

**PÄIHDEONGELMAISEN AMMATILLINEN KOHTAAMINEN
KIRURGISESSA HOITOTYÖSSÄ**

Harinen Marja ja Karén Reetta
Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

2016

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä	Marja Harinen & Reetta Karén	Vuosi	2016
Ohjaaja	Raija Seppänen		
Toimeksiantaja	Lapin sairaanhoitopiiri, kirurgian osasto 4A		
Työn nimi	Päihdeongelmanaisen ammatillinen kohtaaminen kirurgisessa hoitotyössä		
Sivu- ja liitemäärä	49 + 17		

Tämä opinnäytetyö käsittelee päihdeongelmanaisen potilaan ammatillista kohtaamista. Sen tarkoituksena oli tutkia, minkälaisia erityispiirteitä päihdeongelmanaisen kohtaamiseen liittyy hoitotyössä. Tavoitteena oli kehittää hoitohenkilöstön osaamista kohdata päihdeongelmanainen potilas kirurgisessa hoitotyössä antamalla aiheesta konkreettisia ohjeita.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys käsittelee haastavan päihdeongelmanaisen ja delirium-potilaan kohtaamista, potilaan motivointia ja hoitoon sitouttamista sekä potilaan arvostavaa ja ammatillista kohtaamista ja siihen liittyviä hoitotyön eettisiä ohjeita. Lisäksi raportissa käydään läpi toiminnallisen osuuden suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Teoreettinen viitekehys on koottu käyttäen lähdemateriaalia oppikirjoista ja www-dokumenteista eri tietokantoja hyödyntäen.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä keväällä 2016. Toiminnallisena osuutena järjestettiin koulutustilaisuus, joka toteutettiin PowerPoint -esityksen muodossa. Koulutustilaisuuden kohderyhmänä oli kirurgian osasto 4A:n hoitohenkilöstö. Esityksen sisällön suunnittelussa hyödynnettiin osastolla tehtyä tarvekartoitusta. Koulutustilaisuudessa käytiin läpi hoitohenkilöstön toiveiden mukaisesti aiheita päihdeongelmanaisen kohtaamiseen liittyen. Tilaisuus onnistui hyvin ja siitä saatu palaute oli myönteistä. Aihe koettiin ajankohtaiseksi ja esityksen sisältö hyödylliseksi.

Opinnäytetyön merkitys hoitotyölle on hoitajien tiedon lisääminen ja näin myös hoitotyön laadun parantaminen. Opinnäytetyötä ja koulutustilaisuuden materiaalia voidaan hyödyntää jatkossa missä tahansa somaattisen hoitotyön yksikössä tiedon lisäämiseen sekä koulutustilaisuuden järjestämiseen. Opinnäytetyö toimii yhtenä keinona lisätä hoitajien tietoutta päihdeongelmanaisen kohtaamisesta.

Asiasanat päihdeongelmanainen, kohtaaminen, eettiset ohjeet, koulutus, opetus
Muita tietoja työhön liittyy PowerPoint-esitys

Social Services, Health and Sport
Degree Programme in Nursing
Bachelor of Health Care

Author	Marja Harinen ja Reetta Karén	Year	2016
Supervisor	Raija Seppänen		
Commissioned by	Lapland Hospital District, Surgical Ward 4A		
Subject of thesis	Professional Encounter of a Substance Abuse Patient in Surgical Care		
Number of pages	49 + 17		

This thesis discusses professional encounter of a substance abuse patient. The purpose of this thesis was to study what kind of characteristics there are involved in the care work. The aim was to improve the professional skills of the nursing in encounter of the substance abuse patient in surgical care by giving them concrete instructions by a training.

The theoretical framework of the thesis focused on encountering of a challenging substance abuse patient and a delirium-patient, commitment in the treatment, professional encountering and the related ethical guidelines of nursing. The theoretical framework consists of using a source material from the textbooks and the various www-documents. A training consisting of a PowerPoint presentation was given to the nursing staff of the surgical ward 4A in spring 2016. The presentation was based on the survey done at the ward. The event was successful and the feedback was positive. The nursing staff found the topic current and the content of the presentation useful.

This thesis increases the nurses' knowledge and thus improves the quality of care work. The results of this thesis and training can be utilized in every somatic care unit to increase the knowledge and also in organizing a training in the future. The thesis increases the knowledge of the nursing staff in encountering a substance abuse patient.

Key words substance abuse patient, encounter, ethical guidelines of nursing, education, teaching

Special remarks The thesis includes a PowerPoint presentation.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TARKOITUS JA TAVOITTEET	7
3	PÄIHDEONGELMAINEN SOMAATTISELLA OSASTOLLA	8
3.1	Päihdeongelmasta delirium tremensiin	8
3.2	Päihdeongelmaisen hoitoon sitouttaminen kirurgisella vuodeosastolla	10
4	ARVOSTAVA KOHTAAMINEN.....	15
4.1	Hoitotyön eettiset ohjeet ammatillisessa kohtaamisessa	15
4.2	Haastavan päihdeongelmaisen kohtaaminen	18
5	KOULUTUSTILAISUUDEN VALMISTELUSSA HUOMIOITAVAT TEKIJÄT	23
5.1	Koulutustilaisuuden sisällön valmistelu	23
5.2	Opetusmenetelmien käyttö	24
5.3	Vuorovaikutus ja viestintä esiintymistilanteessa	26
6	OSAAMISEN KEHITTÄMISPROSESSI.....	28
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö menetelmänä.....	28
6.2	Koulutustilaisuuden ideointi ja suunnittelu	28
6.3	Koulutustilaisuuden arviointi	33
7	POHDINTA.....	35
7.1	Opinnäytetyöprosessin onnistumisen arviointi	35
7.2	Eettisyys ja luotettavuus	36
7.3	Ammatillinen kehittyminen sairaanhoitajiksi.....	38
7.4	Johtopäätökset	40
	LÄHTEET	42
	LIITTEET	49

1 JOHDANTO

Suomen yleisin käytetty päihde on alkoholi, joka aiheuttaa suurimman osan maamme päihdeongelmista. Päihteiden liikkakäytön aiheuttamien fyysisten sairauksien vuoksi Suomessa annetaan sairaalahoitoa vuosittain yli 10 000 potilaalle, joista kaikilla on päädiagnoosina alkoholin tai huumeiden käytöstä johtuva sairaus. (THL 2015, 30.) Esimerkiksi 60 – 80 % haimatulehduksista esiintyy juuri alkoholin ongelmakäyttäjillä (Käypä hoito 2011). Vuonna 2014 Terveystieteiden tutkimuskeskus rekisteröi 172 128 sairaalahoitopäivää ja 17 374 päihdesairauksien vuoksi hoidossa ollutta potilasta (THL 2015,136). Voidaan siis todeta, että päihdeongelmaisen potilaan kohtaaminen on hyvin yleistä somaattisessa hoitotyössä.

