

PÄIHDEONGELMAINEN POTILAS SOMAATTISELLA OSASTOLLA

Elina Liimu

Jenna Makkonen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön
suuntautumisvaihtoehto

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LIIMU, ELINA & MAKKONEN, JENNA:
Päihdeongelmainen potilas somaattisella osastolla

Opinnäytetyö 58 sivua, joista liitteitä 8 sivua
Lokakuu 2013

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää somaattisella osastolla työskentelevien hoitajien suhtautumista päihdeongelmaisiin potilaisiin. Etsimme vastauksia kysymyksiin: millaisia keinoja somaattisen osaston hoitajilla on tunnistaa päihdeongelmainen potilas, miten somaattisella osastolla työskentelevät hoitajat suhtautuvat päihdeongelmaisiin potilaisiin, sekä miten päihdeongelmainen potilas kohdataan somaattisella osastolla. Tavoitteenamme oli saada tietoa, miten hoitajat suhtautuvat päihdeongelmaisiin potilaisiin ja sen pohjalta löytää kehitysideoita, miten päihdeongelmaiset potilaat voitaisiin kohdata paremmin somaattisella osastolla.

Opinnäytetyömme tehtiin kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Käytimme aineiston keräämiseen kyselylomaketta, joka sisälsi myös joitakin avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeet toimitimme kolmelle PSHP:n somaattiselle osastolle. Kyselyyn vastasi yhteensä 35 hoitajaa. Aineiston analysoimme SPSS-ohjelmalla ja avoimet vastaukset sisällön analyysillä.

Keskeisimpänä tuloksena saimme selville, että negatiivista suhtautumista esiintyi paljon päihdeongelmaisia potilaita kohtaan. Turhautumista esiintyy yli 80 % vastaajista. Yli puolet vastaajista olivat huomanneet muiden hoitajien kohtelevan päihdeongelmaisia potilaita epätasa-arvoisesti ja yli 70 % oli huomannut muilla hoitajilla olevan negatiivista suhtautumista. AUDIT-testejä ilmoitettiin tehtävän osastoilla vain vähän, syyksi mainittiin kiire ja koulutuksen puute. Osastojen yleinen suhtautuminen päihdeongelmaisiin potilaisiin oli turhautunut ja monet ilmoittivat joillakin hoitajilla esiintyvän kovia ennakkoluuloja.

Opinnäytetyömme tuloksia voidaan hyödyntää, jotta päihdeongelmaiset potilaat osattaisiin kohdata paremmin. Somaattisilla osastoilla, joilla hoidetaan päihdeongelmaisia potilaita, voitaisiin järjestää työpaikkakohtaisia koulutuksia. Luotettavampien tulosten saamiseksi aiheesta tulisi tehdä vielä kattavampia lisätutkimuksia.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Public Health Nursing

LIIMU, ELINA & MAKKONEN, JENNA
A Substance Abuser Patient in a Somatic Ward

Bachelor's thesis 58 pages, appendices 8 pages
October 2013

The purpose of this study was to find out what kind of attitudes do nurses, who work at the somatic ward, have towards substance abuse patients. We collected the data from 35 nurses who work on somatic ward by using quantitative research methods. We used questionnaire which contained structured questions and a few open questions.

The main result revealed that nurses have negative attitudes towards substance abuse patients. Over 80% of the respondents reported to feel frustration toward substance abuse patients. Over half of the respondents had noticed that other nurses have treated substance abuse patients unequally. Over 70 % reported that other nurses have negative attitudes towards substance abuse patients. The respondents reported that the general attitude on the ward was mainly frustrated and some of the nurses have negative prejudices towards substance abuse patients. Many respondents reported that they feel that they need more education about confronting patients with substance abuse.

Our results can improve confronting the substance abuse patients better in a somatic ward. More research should be done on the subject to get more comprehensive results.

Key words: Drugs, substance abuse patient, confronting

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET	7
3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA	8
3.1 Pähhteet	10
3.2 Pähdeongelmainen potilas	14
3.3 Pähdeongelmaisen hoito	15
3.4 Potilaan oikeudet	17
3.5 Potilaan kohtaaminen	18
3.6 Pähdeongelmaisen potilaan kohtaaminen somaattisella osastolla	21
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	23
4.1 Kvantitatiivinen menetelmä	23
4.2 Aineiston analyysi	24
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	25
6 TULOKSET	27
6.1 Vastaajien esitiedot ja pähdeongelmaisen potilaan tunnistaminen	27
6.2 Hoitajien oma suhtautuminen pähdeongelmaisiin potilaisiin	29
6.3 Pähdeongelmaisten herättämät tunnetilat	32
6.4 Positiiviset ja negatiiviset persoonallisuuden piirteet	33
6.5 Lääkitys ja hoito	34
6.6 Koulutus ja AUDIT	35
6.7 Pähdeongelmasta puhuminen ja tuen saaminen	36
6.8 Omia huomioita muiden suhtautumisesta pähdeongelmaisiin potilaisiin	37
6.9 Osaston yleinen suhtautumien pähdeongelmaisiin	38
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	40
8 POHDINTA	44
8.1 Luotettavuus ja eettisyys	44
8.2 Kehittämissuhteet	46
LÄHTEET	47
LIITTEET	51

Liite 1 Saatekirje	51
Liite 2 Kyselylomake	52
Liite 3 AUDIT-testi.....	57
Liite 4 Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset.....	59

1 JOHDANTO

Päihdeongelmat ovat yleisiä Suomessa ja yleisin niistä on alkoholin liikkäyttö. Alkoholin liikkäyttöä esiintyy niin nuorilla, kuin vanhoillakin ihmisillä, esimerkiksi ”Terveys 2000”-tutkimuksen mukaan alkoholin liikkäyttöä esiintyy 30–64 vuotiaista naisista 5 prosentilla ja miehistä 17 prosentilla. Käytännössä tämä tarkoittaa, että 500000-600000 suomalaista on päihteiden liikkäyttäjiä. (Terveys 2000.) Vuonna 2006 Alkoholiriippuvuus aiheutti yli 6000 sairaalahoitajaksoa ja oli sivudiagnoosina lähes 10000 tapauksessa (Terveyskirjasto 2009).

Laadukas hoito on jokaisen potilaan oikeus, elämäntilanteesta ja tavoista huolimatta. Hoitajan kuuluisi tarjota eettistä ja laadukasta hoitoa potilaalle, omasta suhtautumisesta ja mielipiteistä riippumatta. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996.) Jokaisella potilaalla on oikeus saada parasta mahdollista hoitoa, riippumatta potilaan taustoista, esimerkiksi päihdeongelmasta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Kiinnostuimme tekemään opinnäytetyötä tästä aiheesta, koska halusimme saada tietoa siitä, millainen suhtautuminen hoitajilla on päihdeongelmaisia potilaita kohtaan. Harjoitteluissa huomasimme kumpikin, että päihteiden ongelmakäytöllä saattoi olla vaikutusta siihen miten hoitajat suhtautuivat potilaisiin ja miten he kohtasivat potilaita.

Työelämäyhteisö toivoi työltämme tietoa hoitajien suhtautumisesta päihdeongelmaisiin potilaisiin somaattisilla osastoilla. Käsittelemme työssämme kaikkia päihteitä rajaten vain tupakan pois. Kerromme työssämme keskeiset sisällöt päihdeongelmaisen potilaan hoidosta.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää somaattisella osastolla työskentelevien hoitajien suhtautumista päihdeongelmaisiin potilaisiin.

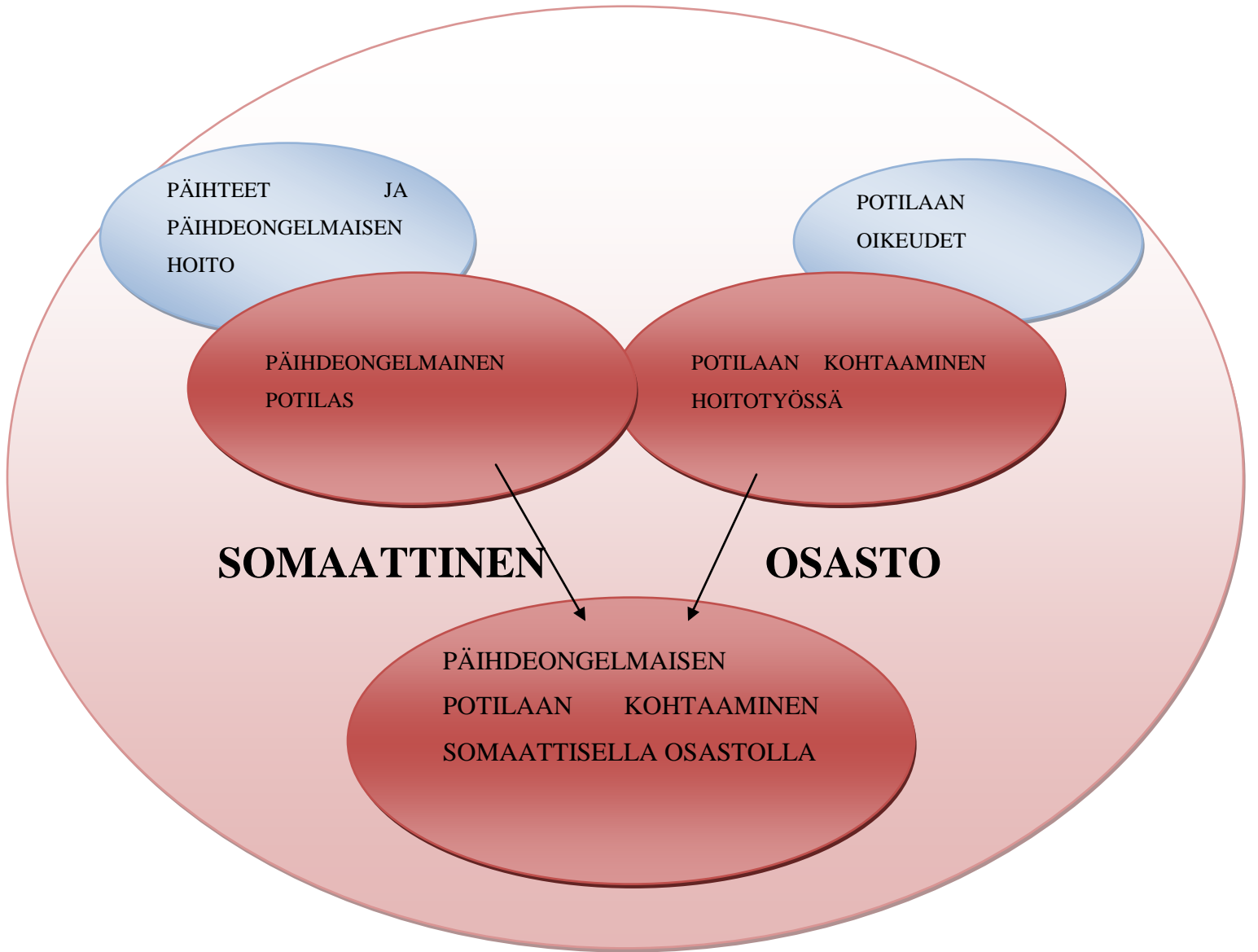
Tehtävät:

1. Millaisia keinoja somaattisen osaston hoitajilla on tunnistaa päihdeongelmainen potilas?
2. Miten somaattisella osastolla työskentelevät hoitajat suhtautuvat päihdeongelmaisiin potilaisiin?
3. Miten päihdeongelmainen potilas kohdataan somaattisella osastolla?

Opinnäytetyömme tavoitteena on saada tietoa miten hoitajat suhtautuvat päihdeongelmaisiin potilaisiin ja sen pohjalta löytää kehitysideoita miten päihdeongelmaiset potilaat voitaisiin kohdata paremmin somaattisilla osastoilla.

3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA

Opinnäytetyössä käsittelemme päihdeongelmaisista potilaita, joten aluksi selvitämme millainen on päihdeongelmainen potilas. Käsittelemme myös yleisesti päihteitä. Käsittelemme lyhyesti päihdeongelmaisen potilaan hoitoa somaattisella osastolla ja päihdeongelmaisen potilaan hoitopolkua. Tarkastelemme päihdeongelmaisen potilaan kohtaamista somaattisella osastolla. Potilaan oikeudet ovat tärkeässä asemassa, kun pohdimme hoitajien suhtautumista päihdeongelmaisiin potilaisiin.



3.1 Päihteet

Päihteillä tarkoitamme opinnäytetyössämme päihtymystarkoitukseen käytettäviä, psyykkiseen toimintaan vaikuttavia aineita. Tällaisia aineita ovat esimerkiksi alkoholi ja huumeet. (Terveyskirjasto 2013.) Opinnäytetyössämme rajaamme päihteistä pois vain tupakan.

Suomessa yleisimmin käytetty päihde on alkoholi. Arvion mukaan alkoholin ongelmakäyttäjää on Suomessa noin 300000-500000. Alkoholin ongelmakäytöllä tarkoitetaan kertaluontoista tai toistuvaa alkoholin käyttöä, josta aiheutuu fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista haittaa. (Käypähoito 2011.) Alkoholi on laillinen päihde, josta on säädetty alkoholilaki. Lain on tarkoitus ohjata alkoholin kulutusta ja täten ehkäistä alkoholipitoisista aineista aiheutuvia yhteiskunnallisia, sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. (Alkoholilaki 8.12.1994/1143.)

Alkoholi on keskushermostoon vaikuttava aine, joka lamaannuttaa hermostoa. Veren alkoholipitoisuus ilmoitetaan promilleina. Alkoholin ensisijainen vaikutus ilmenee humalatilana, kun alkoholin määrä kasvaa aivoissa ja häiritsee niiden toimintaa. Veren alkoholipitoisuuden noustessa ja laskiessa oireet ovat voimakkaammat. Alkoholin käytön yhteydessä myös henkinen suorituskyky heikkenee ja altistaa tapaturmille. Alkoholin suuri pitoisuus saattaa aiheuttaa myös tajuttomuutta. Lisäksi hengityksen pysähtyminen ja kuolema on mahdollista. Runsaan juomisen seurauksena kouristusalttius kasvaa. (Terveyskirjasto 2013; Päihdelinkki 2011.)

Alkoholisairauksia ovat sairaudet, joiden ainoa tai tärkein aiheuttaja on alkoholi. Vuonna 2010 alkoholisairaudet ja alkoholimyrkytykset olivat yleisin kuolinsyy työikäisillä miehillä, sekä toiseksi yleisin syy työikäisillä naisilla. Alkoholisairauksiin lasketaan alkoholimyrkytys, riippuvuus, alkoholipsykoosit, haimatulehdus ja alkoholimaksasairaudet. Lisäksi liiallisesta käytöstä voi seurata verisairauksia, sydänsairauksia, neurologisia ja psykiatrisia sairauksia, syöpää ja erilaisia elimistön häiriöitä. (Terveyskirjasto 2012.)

Sekakäytöllä tarkoitetaan eri psykoaktiivisten aineiden, kuten alkoholi, rauhoittavat lääkkeet ja unilääkkeet, yhtäaikaista päihdekäyttöä (Käypähoito 2011). Alkoholin vaikutusta voidaan pyrkiä tehostamaan sekakäytöllä, mutta sekakäyttö voi olla myös tahatonta. Tahatonta sekakäyttöä voi esiintyä esimerkiksi, jos juomisesta johtuvia häiriöitä hoidetaan rauhoittavilla lääkkeillä ja unilääkkeillä. Sekakäytön tavallisin yhdistelmä on rauhoittavat lääkkeet ja alkoholi. Arvion mukaan joka kuudennella rattijuopolla on myös lääkkeitä tai huumeita veressä. (Päihdelinkki 2011; THL 2013.) Varsinaisella lääkkeiden väärinkäytöllä tarkoitetaan useimmiten tietoista lääkkeen käyttöä päihtymyksen aikaansaamiseksi tai tilan muuttamiseksi. Lääkkeitä voidaan käyttää alkoholin tai muiden päihteiden kanssa ja usein myös yliannoksena. Lääkkeenotto tapaa voidaan muuttaa esimerkiksi uuttamalla tai nuuskaamalla lääke. Tavoitellut vaikutukset voivat olla hyvin erilaisia, mutta myös epäsuotuisia vaikutuksia syntyy usein. Yhtäaikainen lääkkeiden ja alkoholin käyttö voi olla hengenvaarallista. (Holopainen 2009.)

