkijalla on velvollisuus noudattaa tutkimusetiikkaa. (Vilka 2007, 89–92.)

Kvantitatiivinen tutkimus voi aiheuttaa kohderyhmälle erilaisia vahinkoja ja haittoja. Näitä voivat olla esimerkiksi aineiston keräämisestä aiheutunut kipu, epämiellyttävyys tai vahinko taikka osallistumisen aiheuttama vaiva ja tutkimuksen pitkittyminen. Tutkijan tehtävänä onkin näiden haittojen minimoiminen. Tutkimuksen huolellinen suunnittelu auttaa tutkimuksen eettisessä onnistumisessa. (Vilka 2007, 90–91, 100.)

Tutkimuseettisesti on tärkeää, että tutkimuksen tekijä pyytää tutkimuslupaa aineiston kokoamiseksi. Lupaa anoessaan tutkija kertoo perustiedot tutkimuksesta ja kerättävien tietojen käytöstä sekä tavasta, jolla tunnistetiedot anonymisoidaan tutkimuksen aikana ja sen jälkeen. Tutkimuksen tekoa ohjaa lainsäädäntö. Tietosuojalla tarkoitetaan ihmisen yksityisyyden suojan kunnioittamista. Tämä velvoittaa tutkimuksen tekijää esimerkiksi suojaamaan kohderyhmään kuuluvien henkilötiedot muuttamalla ne tunnistamattomiksi. (Vilka 2007, 95–97.)

Tässä työssä pyrittiin toimimaan hyvän tieteellisen tavan mukaisesti. Tutkimukselle asetettiin selkeät tavoitteet. Tutkimuksen tavoitteita ja lomakkeen kysymysasettelua mietittäessä ja muotoiltaessa pyrittiin mahdollisimman tarkasti neutraaliuteen, jotta niillä ei loukattaisi esimerkiksi tutkimuksen kohderyhmää. Samalla kiinnitettiin myös erityistä huomiota tutkimuksen osallistujien anonymiteetin säilymiseen. Kyselylomakkeiden kanssa toimitettiin kirjekuoria, johon jokainen lomake voitiin erikseen sulkea. Näin pyrittiin varmistamaan, ettei kukaan ulkopuolinen pääsyt tutustumaan täytettyihin lomakkeisiin ennen niiden noutamista. Tosin kaikki vastaajat eivät olleet liimanneet kuortaan kiinni lomakkeen täyttämisen jälkeen. Tulokset myös käsiteltiin niin, että voitiin varmistaa vastaajien anonymiteetti. Kohderyhmälle aiheutuvia vahinkoja ja haittoja pyrittiin minimoimaan suunnittelemalla tutkimus mahdollisimman huolellisesti. Esimerkiksi kyselylomake suunniteltiin huolellisesti ja monen vaiheen kautta. Tutkimuksen eettisyyttä pyrittiin parantamaan myös kyselylomakkeen mukana toimitetulla saatekirjeellä, joka suunniteltiin huolellisesti ja jossa pyrittiin antamaan mahdollisimman paljon tietoa tutkimuksesta, jotta vastaaja saattoi sen perusteella päättää, halusiko hän osallistua tutkimukseen vai ei. Tutkimuksen toteuttamista varten laadittiin myös tutkimuslupahakemus, johon liitettiin erikseen laadittu tutkimussuunnitelma, tutkimustaulukko, saatekirje, kyselylomake ja sen laatimiseen käytetty muutujataulukko.

## 9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta mittaavista tekijöistä tärkeimmät ovat validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata juuri sitä asiaa, jota ollaan mittaamassa. Tutkimuksen validius edellyttää sitä, ettei siihen sisälly systemaattisia virheitä. (Vilka 2007, 179.) Todelli-

suudessa käytetyt menetelmät ja mittarit eivät aina käytännössä vastaa sitä, mitä tutkija kuvittelee tutkivansa. Esimerkiksi vastaaja voi ymmärtää kyselylomakkeen kysymykset eri tavalla kuin tutkija on ne tarkoittanut. Jos tutkija kuitenkin käsittelee saadut vastaukset oman ajatusmallinsa mukaisesti, eivät saadut tulokset ole tosia ja päteviä. (Hirsjärvi ym. 2010, 231–232.) Tutkimuksen validiteettia voidaan arvioida tarkastelemalla, miten tutkija on onnistunut operationalisoimaan teoreettiset käsitteet arkikielelle, miten mittarin kysymysten muotoilu ja sisältö on onnistunut, miten valitun asteikon toimivuus on onnistunut ja millaisia epätarkkuuksia mittariin sisältyy. Myös esitestauksella on merkittävä rooli. (Vilka 2007, 150.)

Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuudella kuvataan tutkimuksen pysyvyyttä eli sitä, miten se kykenee antamaan ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimuksen reliaabelius on hyvä silloin, kun toistettuna mittauksella saadaan tutkijasta riippumatta täysin sama tulos. (Vilka 2007, 177.) Reliabiliteetti on sitä suurempi, mitä vähemmän sattuma on vaikuttanut tuloksiin. Sitä voidaan parantaa esimerkiksi oikeiden mittareiden valinnalla. (Valli 2001, 92.) Tutkimuksen reliabiliteettia voidaan tarkastella sekä tutkimuksen aikana että sen jälkeen. Sitä voidaan tutkia miettimällä esimerkiksi, miten onnistuneesti valittu otos edustaa perusjoukkoa, mikä on vastausprosentti ja millaisia mittausvirheitä tutkimukseen sisältyy. (Vilka 2007, 149–150.)

Tutkimuksen validiteettia pyrittiin lisäämään tutkimuslomakkeen huolellisella laadinnalla. Tutkimuslomakkeen kysymykset nostettiin teoriasta muuttujataulukkoa avuksi käyttäen. Tutkimuslomakkeesta tehtiin ensin alustava versio, jota paranneltiin. Paranneltu versio esiteltiin ohjaavalle opettajalle, jonka parannusehdotusten pohjalta lomaketta muokattiin edelleen. Tämän jälkeen lomake käytiin läpi tulosten käsittelyssä käytettävään ohjelmaan perehtyneen opettajan kanssa, jotta voitiin varmistaa, että lomakkeella saatavat tulokset olisivat helposti käsiteltävissä kyseisellä ohjelmalla. Tässä vaiheessa lomakkeeseen tehtiin vielä muutama pieni muutos. Kysymysten muotoiluun ja sisältöön sekä valitun Likert-asteikon toimivuuteen kiinnitettiin erityisesti huomiota. Samalla pyrittiin minimoimaan mittariin sisältyvät epätarkkuudet. Näin pyrittiin saamaan kysymykset sellaiseen muotoon, että riski siitä, että kyselyyn vastaava ihminen ymmärtäisi kysymykset eri tavalla kuin niiden laatija on ne tarkoittanut, olisi

mahdollisimman pieni. Lisäksi lomake esitettiin yhdellä ensihoidossa työskentelevällä henkilöllä, jolta saatiin lomakkeesta hyvää palautetta.

Yksi tärkeimmistä reliabiliteettiin vaikuttavista asioista tässä tutkimuksessa on vastausprosentti. Tässä tapauksessa alhaista, alle 50 prosentin vastausprosenttia voidaan pitää luotettavuutta heikentävänä tekijänä. Se vaikeuttaa esimerkiksi tutkimustulosten yleistettävyyttä. Vastausprosenttia ja samalla luotettavuutta olisi voitu parantaa esimerkiksi muistuttamalla vastaajia kyselystä ja antamalla lisäämällä vastausaikaa tai toteuttamalla uusintakysely. Nyt vastausaikaa annettiin menetelmäkirjallisuuteen perustuvan perusteella 10 päivää. Tiukasta aikataulusta johtuen tehtiin päätös, ettei lisää vastausaikaa annettu eikä uusintakyselyä toteutettu, sillä haluttiin varmistaa tutkimuksen valmistuminen ajoissa. Luotettavuutta pyrittiin parantamaan tutkimuslomakkeen huolellisella laatimisella ja lomakkeen esitellään. Näillä pyrittiin vähentämään epä johdonmukaisuutta ja mittausvirheitä.