Opinnäytetyömme aihe on päihdeongelmaisen potilaan ammatillinen kohtaaminen ja tarkoituksenamme on tutkia päihdeongelmaisen kohtaamiseen liittyviä erityispiirteitä hoitotyössä. Tavoitteenamme on kehittää hoitohenkilöstön osaamista kohdata päihdeongelmainen potilas kirurgisessa hoitotyössä. Kyseessä on toiminnallinen opinnäytetyö, joka koostuu raportista ja Lapin sairaanhoitopiirin kirurgian osaston 4A hoitohenkilöstölle suunnatusta koulutustilaisuudesta. Osasto on erikoistunut hoitamaan gastroenterologian, urologian, korva-, nenä- ja kurkkutautien sekä silmä- ja suusairauksien leikkauspotilaita (Lapin sairaanhoitopiiri 2007). Koulutustilaisuudessa käsittelemme päihdeongelmaisen ammatilliseen kohtaamiseen tarvittavia tietoja ja taitoja sekä tarjoamme konkreettisia ohjeita haastavan päihdeongelmaisen potilaan kohtaamiseen. Tämän potilasryhmän kohtaamisessa on erityisen tärkeää hoitohenkilöstön asenne, uusien tietojen ja päihdeosaaminen (Holmberg 2010, 110), sillä osastolle tulevilla potilailla esiintyy somaattisten sairauksien lisäksi myös mahdollisia vieroitus- ja psykoosioireita. Lisäksi hoitohenkilöstön tulee huomioida mahdolliset sosiaaliset ongelmat, kuten syrjäytyneisyys. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 238.) Päihdeongelmaiset potilaat vaativatkin moniammatillista yhteistyötä ja ovat erityisosaamista vaativa potilasryhmä, joka on myös yksi aihevalinnan perustelu.

Valitsimme opinnäytetyön aiheen oman kiinnostuksemme pohjalta kohdattamme päihdeongelmaisia potilaita työharjoitteluissa sekä työelämässä. Opinnäy-

tetyömme avulla syvennämme omaa tietoaamme, kehitämme vuorovaikutustaitojamme sekä luomme yhteyksiä työelämään – opinnäytetyö on prosessi ammatilliseen kasvuun. Sen valmistuessa pystymme hyödyntämään aiheen tuomaa asiantuntijuutta valmistuttuamme sairaanhoitajiksi missä tahansa hoitotyön työyksikössä.

Terveyden edistämisessä olennainen hoitotyön arvo on tasavertaisuus (Pietilä, Halkoaho, Matveinen, Länsimies-Antikainen, Häggman-Laitila & Kangasniemi 2012, 36), joka on myös osa terveydenhuollon ammattihenkilökunnan toimintaa ohjaavista valtakunnallisista eettisistä ohjeista (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 165). Pitämällä koulutustilaisuuden lisäämme hoitohenkilöstön tietoutta ja annamme heille ohjeistuksia päihdeongelmaisen potilaan ammatilliseen kohtaamiseen perustuen hoitotyön eettisiin ohjeisiin ja arvoihin. Täten harjoitamme Lapin AMK:n strategiaa turvallisuusosaaminen ja edistämme tasavertaista terveydenhuoltoa ja sujuvaa kanssakäymistä hoitohenkilöstön ja potilaan välillä. Opinnäytetyömme siis nivoutuu valtakunnallisista strategioista terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen sekä toimivien palvelujen varmistamiseen (Sosiaali ja terveystieteiden ministeriö 2006, 4).

Lopulliset opinnäytetyössä käsiteltävät aiheet rajautuivat osastolla tehdyn tarvekartoituksen mukaisesti haastavan päihdeongelmaisen ja delirium-potilaan kohtaamiseen sekä potilaan motivointiin ja hoitoon sitouttamiseen. Lisäksi käsittelemme opinnäytetyössämme potilaan arvostavaa ja ammatillista kohtaamista sekä siihen liittyviä hoitotyön eettisiä ohjeita. Käytämme opinnäytetyössämme termiä hoitohenkilöstö, sillä emme halua rajata joukkoa tiettyyn ammattiryhmään. Hoitohenkilöstöllä tarkoitamme sairaalassa työskenteleviä laillistettuja terveydenhuollon ammattilaisia, joilla on oikeus harjoittaa ammattiansa.

2 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoitus on tutkia, minkälaisia erityispiirteitä päihdeongelmaisen kohtaamiseen liittyy hoitotyössä. Tavoitteenamme on kehittää hoitohenkilöstön osaamista kohdata päihdeongelmainen potilas kirurgisessa hoitotyössä. Pyrimme yhdistämään hoitohenkilöstön jo olemassa olevaa tietotaitoa tuoreimpaan tutkimustietoon. Toiminnallisen osuuden eli koulutustilaisuuden myötä kirurgian osasto 4A:n hoitohenkilöstö saa tietoja ja konkreettisia ohjeita päihdeongelmaisen potilaan arvostavaan kohtaamiseen sekä sujuvaan vuorovaikutukseen. Opinnäytetyöhömme koottua tietoperustaa voidaan jo itsessään hyödyntää missä tahansa somaattisen hoitotyön yksikössä. Täten myös vastaamme toimeksiantajamme Lapin keskussairaalan kirurgian vuodeosaston 4A tarpeisiin. Toivomme, että opinnäytetyömme ja koulutustilaisuuden sisältö toimisivat innoitteena ja herätteenä keskustelulle sekä kokemusten purkamiselle työyhteisössä.

Koulutustilaisuudessa kehitämme ammatillista osaamistamme keräämällä kokemusta esiintymisestä. Opinnäytetyön prosessin jälkeen hallitsemme raportoinnin suullisesti ja kirjallisesti. Lisäksi syvennämme tietopohjaamme aiheesta, vahvistamme ammattiosaamistamme ja asiantuntijuuttamme kohdata päihdeongelmaisia valmistuttuamme sairaanhoitajiksi.

Tavoitteemme saavuttamiseksi etsimme tietoa eri oppikirjoista sekä tietokannoista, kuten Finna-tiedonhakupalvelusta, Googlestä ja käyttämällä sen Scholar-toimintoa. Tiedonhaun jälkeen kokoamme tiedot yhtenäiseksi kokonaisuudeksi ja samanaikaisesti valmistelemme tarvekartoitusta eli lomakekyselyä lähdeaineistoksi, jonka viemme osastolle hoitohenkilöstön täyttäväksi. Tarvekartoituksen avulla saamme informaatiota hoitohenkilöstön tiedoista ja taidoista päihdeongelmaisen potilaan kohtaamisessa sekä siitä, mitä se toivoo koulutustilaisuuden sisältävän.