Erilaisia päihdyttäviä aineita on lukuisia. Huumausaineina pidettävistä aineista, valmisteista ja kasveista on määritelty asetus, jossa on tarkka listaus Suomessa kielletyistä huumausaineista. (Huumausainelaki 28.8.2008/543.) Tekniset liuottimet eivät kuitenkaan kuulu huumausainelajin piiriin, mutta silti niitä käytetään päihtymystarkoitukseen. Myös muuntohuumeet ovat nykyajan haaste. Ne ovat synteettisiä aineita, joita markkinoidaan ”laillisina huumeina”. (Päihdelinkki 2011; THL 2012.)

Alkoholin lisäksi myös huumeiden käyttö on yleistynyt Suomessa. Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet -raportissa ilmenee, että huumeiden käyttö on lisääntynyt 18 vuoden aikana ja mukaan on tullut myös joukko uusia huumeita. Kannabiksen käyttö on lisääntynyt eniten ja sitä käytetään erityisesti 25-34-vuotiaiden miesten keskuudessa. Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet -raportin mukaan, ekstaasin käyttö on asettunut väestötasolla samalle 2-3 % tasolle, kuin amfetamiini ja kokaiini. (THL 2012.)

Kannabis on yleisnimitys hampukasveista saataville valmisteille. Siinä on runsaasti tajuntaan vaikuttavia aineosia. (Päihdelinkki 2011.) Kannabiksen käytöllä haetaan useimmiten rauhallista hyvänolon tunnetta, mutta psyykkiset päinvastaiset oireet ovat

mahdollisia. Kannabiksen käyttäjillä on kaksinkertainen riski sairastua skitsofreniaan. Lisäksi kannabiksen käyttö vaikuttaa muistiin ja keskittymiskykyyn. Cannabis altistaa myös hengitysteiden sairauksille, sillä sitä käytetään useimmiten polttamalla. Tutkimusten mukaan kannabiksen haittavaikutuksia hengitysteille lisää se, että kannabiksen savua hengitetään syvemmälle keuhkoihin kuin tupakansavua. (Vierula 2009; Terveyskirjasto 2012.)

Ekstaasi, amfetamiini ja kokaiini luokitellaan kaikki erittäin vaarallisiin huumausaineisiin. Amfetamiinia valmistetaan kemiallisesti lääketieteellisyydessä ja laittomissa laboratorioissa. Ekstaasi on synteettinen amfetamiinin johdos. Kokaiinia saadaan koka-pensaasta lehdistä. Kaikki kolme huumetta vaikuttavat välittäjäaineiden toimintaan. Amfetamiini ja metaamfetamiini lisäävät dopamiinin eritystä. Ekstaasi vaikuttaa tämän lisäksi myös serotoniinipitoisuuteen. Kokaiini puolestaan estää serotoniinin, dopamiinin ja noradrenaliinin takaisin ottoa hermosoluihin. Kokaiini ja amfetamiini aiheuttavat voimakasta riippuvuutta, ekstaasi puolestaan aiheuttaa enimmäkseen psyykkistä riippuvuutta. Tavoiteltu vaikutus näillä huumeilla on euforian tunne, itsevarmuus sekä energisyys. Ekstaasilla on lisäksi hallusinogeenisiä vaikutuksia, sekä amfetamiinilla ja kokaiinilla ruokahalua poistavia vaikutuksia. (Päihdelinkki 2011.)

Ekstaasilla on lukuisia haittoja, joista yleisimmät ovat erilaiset liikehäiriöt, lihaskrampit, lämmönsäätelyn häiriöt, verenpaineen ja pulssin nousu. Lähivuorokausina saattaa esiintyä myös väsymystä, masentuneisuutta, lihaskipuja ja keskittymiskyvyttömyyttä. Ekstaasin käyttö saattaa myös aiheuttaa sydäninfarktin, lämpöhalvauksen, nestehukan, maksavaurion, serotoniinioireyhtymän tai aivoverenvuodon. Amfetamiinin haittoja ovat aggressiivisuus, sekavuus, paniikkitilat ja harhat. Fyysisiä haittoja voivat olla esimerkiksi lämpöhalvaus, keskushermostovauriot, aivoverenvuoto, sydämenpysähdys ja kouristukset. Kokaiinin käytön akuutteja riskejä ovat verenpaineen ja pulssin kohoaminen, sekä verisuonien voimakas supistuminen. Äkkikuolema ja koomatila ovat mahdollisia, sillä kokaiinin käyttö voi aiheuttaa sydämen toimintahäiriöitä, sydänkohtauksen, aivohalvauksen ja neurologisia kohtauksia. Muita oireita voivat olla päänsärky, vatsakipu, pahoinvointi, rintakipu ja hengitysvaikeudet. Psykoottisia oireita saattaa esiintyä, kuten vainoharhaisuus, aistiharhat, unihäiriöt ja kognitiivisten toimintojen heikentymistä. Pitkäaikaisesta käytöstä saattaa

aiheutua ruuansulatuksen toimintahäiriöitä, hengitysteiden vaurioita, maksan toimintahäiriöitä, sydänperäisiä ongelmia ja aivoperäisiä ongelmia. Kokaiinin nuuskaaminen saattaa lisäksi aiheuttaa erilaisia nenän vaurioita. (NIDA 2009; Päihdelinkki 2011.)

Opiaatit vaikuttavat keskushermostoa lamaavasti. Opiaatit ovat oopiumunikoista saatavia huumausaineita, mutta nykyään voidaan valmistaa myös synteettisiä opioideja. Raakaoopiumista uutetaan morfiinia, josta heroiniin voidaan valmistaa. Buprenorfiinia käytetään opiaattiriippuvuuden hoidossa, mutta sitä käytetään myös kipulääkkeenä. Myös buprenorfiini on levinnyt Suomessa katukauppaan. Opiaatit ja heroiniin ovat luokiteltu erittäin vaarallisiksi huumausaineiksi. Toivottu vaikutus heroiniinilla on tuottaa mielihyvää ja lievittää kipua. Opiaatit puolestaan voivat joko rauhoittaa tai aktivoida käyttäjää. Käyttäjä jolla on jo riippuvuus, voi tarvita ainetta vain saadakseen normaalin olotilan ja välttääkseen vierotusoireet. Toivottujen vaikutusten lisäksi tulee usein myös ei-toivottuja vaikutuksia. Näitä ovat esimerkiksi pahoinvointi ja oksentelu, sekavuus, piittaamattomuus, ihon kutina ja poltto. Mikäli annos on suuri, voi seurata myös pulssin ja verenpaineen laskua, nukahtamista ja hengityksen hidastumista. Opiaatteihin syntyy lyhyessä ajassa voimakas riippuvuus ja toleranssi kehittyy nopeasti. Välittömiä riskejä käytössä ovat elintoimintojen lamaantuminen, heroiniinimyrkytykset ja -kuolemat. Hepatiitit ja HIV leviävät herkästi, mikäli pistämisvälineitä käytetään yhteisesti. Pitkäaikaisen käytön riskejä ovat verisuonien, maksan- ja munuaistenvauriot. Lisäksi voi esiintyä verisuonten, sydämen, ihon ja pehmytkudosten tulehduksia. Myös keuhko- ja nivelsairauksien riski kasvaa käyttäjillä. Vahingollinen haitta on myös itse riippuvuus, sillä elämä keskittyy aineen käytön ja hankinnan ympärille. (Päihdelinkki 2011.)

LSD ja sienet aiheuttavat kummatkin hallusinogeenisen ja huumaavan vaikutuksen. LSD on synteettinen valmiste. Se vaikuttaa serotoniini- ja dopamiinijärjestelmiin, jonka katsotaan aiheuttavan aistiharhoja. LSD vaikuttaa aivoihin voimakkaasti ja sitoutuu tunnetiloja sääteleviin keskuksiin, aivorunkoon, pikkuaivoihin ja aivokuoreen. Psykokeeseen vaikuttavia sieniä on useita eri lajeja. Psilosybliini ja psilosiini luokitellaan lain mukaan huumausaineiksi. Kyseiset aineet vaikuttavat samankaltaisesti, kuin LSD. Toivottu vaikutus LSD:llä ja sienillä ovat hallusinaatiot ja aistikokemusten muuttuminen.

Kummassakin aineessa toleranssi kasvaa nopeasti ja aiheuttaa psyykkistä riippuvuutta. Psyykkiset haitat, kuten persoonallisuuden muutokset, pelko ja paniikkitilat ovat tavallisia. Fyysisiä haittoja ovat verenpaineen, sekä pulssin nousu, nopea hengitys, hikoilu, vapina, pahoinvointi ja ruokahaluttomuus. Sienilajien sekoittaminen aiheuttaa myrkytysvaaran. Lisäksi suuret kerta-annokset voivat aiheuttaa jäykkyyttä, korkeaa kuumetta, virtsaamisvaikeuksia ja pakkoliikkeitä. (Pajarre-Sorsa 2003; Pähdelinkki 2011.)

Gamma on aine, joka lamaa keskushermostoa. Ainetta myydään nesteinä, jauheena, kapseleina ja rakeina. Gamma valmistetaan Suomessa laittomasti ja se on epäpuhdasta. Myös aineen vahvuus vaihtelee. Lakka on puolestaan gamman esiaine. Se muuttuu elimistössä gammaksi. Lakkaa on esimerkiksi ohenteissa ja puhdistusaineissa. Lakkaa sekoitetaan jauheena nesteeseen tai juodaan valmiina nesteinä. Luokitukseltaan gamma on erittäin vaarallinen huumausaine ja lakka on lääkeaine. Gamman käytöstä seuraa herkästi myrkytyksiä, jonka selkein oire on syvä tajuttomuus. Muunlaisia oireita ovat esimerkiksi väsymys, epäsäännöllinen hengitys, kouristukset, hidas pulssi, verenpaineen lasku tai nousu ja tajunnan tason lasku. Lakan käytössä ilmenee samanlaisia oireita, kuin gamman käytöstä. (Pähdelinkki 2011.)

3.2 Pähdeongelmainen potilas

Pähdeongelmainen potilas käyttää päihteitä hallitsemattomasti. Käyttö voi olla säännöllistä tai satunnaista, mutta siitä aiheutuu haittaa käyttäjälle. Päihteiden ongelmakäytöllä on vaikutuksia käyttäjään, mutta myös läheisiin, työelämään ja yhteiskuntaan. Päihteet vaikuttavat aina yksilöllisesti ihmiseen ja hänen käytökseen. (Inkinen ym. 2000.) Pähdeongelmaiset nähdään usein joko sairautensa uhreina tai sitten heidän oletetaan itse aiheuttaneen sairautensa (Järvi 2013).

Päihteiden käyttäminen alkaa usein kokeiluna, yleensä hauskanpito tai rentoutusmielessä. Päihteiden satunnaiskäyttö johtaa monessa tapauksessa jatkuvaan käyttöön varsinkin, jos päihteistä on tullut positiivisia kokemuksia niitä käytettäessä tai niihin on syntymässä

riippuvuus. Satunnaiskäyttäjä uskoo hallitsevansa tilanteen eikä näe päihteistä aiheutuvia haittoja. Vakavassa päihdeongelmassa käyttäjä havaitsee itsekin, että käytöstä aiheutuu ongelmia. Hän ei kuitenkaan usein yhdistä ongelmia aineen käyttämiseen. Myös potilaan läheiset huomaavat, että käyttäjän persoonallisuudessa on muutoksia, mutta he eivät usein osaa puuttua tilanteeseen. Vaikka päihteiden väärinkäyttö olisi jatkunut jo pitkään ja siitä olisi aiheutunut ongelmia, osa käyttäjistä pystyy silti vielä lopettamaan tajuttuaan asian vakavuuden ja saatuaan apua. Jos käyttö ei kuitenkaan lopu, on aineita saatava koko ajan yhä enemmän ja enemmän, koska vanhat määrät eivät enää tuo haluttua olotilaa. Päihteiden pitkäaikaisesta käytöstä aiheutuu myös vieroitusoireita ja päihteitä käytetään myös niiden lievittämiseen. Päihdeongelmaisilla on usein riippuvuus päihteisiin. Kaikille ei kuitenkaan riippuvuutta kehity, eikä siksi kaikkia päihdeongelmaisista voi kutsua päihderiippuvaisiksi. Riippuvuus on aluksi käyttäjälle tyydyttävää, mutta myöhemmässä vaiheessa se muuttuu pakonomaiseksi tarpeeksi ja sen avulla yritetään päästä ikävistä tuntemuksista eroon. Päihteiden käyttö on silloin toistuvaa ja runsasta tahdonvastaista käyttäytymistä. Käyttäjällä on silloin pakonomainen tarve saada päihdyttävää ainetta ja siitä tulee elämän keskipiste. (Kaltio-kumpu, Liljeqvist & Liuhola 2009.)

Yleisimmin käytetty päihde on alkoholi. Alkoholin ongelmakäyttö voidaan jaotella kolmeen eri ryhmään. Varhaisessa riskikulutuksessa kulutus ylittää riskirajat, mutta merkittäviä haittoja tai riippuvuutta ei ole. Haitallisessa käytössä alkoholista on aiheutunut merkittäviä haittoja, mutta riippuvuutta ei ole syntynyt. Alkoholiriippuvuudessa tyypillisiä piirteitä ovat juomishimo, vieroitusoireet, toleranssi ja juomisen jatkuminen haitoista riippumatta. Alkoholin haitallinen käyttö on määritelty Maailman terveysjärjestö WHO:n ICD-10 tautiluokituksessa. (Uschanov 2013.)

3.3 Päihdeongelmaisen hoito

Päihdeongelmaisen potilaan hoidon on oltava kokonaisvaltaista. Mikäli potilas ei omin avuin pysty lopettamaan päihteiden ongelmakäyttöä on ammattiapuna useimmiten psykoterapia ja lääkehoito. Lääkehoito riippuu käytettävästä päihteestä ja päihdeongelman

vakavuudesta. Alkoholisteille yleisimpiä lääkkeitä ovat Antabus, Naltreksoni ja mielialalääkkeet. Huumeiden käyttäjillä voidaan taas käyttää erilaisia korvaushoitolääkkeitä. Muu hoito voidaan aloittaa a-klinikalta tai itsehoitoryhmistä ja katkaisuhoidosta. Hoidossa tärkeää on kuitenkin hoidon jatkuvuus ja hoitovastuun keskittäminen. (Käypähoito 2011; Terveyskirjasto 2013.)

Päihdeongelman varhainen toteaminen on tärkeää, koska sillä voidaan ehkäistä mahdollisia päihteenkäytön aiheuttamia psyykkisiä ja fyysisiä haittoja. Potilaat usein aliarvioivat omaa alkoholin käytön määrää, varsinkin potilaat, jotka eivät vielä ole riippuvaisia alkoholista. Useiden eri hoitotyön menetelmien käyttäminen auttaa tunnistamaan alkoholiongelman. (Käypähoito 2011.)

Kerromme lyhyesti päihdeongelmaisten potilaiden hoidosta, mitä voidaan toteuttaa myös somaattisella osastolla. Somaattisilla osastoilla tarkoitetaan kaikkia muita paitsi psykiatria osastoja. Somaattisilla osastoilla hoidetaan fyysisiä sairauksia, ei mielenterveysongelmia. (Korkeamäki & Varjus 2006.) Potilaan hoito on kuitenkin aina kokonaisvaltaista ja siksi on tärkeää hoitaa myös potilaan mahdollista päihdeongelmaa. Päihdeongelman hoito somaattisella osastolla on kuitenkin pääasiassa päihdeongelman toteamista, hoitoon ohjausta muualle ja keskusteluapua. (Käypähoito 2011; Terveyskirjasto 2013.)