### 9.3 Tulosten tarkastelu

Tutkimus toteutettiin paperisella kyselylomakkeella. Tähän vastaustenkeruutapaan päädyttiin, kun otettiin huomioon ensihoitohenkilöstön työn laatu. Paperinen kyselylomake on helpompi täyttää työn ohella mahdollisesti useassakin osassa kuin esimerkiksi sähköinen kysely. Kohderyhmän mukaisesti kyselylomakkeita toimitettiin 45 kappaletta ja niitä palautui 22, mikä antaa vastausprosentiksi 48,89 %. Vaikkakaan tällaisessa tutkimustavassa, jossa vastaaminen on vapaavalintaista, ei voida odottaa, että kaikki vastaisivat, täytyy tätä vastausprosenttia pitää alhaisena. Se vaikuttaa osaltaan tutkimuksen luotettavuuteen. Tulokset eivät myöskään luotettavasti ole täysin yleistettävissä.

Vastaajista lähes kaikilla (n= 19) oli voimassaolevana hoitovelvoitteena perustason hoitovelvoite. Koska hoitotason hoitovelvoitteisia oli vastaajista vain kolme, ei ole mielekäästä suorittaa vertailua näiden kahden ryhmän välillä. Myöskään nais- ja miesvastaajien välillä ei ole järkevää suorittaa vertailua, koska naisia vastaajista oli vain yksi. Suurimmalla osalla koulutuksena oli pelastajan tutkinto tai sen edeltäjä, palo- mies-sairaankuljettajan tutkinto. Vastaajat sijoittuivat melko tasaisesti ikäryhmiin niin, että 20–29- ja 30–39-vuotiaita oli yhtä paljon ja 40–49-vuotiaita hieman vähemmän.

Vastaajat olivat painottuneet lyhyemmän työkokemuksen ryhmiin. Eniten vastaajia oli alle 5 vuotta ensihoidossa työskennelleissä, ja vastaajien määrä laski tasaisesti työkokemuksen pidentyessä. Työkokemukset vaihtelivat alle vuodesta lähes 20 vuoteen asti.

Vastaajista suurin osa kertoi kohtaavansa päihtyneitä potilaita työssään viikoittain. Loput kohtasivat heitä päivittäin tai kuukausittain. Päihtyneet potilaat muodostavat siis selkeästi suuren, useasti kohdattavan potilasryhmän. Tuloksista kävi ilmi, että hieman yli puolet vastaajista oli saanut koulutusta päihtyneen potilaan kohtaamiseen. Koulutusta oli saatu opintojen aikana ja työpaikkakoulutuksena. Tulosta voidaan pitää varsin mielenkiintoisena, sillä koulutuksen määrä näyttää olevan huonosti suhteessa siihen, miten suuresta ja usein kohdattavasta potilasryhmästä on kyse. Myös Jämsäsen (2012, 55) tutkimuksessa huomattiin, että kirurgisella vuodeosastolla työskentelevät sairaanhoitajat kokivat, että päihtyneisiin potilaisiin liittyviä asioita käsiteltiin liian vähän niin koulussa kuin työelämän koulutuksissakin. Myös tämän tutkimuksen vastausten perusteella vaikuttaa siltä, että päihtyneeseen potilaaseen liittyviä asioita olisi tärkeää käsitellä tarkemmin ja laajemmin jo ensihoidossa työskentelyn mahdollistavien koulutusten aikana. Lisäksi päihtyneisiin liittyvien aiheiden käsittelyyn tulisi työpaikkakoulutuksissa panostaa.

### 9.3.1 Tiedolliset valmiudet

Lähes puolet vastaajista koki teorian tietonsa riittäviksi pystyäkseen hoitamaan päihtyneitä potilaita. Yli puolet vastaajista koki tunnistavansa erilaisia päihteenkäyttövälineitä nähdessään niitä. Hieman alle kaksi viidesosaa koki tunnistavansa päihteen pakkaus- ja säilytysvälineitä nähdessään niitä. Säilytys- ja pakkausvälineiden tunnistaminen voidaan siis katsoa olleen heikompaa kuin käyttövälineiden. Kaksi viidesosaa koki teorian tietonsa päihteen käyttötavoista riittäviksi, jotta he tunnistavat päihteenkäytön merkit potilaassa. Suurin piirtein yhtä moni koki teorian tietonsa päihteen vaikutuksista niin hyviksi, että he tunnistavat nämä vaikutukset potilaassa. Näitä määriä voidaan pitää matalina, sillä sekä käyttöjäljet, kuten esimerkiksi pistojäljet, ja vaikutukset, kuten esimerkiksi pupillimuutokset, ovat merkittävässä roolissa päihtymyksen tunnistamisessa ja tilanteen hallinnassa. Näiden merkkien tunnistaminen on tärkeää esimerkiksi päihteenkäytön seurauksena tajuttomaksi menneen potilaan ta-



junnantason alenemisen syytä selviteltäessä. (Saavalainen ym. 2009, 488.) Voidaan siis miettiä, kuinka laadukasta hoitoa potilas voi saada, jollei henkilöstö tunnista potilaan olevan päihteiden vaikutuksen alaisena.

Kysyttäessä sitä, kokivatko vastaajat teoriatietonsa päihteistä ja niiden käytöstä niin hyväksi, että he kokisivat päihtyneen potilaan kohtaamisen helpoksi, huomionarvoista on, että kummassakaan kohdassa yksikään vastaajista ei kokenut olevansa täysin samaa mieltä väitteen kanssa. Melko samaa mieltäkin oli molemmissa vain alle kolmasosa. Tätä voidaan pitää molemmissa kohdissa lisäkoulutustarpeesta kertovana tuloksena, sillä hoitaja saa huomattavasti lisää toiminta- ja itsevarmuutta tunnistaessaan tavallisimpia huumausaineita ja niihin liittyvää rekvisiittaa (Saavalainen ym. 2009, 488). Myös Jämsäsen (2012, 55) tutkimuksessa hoitajat kokivat kaipaavansa lisää koulutusta, sillä he ajattelivat sen tuovan lisää varmuutta päihtyneen potilaan kohtamiseen.

Selvänä tuloksena tutkimuksessa ilmeni vastaajien kokema tarve lisäteoriatiedolle päihteisiin liittyvistä asioista. Vastaajista yli kolme neljäsosaa ilmaisi kaipaavansa lisää teoriatietoa. Tarvetta koettiin kaikissa ikäryhmissä ja lähes kaikissa työkokemusrühmissä. Huomionarvoista oli, että prosentuaalisesti eniten lisäteoriatietoa kaipasivat ne, joilla oli työkokemusta ensihoidosta 10–14 vuotta. Tästä ryhmästä kaikki kertoivat kaipaavansa lisätietoa. Tämän ryhmän kohdalla asiaa voidaan ajatella jo työssä jaksamisen ja työmotivaation kannaltakin. Epävarmuus omasta osaamisesta ja tietämyksestä voi kuormittaa henkilöstöä ja vaikeuttaa työssä jaksamista. Esimerkiksi Toivolan (2007, 48) tutkimuksessa todettiin kehitysvammatyössä työskentelevien hoitajien kokevan ammatillisen tiedon puutteen kuormittavana. Erityisen kuormittavana pidettiin sitä, jos hoitaja koki, että hänellä ei ollut riittävästi tietoa, jotta hän voisi auttaa ja hoitaa potilaita parhaalla mahdollisella tavalla. Tämän kuormittavuuden voisi olettaa olevan vähintään yhtä suurta ensihoitotilanteiden kaltaisissa akuuteissa olosuhteissa, joissa päätöksiä pitää tehdä nopeasti ja moneen asiaan tulee kiinnittää huomiota yhtä aikaa. Lisäämällä ensihoitohenkilöstön teoriatietoja voidaan mahdollisesti siis vähentää työn kuormittavuutta ja lisätä henkilöstön työssä jaksamista ja työmotivaatiota. Samalla voidaan lisätä potilaiden hoidon laadukkuutta ja potilasturvallisuutta, kun he saavat hoitonsa motivoituneilta ja vähemmän kuormittuneilta hoitajilta.