3 PÄIHDEONGELMAINEN SOMAATTISELLA OSASTOLLA

3.1 Päihdeongelmasta delirium tremensiin

Päihde tarkoittaa Terveyskirjasto Duodecimin mukaan psyykkisiin toimintoihin vaikuttavaa ainetta, jota käytetään päihtymystarkoitukseen (Seppä, Aalto, Alho & Kiiänmaa 2012, 8). Päihteiden käyttö voi tähdätä hyvän ja rennon olon saavuttamiseen sekä unettomuuden, masennuksen ja stressin lievittämiseen (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 105). Päihteiksi luetaan alkoholi sekä huumeet. Huumausaineiksi lasketaan nikotiini, opiaatit, hallusinogeenit, kannabistuotteet, amfetamiini, kokaiini, kofeiini ja niin kutsutut muuntohuumeet. Myös jotkin lääkeaineet, kuten bentsodiatsepiinit ja barbituraatit ovat väärinkäytettyinä huumausaineita. Suomessa näistä päihteistä on hyväksytty lailliseksi alkoholi, nikotiini sekä kofeiini. (Seppä ym. 2012, 8.) Päihteiden väärinkäyttö voi olla seurausta koetusta traumaattisesta tapahtumasta (Havio, Inkinen & Partanen 2008 200). Sen erityispiirteitä ovat päihteiden alituinen käyttö siten, että niistä aiheutuu erinäisiä haittoja omalle ja läheisten hyvinvoinnille. Silloin kun päihteet tavalla tai toisella hallitsevat elämää, ja niitä käytetään välittämättä omasta terveydestä tai käytön vaikutuksista sosiaalsiin suhteisiin, voidaan puhua päihdeongelmasta. (Huttunen 2014.)

Päihdeongelmalla voidaan tarkoittaa joko riskikäyttöä, haitallista käyttöä tai riippuvuutta eli addiktiota. Riskikäyttäjä käyttää päihteitä piittaamatta niiden aiheuttamista terveydellisistä haitoista. (Holmberg 2010, 36;Lappalainen-Lehto ym. 2008, 18.) Suomessa alkoholin riskikäytöstä puhutaan silloin, kun mies juo vähintään seitsemän ja nainen vähintään viisi alkoholiannosta kerrallaan (Aalto 2010, 10). Vuonna 2014 21 % miehistä ja 6 % naisista nautti alkoholia vähintään kerran viikossa humalahakuisesti eli vähintään kuusi alkoholiannosta kerrallaan (THL 2015, 28). Suurimmalle osalle väestöstä säännöllisestä alkoholin käytöstä ei kuitenkaan aiheudu haittoja (Aalto 2010, 11). Päihteiden haittakäytöstä puhutaan sen sijaan silloin, kun käyttäjälle on jo seurannut terveysongelmia tai sosiaalisia haittoja, eikä riippuvuutta ole vielä kehittynyt (Mielenterveystalo). Päihderiippuvuus on hallitsematonta ja jatkuvaa käyttöä, joka aiheuttaa käyttäjälle toleranssia eli sietokyvyn kasvua. Mikäli päihderiippuvainen lopettaa päihteiden käytön, seurauksena on fyysisiä ja psyykkisiä vieroitusoireita. (Holmberg 2010, 39.)

Deliriumista eli sekavuustilasta puhutaan kun potilaalla on muutoksia tajunnantassossa, keskittymiskyvyssä, kognitiivisissa taidoissa sekä hän on käytökseltään sekava. Tila on äkillinen, väliaikainen ja voi olla kestoaltaan muutamasta tunnista jopa pariin kuukauteen. (Huttunen 2015; Baker, Taggart, Nivens & Tillman 2015, 15.) Deliriumin laukaisevat tekijät ovat usein somaattisia ja niitä voi olla samanaikaisesti useita (Faught 2014; Laurila 2012). Näitä ovat stressi, kipu, unenpuute, infektiot ja nestetasapainon häiriöt sekä lisäksi leposidehoito, lääkkeiden väärinkäyttö, suonensisäinen nestehoito ja virtsakatetri (Huttunen 2015; Baker ym. 2015, 15). Koska laukaisevat tekijät ovat somaattisia, delirium-potilaan hoito kuuluu somaattiselle vuodeosastolle (Laurila 2012), eli osastolle, jolla hoidetaan kaikkia muita paitsi psykiatrasta erikoissairaanhoidoa vaativia potilaita (Rainio & Rätty 2013, 1). Deliriumin oireet voidaan jakaa hyperaktiivisiin ja hypoaktiivisiin, mutta potilaalla voi esiintyä myös näiden kahden oirekuvan sekamuotoa (Laurila 2012). Hyperaktiivisia oireita ovat muun muassa rauhattomuus ja erilaiset hallusinaatiot kun taas hypoaktiivisia oireita ovat uneliaisuus, väsymys ja keskittymiskyvyttömyys (Baker ym. 2015, 15). Riski deliriumin kehittymiselle on suurempi tietyillä potilasryhmillä, kuten yli 65 – vuotiailla, leikkauspotilailla sekä päihteiden liikkäyttäjillä (Faught 2014, 301; Baker ym. 2015, 16).

Noin puolella alkoholin liikkäyttäjistä ilmenee jonkin asteisia vieroitusoireita heidän lopettaessaan alkoholin käytön (Marc & Schuckit 2014). Oireiden syynä on alkoholiin kehittynyt vahva fyysinen addiktio, ja niiden voimakkuus ja kesto vaihtelee sen mukaan kuinka kauan ja paljon alkoholia on käytetty. Alkoholin vieroitusoireita ovat vapina, univaikeudet, ahdistus, pahoinvointi ja korkea, yli 100/min pulssi. (Huttunen 2015.) Noin 3-5 % ihmisistä saa alkoholin yhtäkkisestä käytön lopettamisesta kouristuksia tai delirium tremensin eli juoppohulluuden (Marc & Schuckit 2014; Huttunen 2011).