Kunnan tehtävänä on järjestää päihdehuoltolain (41/1986) mukaan päihdeongelmaiselle ja hänen omaisilleen riittävä ja asiallinen hoito. Terveysthuollolla on keskeinen asema päihdeongelman ehkäisyssä, varhaisessa havaitsemisessa ja hoidossa. Terveysthuollon ammattilaisten olisi tärkeää muistaa päihdeongelmien yleisyys ja pyrkiä havaitsemaan päihdeongelmat. (Käypähoito 2011.)

Päihdeongelmasta on tärkeä puhua avoimesti ja diagnosoinnin tärkein keino on keskustelu potilaan kanssa asiasta. Keskustelun tukena voi käyttää erilaisia kyselylomakkeita ja laboratoriomittareita. (Käypähoito 2011.) Yleisin käytössä oleva testi on WHO:n kehittämä AUDIT-testi (kts. liite3), jolla voidaan kartoittaa alkoholin riskijuomista ja varhaisia alkoholihaittoja. Sen tavoitteena on kartoittaa ne, joiden riskit alkoholiongelmaan ovat koholla. Tavoitteena ei ole pelkästään tunnistaa alkoholisteja, vaan tunnistaa myös ne, joille

alkoholin käyttö aiheuttaa ongelmia. Korkeat pisteet testissä kuitenkin viittaavat alkoholismiin. Testi on nopea tehdä, joten se soveltuu hyvin myös terveydenhuoltoon. (Päihdelinkki 2008.)

Päihdeongelmaiset eivät kuitenkaan aina saa heille parasta mahdollista hoitoa, koska ammattiauttajat saattavat kyynistyä päihdeongelmaisten motivaation puutteeseen omaa hoitoaan kohtaan. Motivaation puutteen takia päihdeongelmaiset herättävät usein turhautumisen ja turtumuksen tunteita hoitohenkilökunnassa. Neutraalinen asiallisuus on kuitenkin hyvä lähestymistapa päihdeongelmaisia hoidettaessa. Oma turhautuminen ei saa näkyä potilaalle. Tärkeintä on kohtaamisen aitous. Pahinta on jos potilas tuntee olonsa nöyryytetyksi tai halveksituksi. Hietalan (2013) tutkimuksen mukaan päihdeongelmaiset kokevat saavansa terveydenhuollosta apua moniin fyysisiin ongelmiin. Päihdeongelmaiset kuitenkin tutkimuksen mukaan aistivat herkästi ylimielisyyden, kyynisyyden ja tuomitsevuuden, jota joskus peitellään kaiken tietävyydellä. Hietalan mielestä ei ole tärkeintä yrittää väkisin ymmärtää potilasta vaan tarkkailla potilaita ja samalla tiedostaa omat tunteensa. (Hietala 2013.)

3.4 Potilaan oikeudet

Potilaan oikeudet ovat määritelty laissa ja niiden tehtävänä on varmistaa, että jokainen potilas saa hyvää hoitoa taustoista ja muista tekijöistä riippumatta. Potilaan oikeuksien rikkominen on vakava asia ja siitä voi seurata erilaisia jatkotoimenpiteitä. Potilaan kohtelu on määritelty potilaan oikeuksista olevassa laissa. Jokainen potilas tulee kohdata hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen eikä hänen ihmisarvoaan saa loukata. Ketään potilasta ei saa syrjiä hänen iän, terveydentilan tai vammaisuuden perusteella. Vain lääketieteelliset syyt saavat vaikuttaa potilaan hoitoon. Potilaan hoito on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä, että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Ihmisarvon kunnioittaminen nousee tärkeään asemaan potilaan oikeuksissa. Jokaista potilasta tulisi kohdella henkilökohtaisesti yksilönä eikä ajatella, että potilas olisi vain numero tai objekti. Jos potilasta kohdellaan objektina, voi se merkitä henkistä kuolemaa vaikka potilas ruumiillisesti toipuisikin. Ihmisarvo joutuu usein yhteiskunnassa kyseenalaiseksi ja ihmiset arvostelevat ja kohtelevat ihmisiä eri tavalla esimerkiksi heidän varallisuutensa mukaan. Terveystieteissä on kuitenkin laissa määritelty, että kaikki potilaat ovat samassa asemassa ja ansaitsevat kaikki yhtäläillä parasta hoitoa taustoistaan riippumatta. (Poikkimäki 2004.)

3.5 Potilaan kohtaaminen

Potilaan hoidollista kohtaamista ohjaavat eettiset ohjeet. Potilaan kohtaamiseen vaikuttavat jo lapsuudessa opitut kanssakäymisen taidot. Vuorovaikutusta voi kuitenkin harjoitella ja siinä on mahdollisuus kehittyä. Läsnäolo ja yhteyden muodostaminen potilaaseen ovat tärkeitä asioita potilaan kohtaamisessa. Potilaan kohtaamiseen vaikuttaa se, miten hoitaja suhtautuu itseensä, eli miten hoitaja sanoo sanan minä. Minän voi sanoa usealla tavalla, negatiivisia tapoja ovat esimerkiksi, itsekeskeisesti, käskien, äänekkäästi, kylmästi, toisia kuuntelematta, tunteettomasti, torjuen ja rutiininomaisesti. Minän voi ilmaista myös positiivisesti esimerkiksi muut huomioiden, tilaa antaen, toista rohkaisten, läsnäolevasti, tukien ja hiljaisesti. (Haho 2009.)

Yksityisyyden kunnioitus on tärkeää potilasta kohdattaessa. Jokainen potilas tulee kohdata yksilöllisesti ja kunnioittavasti. Kohtaamisen on tärkeää herättää turvallisuuden tunteen ja olla luottamuksellinen. Kohtaamisesta tulee välittyä ainutkertaisuus ja kiireettömyys ja aito läsnäolo. Ennakoasenteet eri potilasryhmiä kohtaan on tärkeä tunnistaa jo etukäteen, eikä niiden saa antaa vaikuttaa potilaan kohtaamiseen. Kohtaamisen on oltava ammattimaista ja tavoitteellista ja perustua hoitotyön arvoihin ja niitä ohjaaviin lakeihin. (Vihervä & Äijänen 2013.)

Läsnäolo ja vuorovaikutus ovat avainasemassa kun potilasta kohdataan. Potilas tulee kohdata kunnioittavasti ja arvokkaasti. Jotta hoitaja pystyy työskentelemään eettisesti, on hänen oltava tietoinen myös omista voimavaroistaan. Eettiseen työskentelyyn kuuluu myös se, että hoitajalla on riittävästi tietoa ja valmiuksia pohdiskella ja kyseenalaistaa asioiden eettisyyttä. Kaiken potilastyön täytyy kestää myös toisten kyseenalaistamista ja hoitajalla täytyy olla valmiuksia pohtia oman työnsä eettisyyttä niin ammatillisesti kuin yhteiskunnallisestikin. (Pikivirta 2012.)

Potilaan kohtaamisen taustalla ovat kuitenkin hoitajan ja potilaan molempien omat taustat eli elämänkokemus, koulutuksen ja sosiaalisen ympäristön muokkaamat arvot ja asenteet. Hoitotyö on usein myös tunteita herättävää. Ammatillinen kohtaaminen on vaikeampaa, jos hoitaja samaistuu potilaan tilanteeseen liikaa. Empatia on kuitenkin tärkeä hoitajan ominaisuus, mutta on tärkeää tiedostaa milloin suhtautuu potilaaseen liian tunteellisesti. (Hirvonen & Rutanen 2009.)

Hoitajien on tärkeää selvittää oma suhtautuminen päihdeongelmaisiin ennen potilaan kohtaamista. Hoitajan sääli tai ”minä tiedän, mikä sinulle on parasta asenne ” ei saa aikaan oikeanlaista ilmapiiriä. Hoitaja ei saa myöskään korostaa omaa rooliaan tai persoonallisuuttaan eikä pelotella, uhkailla tai liioitella asioita. Hoitohenkilökunta edustaa aina ympäröivää yhteiskuntaa ja organisaatioita, joten hoitajan oma suhtautuminen potilaaseen näyttää myös yhteiskunnan suhtautumisena. (Koukkari Ryhmähoidon perusteet.)

Ammatilliseen kohtamiseen vaikuttaa se, miten sairaanhoitaja suhtautuu potilaaseen. Potilaiden oikeuksiin kuuluu tasavertainen kohtelu ja siksi kaikkiin potilasryhmiin tulee suhtautua ammatillisesti. Huonoon ammatilliseen kohtamiseen vaikuttaa sairaanhoitajan tiedonpuute. Siksi onkin erittäin tärkeää ottaa selvää siitä potilasryhmästä jota hoitaa, ettei tule vääriä ennakkoluuloja potilaita kohtaan. Myös ymmärryksen, säälin ja häpeän puute vaikuttavat huonoon ammatilliseen kohtamiseen. (Rintasaari & Walling 2013.) Hoitajan on suhtauduttava jokaiseen potilasryhmään, hänen ammattitaitonsa vaatimalla tasolla. Ammatillisen kohtamisen kasvuun vaikuttaa myös hoitajan omat ominaisuudet. Erityisen tärkeitä ominaisuuksia ovat työkavereiden arvostaminen ja kunnioittaminen ja myös kyky

tunnistaa omat heikkoutensa ja vahvuutensa. (Porras 2008.) Vuoden 2009 päihdesairaanhoidajaksi valittu Minna-Maria Behm kertoo, että sairaanhoitajan tunteilla värittänyt suhtautuminen päihteisiin saattaa aiheuttaa ongelmia päihteiden käytön käsittelyssä potilaan kanssa. (Kallio 2009.)

Ammatillisen kohtaamisen rakentumiseen vaikuttaa myös hoitajalla itsellään olevat arvot ja asenteet. Fishbein ja Ajzen (1975) mukaan asenteilla tarkoitetaan sosiaalipsykologista käsitettä ja käyttäytymiseen vaikuttavia positiivisia tai negatiivisia tunteita, uskomuksia ja aikomuksia. Asenteet ovat taipumuksia ajatella, tuntea ja käyttäytyä jotakin ryhmää kohtaan tietyllä tavalla. Asenteet eivät ole syntyessään negatiivisia tai positiivisia vaan ne syntyvät omien kokemusten kautta. Siihen liittyvät elämäkokemukset, arvomaailma ja ympäröivä kulttuuri. (Simpura 2011.) Asenteiden ei kuitenkaan pitäisi antaa näkyä ja vaikuttaa omaan työnkuvaan, mutta ne ovat silti taustalla. Ne on tärkeä tiedostaa, jotta voisi sitä kautta vaikuttaa omaan ammatilliseen kohtaamiseen. Sairaanhoitajan työtä ohjaavat eettiset arvot ja ne ovat tärkeinä tekijöinä ammatillisen kohtaamisen rakentamisessa. (Hirvonen & Rutanen 2009.)

Potilaan kohtaamiseen vaikuttaa myös se miten hänen omaisensa kohdataan. Potilaan hoitoa pitää ajatella kokonaisvaltaisesti ja siksi hoitoon kuuluu myös tärkeinä osatekijöinä potilaan omaiset. Nykyään on paljon vaikeampi määritellä, ketkä lasketaan potilaan omaisiksi. Olisikin tärkeää, jos potilaalta itseltään kysyttäisiin ketkä hän kokee itselleen tärkeiksi henkilöiksi ja ne ihmiset otettaisiin mukaan osaksi potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Ensikohtaaminen omaisten kanssa on tärkeä. Jos kohtaamisesta välittyy negatiivinen mielikuva, voi sitä myöhemmässä vaiheessa olla vaikea muuttaa positiiviseksi. Omaiset kokevat usein jäävänsä hoidossa ulkopuolisiksi ja vaille tietoa. He kokevat myös, että tarvitsisivat hoitajilta enemmän emotionaalista tukea. Omaisten ottaminen mukaan hoitoon tukee potilaan toipumista ja olisikin tärkeää, että omaiset olisivat myös keskeisessä asemassa potilaan hoidossa. (Vesala 2012.)

3.6 Päihdeongelmaisen potilaan kohtaaminen somaattisella osastolla

Somaattiselle osastolle tulevat potilaat ovat hoidossa jonkin fyysisen sairauden vuoksi. Heidän päihdeongelmansa ei ole hoitoon tulon syy. Päihdeongelma tulee kuitenkin huomioida, mutta se aiheuttaa lisätyötä somaattisella osastolla. Somaattisella osastolla päihdeongelmaisten hoito on pääasiassa riskien ja haittojen tunnistamista ja ehkäisyä. Somaattisella osastolla ei ehditä kuitenkaan puuttumaan päihdeongelmaan kattavasti. Ongelmina ovat kiire, lyhyet hoitokontaktit, toimintaohjeiden ja tiedon puute, taito ottaa asiaa puheeksi ja hoitajien asenteet, pelot ja epävarmuus. Päihdeongelmaisen varhainen tunnistaminen on tärkeää. Riskikäytön merkkejä ovat hoitoon tulo päihtyneenä, aikaisemmat sairauskertomukset, runsaat päivystyskäynnit, päihteiden käyttöön liittyvät fyysiset sairaudet, AUDIT-testin tulos, erilaisten laboratorio kokeiden tulokset ja rattijuopumus. (Joukanen 2011.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM 2006:65) on määrittänyt vielä erillisiä ohjeita päihdeongelmaisen potilaan kohtaamiseen, jotta heidän hoitonsa olisi yhdenmukaisempaa ja selvempää. Asiakkaan hoidon tulee olla asianmukaista ja potilasta kunnioittavaa vaikka potilas olisi hoitoon tullessaan päihtynyt. Jotta hoitaja voisi kohdata päihdeongelmaisen potilaan arvokkaasti, täytyy hänellä olla riittävästi tietoa päihteistä. Hänellä täytyy myös olla riittävästi empatiaa ja hänen tulee suhtautua potilaaseen rauhallisesti ja asiallisesti. Hoitajan hyvät vuorovaikutustaidot vaikuttavat hoidon tulokseen. Omia vuorovaikutustaitojaan onkin hyvä jatkuvasti arvioida ja kehittää. (Simpura 2011.)

Päihdeongelmaisen potilaan hoidossa on hoitajan rohkeasti pystyttävä keskustelemaan päihteiden käytöstä. Keskustelu on kuitenkin aloitettava hienotunteisesti, mutta päättävästi. Ennen keskustelua hoitajan on kuitenkin varmistettava, että hänellä on riittävästi tietoa päihdeongelmien oireista ja ilmenemismuodoista. (Simpura 2011.) Varmin tapa tunnistaa päihdeongelmainen potilas on kysyä potilaalta itseltään hänen päihteiden käytöstä. Päihteiden käyttö vaikuttaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen terveyteen, joten on tärkeää hoitaa päihteiden käyttäjiä kokonaisvaltaisesti. Monet päihteiden käyttäjien fyysiset

ongelmat saattavat johtua päihteistä. Somaattisille osastoille tullessa päihdeongelmainen tulee yleensä fyysisen vaivan vuoksi. On kuitenkin tärkeää huomioida potilaan päihdeongelma ja kartoittaa potilaan elämäntavat. Varhainen puuttuminen on päihdeongelmissa ensisijaisen tärkeää. Päihdeongelmiin puuttuminen on sekä inhimillisesti että taloudellisesti kannattavaa. (Holmberg 2010; Suokas 2005.)

Päihdeongelmainen saattaa hakeutua fyysisten vaivojen vuoksi hoitoon, koska se on helpompaa, mutta taustalla voi olla toive, että saisi apua myös päihdeongelmaan. Päihdeongelmainen ei välttämättä itse pysty tai halua ilmaista omaa päihdeongelmaa, siksi onkin tärkeää, että hoitaja osaisi tunnistaa päihdeongelmaisen ja pystyisi keskustelemaan päihdeongelmasta potilaan kanssa. Rauhallinen ja asiallinen kohtaaminen ovat tärkeitä päihdeongelmaisia potilaita hoidettaessa. Myös päihdeongelmaiset aistivat herkästi negatiivisen suhtautumisen ja ilmapiirin. Epäasiallinen ja halveksuva käytös voi provosoida päihdeongelmaisia käyttäytymään aggressiivisesti. (Holmberg 2010.)