Asiaa voi tarkastella myös työsuojelulliselta näkökannalta. Saavalaisen ja Boydin (2009, 488) mukaan riittävät teoriatiedot lisäävät hoitajan turvallisuudentunnetta, sillä tuntemalla päihteiden vaikutukset hän pystyy paremmin ennustamaan esimerkiksi sitä, miten potilas tiettyä päihdettä käytettyään saattaa käyttäytyä. Näin hoitaja voi ennalta varautua potilaan käyttäytymisen mahdollisiin muutoksiin ja muihin vaaraa aiheuttaviin asioihin. Myös käyttö-, pakkaus- ja säilytysvälineitä tunnistaminen on tärkeää, sillä niitä havainnoimalla hoitaja voi tunnistaa päihteidenkäyttöä ja samalla parantaa omaa varautumistaan nopeastikin muuttuviin tilanteisiin. Jämsäsen (2012, 55) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat, että koulutus päihdepotilaista toisi varmuutta kohtaamistilanteisiin. Lisäksi hoitajat kokivat koulutuksen ja tiedon helpottavan erilaisten tilanteiden ennakoimista. Näiden asioiden valossa puutteelliset teoriatiedot voidaan nähdä siis myös henkilöstön työturvallisuusriskinä, johon olisi puututtava riittäväällä ja laadukkaalla työpaikkakoulutuksella.

Vastaajien teoriatietojen tasoa ja kokemaa lisäteoriatiedon tarvetta voidaan tarkastella myös vastaajien koulutustaustaa vasten. Kuten tulosten esittelyn kohdalla todettiin, suurimmalla osalla eli 19 vastaajalla oli koulutuksena pelastajan tai palomies-sairaankuljettajan tutkinto. Näiden lisäksi yhdellä oli lääkintävahtimestari-sairaankuljettajan tutkinto ja kahdella ensihoitaja AMK –tutkinto. Pelastajan ammattipintoihin kuuluvan ensihoidon osuuden laajuus on vain 28,5 opintopistettä (Pelastajan koulutusohjelma 2008, 17). Vaikka ensihoidon osuus on koko koulutuksen opintopistemäärästä melkein kolmasosa, on se kuitenkin vain murto-osa terveystieteiden opintopistemäärästä. Tätä taustaa vasten ei voidakaan olettaa, että esimerkiksi päihtyneen potilaan kohtaamista ja hoitamista pystyttäisiin kovin kattavasti käsittelemään. Siksi voisikin ajatella, että työpaikoilla, joissa näinkin suurella osalla ensihoito-henkilöstöstä koulutuksena on pelastusalan tutkinto, on työpaikkakoulutuksilla suuri merkitys päihteisiin liittyvien asioiden hallinnassa.

### 9.3.2 Taidolliset valmiudet

Suuri enemmistö vastaajista koki tulevansa melko hyvin ymmärretyksi vuorovaikutus-tilanteessa päihtyneen kanssa. Yli puolet vastaajista koki, ettei heidän oma sanaton viestintänsä vaikeuta heidän kanssakäymistään päihtyneen potilaan kanssa. Huomionarvioista kuitenkin on, että kolme vastaajaa koki olevansa väitteen kanssa melko

eri mieltä ja kaksi täysin eri mieltä. Tässä kohtaa on otettava toki huomioon väärinlukemisen tai -ymmärryksen mahdollisuus. Ainoastaan hieman alle kolmasosa vastaajista koki osaavansa vuorovaikutustilanteessa tulkita potilaan sanatonta viestintää. Tätä voidaan pitää huomionarvoisena vastauksena, sillä sanaton viestintä on suuressa roolissa vuorovaikutustilanteessa. Esimerkiksi Väisäsen, Niemelän ja Suuan (2009, 28–29) mukaan suuri osa ihmisten välisestä viestinnästä on sanatonta viestintää. Hoitajan tulisi hallita sekä omaa että potilaan sanatonta viestintää, jotta vuorovaikutus voi onnistua parhaalla mahdollisella tavalla. Kuitenkin vastaavasti kaksi viidesosaa koki osaavansa reagoida vuorovaikutustilanteessa potilaan sanattomaan viestintään. Tästä voisi päätellä, että vastaajat kokevat kuitenkin osaavansa tulkita potilaan sanatonta viestintää riittävästi, jotta he voivat reagoida siihen sopivalla tavalla.

Lähes kolme viidesosaa koki osaavansa kuunnella päihtynyttä potilasta. Tätä voidaan pitää hyvänä tuloksena, sillä esimerkiksi Väisänen, Niemelä ja Suua (2009, 19) toteavat, että vaikka kuunteleminen on merkittävässä roolissa potilaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa, se on usein ihmisille vaikeampaa kuin puhuminen. Asiaa voi tarkastella myös ammatinvalinnan kannalta, sillä yleinen oletamus on, että hoitoalalle hakeutuneilta voi odottaa tietynlaisia vuorovaikutustaitoja jo oletusarvoisesti.

Vastaajista lähes kolme viidesosaa koki, etteivät he hermostu toimiessaan päihtyneen potilaan kanssa. Lähes kolme neljäsosaa koki pyrkivänsä toimimaan päihtyneen potilaan kanssa johdonmukaisesti. Yli neljä viidesosaa vastaajista kertoi pystyvänsä toimimaan päihtyneen potilaan kanssa provosoitumatta. Merkittävää on, että ainoastaan reilu kymmenesosa oli vastauksen kanssa melko eri mieltä. Näitä lukuja voidaan pitää hyvinä, sillä provosoitumattomuus, rauhallisuus ja johdonmukaisuus korostuvat onnistuneessa vuorovaikutuksessa päihtyneen potilaan kohtaamistilanteessa (Tuomola 2012, 47). Yli puolet vastaajista kertoi kokevansa päihtyneen potilaan kohtaamisen helpoksi, sillä heillä on mielestään hyvät vuorovaikutustaidot. Vastaajat siis pitävät selvästi taidollisia, vuorovaikutukseen liittyviä valmiuksiaan vahvempina kuin tiedollisia, teoretietoon liittyviä valmiuksiaan.

### 9.3.3 Ammatillisuus

Vastaajista lähes kolme neljäsosaa koki, etteivät heidän henkilökohtaiset kokemuksensa päihteistä vaikuta heidän toimintaansa päihteitä käyttäneen kanssa. Samoin lähes kolme viidesosaa koki, etteivät heidän henkilökohtaiset kokemuksensa päihteiden käyttäjistä vaikuta heidän toimintaansa päihteitä käyttäneen henkilön kanssa. Lähes kolme viidesosaa kertoi tiedostavansa päihtyneiden heissä herättämät tunteet ja yli kolme viidesosaa koki osaavansa reagoida päihtyneen potilaan heissä herättämiin tunteisiin niin, etteivät ne vaikuta hänen käytökseensä. Nämä vastaukset ovat merkittäviä, sillä on tärkeää, että henkilöstö pysty käsittelemään omat henkilökohtaiset kokemuksensa ja ajatuksensa niin, etteivät ne näy hänen toiminnassaan. Tämä muodostaa vanhan pohjan ammatilliselle toiminnalle. Tärkeää on myös huomata, että yli neljä viidesosaa kertoi ymmärtävänsä, että potilaan oikeus hoitoon perustuu hänen hoidontarpeeseensa eikä hänen persoonallisuuteensa tai henkilökohtaisiin ominaisuuksiinsa. Tämän väitteen kanssa kukaan ei ollut eri mieltä. Tämä on merkittävää, sillä Jahren Kristoffersen ja Nortvedtin (2006, 144) mukaan hoitajan työssä korostuu se, että hän kaikissa tilanteissa muistaa, että potilaan oikeus hoitoon perustuu aina hänen hoidontarpeeseensa eikä hänen persoonallisuuteensa. Siksi on tärkeää antaa potilaan objektiivisesti arvioitun avuntarpeen määrittää annettavaa avun. Tämän muistaminen on tärkeää esimerkiksi niissä tilanteissa, joissa potilaan käyttäytymisessä on jotain, mitä hoitaja ei ymmärtää tai hyväksy. Näin voi olla esimerkiksi potilaan päihteiden käytön kohdalla.