Delirium tremensille altistavat samat tekijät kuin missä tahansa muussa sekavuustilassa. Alkoholista johtuvan sekavuustilan altistavia tekijöitä ovat näiden lisäksi takykardia (Szabo & Kark 2011) eli tiheälyöntinen sydämen rytmihäiriö (Kettunen 2014), aikaisempi delirium tremens, huono ravitsemustila, jokin somaattinen pitkäaikainen sairaus sekä aikaisemmat vieroitusoireisiin liittyvät kouristukset (Szabo & Kark 2011). Vieroitusoireiden hoito tähtää komplikaatioiden sekä ennen

kaikkea deliriumin ja kouristuskohtauksien ehkäisyyn. Hoitona käytetään bentso-diatsepiinejä ja antiepileptisiä lääkkeitä. (Frank & Hedberg.) Hoitaja voi ehkäistä delirium tremensin kehittymistä omalla toiminnallaan. Ympäristö on hyvä pitää rauhallisena ja potilaalla tulisi olla mahdollisuus pitää henkilökohtaiset esineet, kuten kuulolaite ja silmälasit saatavilla. Päivärytmiä ylläpidetään valojen käytön avulla. Kellon ja kalenterin näkyvillä olo puolestaan helpottavat potilasta pysymään orientoituneena aikaan. Hoitajan tehtävänä on huolehtia potilaan ravitsemuksesta ja nestetasapainosta sekä riittävästä kivunhoidosta. Potilas pyritään saamaan jalkeille mahdollisimman pian ja kaikki liikkumista rajoittavat tekijät, kuten virtsakatetri, poistetaan heti kun mahdollista. (Faught 2014.) Hoitamattomana delirium tremens voi johtaa nestehukkaan, hypotermiaan eli ruumiinlämmön laskuun ja verenkierron peittämiseen (Szabo & Kark 2011; Saarelma 2015).

3.2 Päihdeongelmaisen hoitoon sitouttaminen kirurgisella vuodeosastolla

Kirurgisessa hoitotyössä hoidetaan potilaita, jotka ovat akuutin tai pitkäaikaissairautensa vuoksi leikkauksen tai muun kirurgisen hoidon tarpeessa. Hoito tähtää sairauden parantamiseen tai oireiden lievittämiseen. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 22.) Potilaat voivat tulla leikkaukseen joko elektiivisesti eli suunnitellusti tai vaihtoehtoisesti päivystyspoliklinikan kautta, jolloin puhutaan päivystysleikkauksesta. Potilaan tullessa elektiiviseen toimenpiteeseen, hänen hoitoprosessinsa sisältää kolme eri vaihetta, joita ovat leikkausta edeltävä vaihe eli preoperatiivinen, leikkauksen aikainen vaihe eli intraoperatiivinen ja leikkauksen jälkeinen eli postoperatiivinen vaihe. Koko hoitoprosessia kutsutaan nimellä perioperatiivinen hoitotyö, joka alkaa kun päätös leikkauksesta on tehty. Päivystysleikkaukseen tulevan potilaan perioperatiivinen hoitoprosessi sisältää samat vaiheet kuin elektiiviseen toimenpiteeseen tulevan, mutta preoperatiivinen vaihe jää niukemmaksi potilaan yleisvoinnista riippuen. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2013 99, 127 - 128.)

Toimeksiantajallamme, osasto 4A:lla, hoidetaan potilaita ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. Potilaan saapuessa kirurgiselle vuodeosastolle hänelle tehdään tai hänet ohjataan tekemään välittömät leikkausvalmistelut. Näitä ovat muun mu-

assa ihon puhdistaminen käymällä suihkussa, leikkausalueen ihon kunnon tarkistaminen ja tarvittaessa ihokarvojen poisto, suoliston tyhjentäminen, ravinnotta olo, leikkausvaatteiden vaihto sekä laskimotukoksia ehkäisevien sukkien pukeminen ylle. Leikkauksen jälkeen potilas voidaan voinnista riippuen kotiuttaa tai siirtää kirurgiselle vuodeosastolle toipumaan leikkauksesta. Osastolla tarkkailaan ja yllä pidetään potilaan peruselintoimintoja ja yleisvointia, seurataan leikkaushaavan ja leikkausalueen kuntoa, huolehditaan ravitsemuksesta, nestetasapainosta ja riittävästä kivunhoidosta sekä seurataan virtsaamista ja ulostamista. Päämääränä on havaita potilaan tilassa tapahtuvat muutokset mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. (Ahonen ym. 2013, 101, 105- 109.)

Kirurgisessa hoitotyössä painottuu potilaan ihmisarvon säilyttäminen, sillä potilaat antavat enemmän painoarvoa hoitajan olemukselle ja asennoitumiselle, kuin varsinaisille hoitotyön toiminnoille. Tämän vuoksi hoitajan on tärkeää kiinnittää huomiota tapaan, jolla hän kohtelee ja koskettaa potilasta. (Holmia ym. 2006, 22 & 24.) Hoitajan olemus eli hänen tapansa koskettaa, viestiä sanoilla ja eleillä, huolehtia, hoitaa, välittää ja hoivata vaikuttavat kohtaamisen laatuun välittömästi (Haho 2014). Hoitaja voi omalla käytöksellään ja asennoitumisellaan helpottaa tai jopa pahentaa potilaan sairaudesta johtuvaa tuskaa. Potilas voi tuntea häpeää ja syyttää itseään sairaudestaan ja terveyden tilastaan. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2014, 16.) Hoitajan tulisi kohdella jokaista potilasta kunnioittavasti riippumatta sairauden laadusta.

Monella päihdeongelmaisella esiintyy riippuvuuden lisäksi mielenterveysongelma sekä mahdollisesti jokin somaattinen sairaus (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 124). Moni somaattinen sairaus aiheutuu suoraan päihdeongelmasta, jolloin potilaalla on vähintään kaksoisdiagnoosi (Huttunen 2012). Esimerkiksi vuonna 2014 alkoholin aiheuttamien sairauksien vuoksi potilaita oli hoidossa 23 551 terveydenhuollon vuodeosastoilla ja erikoissairaanhoidon avohoidossa (THL 2015, 40). Onkin tilastoitu, että alkoholi aiheuttaa jopa 70 % kaikista Suomen haimatulehdustapauksista (Pelli, Sand & Nordack 2009). Toisinaan alkoholiin liittyvä haimatulehdus pahenee ja sen seurauksena haimakudos menee kuoliin. Tällöin hoitomuotona on leikkaus, jossa kuollut kudος poistetaan kirurgisesti. (Mustajoki 2015.)