Englantilaisessa tutkimuksessa (Peckover & Chidlaw) kävi ilmi, että hoitohenkilökunta ei ole valmistautunut riittävästi hoitamaan potilaita, jotka ovat päihteiden sekakäyttäjiä. Ongelmana oli että hoitajat kokivat, ettei heillä ollut riittävästi kokemusta ja tietoa tästä potilasryhmästä. (Peckover & Chidlaw 2007.) Monissa tutkimuksissa on noussut esiin, että hoitohenkilökunnalla on kielteinen näkemys päihteiden käyttäjiin ja he ovat vastahakoisia työskentelemään heidän kanssaan. Syyinä olivat muun muassa motivaation puute ja työperäiset pakotteet. (Grace 2009.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvantitatiivinen menetelmä

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä menetelmässä havaintoyksiköiden määrä on laaja. Yleensä tavoitteena olisi, että havaintoyksiköitä olisi vähintään 100. Tutkimuksesta saatu aineisto tarkastellaan numeerisesti. Kerätty aineisto voi olla alun perin numeerinen tai laadullinen, mutta tutkija muuttaa sen numeeriseen muotoon ryhmittelemällä. Tutkimusmittareina käytetään kysely-, haastattelu- ja havainnointilomakkeita. Myös erilaiset rekisterit käyvät aineistoksi. (Vilka 2007.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen tulokset kuvataan joko graafisesti, numeerisesti tai sanallisesti. Tutkija valitsee näistä esittämistavoista sopivan, mutta tutkimustuloksia ei saa tietoisesti esittää niin, että lukija voisi saada väärän kuvan tuloksista. Erilaiset taulukot ja kuviot selkeyttävät tuloksia ja niitä on hyvä käyttää ainakin tutkimuksen keskeisimpien tulosten esittämiseen. Kuvaajat eivät kuitenkaan yksinään riitä esittämään tuloksia, joten niitä tulee avata myös sanallisesti. (Vilka 2007.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa objektiivisuus saavutetaan, koska tutkija on erillään tutkittavasta kohteesta. Tutkimuskohdetta katsotaan puolueettoman ulkopuolisen silmin. Tutkijan täytyy tarkastella lähteitä ja aineistoa kriittisesti. Aineistossa esitettävät kysymykset täytyy pohjautua teoriaan. Aineiston laajuuden takia, tutkimustulokset voidaan yleistää suurempiin joukkoihin. (Vilka 2007.)

Teimme opinnäytetyömme kvantitatiivisella menetelmällä. Toteutimme opinnäytetyömme aineistonkeruun kyselylomakkeilla. Kyselylomakkeet lähetettiin kolmelle eri osastolle ja kohdejoukkomme oli noin 60 hoitajaa. Kyseisillä osastoilla hoidetaan erilaisia sisätauteja, esimerkiksi diabetesta, reumaa, munuaistauteja ja laskimotukoksia. Valitsimme kvantitatiivisen menetelmän, koska halusimme saada mahdollisimman laajan aineiston. Halusimme myös, että tutkimustulokset olisivat mahdollisesti myös yleistettävissä ja siksi

tarvitsimme suuren otoksen, mikä ei kvalitatiivisella menetelmällä olisi mahdollista. Suhtautumista on myös vaikea tutkia ja halusimme, että aineisto saataisiin mahdollisimman objektiivisesti jolloin kyselylomake sopi siihen tarkoitukseen. Kyselylomakkeen avulla katsoimme saavamme kattavat vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Aineiston analysoimme SPSS- ohjelman avulla. Kyselomakkeessamme on myös muutama avoin kysymys, jotka analysoimme sisällön analyysillä.

4.2 Aineiston analyysi

Analysoimme aineiston syöttämällä kyselylomakkeessa olleet väittämät SPSS -ohjelmaan. SPSS lyhenne tulee sanoista Statistical Package for Social Sciences. SPSS- ohjelmaa käytetään yleisesti hoitotieteellisten kvantitatiivisten aineistojen analysoinnissa. Kyselylomakkeeseemme olimme valinneet pääsääntöisesti Likertin asteikon. Aineisto oli helppo syöttää ohjelmaan, koska vastauksilla oli jo numeeriset arvot. Kyselyssä oli myös joitain kysymyksiä, missä oli erilaisia vaihtoehtoja mistä valita. Kyselylomakkeessamme oli myös kuusi avointa kysymystä. Halusimme muutaman avoimen kysymyksen, koska suhtautumista on vaikea tutkia ja koimme avointen kysymysten täydentävän muita vastauksia. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysillä. Sisällön analyysissä ryhmitellään vastauksien alkuperäisilmaisut ja muodostetaan teoreettisia pääluokkia vastauksissa olevien ominaisuuksien mukaan. Sen jälkeen lasketaan kuinka moni vastaajista mainitsi saman asian.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyömme aihe lähti omasta kiinnostuksestamme aihetta kohtaan. Ehdotimme aihetta opettajalle ja aiheemme hyväksyttiin. Myös työelämäyhteisö lähti mielellään mukaan aiheeseen. Aloitimme opinnäytetyöprosessin lukemalla aikaisempia tutkimuksia aiheeseen liittyen ja keräämällä lähteitä, joita voisimme käyttää. Teimme suunnitelmaa opinnäytetyöstä ja aloitimme teorian kirjoittamisen. Kävimme opinnäytetyön ohjauksissa ja korjasimme teoriaa. Teorian pohjalta laadimme kyselylomakkeet. Kun olimme saaneet teoriaa riittävästi ja luonnoksen kyselylomakkeesta, haimme tutkimuslupaa. Luvan saatuaamme aloimme suunnitella kyselyjen vientiä osastoille.

Aineistonkeruumenetelmänä käytimme kyselylomaketta. Kyselyn toteutus sovittiin osastonhoitajien kanssa. Sovimme, että toimitamme kyselyt jokaiselle osastolle ja laitamme mukaan saatekirjeen lisäksi vielä yhteisen viestin osastolle, jossa kerromme hieman opinnäytetyöstä. Lomakkeet olivat osastoilla kahden viikon ajan. Kyselyt toimitettiin paperiversiona ja ne palautettiin sovittuun laatikkoon. Kyselyyn saivat vastata kaikki osastolla työskentelevät hoitajat. Veimme kyselyt kolmelle eri osastolle, 30 kappaletta kullekin osastolle. Kyselylomakkeita oli yhteensä 90, joista takaisin saimme 35.

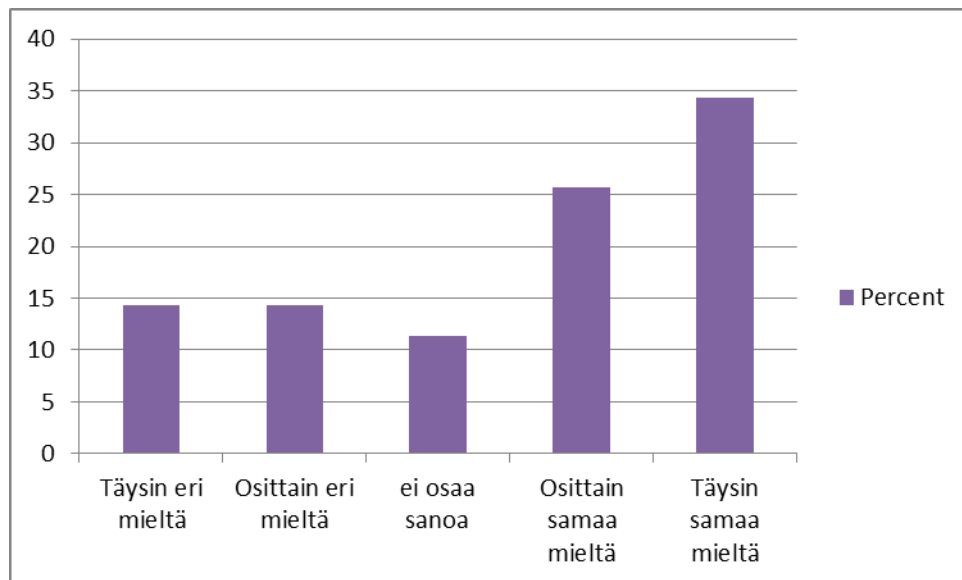
Kyselylomake sisälsi 35 kysymystä, joissa osassa oli vastausvaihtoehdot ja osa oli avoimia kysymyksiä. Suurin osa kysymyksistä oli Likertin järjestysasteikolla, jossa ääri vaihtoehtoina olivat ”täysin eri mieltä” ja ”täysin samaa mieltä”. Aineiston käsittelimme SPSS-ohjelmalla ja avoimet kysymykset sisällön analyysillä. Kun olimme syöttäneet aineiston SPSS-ohjelmaan, aloitimme vastausten analysoinnin. Teimme Excelin avulla erilaisia kuvaajia tuloksista. Analysoinnin jälkeen aloimme tehdä johtopäätöksiä tuloksista. Vertasimme saamiamme tuloksia aikaisempiin tutkimuksiin. Johtopäätösten avulla saimme myös joitakin kehittämisideoita aiheeseen.

Opinnäytetyöprosessin ajan olemme käyneet säännöllisesti opettajan ohjauksessa ja korjanneet opinnäytetyötämme. Lähetämme valmiin version opinnäytetyöstä osastolle, jonka jälkeen esitämme opinnäytetyömme osastotunnilla. Esitämme työmme myös seminaarissa. TAMK tutkii ja kehittää päivässä työstämme on esillä posterit, johon on koottu työmme tärkeimmät tulokset. Opinnäytetyöprosessiin on kuulunut myös ideaseminaari ja käsikirjoitusseminaari.

6 TULOKSET

6.1 Vastaajien esitiedot ja päihdeongelmaisen potilaan tunnistaminen

Ensin kysyimme kyselyssä taustatietoja vastaajista. Ikäjakaumassa 40 % vastaajista oli 26-35-vuotiaita, 22,9% vastaajista oli 36-45-vuotiaita, vähiten vastaajia oli 18-25-vuotiaissa 5,7% ja loput 41,4% jakautuivat tasaisesti yli 45-vuotiaisiin. Kysyimme vastaajien työvuosia hoitoalalla. Yli puolet vastaajista oli työskennellyt yli 10 vuotta alalla, 2,9 % oli työskennellyt alle vuoden, 31,4 % oli työskennellyt 1-5 vuotta ja 14,3% 6-10-vuotta. Kaikki vastaajat ovat olleet mukana päihdeongelmaisen potilaan hoidossa. Kysyimme onko suvussa/ lähipiirissä ollut ongelmia alkoholin käytössä. Vastaukset näkyvät kuviossa 1.



KUVIO 1. Onko suvussasi/lähipiirissäsi ollut ongelmia alkoholin käytössä?

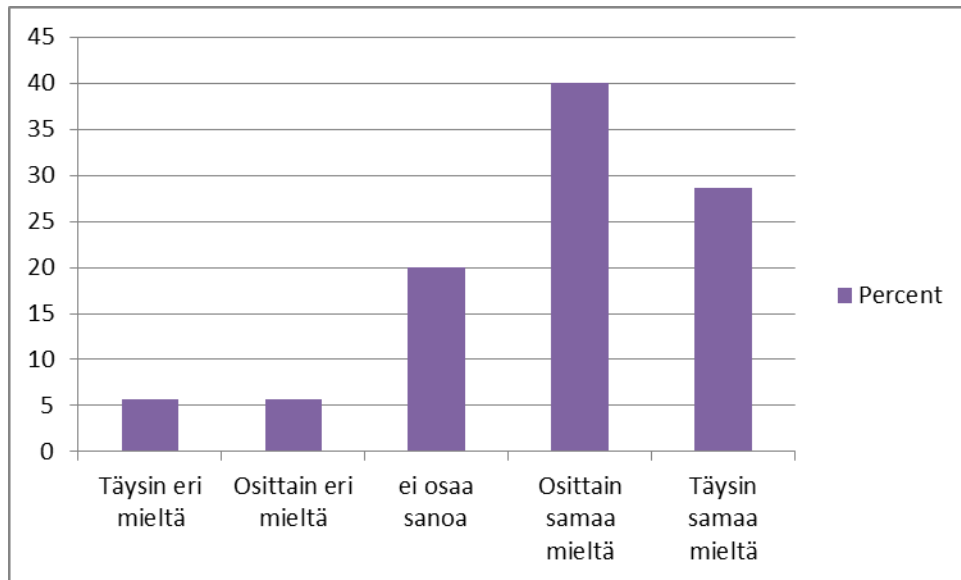
Kysyimme myös onko suvussa/lähipiirissä esiintynyt sekakäyttöä tai huumeiden käyttöä. Suurin osa vastaajista (71,4 %) ilmoitti, ettei ole esiintynyt. Loput vastauksista jakautuivat tasaisesti. Kysyimme vastaajien omasta alkoholin käytöstä. Suurin osa vastasi käyttävänsä alkoholia harvoin tai joskus, vain yksi vastaaja ilmoitti käyttävänsä alkoholia usein ja kaksi ei koskaan.

Avoimeen kysymykseen, miten määrittelisit päihdeongelmaisen potilaan omin sanoin, vastasi 31/35 vastaajasta. 35 % vastanneista kuvaili päihdeongelmaisen päihteiden käytön olevan joka päiväistä ja vaikuttavan arjessa selviytymiseen. 29 % kuvaili päihdeongelmaisen olevan riippuvainen jostain päihteestä. 10 % mainitsi yleisimmäksi päihteiden käytön yhdistelmäksi alkoholin ja lääkeriippuvuuden. 6 % kuvaili päihdeongelmaiset alkoholisteiksi. 10 % mainitsi päihdeongelmaisilla olevan monia ongelmia elämässä, jotka ovat kasaantuneet. 10 % mainitsi myös päihdeongelman aiheuttavan haittaa fyysiselle ja psyykkiselle terveydelle, sekä lähipiirille. 10 % kuvaili, ettei päihdeongelmainen pysty itse lopettamaan päihteiden käyttöä ja sama määrä kuvaili päihteidenkäytön olevan hallitsematonta. Muita esiin nousseita määritelmiä olivat AUDIT-tulos peruste ja mahdollisesti haastava oma potilas ryhmä.

Avoimeen kysymykseen, miten kuvailisit omilla sanoilla tyypillistä päihdeongelmaista potilasta, vastasi 30/35 vastaajista. 17 % vastaajista kuvaili päihdeongelmaiset syrjäytyneiksi. 13 % vastasi, ettei ole tyypillistä päihdeongelmaista potilasta, vaan jokainen on erilainen. 13 % kertoi päihdeongelmaisilla olevan myös mielenterveysongelmia. 13 % kuvaili, että päihdeongelmaisilla ongelmat ovat kasaantuneet. 7 % kuvaili hygieniassa ilmenevän puutteita. 7 % kuvaili tyypillisen päihdeongelmaisen olevan iäkäs mies, joka on juonut pitkään ja juo usein. 13 % ilmoitti tyypillisimmäksi päihteeksi alkoholin ja 7 % sekakäytön. Tyypillisimpiä kuvaavia adjektiiveja olivat levoton (17 %), arvaamaton (10 %), kärsimätön (7 %) ja itsekäs (7 %). Muita adjektiiveja olivat epävakaa, ahdistunut, sekava, herkkä, harhainen, vahdittava ja sulkeutunut. Tyypillistä päihdeongelmaista kuvailtiin myös, ettei hän itse tunnista päihdeongelmaa, salailee päihteidenkäytön määrää, eikä halua parantua.