Ammatillisuuteen liittyvistä havainnoista yksi merkittävimmistä ja huomionarvoisimmista oli se, että alle kolmannes vastaajista oli melko samaa mieltä siitä, että päihteidenkäyttö olisi enemmän sairaus kuin potilaan oma vika ja paha tapa. Merkittävää on myös se, että yksikään vastaajista ei ollut väitteen kanssa täysin samaa mieltä, kun taas lähes viidennes oli joko melko tai täysin eri mieltä. Tämä on erittäin mielenkiintoinen ja huomionarvoinen tulos, sillä esimerkiksi psykiatrian erikoislääkäri Matti Huttunen (2011 a.) toteaa, että alkoholismi on krooninen sairaus ja muistuttaa, että jatkuva, humalahakuinen alkoholinkäyttö eli addiktiivinen alkoholismi on vakava sairaus eikä ihmisen tahdonalaista käytöstä. Huttusen (2011 b.) mukaan alkoholismin lisäksi myös muillekin päihderiippuvuuksille ominaista on päihteen jatkuva tai pakonomainen käyttö riippumatta sen aiheuttamista terveydellisistä tai sosiaalisista hai-

toista. Tässä valossa vastaajien erimielisyyttä väitteen kanssa voidaan pitää huolestuttavana, sillä ajattelemalla päihteiden käytön potilaan omana vikana, pahana tapana ja moraalisenä ongelmana, voi olla paljon helpompaa löytää oikeutusta myös sille, ettei tällaista potilasta kohtele samalla tavalla kuin ”oikeita”, ”oikeasti sairaita” potilaita. Tuomola (2012, 45) toteaaakin, että hoitohenkilökunnan suhtautumista päihdepotilaisiin vaikeuttaa usein juuri tämä epäselvyys päihteidenkäytön syistä. Potilaan kohtaamista helpottaa se, että hoitaja ymmärtää potilaan riippuvuuden lääketieteellisenä ongelmana, jolloin sitä myös hoitaa sellaisena. On syytä myös miettiä, voiko vastaajien koulutustaustalla olla vaikutusta vastauksien laatuun. Kuten aiemmin todettiin, on pelustusalan koulutuksen saaneilla opintopisteinä mitattuna huomattavan vähän ensihoitoon keskittyviä opintoja, joten on epärealistista ajatella, että esimerkiksi alkoholismien tai muiden päihderiippuvuuksien etiologiaan voitaisiin opetuksessa keskittyä. Siksi on tärkeää, että työelämään astumisen jälkeen saatavissa koulutuksissa painotettaisiin myös riippuvuuksien syitä ja lääketieteellisiä puolia. Näin voitaisiin mahdollisesti muokata vastaajien asenteita ja suhtautumista päihteidenkäyttäjiiin.

Vain noin puolet vastaajista koki päihteiden käyttäjät enemmän yksilöllisiksi ihmisiksi kuin yhtenäiseksi ryhmäksi. Merkittävää on myös huomioida, että lähes viidesosa vastaajista oli väitteen kanssa eri mieltä. Tuomola (2012, 46) muistuttaa, että on tärkeää muistaa, etteivät päihteidenkäyttäjät ole homogeeninen ryhmä. Päihteiden ongelmakäytön taustalta löytyy erilaisia, yksilöllisiä ihmisiä, joilla on omat muistonsa, taustansa ja perimänsä. Siksi on huolestuttavaa nähdä, että vastaajista näinkin moni oli väitteen kanssa eri mieltä. On pohdittava vakavasti, miten potilaan yksilöllinen, tilannekohtainen kohtaaminen ja hoitaminen on mahdollista, jollei hoitaja koe potilasta yksilöllisenä, erillisenä ihmisenä vaan osana homogeenista ryhmää. On pidettävä mielessä myös se, että on mahdollista esimerkiksi unohtaa huomioida potilaan perimä ja mahdolliset perussairaudet, jos liiaksi tukeudutaan ajatukseen päihteidenkäyttäjistä yhtenäisenä ryhmänä. Näin toimimalla hoitovirheiden riski kasvaa. Kohdatessaan jokaisen ihmisen yksilönä hoitaja joutuu paneutumaan jokaiseen potilaaseen yhtäläisesti ja tutkimaan jokaisen samalla tavalla. Tällä tavalla toteutuu jokaisen oikeus samanlaiseen kohteluun.

Lähes kolme viidesosaa oli melko samaa mieltä siitä, että he kohtelevat päihtyneitä samalla tavalla kuin ei-päihtyneitä. Merkittävää kuitenkin on, että reilu kymmenesosa

vastasi olevansa melko eri mieltä eikä yksikään ollut täysin samaa mieltä. Yli kolme neljäosaa kertoi pyrkivänsä tutkimaan päihtyneitä samalla tavalla kuin ei-päihtyneitä. Noin kymmenesosa vastasi olevansa melko eri mieltä. Yli kolme neljäosaa kertoi myös pyrkivänsä hoitamaan päihtyneitä samalla tavalla kuin ei-päihtyneitä. Tässä kohtaa yksikään vastaaja ei ollut väitteen kanssa eri mieltä. Merkittävää on huomata, että vaikka suurin osa oli väitteiden kanssa samanmielinen, oli myös niitä, jotka vastasivat olevansa melko eri mieltä. Samoin on tärkeää huomioida, että suurin osa vastaajista oli melko samaa mieltä, eikä suinkaan täysin samaa mieltä. Tämä on huomionarvoista, sillä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittelee, että Suomessa jokaisella ihmisellä tulee olla oikeus saada laadukasta sairaan- ja terveydenhoitoa ilman syrjintää. Hoidon ja kohtelun laatu ei saisi riippua esimerkiksi potilaan päihtymystilasta. Myös tässä kohdassa voidaan pohtia, miten näiden vastausten kuvaama hoitajien käytös heijastuu potilaan saaman hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen. On tärkeää miettiä, onko potilaan edes mahdollista saada laadukasta ja tasa-arvoista hoitoa, jollei henkilöstö välttämättä edes pyri kohtelemaan ja tutkimaan häntä samalla tavalla kuin muita potilaita.

Tätä taustaa vasten voi ajatella, että edellä mainittujen kysymysten vastaukset ovat ristiriidassa sen kanssa, että lähes yhdeksän kymmenesosa koki toimivansa ammatillisesti kohdatessaan päihtyneitä potilaita eikä väitteen kanssa eri mieltä ollut yksikään vastaaja. Tämä on lukuna erittäin kiitettävä, jos vastaajat todella ovat pohtineet, mitä ammatillinen toiminta tarkoittaa ja tämän pohdinnan tulos heidän käytöksessään näkyy. Potilaiden tasavertainen kohtelu tulisi kuitenkin nähdä merkittävänä osana ammatillisuutta. Näin ei kuitenkaan tunnu esimerkiksi potilaiden tasavertaiseen kohteluun keskittyvien kysymysten vastausten perusteella. Voidaankin pitää huolestuttavana, että henkilöstö ei koe tällaisen käytöksen laskevan ammatillisuuttaan.

#### 9.3.4 Yhteenveto

Pääasiallisesti eniten lisäkoulutustarvetta ilmeni tiedollisten valmiuksien kohdalla. Niiden kohdalla tällainen koulutus onkin helpoin järjestää. Eniten epävarmuutta vastaajat kokivat päihtyneiden pakkaus- ja säilytysvälineiden sekä käyttötapojen merkkien ja vaikutusten tunnistamisessa. Vastaajat myös ilmaisivat selvästi, etteivät kokeneet

teoriatietojansa riittävän hyväksi, jotta päihtyneen potilaan kohtaaminen olisi heille helppoa.

Vuorovaikutustaidoiltaan vastaajat kokivat olevansa melko hyviä. Suurimpia puutteita tuli esiin potilaan sanattoman viestinnän tulkinnassa. Tässä aiheessa voisi olla tarvetta lisäkoulutukselle, sillä sanattoman viestinnän hallinta ja tulkinta on tärkeää kaikkien potilasryhmien kanssa, ei pelkästään päihtyneiden. Erityisen positiivista oli, että vastaajat kokivat vuorovaikutustilanteessa pystyvänsä olemaan hermostumatta ja provosoitumatta. He kokivat myös olevansa johdonmukaisia. Lisäksi he selkeästi kokivat kohtaamisen helpoksi, sillä heillä oli mielestään riittävät vuorovaikutustaidot.