Korkein, Neumannin & Spiesin tutkimuksen (2010) mukaan yhdellä viidestä kirurgisesta potilaasta on alkoholiongelma, joka on yhteydessä hoitokomplikaatioiden riskiin (Käypä hoito -suositus 2014). Leikkauksen aikana käytetyt anestesialääkkeet eivät aina vaikuta heihin toivotulla tavalla ja voivat laukaista vieroitusoireita (Subedi & Bhattarai 2013). Alkoholin liikkakäyttäjillä on myös suurentunut riski leikkausten jälkeisiin komplikaatioihin, kuten keuhkokuumeeseen, haavan infektoihin ja verenvuotoihin, delirium tremensiin sekä sydämen komplikaatioihin, kuten rytmihäiriöihin (Wit, Jones, Sessler, Zilberberg & Weaver 2010; Chapman & Plaat 2009). Lisäksi Tønnesen (2002) tutkimuksessa kävi ilmi, että heidän sairaalajakson kesto oli pidempi ja kuolleisuus suurempi kuin kohtuukäyttäjien.

Näiden hoitokomplikaatoriskien vuoksi Chapmanin ja Platinin (2009) mukaan kirurgisen potilaan liiallinen alkoholinkäyttö tulisi tunnistaa ajoissa jo hänen tullessaan sairaalahoitoon ja siihen tulisi puuttua välittömästi jo leikkausta suunniteltaessa. Myös Lappalainen-Lehto ym. (2008, 151) kirjoittavat, että päihteiden käytön tunnistaminen ja sen puheeksi ottaminen mahdollisimman aikaisessa vaiheessa on tärkeää potilaan kokonaisvaltaisen terveyden ja laadukkaan hoitotyön kannalta (Helamo 2008, 240). Puheeksi ottamisella tarkoitetaan rehellistä havaintoa potilaan tilanteesta. Jos sama henkilö joutuu toistuvasti sairaalahoitoon päihteiden käytöstä aiheutuvan vaivan vuoksi, tulisi hoitajan ottaa päihteiden käyttö puheeksi. (Oksanen 2014, 179.) Tutkimusten mukaan noin 50 % päihdeongelmaisista olisi suostuvaisia ottamaan apua vastaan, mikäli sitä tarjottaisiin. Taitava hoitaja voi siis hyvin vähäisin keinoin vaikuttaa myönteisesti potilaan päihderiippuvuuden hoitoon. (Helamo 2008, 240 – 241.) Päihteiden käyttöön puuttuminen kuuluukin hoitajan perus- ja ammattiosaamiseen (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 151).

Päihteiden ongelmakäytön ilmetessä hoitajan vuorovaikutustaidot ovat avainasemassa, sillä tilanne voi herättää potilaassa häpeän- ja syyllisyydentunteita. Hoitajan myötätuntoinen, tuomitsematon, muutosmyönteinen ja kunnioittava suhtautuminen päihdeongelmaan ovat puheeksi ottamisen lähtökohta. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 156.) Ongelmaan puututaan intervention eli väliintulon avulla, jossa hoitaja tuo ilmi päihteiden käyttöön liittyvät riskit selkeästi. Keskustelu voi-

daan käynnistää potilaan itsensä esille tuomista fyysisistä ja psyykkisestä terveydentilan häiriöistä. Apuna terveydentilan hahmottamiseen voidaan käyttää konkreettisia keinoja, kuten laboratorio- ja päihdehaastattelun tuloksia. (Helamo 2008, 251, 253- 254; Partanen, Holmberg, Inkinen, Kurki & Salo-Chydenius 2015, 248.) Keskustelussa tulisi välttää hyökkäävää puhetyyliä ja suhtautua potilaaseen hyväksyvästi ja kannustavasti. Päihteiden käytöstä ja niiden vaikutuksista tulisi kuitenkin puhua suoraan. (Kork, Neumann & Spies 2010.)

Yksi usein käytetty puheeksi ottamisen menetelmä on lyhytneuvonta eli mini-interventio (Partanen ym. 2015, 246). Sitä käytetään apuna etenkin alkoholin liika- käyttöön puuttumisessa, mutta myös soveltaen muihin päihdeongelmiin. Lyhytneuvonnan tarkoituksena on potilaan motivointi päihteiden käytön lopettamiseen tai ainakin vähentämiseen. Mini-interventiossa hoitaja myös antaa tietoa ja ohjausta hoidosta sekä hoidon suunnittelusta. (Havio ym. 2008, 121.) Sen toteuttamisessa eräänlaisena kehyssanana toimii RAAMIT, joka muodostuu sanoista rohkeus, alkoholitietoisuus, apu, myötätunto, itsemääräämismvastuu ja toimintaohjeet. Hoitajan tehtävä on toimia näiden kehyssanojen mukaan luoden potilaaseen rohkeutta, antaen tietoa ja auttaen itsenäisen vähentämisen tai lopettamispäätöksen teossa. Hoitajan tulee olla myötätuntoinen, puolueeton ja ymmärtäväinen keskustellessaan erilaisista toimintaohjeista päihteidenkäytön vähentämiseksi. Mini-interventio voidaan toteuttaa yhdellä n. 15–20 minuuttia kestäväällä vastaanottokäynnillä, mutta toisinaan tarpeen voi olla useampikin tapaaminen. (Käypä hoito -suositus 2015.) Sairaalan vuodeosastoilla lyhytneuvontaa voidaan soveltaa osana muuta hoitoa. Tällöin on huomioitava potilaan yksityisyys ja tilan rauhallisuus. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 156.)

Koska elämäntapamuutokset vaativat motivaation herättämistä, on motivoivan työtavan käyttö perusteltua (Austin, Hospital, Wagner & Morris 2010). Motivoivan haastattelijan ei tarvitse olla päihdehoidon ammattilainen (Simojoki 2015), mutta jokaisen hoitajan tulisi tietää sen perusteet ja minkälaisessa tilanteessa sitä voi hyödyntää (Nederfeldt & Fredin 2010, 1). Motivoivassa haastattelussa potilas on keskiössä, mutta hoitaja ohjaa keskustelun kulkua tarkoituksenaan saada potilas muutoshaluiseksi ja aktiiviseksi ongelmien ratkojaksi (Havio ym. 2008, 128). Po-

tilaan motivaatiota ja halua muutokseen voidaan herätellä kysymällä avoimia kysymyksiä ja kuuntelemalla häntä aktiivisesti. Toinen hyväksi havaittu motivoinnin keino on päihteiden käytön haittojen ja sen lopettamisen etujen vertailu. (Partanen ym. 2015, 249.)