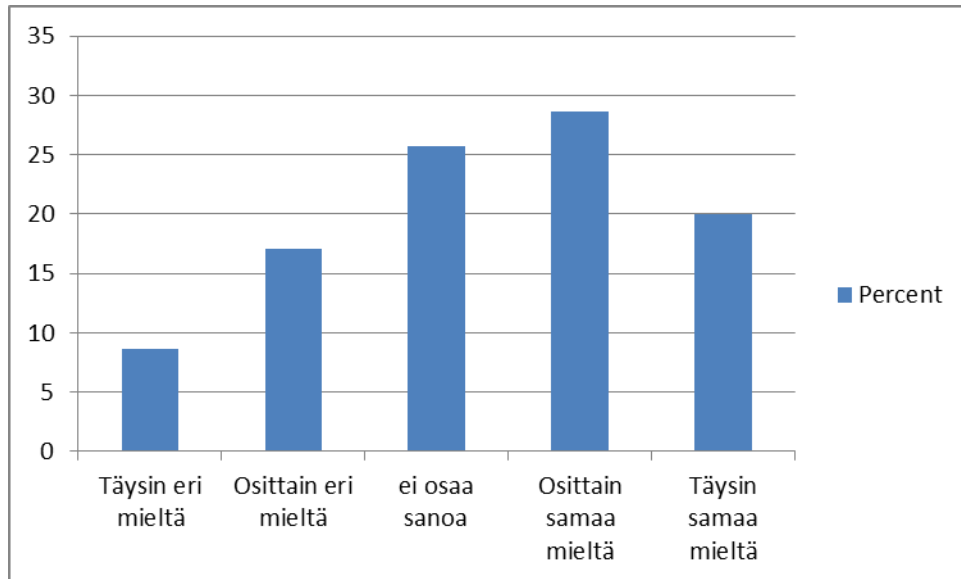
6.2 Hoitajien oma suhtautuminen päihdeongelmaisiin potilaisiin

Kysyimme turhauttavatko potilaat, jotka joutuvat toistuvasti hoitoon päihteistä aiheutuvien fyysisten ongelmien vuoksi. Suurin osa vastaajista oli osittain tai täysin samaa mieltä (Kuvio 2).



KUVIO 2. Turhauttavatko sinua potilaat, jotka joutuvat toistuvasti hoitoon päihteistä aiheutuvien fyysisten ongelmien takia?

Kysyimme hoitajien mielipidettä siitä, tarvitseeko päihteistä aiheutuvien fyysisten ongelmien takia hoitoon tullut potilas, myös henkistä tukea/apua päihdeongelmaan. Suurin osa vastaajista oli täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä ja loput eivät osanneet sanoa. Kysyimme hoitajien mielipidettä onko päihteistä aiheutuvat ongelmat itse aiheutettuja. Lähes puolet vastaajista oli osittain samaa mieltä, vain 8,6 % vastaajista oli täysin tai osittain eri mieltä. Kysyimme onko vastaajalla ollut negatiivista suhtautumista päihdeongelmaisiin potilaisiin (Kuvio 3).



KUVIO 3. Onko sinulla ollut negatiivista suhtautumista päihdeongelmaisia potilaita kohtaan?

Kysyimme onko negatiivista suhtautumista erityisesti jotain tiettyä päihdeidenkäyttäjä ryhmää kohtaan. 74,3 % vastasi kysymykseen ei. Mikäli vastaus oli kyllä, niin vastaajilla oli mahdollisuus kertoa omin sanoin, mikä ryhmä herätti erityisesti negatiivista suhtautumista. 33 % kertoi, että IV-huumeiden käyttäjät herättävät eniten negatiivista suhtautumista. 44 % vastasi huumeiden käyttäjien herättävän negatiivista suhtautumista, syynä oli mainittu esimerkiksi arvaamattomuus. 11,5 % vastasi, että ”vanhat huonosti käyttäytyvät juopot” ja 11,5 % vastasi varsinkin nuoret huumeriippuvaiset sekakäyttäjät.

Kysyimme onko päihdeongelmaisen potilaan hoitaminen vaikeaa. 60 % vastaajista oli osittain ja täysin samaa mieltä. 22,9 % vastaajista ei osannut sanoa ja vain 2,9 % oli täysin eri mieltä. Kysyimme kohteleeiko vastaaja mielestään päihdeongelmaisia potilaita tasa-arvoisesti muiden potilaiden kanssa. 77,1 % vastaajista oli osittain tai täysin samaa mieltä. 11,5 % oli osittain tai täysin eri mieltä.

Avoimeen kysymykseen, miten kuvaat omaa suhtautumistasi päihdeongelmaisia potilaita kohtaan, vastasi 30/35. 20 % vastaajista ilmoitti, että päihdeongelmaiset ovat potilaita siinä missä muutkin ja heitä hoidetaan samalla tavalla, kuin muita potilaita.

Potilaita siinä missä muutkin, he erityisesti tarvitsevat positiivisen hoitokokemuksen, sekä ihmisarvoisen kohtelun osalleen, koskaan ei sovi menettää toivoa ja uskoa, että pääsisivät irti aineista.

Pidän omat tunteeni ja ajatukseni irrallaan potilaan hoidosta. Jokaista hoidan samalla lailla, ehkä suhtautumiseni näyttäytyy harkitsevampana ja varovaisempana lähestymisenä.

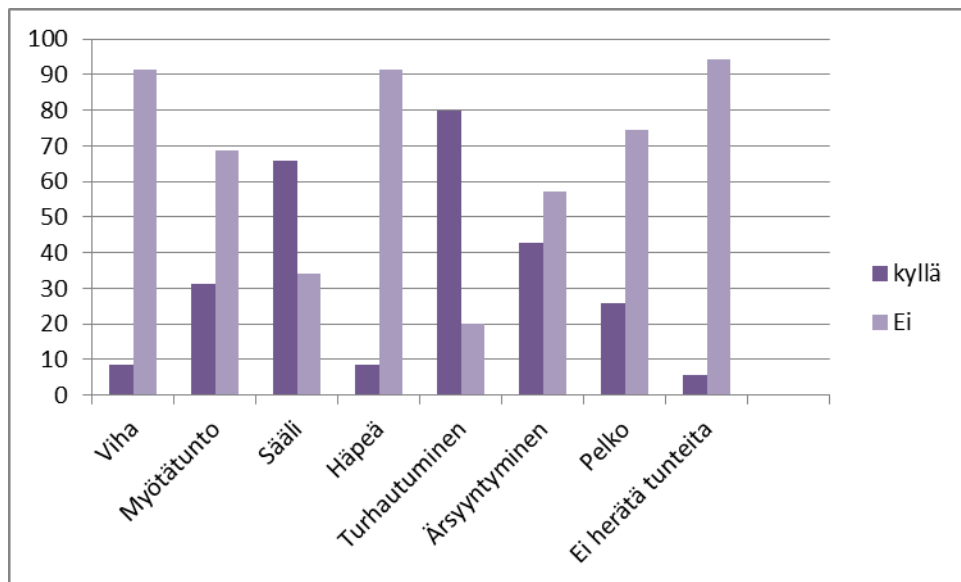
Vastaajista 20 % kertoi suhtautumisensa olevan turhautunut. Tähän vaikutti esimerkiksi se, että samat potilaat ovat toistuvasti samasta syystä hoidossa.

Työ työnä, välillä turhautuu, kun samat potilaat usein/toistuvasti samasta syystä osastolla.

Muita tunteita olivat varuillaan olo (17 %), ennakkoluuloisuus (7 %) ja asiallinen (7 %). Lisäksi suhtautumista kuvailtiin rutinoituneeksi, avoimeksi, epäileväksi, ahdistuneeksi, kyllästyneeksi, neutraaliksi, jämäkäksi, sääliväksi, vihaiseksi ja huolestuneeksi. Osa vastaajista ilmoitti miettivänsä mistä päihdeongelma voisi johtua, monet kokivat myös hoitokeinojen riittämättömyyttä. Muutama vastaajista kertoi, ettei pysty samaistumaan päihdeongelmaisiin, mutta pyrkii silti kuuntelemaan, ymmärtämään ja antamaan tukea.

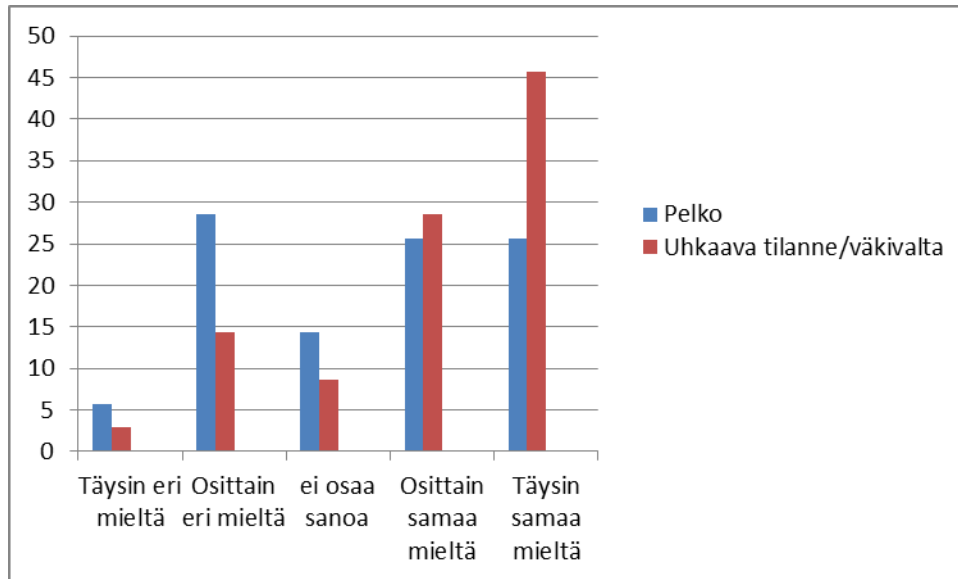
6.3 Päihdeongelmaisten herättämät tunnetilat

Kysyimme tunnistaivatko vastaajat itsessään joitakin näistä tunnetiloista (viha, myötätunto, sääli, häpeä, turhautuminen, ärsyntyminen, pelko, ei herätä tunteita). Vastauksia sai valita useita. Eniten vastaajat tunsivat turhautumista ja sääliä ja vähiten vihaa, häpeää ja ei herättänyt mitään tunteita (Kuvio 4). Vastaajat saivat myös itse kertoa, jos heille heräsi jokin muu tunne, kuin luettelossa. Muita tunteita oli voimattomuus, auttamisenhalu, halu tarjota päihdepalveluita, huoli ja kyvyttömyys.



KUVIO 4. Tunnistatko itsessäsi jotain näistä tunnetiloista, kun hoidat päihdeongelmaista potilasta?

Kysyimme ovatko vastaajat tunteneet pelkoa hoitaessaan päihdeongelmaista potilasta. Lisäksi kysyimme onko vastaaja joutunut uhkaavaan tilanteeseen/ kokenut väkivaltaa hoitaessaan päihdeongelmaista potilasta. Yhdistimme näiden kahden kysymyksen tulokset samaan kuvioon (Kuvio 5).



KUVIO 5. Oletko tuntenut pelkoa hoitaessasi päihdeongelmaista potilasta? & Oletko joutunut uhkaavaan tilanteeseen/kokenut väkivaltaa päihdeongelmaisen potilaan hoidossa?

6.4 Positiiviset ja negatiiviset persoonallisuuden piirteet

Avoimeen kysymykseen, millaiset persoonallisuuden piirteet mielestäsi edistävät työskentelyä päihdeongelmaisen potilaan hoidossa, vastasi 30/35. Yleisimmät vastaukset olivat empaattisuus (30 %), jämäkkyys (27 %), rauhallisuus (27 %) ja kärsivällisyys (23 %). Muita yleisiä olivat avoimuus (20 %), suvaitsevaisuus (10 %), ystävällisyys (7 %) ja ymmärtäväisyys (7 %). Muita mainittuja olivat kylmäpäisyys, huumorintaju, sympatia, rajoittaminen, suunnitelmallisuus ja asiallisuus. Muutama kuvaili tärkeäksi aidon halun auttaa ja kohdata potilaan ongelmat. 3 % vastasi, että jokaisen oma persoona vaikuttaa, mutta kyse on enemmänkin ammattitaidosta.

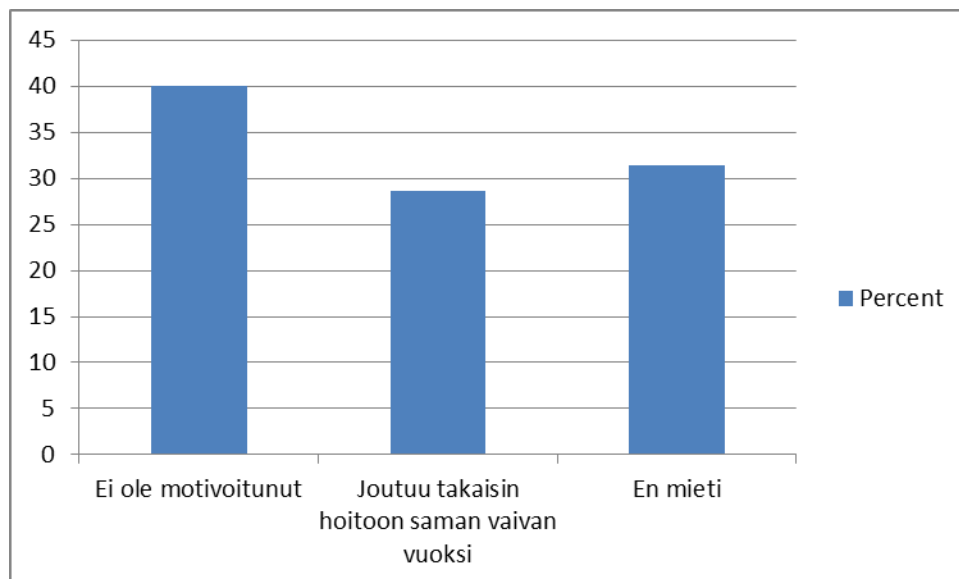
Avoimeen kysymykseen, millaiset persoonallisuuden piirteet mielestäsi haittaavat työskentelyä päihdeongelmaisen potilaan hoidossa, vastasi 28/35. Yleisimmät vastaukset olivat tuomitseminen (18 %), pelokkuus (18 %), äkkipikaisuus (14 %), negatiivinen suhtautuminen (14 %), syyllistäminen (11 %), lyhyt pinna (11 %) ja empatian puute (11 %). Muita yleisiä olivat ennakkoluuloisuus, naivius, ylimielisyys, kärsimättömyys ja

suvaitsemattomuus. Muita mainittuja olivat sääli, herkkyys, kiltteys, kyynisyys, epäluotettavuus, viha, liiallinen positiivisuus, moralisoiminen ja oma päihdeongelma.

6.5 Lääkitys ja hoito

Kysyimme vastaajilta epäilevätkö he päihdeongelmaisen potilaan motiiveja, kun hän pyytää PKV lääkkeitä. Kaksi vastaajaa jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Noin 75 % oli täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä, kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä. Kysyimme myös onko päihdeongelmaisen potilaan kipulääkityksen/lääkityksen arvioiminen haasteellisempaa, kuin muiden potilaiden. Noin 85 % vastaajista oli täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä.

Kysyimme miettivätkö vastaajat joskus onko päihdeongelmaisten potilaiden fyysisten vaivojen hoito turhaa. Vastaus vaihtoehtoina olivat, koska potilas A) ei ole motivoitunut B) joutuu kohta takaisin hoitoon saman vaivan vuoksi ja C) en mieti (Kuvio 6).