Vastaajat kokivat selkeästi toimivansa ammatillisesti. He kokivat pystyvänsä käsittelemään omat kokemuksensa ja tunteensa niin, etteivät ne vaikuta heidän käyttäytymiseensä. Lisäksi he kokivat ymmärtävänsä potilaan hoidontarpeen perustan. Silti huomion arvoista on, että esimerkiksi päihteidenkäyttö nähtiin helposti potilaan omana viikana. Lisäksi tutkimisen ja kohtelun yhdenvertaisuutta tarkasteltaessa tuli esiin myönteisten vastausten lisäksi myös eriäviä mielipiteitä. Näiden vastausten perusteella voisi nähdä tarvetta lisäkoulutukseen esimerkiksi päihderiippuvuuden synnystä ja riippuvuuden lääketieteellisistä ulottuvuuksista. Samalla voitaisiin teroittaa henkilöstölle myös sitä, mitä ammatilliseen ja tasavertaiseen hoitamiseen kuuluu ja pyrkiä antamaan keinoja epätasa-arvoisen kohtelun välttämiseen.

## 10 TULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Tämän tutkimuksen antamia tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa työpaikkakoulutuksia ensihoitohenkilöstölle. Henkilöstön vastausten perusteella päihteisiin liittyvälle koulutukselle on selvästi tilausta. Vastausten perusteella teoriakoulutusta voitaisiin henkilöstölle tarjota päihteiden vaikutuksista sekä pakkaus-, säilytys- ja käyttövälineistä. Lisäksi koulutuksissa voitaisiin keskittyä sanattomaan viestintään sekä ammatillisuuteen ja siihen liittyviin asioihin, kuten tasavertaisuuteen ja hoitotyötä ohjaaviin lakeihin.

Tutkimuksen pohjalta jatkotutkimusehdotuksiksi nousivat samansisältöisen tutkimuksen toteuttaminen Kymenlaakson pelastuslaitoksen eteläisellä toimialueella sekä yksi-

tyisissä ensihoitoyrityksissä. Samaa asiaa kartoittavan tutkimuksen voisi toteuttaa myös laadullisena tutkimuksena esimerkiksi syvähaastatteluna, jolloin voitaisiin mahdollisesti saada syvällisempiä ja nyt saatuja tuloksia selittäviä vastauksia. Toisena jatkotutkimusehdotuksena voisi olla kartoittaa, millaista kohtelua ja hoitoa päihtyneet potilaat kokevat ensihoitohenkilöstöltä saavansa. Tällainen tutkimus voisi olla mahdollista toteuttaa yhteistyössä esimerkiksi päivystyspoliklinikoiden ja katkaisuhoidon kanssa. Tällaisen tutkimuksen järjestäminen voisi kuitenkin olla työlästä ja tutkimusluvan saaminen hankalaa.



## LÄHTEET

- Aarnikoivu, H. 2010. Työelämätaidot: menesty ja voi hyvin. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Ahonen, H. 1992. Vuorovaikutus auttamisen välineenä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Alho, H. 2012. a. Stimulanttiriippuvuuden hoito. Teoksessa: Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiiänmaa, K. Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim.
- Alho, H. 2012. b. Huumeiden käytön tunnistaminen, huumeriippuvuuden tunnusmerkit. Teoksessa: Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiiänmaa, K. Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim.
- Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. 2006. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetus- ja kulttuuriministeriö. Saatavissa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaistut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi> [viitattu: 11.2.2013].
- Duodecim Terveyskirjasto. 2013. Lääketieteen sanasto. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti> [viitattu: 1.3.2013].
- Elonen, A-K. 2008. Sairaanhoidtajien asenteita kohdattaessa päihtynyt potilas terveyskeskuspäivystyksessä. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200810293757> [viitattu 10.2.2013].
- Erwin, P. 2005. Asenteet ja niihin vaikuttaminen. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2009. Polydrug use: Patterns and responses. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Heikkilä, A. 2012. Alkoholin yhteys ensiavussa todettuihin tapaturmiin ja hoitohenkilökunnan asenteet ja osaaminen päihtyneen potilaan kohtaamisessa. Pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120560/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120560.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120560/urn_nbn_fi_uef-20120560.pdf) [viitattu 5.5.2013].

- Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 16. painos. Helsinki: Tammi.
- Holopainen, A. 2003. Uni- ja rauhoittavat lääkkeet. Teoksessa: Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. Päihdelääketiede. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Huttunen, M. 2011. a. Tietoa potilaalle: Alkoholiriippuvuus (alkoholismi). Lääkärikirja ja Duodecim.
- Huttunen, M. 2011. b. Tietoa potilaalle: Päihde- ja huumeriippuvuus. Lääkärikirja Duodecim.
- Jahren Kristoffersen, N. & Nortvedt, P. 2006. Sairaanhoidajan ja potilaan välinen suhde. Teoksessa: Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. Hoitotyön perusteet. 1. painos. Helsinki: Edita Publishing oy.
- Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. 2006. Hoitotyöstä. Teoksessa: Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. Hoitotyön perusteet. 1. painos. Helsinki: Edita Publishing oy.
- Jauhiainen, M. 2004. Läheisyys, kosketus, vuorovaikutus. Teoksessa: Inavainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. Hoitamisen taito. 1.-4. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Jokelainen, K. 2010. Alkoholimyrkytys ja muut hätätilanteet. Teoksessa: Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. Alkoholiriippuvuus. 1. painos. Helsinki: Duodecim.
- Jämsänen S-M. 2012. Sairaanhoidajien kokemuksia päihdepotilaan kohtaamisesta kirurgisella vuodeosastolla. Opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012090313356> [viitattu 10.2.2013].

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Kiiänmaa, K. 2003. Alkoholi. Teoksessa: Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. Päihdelääketiede. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Koskela, N. 2007. Luottamus – työhyvinvointia vanhustyössä. Luottamuksen ilmeneminen vanhustyöyksikössä hoitajien kokemana. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01698.pdf> [viitattu 29.3.2013].

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> [viitattu: 27.10.2012].

Mikkonen, A. 2012. Opioidiriippuvuuden hoito. Teoksessa: Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiiänmaa, K. Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Mäkelä, A., Ruukonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Tammi.

Määttä, T. 2009. Ensihoitopalvelu. Teoksessa: Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. Ensihoito. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.

Nurmela, T. 2002. Ajattelun taito ja lupa ilmaista. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Otala, L. 2001. Osajana opintiellä – Opas elinikäisen oppimisen matkalle. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Pelastajan koulutusohjelma. 2008. Pelastusopisto. Opetussuunnitelma. Saatavissa: [http://www.pelastusopisto.fi/pelastus/images.nsf/files/1287CA62CA52370AC22574B20027104A/\\$file/Pelastaja%20-ops%2064-67.pdf](http://www.pelastusopisto.fi/pelastus/images.nsf/files/1287CA62CA52370AC22574B20027104A/$file/Pelastaja%20-ops%2064-67.pdf) [viitattu: 11.2.2013].

Pelastusalan koulutus. 2010. Opintoluotsi. Saatavissa: [http://www.opintoluotsi.fi/fi-FI/koulutusalat\\_ja\\_ammattit/opetusohjelma.aspx?StudyProgrammeId=64740974-933a-45fb-ad6c-bd8e849ac06c](http://www.opintoluotsi.fi/fi-FI/koulutusalat_ja_ammattit/opetusohjelma.aspx?StudyProgrammeId=64740974-933a-45fb-ad6c-bd8e849ac06c) [viitattu: 11.2.2013].

Päätös Kymenlaakson ensihoidon palvelutasosta vuosina 2013–2014. 4.6.2012. Carea.

Rantala, E. 2010. Päihdepotilas. Teoksessa: Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. 1.-2. painos. Helsinki: WSOYpro.

Saavalainen, J. & Boyd, J. 2009. Päihteiden ja huumausaineiden väärinkäyttö. Teoksessa: Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. Ensihoito. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 1996. Hoito, huolenpito ja opetus. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Schuster, M. 2011. Ammatillinen kohtaaminen – hoitamisen eksistentiaalinen ulottuvuus. Teoksessa: Laiho, A. & Ruoholinna, T. Terveystieteiden ammattit ja koulutus. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Seppä, K. & Heinälä, P. 2012. Lääkkeiden väärinkäytön tunnistaminen ja ehkäisy. Teoksessa: Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiiänmaa, K. Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Silfvast, T., Castrén, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. 2010. Ensihoitoparas. 4.-5. painos. Helsinki: Duodecim.