Motivoivalla haastattelulla on myönteisiä vaikutuksia etenkin haastavien ja itsemääräämisoikeuttaan suojelevien potilaiden hoidossa. Tällaisissa ihmisissä painostus nostaa helposti vastarinnan, jolloin hoitajan tehtävänä on luoda luottamuksellinen ja turvallinen ilmapiiri. Menetelmä mahdollistaa hoitoon sitoutumista hankaloittavien negatiivisten tunteiden ja ajatusten käsittelyn. Motivoiva haastattelu lisää potilaan aktiivisuutta ja hoitoon sitoutuneisuutta kun sitä käytetään ennen somaattisen sairauden hoitoa. Motivoiva haastattelu tehoaa yhtä hyvin kuin mikä tahansa muu terapiamuoto. (Lahti, Rakkolainen & Koski-Jännes 2013.) Mikäli vuodeosastoilla ei ole riittävästi aikaa motivoivaan haastatteluun tai mini-interventioon tai menetelmien käyttö on tuloksetonta, tulee potilas hoitoonohjata päihdehoidon ammattilaiselle (Helamo 2008, 257). Jo pelkkä hoitoon ohjaus on onnistuneen hoitotyön tulos (Partanen ym. 2015, 247).

4 ARVOSTAVA KOHTAAMINEN

4.1 Hoitotyön eettiset ohjeet ammatillisessa kohtaamisessa

Hoitotyö on hoitotieteeseen pohjautuvaa ammatillista hoitamista. Sitä toteuttavat terveydenhuollon ammattilaiset, joita ovat muun muassa sairaan- ja terveydenhoitajat, kättilöt ja lähihoitajat. He tekevät hoitotyötä yhteistyössä potilaan ja terveydenhuollon eri ammattiryhmien kanssa. Hoitotyö tähtää toisen ihmisen hyvän edistämiseen, jolloin siihen liittyy kiinteästi eettinen toiminta. (Leino-Kilpi 2014, 23.) Eettisellä toiminnalla tarkoitetaan kykyä toimia oikein ja perustellusti erilaisissa ristiriitatilanteissa (Thompson, Melia, Boyd & Horsburgh 2006, 384). Hoitotyössä eettisen toiminnan tärkeys korostuu, sillä hoitaja saa tietää potilaasta henkilökohtaisia asioita ja joutuu puuttumaan niihin (Välimäki 2014, 14).

Hoitotyössä terveydenhuollon ammattilaisten eettistä toimintaa ja päätöksentekoa ohjaavat hoitotyön eettiset ohjeistukset, joissa keskeisiä arvoja ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioitus, ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2001, 3-4; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 241). Näiden arvojen pohjalta hoitohenkilöstön tulisi toteuttaa hoitotyötä ja käydä jatkuvaa keskustelua potilaiden kaltoinkohtelun välttämiseksi (Mäkisalo-Ropponen 2012, 175). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (758/1992) on säädetty näiden ohjeiden toteutumisen varmistamiseksi kaikessa hoitotyössä (Leino-Kilpi, Kulju & Stolt, 2012, 52). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (758/1992) 3§ mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on tasa-arvoinen oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon, jossa kunnioitetaan hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan sekä yksityisyyttään.

Strandell-Laineen, Heikkisen, Leino-Kilven ja van der Arendin (2005, 261, 263 – 264) mukaan eettiset ohjeet tukevat hoitotyön ammatillistumista ja ammattikunnan itsesääätelyä. Ne myös suojelevat hoitotyöntekijöitä ulkopuoliselta painostukselta ja auttavat eettisessä päätöksenteossa. Heidän tekemän tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijät ajattelivat eettisten ohjeiden tähtäävän käytännön hoitotyön tukemiseen. Tutkimuksessa ilmeni myös, että eettisten ohjeiden käyttö voidaan

jakaa tiedostettuun ja tiedostomattomaan käyttöön. Tiedostetusti ohjeita käytettiin hoitotyön toimintojen selventämiseen kun taas tiedostamaton käyttö ilmeni sisäistettynä toimintana tai arvojen soveltamisena toimintaan. Hoitotyöntekijät näkivätkin eettisten ohjeiden sisäistämisen olevan niiden käyttämisen ehto.

Päihdeongelmaisen kanssa työskennellessä eettisten ohjeiden sisäistäminen korostuu, sillä päihdeiden ongelmakäyttöön suhtaudutaan usein negatiivisesti myös hoitotyön ammattilaisten keskuudessa. Lisäksi päihdeongelmaiset eivät heikon sosiaalisen statuksensa vuoksi aina kykene pitämään oikeuksistaan kiinni. Hoitajan tuleekin työskennellä sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaisesti kaiken ikäisten ihmisten terveyttä edistäen ja ylläpitäen, sairauksia ehkäisten sekä kärsimyksiä lievittäen. Hoitajan tulee tukea yksilön voimavaroja ja toimia oikeudenmukaisesti riippumatta potilaan yhteiskunnallisesta asemasta, terveysongelmasta tai muista taustoista. (Partanen ym. 2015, 33 – 34.) Lappalainen-Lehto ym. (2008, 241) ovat poimineet sairaanhoitajan eettisistä ohjeista ne, jotka korostuvat etenkin päihdeongelmaisen kohtaamisessa. Päihdeongelmainen tulisi kohdata arvostavasti hänen vakaumukset ja arvot huomioiden. Vuorovaikutuksen täytyy olla avointa ja hoitosuhteessa tulee vallita luottamuksellisuus. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa, eikä häntä saa jättää hänen omaa hoitoansa koskevassa päätöksenteossa ulkopuolelle. Potilasta täytyy myös kohdella oikeudenmukaisesti ja tasa-arvoisesti. Eettisesti osaava hoitaja tiedostaa hoitotyöhön liittyvät arvot ja toimii niiden mukaisesti. Hoitotyötä toteuttaessaan hän pohtii toimintansa oikeellisuutta ja perustaa sekä valintojensa tietoisuutta. (Partanen ym. 2015, 31, 33; Havio ym. 2008, 18.) Sairanhoitajan eettiset ohjeet ovatkin potilaan kohtaamisen perusta (Partanen ym. 2015, 34).

Kohtaaminen on vuorovaikutusta ihmisten välillä. Hoitotyössä ammatillisuus luo pohjan kohtaamiselle, sillä se antaa itsevarmuutta ja tietoa omaan työskentelyyn potilaiden kanssa. (Mattila 2007, 12.) Hoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde on aina ammatillinen (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2013, 28), jossa potilaan kokemuksia ei vähätellä, vaan häntä arvostetaan ottamalla hänen kokemuksensa vakavasti. Arvostaminen on laadukkaan hoitotyön lähtökohta. Se on ihmisen itsensä arvostamista riippumatta hänen luonteestaan,

näkemyksistään, ansioistaan tai epäonnistumisistaan. (Mattila 2007, 13, 15.) Hoitotyössä potilas kohdataan omana itsenään kunnioittaen ja tasavertaisesti kohdellen, jolloin hänen henkilökohtaiset ominaisuutensa eivät vaikuta kohtaamisen tai vuorovaikutuksen laatuun (Haho 2014). Potilaan kunnioittaminen, hoitajan korkea sietokyky, nöyryys ja luottamuksellisuus ovat myös osa ammatillista kohtaamista (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 242 - 243; Mattila 2007, 19, 21, 23).