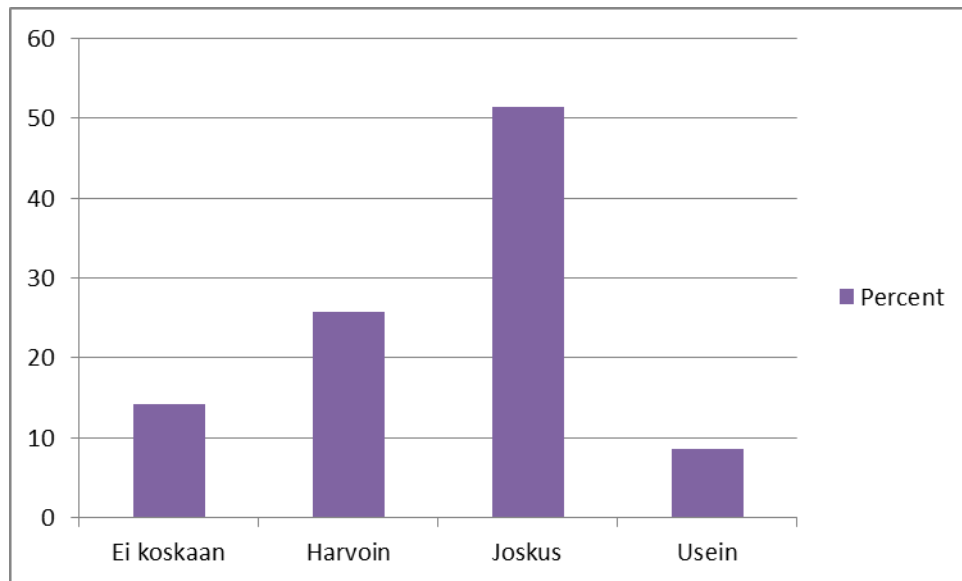


KUVIO 6. Mietitkö joskus, että päihdeongelmaisten potilaiden fyysisten vaivojen hoito on turhaa, koska potilas...

Selvitimme onko potilaan päihdeongelma vaikuttanut hänen saamaansa hoitoon. 37,1 % vastaajista ei osannut sanoa, 40 % jakautui osittain samaa mieltä ja täysin samaa mieltä välille, 22,9 % jakautui osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä välille.

6.6 Koulutus ja AUDIT

Selvitimme ovatko hoitajat saaneet riittävästi koulutusta päihdeongelmaisen potilaan hoitamisesta. 22,8 % vastaajista oli sitä mieltä, että koulutusta ei ole riittävästi. 34,3 % vastaajista ei osannut sanoa. 8,6 % oli täysin eri mieltä ja 34,3 % osittain eri mieltä. Kysyimme vastaajilta kuinka usein he tekevät AUDIT-testejä kyseisillä osastoilla. Yli puolet vastaajista vastasi tekevänsä joskus (Kuvio 7).



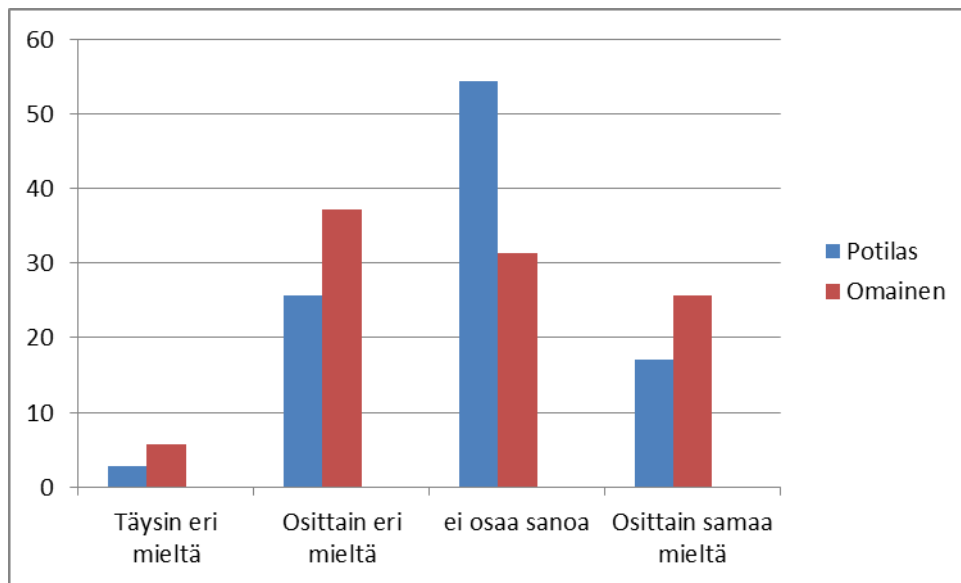
KUVIO 7. Oletko tehnyt osastollanne AUDIT-testejä?

Seuraavaksi kysyimme tehdäänkö AUDIT-testejä kyseisillä osastoilla riittävästi. 40 % vastaajista ei osannut sanoa ja sama määrä oli osittain eri mieltä. 17,4 % jakautui tasan osittain samaa mieltä ja täysin eri mieltä välille. Kysyimme onko AUDIT-testien tekeminen haastavaa, johon 60 % vastaajista vastasi, ettei ole. Lisäkysymyksenä niille, jotka vastasivat kyllä, kysyimme syytä haastavuuteen. Syynä oli kiire 17,1 prosentilla ja koulutuksen puute

samalla prosentti määrällä. Vaihtoehtona sai myös itse kertoa, miksi testin teko on haastavaa. 33 % vastasi sen olevan vaikea aihe, koska potilas ei ole siitä halukas puhumaan. 33 % kertoi usein ilmenevän potilaan kielteisyyttä ongelman kohtaamiseen. 33 % kertoi osastolla olevan lyhyt hoitoaika, jolloin riippuvuuteen ei ehditä ”reagoimaan”.

6.7 Päihdeongelmasta puhuminen ja tuen saaminen

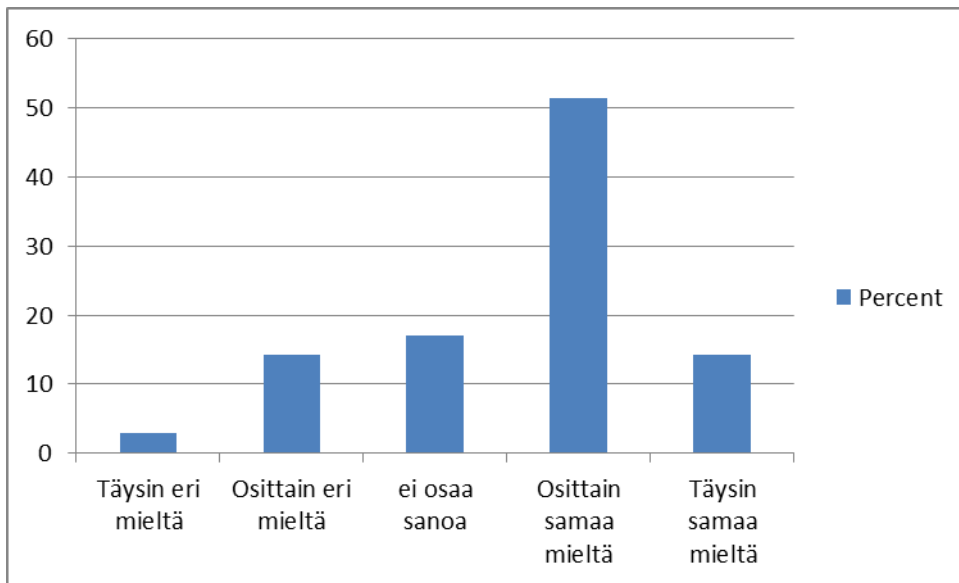
Kysyimme vastaajilta kokevatko he potilaan päihdeongelman esiin ottamisen/ siitä puhumisen helpoksi. 40 % vastaajista oli osittain samaa mieltä ja 20 % ei osannut sanoa. Kukaan ei ollut täysin eri mieltä ja noin kolmannes oli osittain eri mieltä. Selvitimme kokevatko vastaajat, että päihdeongelmainen potilas saa hoitajilta riittävästi tukea/ tietoa. Lisäksi kysyimme saavatko omaiset riittävästi tukea/ tietoa (Kuvio 8).



KUVIO 8. Koetko että päihdeongelmainen potilas/hänen omaisensa saavat hoitajilta riittävästi tukea/tietoa?

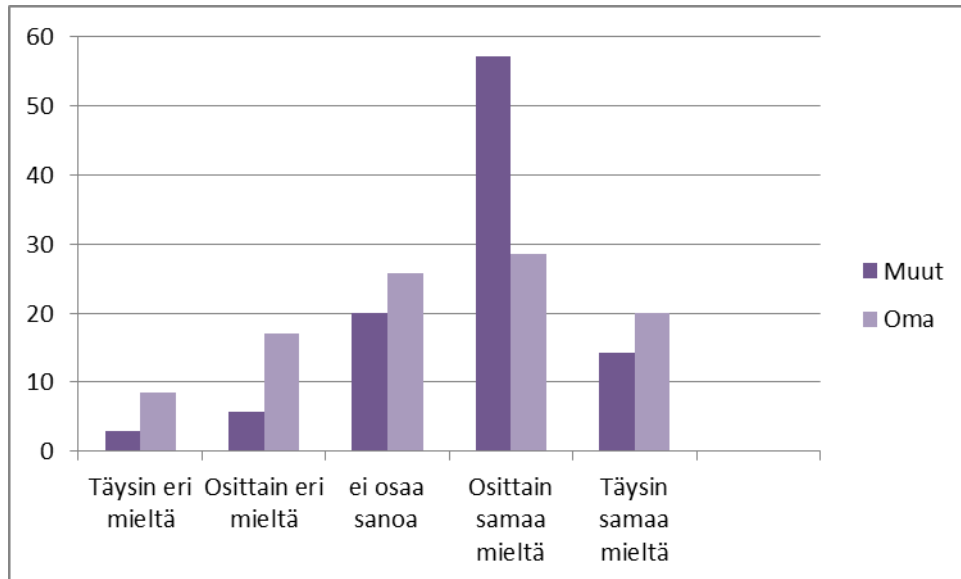
6.8 Omia huomioita muiden suhtautumisesta päihdeongelmaisiin potilaisiin

Selvitimme kyselyssä ovatko vastaajat huomanneet muiden kohtelevan päihdeongelmaisia epätasa-arvoisesti. Vähän yli puolet vastaajista olivat osittain samaa mieltä (Kuvio 9).



KUVIO 9. Kohtelevatko mielestäsi muut hoitajat päihdeongelmaisia potilaita epätasa-arvoisesti?

Kysyimme ovatko vastaajat huomanneet työkavereillaan olevan negatiivista suhtautumista päihdeongelmaisia potilaita kohtaan. Yhdistimme tutkimustulokset samaan taulukkoon, jossa ilmenee onko itsellä ollut negatiivista suhtautumista (Kuvio 10).



KUVIO 10. Onko muilla hoitajilla/itsellä ollut negatiivista suhtautumista päihdeongelmaisiin potilaisiin?

Halusimme selvittää onko vaikutusta, mitä vastaajat ovat vastanneet kysymykseen ”kohteletko mielestäsi päihdeongelmaisia potilaita tasa-arvoisesti” kysymykseen ”oletko huomannut muiden kohtelevan päihdeongelmaisia potilaita epätasa-arvoisesti”. Tulokseksi saimme, että suurin osa jotka mielestään kohtelevat päihdeongelmaisia tasa-arvoisesti olivat huomanneet muiden kohtelevan päihdeongelmaisia epätasa-arvoisesti. Väittämään, kohteletko päihdeongelmaisia potilaita tasa-arvoisesti, 46 % vastasi osittain tai täysin samaa mieltä. Samat henkilöt vastasivat joko osittain tai täysin samaa mieltä väittämään, kohtelevatko muut hoitajat päihdeongelmaisia potilaita epätasa-arvoisesti.

6.9 Osaston yleinen suhtautumien päihdeongelmaisiin

Avoimeen kysymykseen, millainen suhtautuminen mielestäsi osastolla yleisesti on päihdeongelmaisia kohtaan, vastasi 31/35. 16 % vastaajista kuvaili osastolla olevan joillakin työntekijöillä kovia ennakoasenteita päihdeongelmaisia kohtaan. 38 % kuvaili, että osaston suhtautuminen on yleisesti ottaen melko/kohtalaisen hyvää, mutta useimmat kertoivat, että poikkeuksiakin löytyy. 23 % kuvaili osaston suhtautumisen olevan

turhautunut. Syyksi turhautumiselle kuvailtiin esimerkiksi se, että potilaat ovat toistuvasti samasta syystä hoidossa ja heillä on motivaation puutetta. 10 % ilmoitti suhtautumisen olevan neutraali. 6 % kuvaili suhtautumista hyväksyväksi, asialliseksi ja ymmärtäväksi. Muita kuvailuja oli varautunut, rutinoitunut, negatiivinen, väsynyt, kyllästynyt ja hyväksyvä. Tyypillisiä vastauksia olivat:

Vaihtelee yksilöittäin, ammatillista suurimmaksi osaksi, mutta poikkeuksiakin löytyy. Ehkä asenne ei näy potilastyössä, mutta tulee ilmi negatiivisena keskusteluna henkilökunnan kesken.

Potilaat tulevat hoidettua, mutta välillä hoitajia huomaa turhauttavan, että potilas on esim. toistuvasti samasta asiasta osastolla hoidossa. Hoidon jatkuvuus osastolta lähtiessä ei ole onnistunut tai potilas ei ole sitä halunnut.

Vaihteleva. Osalla henkilöstöllä paljon ennakkoluuloja. Osa kohtelee, kuin ketä tahansa potilasta.

Yleensä suhtautuminen hyvää, mutta toisinaan tulee kansliassa puhetta, jolloin kuuluu työkavereiden henkilökohtainen mielipide, joka ei aina ole kovin positiivista, jopa ihmisarvoa loukkaavaa puhetta. Onneksi nämä puheet eivät ole arkipäivää.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Yhtenä tehtävänäimme opinnäytetyössämme oli selvittää, millaisia keinoja somaattisen osaston hoitajilla on tunnistaa päihdeongelmainen potilas. Kysyimme avoimella kysymyksellä päihdeongelmaisen potilaan määrittelyä. Suurin osa vastaajista määritteli päihdeongelmaisen riippuvaiseksi päihdeistä ja päihdeongelman hankaloittavan arjessa selviytymistä. Kysyimme myös millainen on tyypillinen päihdeongelmainen. Suurin osa vastasi syrjäytyneitä, joilla on myös mielenterveysongelmia. Monet mainitsivat myös, että kaikki ovat erilaisia. Tunnistamiseen vaikuttaa myös AUDIT-testin tekeminen, kuitenkin ilmeni, että testejä tehdään vähän. Se saattaa myös tarkoittaa, ettei tunnisteta niitä, joilla on mahdollinen päihdeongelma.

Selvitimme kyselyssämme vastaajien taustatietoja. Kysyimme mm. vastaajien ikää, työkokemusta, omaa alkoholin käyttöä ja onko suvussa ollut päihdeongelmia. Halusimme selvittää nämä taustatiedot, koska halusimme tietää onko esimerkiksi iällä tai omalla alkoholin käytöllä vaikutusta suhtautumiseen. Teimme ristiintaulukointeja ja vertasimme taustatietojen vaikutuksia muihin vastauksiin, eikä niissä ilmennyt mitään merkittävää vaikutusta. Ajattelimme, että esimerkiksi iällä tai työkokemuksen määrällä olisi voinut olla vaikutusta suhtautumiseen, koska koulutus ja kokemus ovat erilaisia. Kuitenkaan merkittävää vaikutusta ei ilmennyt.