Sillanpää, K. 2009. Ensihoidon arvomaailma. Teoksessa: Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. Ensihoito. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.

Sillanpää, K. 2009. Potilaaksi päivystyspoliklinikalle. Teoksessa: Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. Ensihoito. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.

Sopanen, P. 2010. Ensihoidon ja päivystyspolikliinisen hoitotyön ammatissa kehittyminen. Teoksessa: Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. 1.-2. painos. Helsinki: WSOYpro.

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja. 2010. Opintoluotsi. Saatavissa: [http://www.opintoluotsi.fi/fi-FI/koulutusalat\\_ja\\_ammait/opetusohjelma.aspx?StudyProgrammeId=84ad5b88-6fd4-4df4-a024-e138266d4b8d](http://www.opintoluotsi.fi/fi-FI/koulutusalat_ja_ammait/opetusohjelma.aspx?StudyProgrammeId=84ad5b88-6fd4-4df4-a024-e138266d4b8d) [viitattu: 11.2.2013].

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/kokoelma/2011/20110340.pdf> [viitattu: 13.10.2012].

Tacke, U. 2012. Kannabisriippuvuuden hoito. Teoksessa: Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiiänmaa, K. Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Tarkiainen, T. 2006. ”Se on tosiaan tehtävä se ilo tänne.” – Tutkimus hoivasta, tunteista ja ammatillisuudesta vanhussosiaalityössä naisnäkökulmasta. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01000.pdf> [viitattu 1.4.2013].

Taskinen, A. & Ruotsalainen, S. 2012. Hoitajien asenteet ja valmiudet kohdata päihdeasiakkaita kotihoidossa. Opinnäytetyö. Savonia AMK. Hoitotyön koulutusohjelma. Saatavissa. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201205259850> [viitattu 10.2.2013].

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> [viitattu: 4.4.2013].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Päihdetilastollinen vuosikirja 2011. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0f25bf0a-ad0c-4294-9e44-5ac2cf5fe544> [viitattu: 6.10.2012].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Päihdetilastollinen vuosikirja 2012. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103099/URN\\_ISBN\\_978-952-245-805-6.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103099/URN_ISBN_978-952-245-805-6.pdf?sequence=1) [viitattu: 12.5.2013].

Toivola, R. 2007. Tieto ja tiedon merkitykset hoitotyössä. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. Saatavissa: [https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18506/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-200802121140.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18506/URN_NBN_fi_jyu-200802121140.pdf?sequence=1) [viitattu: 12.5.2013].

Tuominen, S. 2006. ”Ei täällä paljon kuunnella ihmistä” – Asiakaslähtöisyys geriatri-sella osastolla vanhusten kokemana. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01274.pdf> [viitattu 29.3.2013].

Tuomola, P. 2012. Huumeiden ja lääkkeiden ongelmakäyttäjän kohtaaminen. Teoksessa: Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiiänmaa, K. Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Valli, J. 2010. a. Perustason ensihoito. Teoksessa: Silfvast, T., Castrén, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. Ensihoito-opas. 4.-5. painos. Helsinki: Duodecim.

Valli, J. 2010. b. Hoitotason ensihoito. Teoksessa: Silfvast, T., Castrén, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. Ensihoito-opas. 4.-5. painos. Helsinki: Duodecim.

Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

Vorma, H. Sekakäyttö. 2012. Teoksessa: Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiiänmaa, K. Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä – Vuorovaikutus ammattitaitona. 1. painos. Helsinki: Kirjapaja.

Winqvist, S. 2010. Tapaturmariski ja tapaturmat. Teoksessa: Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K. Alkoholiriippuvuus. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

## OPISKELIJA

Opiskelijanumero <i>0901224</i>	Virtaiset etunimet <i>Liina Maria</i>
Sukunimi <i>Pekkarinen</i>	
Lähiosoite	Postinumero ja -toimipakka
Sähköposti <i>liina.pekkariinen@student.kyamk.fi</i>	Puhelin
Toimipisto ja koulutusohjelma <i>Jyväskylä, Ensihoidon ko</i>	
Suuntausvaihtoehto ja ryhmätunnus <i>Ensihoito EH09</i>	

## TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja ja yritys yhteisö <i>Kymenlaakson Pelastuslaitos</i>	Yrityksen yhteisön yhteystiedot <i>Laivastajantie</i>
Lähiosoite <i>Laivastajantie 4</i>	Postinumero ja -toimipakka <i>48220 Kotka</i>
Sähköposti <i>laiva.ky@kympe.fi</i>	Puhelin

## OPINNÄYTETYÖN HANKKEISTUS

<input type="checkbox"/> Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input type="checkbox"/> Opinnäytetyötä on toimeksiantajan puolelta nimetty ohjaaja ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan.

## OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaava(t) opettaja(t) <i>Terhi Heede</i>
Sähköposti <i>terhi.heede@kyamk.fi</i>
Yrityksen yhteisön ohjaaja(t)
Sähköposti

## OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 200 merkkiä) <i>Poikittainen ensiperäisen ammattitaidon - Ensihoidon perusteiden ammattitaidon ja valmiudet kehittää poikittainen</i>	
Kehittämisen- tai tutkimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä) <i>Tarvittavaksi selvittää ensihoidon perusteiden ammattitaidon ja taidollisia ja kädellisiä valmiuksia kehittää poikittainen perusteita.</i>	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä) <i>Kyselytutkimus</i>	
Opinnäytetyön aloitus <i>syyskuu 2012</i>	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle <i>Kesäkuu 2013</i>
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määritelmän *) <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

\*) T & K määritelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä,  
<http://www.tilastokeskus.fi/tilitk/kaas.html>

## OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p><b>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu</b> Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavaramalliseen ohjaukseen. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.</p> <p><b>Oikeudet tuloksiin ja osuuden opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon, laittaisiin ja soveltuisiin.</b> Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyön tekijän kanssa. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p>	<p><b>Tulosten julkaiseminen ja luottamuksellisuus</b> Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuudessa salassa pidettäviksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö voidaan julkaisa myös Internetissä.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidettävään käyttämässä hyväksyen toisen osapuolen ilmaisema luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p><b>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen</b> Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, matka-aiheet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Päätätietoisesti Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäiseen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

## ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIAANTAJAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS	<i>Kouvola 29.8.2012</i>	<i>29.18</i>	<i>20.12</i>	<i>Kouvo</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS	<i>Kouvola</i>	<i>13.19</i>	<i>20.12</i>	<i>Minna</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS	<i>Kotka</i>	<i>16.10</i>	<i>20.12</i>	<i>Arvi</i>

Tämä sopimus on kirjottettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajayritykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintä varten.



KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Sosiaali- ja terveysala, Kotka

Ensihoidon koulutusohjelma

6.4.2013

## ANOMUS TUTKIMUKSEN AINEISTON KOKOAMISEKSI

Kymenlaakson pelastuslaitos: Kouvolan toimipiste

Tutkimusongelma	Kts. Tutkimussuunnitelma (Liite)
Tutkimuksen kohderyhmä	Kouvolan toimipisteen ensihoitajat ja pelastajat, joilla on voimassa oleva hoitovelvoite ja jotka toimivat ensihoidossa.
Tutkimusmenetelmä ja/tai aineiston kokoamistapa	Kyselytutkimus
Aineiston kokoamisajankohta	Huhtikuu 2013
Tutkimuksen arvioitu valmistumisaika	Toukokuu 2013
Tutkimussuunnitelma hyväksytty	5.4.2013
Tutkimuksen ohjaaja	Lehtori Terhi Hede, puh.

Sitoudun käyttämään kokoamaani aineistoa tutkimusongelman osoittamissa puitteissa ja siten, että tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden anonymiteetti säilyy.

Lisäksi sitoudun saattamaan tutkimusraportin luvanantajaviranomaisen tietoon.

Tutkimuksen tekijä Iina Pekkarinen

Anomus käsitelty 8/4 2013

lupa myönnetty

lupa evätty, peruste: \_\_\_\_\_



Allekirjoitus

Anomus jätetään kahtena kappaleena, joista toisen luvanantajaviranomainen palauttaa käsittelyn jälkeen tutkimuksen tekijälle.