Potilaan kohtaaminen eettisten ohjeiden mukaisesti ei ole kuitenkaan aina mutkatonta. Kuokkasen, Leino-Kilven ja Katajiston (2010, 27, 30 - 32) tutkimuksen mukaan eettisten ongelmien kohtaaminen on hoitotyössä varsin yleistä. Eettinen ongelma muodostuu kun erilaiset eettiset periaatteet ovat ristiriidassa keskenään, sekä silloin kun eettisten periaatteiden noudattaminen ei syystä tai toisesta ole mahdollista. Myös hoitajan ja potilaan väliset näkemuserot voivat synnyttää eettisen ongelman. Esimerkiksi kun sama henkilö joutuu toistuvasti sairaalahoittoon päihteiden käytöstä aiheutuvan vaivan vuoksi, tulisi hoitajan ottaa puheeksi potilaan päihteiden käyttö. Mikäli potilas ei halua keskustella ongelmastaan, hoitajalle voi syntyä eettinen ristiriita, sillä eettisten ohjeiden mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä täytyy kunnioittaa, jolloin hoitajan tulisi tässä tilanteessa olla niin sanotusti puuttumatta tilanteeseen. Toisaalta taas voidaan pohtia, milloin puuttumatta jättäminen on heitteille jättöä. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 241 – 242.)

Päihdeongelmaisten kohtaaminen herättää yleensä hoitajissa erilaisia tunteita. Etenkin hyvin nuoret tai raskaana olevat päihdeongelmaiset voivat herättää vahvoja tunteita, kuten vihaa ja ahdistusta. Tästä huolimatta hoitajan tulisi kohdata potilas ammatillisesti eli arvostavasti. Yksi päihdeongelmaisen kohtaamisen erityispiirteistä on myös hoitajan toisinaan kokema väkivaltatilanteiden pelko ja siitä kumpuava epävarmuus. Päihteiden käyttäjä voi olla käytökseltään arvaamaton ja kärsimätön. Hän voi hermostua yhtäkkisesti, mikäli asiat eivät etene hänen toivomallaan tavalla. Väkivaltaan varautuminen ei olekaan koskaan väärin ja työturvallisuuteen tulee kiinnittää huomiota. Pelko tai varautuneisuus eivät kuitenkaan koskaan saa hallita tai rajoittaa hoitotyötä. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 244.)

4.2 Haastavan päihdeongelmaisen kohtaaminen

Päihdeongelmaisista potilaista jopa 80 % kärsii jonkinasteisista mielenterveydenhäiriöistä. Osalla heistä psykiatriset oireet vahvistuvat päihteiden väärinkäytön seurauksena ja joillekin se aiheuttaa psykiatrisia komplikaatioita. Muihin potilasryhmiin verrattuna mielenterveys- ja päihdeongelmaisten hoito voikin olla hyvin haastavaa monenkirjavien oireiden, hoitoon sitoutumattomuuden ja -tyytymättömyyden, erilaisten sosiaalisten ongelmien sekä itsetuhoisuuden vuoksi. Omat haasteensa päihdeongelmaisten hoitoon tuo myös mahdollinen väkivaltariski. (Havio ym. 2008, 200 – 201.) Esimerkiksi Suomessa tapahtuvista pahoinpitelyrikkoksista jopa 70 % tehdään alkoholin vaikutuksen alaisina (Rikoksantorjuntaneuvosto 2014). Länsimaisissa tutkimuksissa onkin havaittu, että yksilötasolla alkoholin kulutuksella ja päihtymyksellä on selvä yhteys aggressiiviseen käyttäytymiseen (Sirén & Lehti 2006, 13).

Jokaisella ihmisellä on luontainen taipumus aggressioon. Aggressio on tunnetila, joka on sidonnainen tilanteeseen, henkilön persoonallisuuteen ja biologiaan, ympäristöön sekä kaikkien näiden tekijöiden summaan. (Havio ym. 2008, 206.) Aggressiivinen käyttäytyminen määritellään tahalliseksi toisiin ihmisiin kohdistuvaksi fyysiseksi tai henkiseksi eli sanalliseksi väkivallaksi (Viemerö 2006, 18). Fyysinen väkivalta on ruumiillista ja tarkoituksena voi olla ihmisten, eläinten, esineiden ja ympäristön vahingoittaminen (Havio ym. 2008, 206 - 207). Fyysinen väkivalta voi ilmetä kiinnikäymisenä, tönimisenä, potkimisena ja lyömisenä sekä puukottamisena (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 119). Sanallinen väkivalta voi ilmetä uhkailuna, kiroiluna sekä solvaamisena, (Havio ym. 2008, 206 - 207) jolloin tarkoituksena voi olla toisen henkilön lannistaminen (Vilén ym. 2008, 119). Aggression voi siis jakaa joko fyysiseen tai sanalliseen käytökseen (Viemerö 2006, 18) ja väkivalta voi ilmetä uhkailuna, vahingoittamisena, liikkumisen estämisenä sekä kiristämisenä (Vilén ym. 2008, 119).

Väkivallan tai sen uhan kokeminen hoitotyössä on yleistä, etenkin hoito- ja palvelutilanteissa. Terveystieteiden ammattilaisista joka kolmas on kokenut työskennellessään hoitoalalla väkivaltaa tai sen uhkaa ja yli 80 % on kohdannut sa-

nallista, ruumiillista tai seksuaalista häirintää potilaan toimesta. Uhkaavan tai väkivaltaisen käyttäytymisen syitä voivat olla potilaan kokema järkytys, stressi, sekavuus, psyykkiset häiriöt, päihteet sekä sairauden oireilu. Uhatilanteiden syntymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat sen sijaan kommunikoinnin puute, mielipideerot, potilaan toiminnan rajoittaminen sekä potilaan kokemus hänen hoitonsa laiminlyönnistä. Kiireessä potilasta ei välttämättä huomioida tarpeeksi, joka voi johdattaa hoidon laiminlyöntiin ja vaikuttaa myös vuorovaikutuksen laatuun hoitosuhteessa. Kiireinen hoitaja voi antaa olemattomia lupauksia tai käyttäytyä epäkohdellaasti potilasta kohtaan. (Miettinen & Kaarne 2008, 271 - 272; Havio ym. 2008, 206.) Kiireestä huolimatta hoitajan tulisi toimia eettisen hoitamisen keskeisten taitojen mukaisesti – pysähtyen, kuunnellen ja keskustellen (Haho 2014).