Toisena tehtävänäimme oli selvittää, miten somaattisella osastolla työskentelevät hoitajat suhtautuvat päihdeongelmaisiin potilaisiin. Selvitimme suhtautumista kysymällä omaa, muiden ja osaston suhtautumista. Eniten negatiivista suhtautumista mainittiin olevan muilla hoitajilla. Epätasa-arvoista kohtelua oli havaittu toisilla hoitajilla enemmän, kuin itsellä. Ristiintaulukoinnissa jossa vertasimme muiden suhtautumista ja omaa suhtautumista päihdeongelmaisiin potilaisiin ilmeni, että muista oli helpompi tunnistaa negatiivista suhtautumista, kuin itsestä. Pohdimme voisiko syynä olla se, että muita on helpompi arvostella ja on vaikea tunnistaa itsessä negatiivista suhtautumista. Suurin osa ilmoitti itse kohtelevan päihdeongelmaisia tasa-arvoisesti. Osastojen yleinen suhtautuminen oli

suurimmalta osalta turhautunut ja ennakkoluuloinen. Työelämäyhteisö toivoi meidän selvittävän aiheuttaako toistuvasti fyysisten ongelmien takia hoitoon tulleet päihdeongelmaiset turhautumista hoitohenkilökunnassa. Melkein 70 % hoitajista koki kyseiset potilaat turhauttavaksi. Avoimissakin vastauksissa ilmeni turhautumisen syynä olevan se, että potilaat olivat toistuvasti samasta syystä hoidossa. Opinnäytetyömme aiheesta on tehty myös muita opinnäytetöitä ja niissä kaikissa ilmenee, että hoitohenkilökunnalla on negatiivista suhtautumista päihdeongelmaisiin potilaisiin ja he tarvitsisivat aiheesta lisää koulutusta. (Lahtinen & Lalla 2011; Simpura 2011.)

Somaattisella osastolla päihdeongelmaiset potilaat ovat tulleet hoitoon jonkin fyysisen vaivan vuoksi. Potilaiden hoidon tulisi kuitenkin aina olla kokonaisvaltaista, jolloin se sisällyttäisi myös päihdeongelman huomioimisen. Halusimme selvittää vaikuttaako päihdeongelma siihen, että hoitajat kokevat turhautumista päihdeongelmaisten fyysisten vaivojen hoidossa. Turhautumista esiintyi ja syyksi oli mainittu, ettei potilas ole motivoitunut ja, että potilas joutuu kuitenkin takaisin hoitoon samasta syystä. Pohdimme voisiko turhautumisen syynä olla se, että somaattisilla osastoilla on usein kiire ja päihdeongelmaiset potilaat aiheuttavat usein paljon lisätyötä hoitajille. Monissa tutkimuksissa on myös noussut esiin, ettei hoitohenkilökunnalla ole riittävästi tietoa päihteistä ja sekin saattaa aiheuttaa turhautumista.

Halusimme selvittää millaisia erilaisia tunteita päihdeongelmaiset potilaat herättävät hoitajissa. Suurin osa vastaajista koki turhautumista ja sääliä. Teoriassa kerroimme päihteiden fyysisistä ja psyykkisistä vaikutuksista. Monet päihteet voivat aiheuttaa aggressiivisuutta. Siksi halusimme selvittää ovatko hoitajat tunteneet pelkoa hoitaessaan päihdeongelmaista potilasta. Monet vastaajista olivat tunteneet pelkoa ja toivat myös avoimissa vastauksissa ilmi, että pelko johtuu arvaamattomuudesta ja aggressiivisuudesta. Monet hoitajat olivat kokeneet myös väkivaltaa ja uhkaavia tilanteita. Peckover & Chidlaw:n (2007) tekemässä tutkimuksessa ilmeni, että hoitajat kokivat olonsa usein uhatuksi hoitaessaan sekakäyttäjiä. Keskeisimpänä syynä oli tiedon puute.

Työelämäyhteisö toivoi meidän selvittävän AUDIT-testien tekemisestä osastoilla. Halusimme saada aiheesta laajan kuvan ja aloitimme kysymällä koulutuksesta. Suurin osa koki, etteivät ole saaneet riittävästi koulutusta päihdeongelmaisen potilaan hoidosta. AUDIT-testejä ilmoitettiin tehtävän yleisesti melko vähän. Halusimme selvittää syitä, miksi testejä tehdään vähän. Suurimmat syyt olivat koulutuksen puute ja kiire. Muutama vastaajista ei ollut vastannut AUDIT-kysymyksiin ollenkaan, vaan oli laittanut kysymysten viereen kysymysmerkkejä. Pohdimme voisiko syynä olla, ettei osa vastaajista tiennyt mikä AUDIT-testi on. Peckover & Chidlaw:n (2007) tekemässä tutkimuksessa oli noussut esille, ettei hoitohenkilökunnalla ollut riittävästi valmiuksia hoitaa sekakäyttäjiä. Ongelmana oli tiedon ja kokemuksen puute.

Halusimme selvittää kokevatko vastaajat päihdeongelmaisen potilaan hoitamisen vaikeaksi. Suurin osa vastasi hoitamisen olevan vaikeaa. Teimme muutaman kysymyksen myös päihdeongelmaisen potilaan lääkehoidosta. Suurin osa vastaajista koki myös, että päihdeongelmaisen lääkehoito ja kipulääkityksen arvioiminen on haastavampaa, kuin muiden potilaiden. Kysyttäessämme PKV lääkkeitä, osa vastaajista oli jättänyt vastaamatta kysymyksen ja osa oli kirjoittanut, että he joutuivat tarkistamaan, mitä kyseinen termi tarkoittaa. Päihdeongelmaisten potilaiden lääkehoidosta löytyy ristiriitaista tietoa, joten tämä voi aiheuttaa myös hoitajille epävarmuutta lääkehoitoa toteuttaessa tai arvioidessa.

Kolmas tehtävä oli selvittää, miten päihdeongelmainen potilas kohdataan somaattisella osastolla. Ammatilliseen kohtaamiseen vaikuttaa myös suhtautuminen ja suhtautumisenkin tulisi näyttäytyä ammatillisena. Osa vastaajista kertoi, vaikka heillä olisi itsellään negatiivisia ajatuksia, ne eivät näy potilaan kohtaamisessa. Monissa tutkimuksissa (Grace 2009.) on noussut esiin, että hoitajilla ei ole tarpeeksi koulutusta kohdata päihdeongelmaisia potilaita ja että hoitajilla esiintyy ennakkoluuloja päihdeongelmaisia potilaita kohtaan. Kohtaamiseen vaikuttaa myös päihdeongelmasta puhuminen ja noin kolmasosan mielestä siitä oli vaikea puhua. Kysyimme myös päihdeongelmaisen potilaan ja hänen omaisensa tuen saannista hoitajilta. Suurimman osan mielestä hoitajat eivät tue riittävästi omaisia ja potilaita. Behmin (2009) mukaan sairaanhoitajat tarvitsevat enemmän valmiuksia päihdeongelmaisen potilaan kohtaamiseen ja myös kohtaamista on tärkeää

opettaa. Behm nosti esille myös, että päihdeongelmasta puhuminen potilaan kanssa vaatii rohkeutta ja siitä tulisi keskustella neutraalisti ja potilasta kunnioittaen (Kallio 2009).

Halusimme kysyä vastaajilta minkälaiseksi he kokevat osaston yleisen ilmapiirin päihdeongelmaisia potilaita kohtaan. Monet kertoivat, että osaston yleinen ilmapiiri olisi hyvä, mutta monilla työntekijöillä ilmeni ennakkoluuloja päihdeongelmaisia kohtaan. Monet myös kertoivat turhautuneesta ilmapiiristä ja vain muutamassa vastauksessa ei ollut mitään negatiivisuutta. Yleisesti ottaen melkein kaikki olivat havainneet joitain puutteita, ainakin osan hoitajien suhtautumisessa, mutta monet olivat havainneet myös jotain positiivista. Grace (2009) oli koonnut monia tutkimuksia aiheesta ja niissä keskeisimpänä oli noussut esiin hoitohenkilökunnan kielteinen näkemys päihdeongelmaisiin, eivätkä he olleet halukkaita työskentelemään heidän kanssaan. Syyksi oli mainittu mm. motivaation puute.

8 POHDINTA

8.1 Luotettavuus ja eettisyys

Validiteetti ja reliabiliteetti ovat kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuden mittareita. Niistä muodostuu kuva kokonaisluotettavuudesta. Kokonaisluotettavuuteen vaikuttavat myös mittausvirheet, mittaukseen vaikuttavat häiriötekijät, mittausvälineiden epätarkkuus, tiedon käsittely, peitto- ja kattovirheet ja otantavirheet. Validiteetti kuvaa onko onnistuttu mittaamaan asiaa mitä on haluttu mitata. Kyselytutkimuksissa se tarkoittaa sitä saadaanko vastausten perusteella ratkaisu tutkimusongelmaan. Reliabiliteetti tarkoittaa pysyvyyttä ja toistuvuutta tutkimuksessa. Reliabiliteetti jaetaan sisäiseen ja ulkoiseen luotettavuuteen. Sisäisessä reliabiliteetissa mitataan saadaanko tutkimuksessa samoja tutkimustuloksia, kun tutkimus teetetään samalle joukolle uudelleen. Ulkoisessa reliabiliteetissa mitataan tulosten toistettavuutta muissa tutkimuksissa ja tilanteissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004.)

Keräsimme opinnäytetyömme aineiston strukturoidulla kyselylomakkeella. Kyselylomakkeet jätimme kolmelle eri Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon somaattiselle osastolle. Kyselyymme vastasi yhteensä 35 hoitajaa. Tavoittelimme 60 vastausta ja lomakkeita veimme osastoille yhteensä 90 kappaletta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta ja tulosten yleistettävyyttä lisää laaja aineisto. (Hirsjärvi ym. 2004). Oma 35 vastaajan aineisto on melko suppea, mutta saimme kuitenkin hyviä tutkimustuloksia. Saatekirjeessä kerroimme käsittelevämme aineistoa luottamuksellisesti ja kyselyt tehtiin nimettömästi. Kyselylomakkeessamme oli myös kuusi avointa kysymystä ja niiden analysointi oli haastavaa. Analysoimme avoimet vastaukset sisällön analyysillä ja se oli laajan aineiston kanssa hankalaa. Muut kysymykset olivat helpommin mitattavissa, koska niissä oli valmiit vastausvaihtoehdot. Ne käsitelimme ja analysoimme SPSS-ohjelman avulla. Syötimme tulokset SPSS-ohjelmaan huolellisesti ja tarkastimme virheet.

Opinnäytetyöstä saadut tulokset olemme pyrkineet käsittelemään objektiivisesti. Käyttämämme lähteiden valitseminen perustui siihen, että lähteet olivat tuoreita, ne perustuivat tutkittuun tietoon ja nettilähteet olivat julkaistu luotettavilla sivustoilla. Opinnäytetyömme aiheesta löytyi paljon tietoa ja siitä oli tehty myös joitakin tutkimuksia. Luotettavuuteen vaikuttaa myös se mitkä lähteet olimme valinneet ja mitkä karsineet pois. Valinta perusteina olivat luotettava ja ajankohtainen tieto. Pyrimme olemaan mahdollisimman objektiivisia, mutta myös oma mielenkiinto ja omat ajatukset saattoivat vaikuttaa lähdevalintoihin. Noudatimme huolellisuutta lähteiden merkitsemisessä ja lähteiden luotettavuuden valinnassa. Koko työn aikana pyrimme noudattamaan objektiivisuutta ja esittämään asiat neutraalisti.

Tutkimuksen perustana on eettisyys ja se tulee huomioida koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuseettikka sisältää tutkimushankkeen valinnan, toteuttamisen, tulosten julkaisemisen ja arvioinnin hyödyistä ja haitoista ulkopuolisille. Tutkimuseettiset ongelmat sisältävät tutkittavan tutkimusjoukon valinnan, aineiston keräämisen, tutkimusmetodien oikeellisuuden, tulosten julkaisemisen ja soveltamisen. Hyvässä tieteellisessä käytännössä tiedon hankinnassa kunnioitetaan tutkimuksen tekijöitä ja kirjallisuuden kirjoittajia merkitsemällä lähteet oikeaoppisesti ja asiallisesti. Tutkimus on uskottava, jos tutkijat noudattavat hyvää tieteellistä käytäntöä. (Vilka 2007.)

Opinnäytetyömme eettisyyttä vahvistaa työelämäyhteisöltä saatu lupa ja työelämän mielenkiinto ja yhteistyöhalukkuus opinnäytetyömme aihetta koskien. Eettisyyteen vaikuttaa myös lähteiden käyttö. Opinnäytetyömme kyselylomakkeeseen vastaaminen oli vapaaehtoista ja kyselylomakkeet käsiteltiin nimettöminä. Aineisto oli ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden nähtävissä ja aineisto säilytetään oikeaoppisesti.

8.2 Kehittämisehdotukset

Kyselymme tuotti hyödyllistä tietoa miten päihdeongelmaiset kohdataan somaattisella osastolla. Vastaja määrän vuoksi tuloksia ei voi yleistää laajasti. Opinnäytetyömme tuloksia täydentäisi, jos aiheesta tehtäisiin myös kvalitatiivinen tutkimus. Silloin siinä voitaisiin tarkemmin selvittää syitä negatiiviselle suhtautumiselle. Tuloksissamme kävi ilmi, että hoitajat tarvitsisivat enemmän koulutusta AUDIT-testin tekemisestä ja päihdeongelmaisen potilaan hoidosta. Koulutuksessa voitaisiin käsitellä myös päihdeongelmaisen lääkehoitoa ja sen haasteita. Monet olivat myös joutuneet uhkaaviin tilanteisiin ja kokeneet väkivaltaa päihdeongelmaisia potilaita hoidettaessa. Koulutusta voitaisiin järjestää myös uhkaavien tilanteiden ehkäisemiseen ja ennakoimiseen. Somaattisella puolella koulutuksen voisi järjestää esimerkiksi pitämällä osastotunteja aiheesta. Vastauksien negatiivisuus yllätti meidät. Olimme odottaneet, että negatiivisuutta esiintyy, mutta emme arvanneet, että näin paljon. Siksi olisikin erityisen tärkeää, että asia huomioitaisiin hoitotyössä ja työpaikoilla järjestettäisiin lisäkoulutus mahdollisuutta.

LÄHTEET

Alkoholilaki.1§. Lain tarkoitus. 8.12.1994/1143.

Fishbein, M. & Ajzen, I. 1975. Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research.

Grace, A. 2009. A review of attitude of medical professionals towards substance abuse. Ph.D candidate. Luettu 14.5.2013.

http://www.nd.gov.hk/en/conference_proceedings/Drugs_proBK_Part2/Drugs_proBK_GraceAu.pdf

Haho, A. 2009. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Sairaanhoidajaliitto. Luettu 11.3.2013.

<http://www.sairaanhoidajaliitto.fi>

Happell, B. & Taylor, C. 2001. Negative attitudes towards clients with drug and alcohol related problems: finding the elusive solution. Luettu 21.6.2013.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11421976>

Hietala, O. 2013. A-klinikan asiakaskahvilassa –etnografinen tutkimus asiakkaiden juomiselle ja ammattiavulle antamista merkityksistä. Väitöskirja.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirvonen, A & Rutanen, K. 2009. Sairaanhoidajaopiskelijoiden asenteet päihdeasiakkaita kohtaan ja koulutuksen antamat valmiudet. Opinnäytetyö.

Holmberg, J.2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki:Edita.

Holopainen, A. 2009. Lääkkeiden väärinkäyttö. Päihdelinkki. Luettu 17.7.2013.

<http://www.paihdelinkki.fi>

Huumausainelaki. 30.5.2008. Valtioneuvoston asetus huumausaineina pidettävistä aineista, valmisteista ja kasveista.28.8.2008/543.

Inkinen, Maria & Partanen, Airi & Sutinen, Tiina 2000. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.

Joukanen, S. 2011. Päihdetyö somaattisessa hoidossa. Päihdelääketieteen ja hallinnon erityispätevyys. Dia-esitys. Tampere. Luettu 3.3.2013.

http://health.web2.hpsjr.fi/web/pdf/pmp_2011/2_Joukanen_esitys.pdf

Järvi, U. 2013. Päihdepotilasta ei ole syytä nöyryyttää. Luettu 5.5.2013.