## SAATEKIRJE

## HYVÄ VASTAAJA!

Olen Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa Kotkan toimipisteessä opiskeleva ensihoitajaopiskelija. Valmistun kesäkuussa 2013. Teen opintoihini kuuluvaa opinnäytetyötä aiheenani päihtyneen potilaan kohtaaminen. Työelämätahonani on Kymenlaakson pelastuslaitos. Opinnäytetyöni ohjaajana toimii lehtori Terhi Hede.

Opinnäytetyössäni tarkoituksena on selvittää, millaisiksi ensihoitohenkilöstö kokee tiedolliset ja taidolliset valmiutensa kohdatessaan päihtyneitä potilaita. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, kuinka ammatillisesti ensihoitohenkilöstö kokee toimivansa päihtyneiden potilaiden kanssa. Päihteillä työssäni tarkoitetaan kaikkia päihdyttävässä tarkoituksessa käytettäviä aineita. Niihin lukeutuvat siis alkoholi, huumeet ja päihteinä käytettävät lääkkeet.

Aineisto kerätään kyselylomakkeella, joka koostuu vastaajan taustaa kartoittavista taustakysymyksistä ja päihtyneen potilaan kohtaamiseen liittyvistä kysymyksistä. Pyydän, että luet kysymykset huolellisesti ja vastaat niihin parhaasi mukaan. Rehellisesti ja huolellisesti vastaamalla edesautat tutkimuksen onnistumista. Opinnäytetyöni valmistuttua se toimitetaan Kymenlaakson pelastuslaitokselle, jolloin tulokset ovat kaikkien nähtävillä.

Kyselyyn vastataan nimettömästi ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Vastaajien henkilöllisyydet eivät tule ilmi opinnäytetyössä. Kyselylomakkeet tullaan hävittämään heti tulosten käsittelyn jälkeen.

Vastaamiseen kuluu aikaa noin 15 minuuttia. Vastattuasi sulje lomake kirjekuoreen ja palauta se palautuslaatikkoon, jossa lukee "kyselylomakkeiden palautus". Vastausaikaa on 21.4.2013 asti.

Jos sinulla on kysyttävää opinnäytetyötäni tai kyselylomakettani koskien, vastaan mielelläni. Yhteystietoni löytyvät tämän saatekirjeen lopusta.

Kiitos osallistumisestasi!

Iina Pekkarinen  
iina.pekkariinen@student.kyamk.fi  
puh. xxx-xxxxxxx

## KYSELYLOMAKE

Arvoisa vastaaja, lue kysymykset huolellisesti ja vastaa ympyröimällä sopivin vaihtoehto.

## TAUSTAKYSYMYKSET

1. Ikäsi? \_\_\_\_\_ vuotta

2. Sukupuolesi?

1 Nainen

2 Mies

3. Koulutuksesi?

1 Ensihoitaja AMK

2 Sairaanhoidtaja AMK

3 Lähihoitaja

4 Pelastaja

5 Muu, mikä? \_\_\_\_\_

4. Työkokemuksesi ensihoidossa? \_\_\_\_\_ vuotta

5. Voimassaoleva hoitovelvoitteesi?

1 Perustaso

2 Hoitotaso

6. Oletko saanut koulutusta päihtyneen potilaan kohtaamiseen?

1 En

2 Kyllä, missä? \_\_\_\_\_

7. Kuinka usein työssäsi kohtaat päihtyneitä potilaita?

1 Päivittäin

2 Viikoittain

3 Kuukausittain

4 Harvemmin

Arvoisa vastaaja, lue kysymykset huolellisesti ja vastaa ympyröimällä sopivin vaihtoehto.

#### PÄIHTYNEEN POTILAAN KOHTAAMISEEN LIITTYVÄT KYSYMYKSET

##### Tiedollinen osaaminen

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	En samaa tai eri mieltä	Melko eri mieltä	Täysin samaa mieltä
8. Teoriatietoni erilaisista päihteistä ovat riittävät, jotta voin hoitaa päihteiden vaikutuksen alaisena olevia potilaita.	5	4	3	2	1
9. Tunnistan erilaisia päihteidenkäyttövälineitä (ruiskut, piiput, sekoituskupit, ym.), jos näen niitä.	5	4	3	2	1
10. Tunnistan päihteiden pakkaus- ja säilytysvälineitä (pussit, foliopakkaukset, ym.), jos näen niitä.	5	4	3	2	1
11. Teoriatietoni päihteiden käyttötavoista (suonensisäinen käyttö ym.) ovat riittävät, jotta tunnistan niiden mahdolliset merkit (pistojaljet ym.) potilaassa.	5	4	3	2	1
12. Teoriatietoni päihteiden vaikutuksista (pupillien, vireystilan ja tajunnantason muutokset, ym.) ovat riittävät, jotta tunnistan ne potilaassa.	5	4	3	2	1
13. Koen päihtyneen potilaan kohtaamisen helpoksi, sillä minulla on riittävän hyvät teoriatiedot päihteistä.	5	4	3	2	1
14. Koen päihtyneen potilaan kohtaamisen helpoksi, sillä minulla on riittävän hyvät teoriatiedot päihteiden käytöstä.	5	4	3	2	1
15. Koen päihtyneen potilaan kohtaamisen helpoksi, sillä minulla on riittävän hyvät teoriatiedot päihteiden vaikutuksista.	5	4	3	2	1

Arvoisa vastaaja, lue kysymykset huolellisesti ja vastaa ympyröimällä sopivin vaihtoehto.

16. Koetko tarvitsevasi lisää teoriatietaoa päihteisiin liittyvissä asioissa?

- 1 En  
2 Kyllä, mistä aiheesta/aiheista?

---



---



---

Taidollinen osaaminen

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	En samaa tai eri mieltä	Melko eri mieltä	Täysin samaa mieltä
17. Koen, että minulla on hyvät valmiudet tulla ymmärretyksi vuorovaikutustilanteessa päihtyneen kanssa.	5	4	3	2	1
18. Koen, että oma sanaton viestintäni (eleet, ilmeet, asennot, äänensävyt) ei vaikeuta kanssakäymistäni päihtyneen potilaan kanssa.	5	4	3	2	1
19. Vuorovaikutustilanteessa osaan tulkita potilaan sanatonta viestintää.	5	4	3	2	1
20. Vuorovaikutustilanteessa osaan reagoida potilaan sanattomaan viestintään.	5	4	3	2	1
21. Koen, että osaan kuunnella päihtynyttä potilasta.	5	4	3	2	1
22. Päihtyneen potilaan kanssa toimiessani en hermostu.	5	4	3	2	1
23. Päihtyneen potilaan kanssa toimiessani pyrin toimimaan johdonmukaisesti.	5	4	3	2	1
24. Koen päihtyneen potilaan kohtaamisen helpoksi, sillä mielestäni minulla on hyvät vuorovaikutustaidot.	5	4	3	2	1

Arvoisa vastaaja, lue kysymykset huolellisesti ja vastaa ympyröimällä sopivin vaihtoehto.

#### Ammatillisuus

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	En samaa tai eri mieltä	Melko eri mieltä	Täysin samaa mieltä
25. Ajattelen, että päihteiden väärinkäyttö on enemmän sairaus kuin potilaan oma vika ja paha tapa.	5	4	3	2	1
26. Omat henkilökohtaiset kokemukseni päihteistä eivät vaikuta toimintaani päihteitä käyttäneen potilaan kanssa.	5	4	3	2	1
27. Omat henkilökohtaiset kokemukseni päihteiden käyttäjistä eivät vaikuta toimintaani päihteitä käyttäneen potilaan kanssa.	5	4	3	2	1
28. Toimin päihteiden käyttäjien kanssa provosoitumatta.	5	4	3	2	1
29. Miellän päihteiden käyttäjät yksilöllisiksi ihmisiksi enemmän kuin yhtenäiseksi ryhmäksi.	5	4	3	2	1
30. Kohtelen päihtyneitä potilaita samalla tavalla kuin ei-päihtyneitä potilaita.	5	4	3	2	1
31. Pysin tutkimaan päihtyneitä potilaita samalla tavalla kuin ei-päihtyneitä potilaita.	5	4	3	2	1
32. Pysin hoitamaan päihtyneitä potilaita samalla tavalla kuin ei-päihtyneitä potilaita.	5	4	3	2	1
33. Tiedostan päihteiden käyttäjien minussa herättämät tunteet.	5	4	3	2	1
34. Koen, että osaan reagoida päihteiden käyttäjien minussa herättämiin tunteisiin niin, etteivät ne vaikuta käytökseeni.	5	4	3	2	1

Arvoisa vastaaja, lue kysymykset huolellisesti ja vastaa ympyröimällä sopivin vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	En samaa tai eri mieltä	Melko eri mieltä	Täysin samaa mieltä
35. Ymmärrän, että potilaan oikeus hoitoon perustuu hänen hoidontarpeeseensa eikä hänen persoonallisuuteensa tai henkilökohtaisiin ominaisuuksiinsa.	5	4	3	2	1
36. Koen toimivani ammatillisesti kohdatessani päihtyneitä potilaita.	5	4	3	2	1

KIITOS VASTAUKSISTASI!