<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/paihdepotilasta-ei-ole-syyta-noyryytaa/>

- Kallio, H. 2009. Päihdeongelmiin puuttuminen vaatii rohkeutta. Sairaanhoidajaliitto. Luettu 14.2.2013.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/12_2009/muut_artikkelit/paihdeongelmiin_puuttuminen_vaat/
- Kaltiokumpu, E. Liljeqvist, E & Liuhola, H. 2009. ” Kyllä se rankin on se eka viikko” - Tampereen Myllyhoitoklinikan arviointijakso potilaiden kokemana. Opinnäytetyö.
- Korkeamäki, A. & Varjus, K. 2006. Somaattisten osastojen hoitajien valmiudet kohdata mielenterveyspotilas. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Porin yksikkö.
- Koukkari, M. Ryhmähoidon perusteet –ryhmäohjaajana päihdehuollossa. Luettu 2.2.2013.
<http://www.sosiaalisairaala.fi/koulutusmateriaalia/ryhmanohjaus.pdf>
- Käypähoito. 2011. Alkoholiongelmaisen hoito. Luettu 4.2.2013.
<http://www.kaypahoito.fi>
- Lahtinen, P. & Lalla, S. 2011. Päihteitä käyttävän potilaan kohtaaminen päivystyksessä hoitohenkilökunnan kokemana. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992.
- NIDA. 2009. Cocaine abuse and addiction. National Institute on Drug Abuse Research Report. Luettu 6.3.2013.
<http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrcocaine.pdf>
- Pajarre-Sorsa, S. 2003. Nuorten päihteet. Terveyskirjasto. Duodecim. Luettu 6.9.2013.
<http://www.terveyskirjasto.fi/>
- Peckover, S&Childlaw, RG. 2007. Too frightened to care? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances. School of Health and Human Sciences, University of Huddersfield.
- Pikivirta, M. 2012. Asiakkaan kohtaaminen terveydenhoitajan työssä. HAMK. Opinnäytetyö.
- Poikkimäki, I. 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Pro Gradu. Tampereen yliopisto.
- Poikolainen, K. 2009. Alkoholiriippuvuus ja alkoholin haitallinen käyttö. Terveyskirjasto. Luettu 25.7.2013.
<http://www.terveyskirjasto.fi/>
- Porras, M. 2008. Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen aikuispsykiatrian vuodeosastoilla Kanta-hämeen keskussairaalassa. Pro Gradu. Tampere.
- Päihdelinkki. 2011. Alkoholi. Luettu 17.7.2013.

<http://www.paihdelinkki.fi>

Päihdelinkki. 2011. Alkoholi ja aivot. Luettu 17.7.2013.

<http://www.paihdelinkki.fi>

Päihdelinkki. 2011. Alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö. Luettu 17.7.2013.

<http://www.paihdelinkki.fi>

Päihdelinkki. 2011. Amfetamiini. Luettu 3.8.2013.

<http://www.paihdelinkki.fi>

Päihdelinkki. 2011. Ekstaasi. Luettu 3.8.2013.

<http://www.paihdelinkki.fi>

Päihdelinkki. 2011. Heroiini ja opiaatit. Luettu 6.8.2013.

<http://www.paihdelinkki.fi>

Päihdelinkki. 2011. Imppaus. Luettu 6.8.2013.

<http://www.paihdelinkki.fi>

Päihdelinkki. 2011. Kannabis. Luettu 4.8.2013.

<http://www.paihdelinkki.fi>

Päihdelinkki. 2008. Kartoitus AUDIT-testillä. Luettu 13.8.2013.

<http://www.paihdelinkki.fi>

Päihdelinkki. 2011. Kokaiini. Luettu 9.8.2013.

<http://www.paihdelinkki.fi>

Päihdelinkki. 2011. LSD. Luettu 23.8.2013.

<http://www.paihdelinkki.fi>

Päihdelinkki. 2011. Sienet. Luettu 23.8.2013.

<http://www.paihdelinkki.fi>

Rintasaari, A & Walling, P. 2013. Hoitotyönopiskelijoiden suhtautuminen kehitysvammaisiin. Opinnäytetyö. Turku.

Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.

Simpura, S. 2011. Mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaaminen päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Opinnäytetyö.

Suokas, M. 2005. Päihdepotilas. Helsinki:Tammi.

Terveys 2000. Luettu 20.12.2012.

<http://www.terveys2000.fi/>

- Terveyskirjasto. 2013. Alkoholihumala ja muita alkoholin välittömiä vaikutuksia. Luettu 20.12.2012.
<http://www.terveyskirjasto.fi>
- Terveyskirjasto. 2012. Alkoholit ja terveys. Luettu 12.12.2012.
<http://www.terveyskirjasto.fi>
- Terveyskirjasto. 2013. Alkoholiriippuvuus (alkoholismi). Luettu 4.1.2013.
<http://www.terveyskirjasto.fi>
- Terveyskirjasto. 2012. Kannabiksen aiheuttamat terveyshaitat. Luettu 1.9.2013.
<http://www.terveyskirjasto.fi>
- Terveyskirjasto. 2013. Päihde. Luettu 13.12.2012.
<http://www.terveyskirjasto.fi>
- THL. 2013. Lääkeriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Luettu 19.3.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/laakeriippuvuuden-ehkaisy-ja-hoito
- THL. 2012. Muuntohuumeet uusi haaste päihdetyölle. Luettu 5.9.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/muuntohuumeet-uusi-haaste-paihdetyolle
- THL. 2012. Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet – Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2010. Luettu 5.9.2013.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/056141f2-7af0-469a-98fe-36ab805a3f68>
- Uschanov, S. 2013. Terveyttä edistävän ja ennaltaehkäisevän päihdehoitotyön keinoja sairaanhoitajille. Opinnäytetyö. TAMK.
- Valvira. 2013. Oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja hyvään kohteluun. Luettu 14.4.2013.
http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/terveydenhuolto/potilaan_oikeudet
- Vesala, J. 2012. Haastavan omaisen kohtaaminen – hoitajien kokemuksia. Opinnäytetyö.
- Vierula, H. 2009. Kannabiksen polttamiseen liittyy syöpäriski. Lääkärilehti.
- Vihervä, K. & Äijänen, M. 2013. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen kotihoidossa. Opinnäytetyö.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki. Tammi.

LIITTEET

Liite 1 Saatekirje

Arvoisa vastaanottaja,

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Tampereen ammattikorkeakoulussa ja teemme parhaillaan opinnäytetyötä. Aiheenamme on selvittää somaattisella osastolla työskentelevien hoitajien suhtautumista päihdeongelmaisiin potilaisiin. Päihteistä aiheutuvat fyysiset haittavaikutukset ovat kasvava ongelma. Hoitajat kohtaavat päihdeongelmaisia potilaita yhä enemmän myös somaattisella osastolla.

Tarkoituksemme on selvittää hoitajien suhtautumista kyselylomakkeiden avulla, jotka toimitamme kolmelle eri osastolle. Saadaksemme mahdollisimman luotettavia tuloksia, olisi tärkeää, että mahdollisimman moni hoitaja pystyisi vastaamaan kyselyyn. Kysely on suunnattu kaikille osastolla työskenteleville hoitajille, mukaan lukien sijaiset. Pyydämme sinua ystävällisesti vastaamaan kyselyyn. Kysely tehdään nimettömästi ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Kyselyyn on aikaa vastata kaksi viikkoa. Valmiin kyselyn voi palauttaa palautelaatikkoon.

Vastauksesi ovat meille tärkeitä.

Kiitos osallistumisestasi!

Jenna Makkonen

Elina Liimu

Liite 2 Kyselylomake

Kyselylomake

1. Ikä
a) 18–25 b) 26–35 c) 36–45 d) 46–55 e) yli 56

2. Kauanko olet työskennellyt kyseisellä alalla?
a) Alle 1v b) 1-5v c) 6-10 d) yli 10v

3. Miten määrittelisit päihdeongelmaisen potilaan omin sanoin?

4. Miten kuvaisit omilla sanoilla tyypillistä päihdeongelmaista potilasta?

5. Oletko ollut työsi puolesta mukana päihdeongelmaisten potilaiden hoidossa?
a) Kyllä b) ei

6. Onko suvussasi/lähipiirissäsi ollut ongelmia alkoholin käytössä?
Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

7. Onko suvussasi/lähipiirissäsi ollut sekakäyttöä tai huumeidenkäyttöä?
Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

8. Käytätkö itse alkoholia?
a) En koskaan b) harvoin c) joskus d) usein

17. Epäiletkö päihdeongelmaisen potilaan motiiveja, kun hän pyytää PKV lääkkeitä?

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

18. Onko mielestäsi päihdeongelmaisen potilaan kipulääkityksen/lääkityksen arvioiminen haasteellisempaa, kuin muiden potilaiden?

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

19. Mietitkö joskus, että päihdeongelmaisen potilaan fyysisten vaivojen hoito on turhaa, koska potilas...

- a)ei ole motivoitunut b)joutuu kohta takaisin hoitoon saman vaivan vuoksi
- c)en mieti

20. Miten kuvaat omaa suhtautumistasi päihdeongelmaisista potilaita kohtaan?

21. Onko suhtautumisesi negatiivinen erityisesti jotain tiettyä päihteidenkäyttäjryhmää kohtaan?

- a)ei b)kyllä, mitä ryhmää kohtaan_____

22. Millaiset persoonallisuuden piirteet mielestäsi edistävät työskentelyä päihdeongelmaisen potilaan hoidossa?

23. Millaiset persoonallisuuden piirteet mielestäsi haittaavat työskentelyä päihdeongelmaisen potilaan hoidossa?

24. Kohteletko mielestäsi päihdeongelmaisista potilaita tasa-arvoisesti muiden potilaiden kanssa?

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

25. Koetko, että olet saanut tarpeeksi koulutusta päihdeongelmaisten potilaiden hoitamisesta?

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

26. Oletko tehnyt osastollanne AUDIT-testiä?

a) en koskaan b) harvoin c) joskus d) usein

27. Tehdäänkö AUDIT-testejä osastollanne mielestäsi riittävästi?

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

28. Koetko AUDIT-testien tekemisen haastavaksi?

a)ei b)kyllä

Jos vastasit kyllä, onko syynä

a)kiire b)koulutuksen puute c) joku muu, mikä _____

29. Koetko potilaan päihdeongelman esiin ottamisen/siitä puhumisen helpoksi?

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

30. Koetko, että päihdeongelmainen potilas saa hoitajilta riittävästi tukea/ tietoa?

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

31. Koetko, että päihdeongelmaisen potilaan omaiset saavat hoitajilta riittävästi tukea/tietoa?

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

32. Oletko huomannut muiden kohtelevan päihdeongelmaisia potilaita epätasa-arvoisesti?

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

33. Onko mielestäsi potilaan päihdeongelma vaikuttanut hänen saamaansa hoitoon?

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

34. Oletko huomannut työkavereillasi olevan negatiivista suhtautumista päihdeongelmaisista potilaita kohtaan?

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

35. Millainen suhtautuminen mielestäsi osastolla yleisesti on päihdeongelmaisista kohtaan?

Liite 3 AUDIT-testi

Alkoholinkäytön riskit (AUDIT)

Käytätkö alkoholia kohtuullisesti, sopivasti vai liikaa? Onko alkoholin käytöstä sinulle enemmän iloa vai haittaa? Oletko joskus halunnut vähentää juomistasi tai lopettaa sen kokonaan? Voit itse testata ja arvioida omaa juomistasi. Ole hyvä ja rastita lähinnä oikeaa oleva vastaus (suluissa vastauksen pistemäärä).

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

ei koskaan (0)

noin kerran kuussa tai harvemmin (1)

2-4 kertaa kuussa (2)

2-3 kertaa viikossa (3)

4 kertaa viikossa tai useammin (4)

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

1-2 annosta (0)

3-4 annosta (1)

5-6 annosta (2)

7-9 annosta (3)

10 tai enemmän (4)

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

en koskaan (0)

harvemmin kuin kerran kuussa (1)

kerran kuussa (2)

kerran viikossa (3)

päivittäin tai lähes päivittäin (4)

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

ei koskaan (0)

harvemmin kuin kerran kuussa (1)

kerran kuussa (2)

kerran viikossa (3)

päivittäin tai lähes päivittäin (4)

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

en koskaan (0)

harvemmin kuin kerran kuussa (1)

kerran kuussa (2)

kerran viikossa (3)

päivittäin tai lähes päivittäin (4)

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

en koskaan (0)

harvemmin kuin kerran kuussa (1)

kerran kuussa (2)

kerran viikossa (3)

päivittäin tai lähes päivittäin (4)

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

- en koskaan (0)
 harvemmin kuin kerran kuussa (1)
 kerran kuussa (2)
 kerran viikossa (3)
 päivittäin tai lähes päivittäin (4)

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

- en koskaan (0)
 harvemmin kuin kerran kuussa (1)
 kerran kuussa (2)
 kerran viikossa (3)
 päivittäin tai lähes päivittäin (4)

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

- ei (0)
 on, mutta ei viimeisen vuoden aikana (2)
 kyllä, viimeisen vuoden aikana (4)

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

- ei koskaan (0)
 on, mutta ei viimeisen vuoden aikana (2)
 kyllä, viimeisen vuoden aikana (4)

Palaute - Onko sinulla riski saada alkoholista haittoja?	
AUDIT-pisteet	Yleisiä vaikutuksia
0 – 7 pistettä riskit vähäisiä	<ul style="list-style-type: none"> Rentouttava Sosiaalista vuorovaikutusta helpottava Joissakin tapauksissa kohtuukäyttökin on riski (autolla ajaminen, raskaus, jotkut sairaudet ja lääkkeet) Ajoittainen humalajuominen voi altistaa tapaturmille
8 – 10 pistettä riskit lievästi kasvaneet 11 – 14 pistettä riskit selvästi kasvaneet	<ul style="list-style-type: none"> Väsymys Unettomuus, unihäiriöt Korkea verenpaine Ongelmat ihmissuhteissa Alakulo, masennus Impotenssi Tapaturmariski Rattijuoppous
15 – 19 pistettä riskit suuria 20 + pistettä riskit erittäin suuria	<ul style="list-style-type: none"> Kaikki ylläolevat riskit sekä: Maksan, haiman, aivojen vaurioituminen Suun, nielun, kurkunpään, ruokatorven ja mahan syöpä Fyysinen alkoholiriippuvuus

Maailman terveysjärjestö WHO (AUDIT-testi)

Liite 4 Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

Sukunimi (vuosi), työn nimi, työn luonne	Tutkimuksen kohde	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Peckover & Chidlaw 2007 Too frightened to care? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances Tutkimus	Tutkimuksessa oli kohteena 18 alue- sairaanhoitajaa. Heidän asennoitumistaan selvitettiin puolistruktoidulla haastattelulla.	Kvalitatiivinen menetelmä.	Hoitajat kokivat, ettei heillä ole valmiuksia työkennellä sekakäyt- täjien kanssa. Syyksi oli mainittu tuomitseva ja stereotyyppinen ajattelu. Hoitajat kokivat, ettei heillä ole tarpeeksi tietoa sekakäyttäjistä ja siksi he kokivat olonsa uhatuksi.
Grace 2009 Changing drug abuse patterns and law enforcement strategies konferenssia	Terveystenhoito henkilö- kunnan asenteet sekakäyttäjää kohtaan.	Kirjallisuuskatsaus	Monissa eri tutkimusis- sa ilmeni, että hoito- henkilökunnalla esiintyy negatiivisia asenteita sekakäyttäjiiin. Heillä oli myös vasta- hakoisuutta työsken- nellä kyseisen potilas- ryhmän kanssa. Monilla hoitajilla esiintyi tuomitsevaa asennetta ja syiksi oli mainittu mm. puutteellinen tieto päähteistä ja motivaation puute.
Happell & Taylor 2001 Negative attitudes towards clients with drug and alcohol related problems: Finding the elusive solution.	Kohdejoukkona sairaanhoitajat. Hoitajien asenteiden muutos päihdeongel- misiin päihdevalistik- sien avulla kyselylomak- keella.	Kvantitatiivinen	Hoitajien tiedon lisään- tyessä asenteet pehme- nivät hieman. Koulutuk- sesta ei ollut apua turvattomuuden tunteeseen, eikä varsinaisesti potilaiden hoitoon.