## MUUTTUJATAULUKKO

TUTKIMUSONGELMA	KYSYMYSNUMERO	TEOREETTINEN TARKASTELU
<b>Taustatiedot</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ikä</li> <li>- sukupuoli</li> <li>- koulutus</li> <li>- työkokemus</li> <li>- hoitovelvoite</li> <li>- koulutus päähtyneen kohtaamiseen</li> <li>- päähtyneen kohtaamistiheys</li> </ul>	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	s. 8–9
<b>Tiedollinen osaaminen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- teorian tiedot päihteistä</li> <li>- teorian tiedot päihteiden käytövälineistä</li> <li>- teorian tiedot päihteiden pakkaus- ja säilytystavoista</li> <li>- teorian tiedot päihteiden käyttötavoista</li> <li>- teorian tiedot päihteiden vaikutuksista</li> <li>- kohtaamisen helppous hyvillä teorian tiedoilla päihteistä</li> <li>- kohtaamisen helppous hyvillä teorian tiedoilla päihteiden käytöstä</li> <li>- kohtaamisen helppous hyvillä teorian tiedoilla päihteiden vaikutuksista</li> <li>- tarve lisäteorian tiedoille</li> </ul>	8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16.	s. 17 s. 17 s. 17 s. 17–18 s. 17 s. 17 s. 17 s. 17
<b>Taidollinen osaaminen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- itsensä ilmaiseminen ymmärrettävästi</li> <li>- oman sanattoman viestinnän hallitseminen</li> <li>- potilaan sanattoman viestinnän tulkitseminen</li> <li>- potilaan sanattomaan viestintään reagoiminen</li> <li>- kuunteleminen</li> <li>- hermostumattomuus</li> <li>- johdonmukaisuus</li> <li>- kohtaamisen helppous hyvillä vuorovaikutustaidoilla</li> </ul>	17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24.	s. 18 s. 19–20 s. 19 s. 19 s. 18–19 s. 14 s. 14



<b>Ammatillisuus</b>		
- sairaus vs. paha tapa	25.	s. 14
- henkilökohtaiset kokemukset päihteistä	26.	s. 20
- henkilökohtaiset kokemukset päihteidenkäyttäjistä	27.	s. 20
- provosoitumattomuus	28.	s. 14
- yksilöllinen ihminen vs. yhtenäinen ryhmä	29.	s. 14
- tasavertainen kohtelu,	30.	s. 14
- tasavertainen tutkiminen	31.	s. 14
- tasavertainen hoito	32.	s. 14
- päihteidenkäyttäjien herättämien tunteiden tunnistaminen ja tiedostaminen	33.	s. 14, 20
- päihteidenkäyttäjien herättämiin tunteisiin reagoiminen	34.	s. 20
- perusta potilaan oikeudelle hoitoon	35.	s. 20
- ammatillisuus	36.	

## TUTKIMUSTAULUKKO

Tutkimuksen tekijä, nimi ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä	Kohderyhmä	Tulokset ja pohdinta
Taskinen, A. & Ruotsalainen, S. Hoitajien asenteet ja valmiudet kohdata päihdeasiakkaita kotihoidossa. AMK -opinnäytetyö. 2012.	Kuopion kotihoidon hoitajien päihdepotilaiden kohtaamiseen kohdistuvien asenteiden ja valmiuksien kartoittaminen.	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä  Strukturoimaton kyselylomake	Kuopion kotihoidon hoitajat	Hoitajilla erilaisia asenteita päihdepotilaita kohtaan. Niistä huolimatta suurin osa pyrki kohtaamaan ja hoitamaan potilaat tasavertaisesti. Hoitajilla oli monia tiedollisia ja taidollisia valmiuksia. Tiedollisista nousivat esiin koulutuksista ja kokemuksen kautta saadut tiedot. Taidollisista valmiuksista esiin nousivat yhteistyö-, vuorovaikutus- ja hoidolliset taidot. Valmiuksissa oli kuitenkin kehitettävää.
Elonen, A-K. Sairaanhoidajien asenteita kohdattaessa päihtynyt potilas terveyskeskuspäivystyksessä. AMK -opinnäytetyö. 2008.	Porin terveyskeskuspäivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien ja terveyskeskusavustajien asenteet kohdattaessa päihtyneitä potilaita terveyskeskuspäivystyksessä.	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä  Puolistrukturoitu kyselylomake	Porin terveyskeskuspäivystyksessä työskentelevät sairaanhoitajat ja terveyskeskusavustajat	Päihtyneen potilaan kohtaaminen herätti hoitajissa monenlaisia tuntemuksia. Hoitajat kokivat turhautuneisuutta tuntiessaan työpanoksensa menevän hukkaan toistuvasti päihtyneenä hoitoon tulevien kohdalla. Osa myönsi asenteidensa näkyvän kohtaamistilanteessa.

<p>Jämsänen, S-M. Sairaanhoidtajien kokemuksia päihdepotilaan kohtaamisesta kirurgisella vuodeosastolla. AMK –opinnäytetyö. 2012.</p>	<p>Hyvinkään sairaalan kirurgisella vuodeosastolla työskentelevän hoitohenkilöstön päihdepotilaiden kohtaamiskokemusten kartoittaminen.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä  Teemahaastattelu</p>	<p>Hyvinkään sairaalan kirurgisella vuodeosastolla työskentelevät sairaanhoitajat ja lähihoitajat</p>	<p>Hoitajien kokemukset päihdepotilaista vaihtelivat. Potilaiden aiheuttamat tuntemukset vaihtelivat riippuen potilaasta sekä hoitajan työkokemuksesta ja omista taustatekijöistä. Hoitotyössä ei koettu eroa päihdepotilaiden ja muiden potilaiden välillä. Hoitajat kokivat huumausaineiden käyttäjien tunnistamisen haasteelliseksi. Eettisiä kysymyksiä nousi esille esimerkiksi hoitajaksojen yhteiskunnallisista kustannuksista puhuttaessa.</p>
<p>Heikkilä, A. Alkoholin yhteys ensiavussa todettuihin tapaturmiin ja hoitohenkilökunnan asenteet ja osaaminen päihtyneen potilaan kohtaamisessa. Pro gradu –tutkielma. 2012.</p>	<p>Alkoholin vaikutuksen alaisena olevien osuuden ensiapuun hakeutuneista kartoittaminen.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä  Strukturoitu kyselylomake</p>	<p>Etelä-Suomen alueella sijaitsevien seitsemän terveyskeskuksen poliklinikan sekä erikoissairaanhoidon yksikön ensiapuaseman ja sen yhteydessä sijaitsevan terveyskeskuksen päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunta</p>	<p>Tapaturmapotilaista kolmasosa oli alkoholin vaikutuksen alaisena. Erityisen paljon päihtyneitä oli kaatuneiden ja pahoinpideltyjen sekä myrkytyspotilaiden joukossa. Erikoissairaanhoidossa työskentelevistä kaikki vastasivat kohtavansa päihtyneitä usein. Lähes kaikkien mielestä alkoholin suurkuluttajat käyttävät terveyspalveluita enemmän kuin muut. Yli 70 prosenttia koki, ettei pysty vaikuttamaan potilaan alkoholin käyttöön. Päihtyneiden potilaiden suuren määrän todettiin lisäävän henkilöstön negatiivista suhtautumista päihtyneisiin potilaisiin.</p>