Päihdeongelmaisen käytös voi olla samanlaista kuin kenellä tahansa asiakkaalla, joka on tyytymätön saamaansa hoitoon tai kohteluun (Partanen ym. 2015, 235). Päihtyneen ihmisen voi kuitenkin olla vaikeampi hillitä aggressiotaan ja hahmottaa vuorovaikutustilanteissa tapahtuvaa viestintää. Kun kaikkeen tähän yhdistetään hoitotilanteessa tapahtuva sosiaalisen etäisyyden rajan rikkominen ja sen aiheuttama epämiellyttävä olo voi tuloksena olla uhkatilanne tai jopa väkivaltaisen käytös. (Miettinen & Kaarne 2008, 273 – 274; Havio ym. 2008, 206 – 207.) Hoitajan tulisikin muistaa, että potilaaseen ei saa koskea ilman tämän lupaa, ja että omien tunteiden ja pelkotilojen tunnistaminen parantavat sietokykyä uhkaavissa tilanteissa (Partanen ym. 2015, 236; Hull & Broquet 2007).

Omien tuntemustensa lisäksi hoitajan tulisi tunnistaa erilaisia potilaassa havaittavissa olevia käyttäytymispiirteitä, jotka voivat olla ennusmerkkejä aggressiivisesta käyttäytymisestä (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 131). Jos hoitaja ei havaitse tilanteita joissa on väkivalta- ja turvallisuusriski, hän voi tahattomasti edesauttaa näiden syntymistä (Havio ym. 2008, 206). Aggression sanattomia tunnusmerkkejä ovat kasvojen yhtäkkinen kalpeus, puhumattomuus, sekä käsien puristelu nyrkkiin (Miettinen & Kaarne 2008, 278). Käytös voi muuttua äkäiseksi, ahdistuneeksi, vetäytyväiseksi ja jännittyneeksi (Partanen ym. 2015, 234). Jännittyneen ihmisen tunnistaa kasvojen nykimisestä, hengityksen kiihtymisestä ja hampaiden kiristelystä. Sanallisia tunnusmerkkejä taas ovat äänenkäytön muut-

tuminen. (Miettinen & Kaarne 2008, 278.) Potilas saattaa takertua liiallisesti hoitajaan ja hänen katseensa voi muuttua tuijottavaksi (Partanen ym. 2015, 234). Ihminen, joka haluaa vahingoittaa toista, yrittää hakeutua kasvotusten hänen kanssaan (Miettinen & Kaarne 2008, 278).

Jokaisessa hoitotyön yhteisössä tulisi olla valmiiksi määritellyt toimintatavat mahdollisen väkivaltatilanteen varalta (Partanen ym. 2015, 236). Yksi mahdollisista toimintatavoista on MAPA eli Management of actual or potential aggression -menetelmä, joka on kehitetty haastavan ja aggressiivisen potilaan kohtaamiseen. Menetelmä kehitettiin alun perin psykiatriseen hoitoon, mutta sitä on alettu käyttää myös somaattisessa hoitotyössä. Sen olennaiset arvot ovat potilaan kunnioitus, inhimillinen kohtelu ja turvallisuuden takaaminen. Menetelmä perustuu uhkatilanteiden ehkäisyyn vuorovaikutuksen avulla sekä provosoinnin välttämiseen. Potilaan fyysistä rajoittamista käytetään viimeisenä vaihtoehtona, mikäli tilannetta ei muutoin saada rauhoitettua. (Mäkinen 2014.) Fyysisen rajoittamisen lähtökohtana on kivun välttäminen, liikeratojen hillitty rajoittaminen sekä yhtäaikainen vuorovaikutus. Yhden hoitajan tehtävänä onkin kertoa potilaalle tilanteen eteneminen ja sen syy (Miettinen & Kaarne 2008, 281). MAPA -menetelmän mukaan jokainen hoitotilanne tulisi suunnitella etukäteen, jos kyseessä on haastava potilas. Näin uhkatilanteita voidaan ennaltaehkäistä. (Mäkinen 2014.)

Päihtynyttä tulee aina ajatella väkivallan riskitekijänä, sillä kyky hallita käytöstä heikkenee mikä saattaa aiheuttaa väkivaltaista käyttäytymistä (Lehestö ym. 2004, 96 - 97). Haastavan potilaan kohtaamisessa tulisi kiinnittää huomiota potilaan mielentilaan. Kiihtyneenä potilas ei täysin kykene aistimaan ympäristön ärsykyksiä ja toisten ihmisten viestejä. (Vilén ym. 2008, 122.) Kanssakäymisessä tulisikin kiinnittää huomiota erityisesti rauhallisiin ilmeisiin ja eleisiin sekä ytimekkääseen ja selkeään puhetapaan. Hoitajan olemuksen tulisi viestittää ymmärrystä ja välittämistä. (Miettinen & Kaarne 2008, 274, 277.) Konfliktitilanteeseen ei pidä lähteä mukaan (Hull & Broquet 2007), vaan hoitaja voi hillitä tilanteen eskaloitumista omalla neutraalilla, kunnioittavalla ja rauhallisella käytöksellään (Lehestö ym. 2004, 133).

Haastavan potilaan kohtaamiseen ei pitäisi koskaan mennä yksin, vaan tilanteeseen tulisi pyytää mukaan työkaveri. Potilasta kannattaa kehottaa istuutumaan

(Partanen ym. 2015, 234 -236), sillä istuessa päällekkäisyys on potilaalle haastavampaa. Lisäksi se voi tynnyttää potilasta luoden hänelle tunteen siitä, että hänet otetaan vakavasti. (Miettinen & Kaarne 2008, 276.) Partanen ym. (2015, 236) kirjoittavat, että myös seisomiseen tulee kiinnittää huomiota. Hoitajan tulisi nousta seisomaan samaan aikaan potilaan kanssa sekä istua kun potilas istuu. Seistessä tulisi olla sivuttain potilaaseen nähden kääntämättä missään vaiheessa hänelle selkäänsä ja huolehtia, että takana on tilaa pakenemista varten. Potilaaseen kannattaa pitää sopiva etäisyys sekä välissä jonkinlainen este, kuten tuoli, mahdollisen fyysisen väkivallan vuoksi.

Haastavan potilaan kohtaamisessa tulisi säilyttää säännöllinen ja luonteva katsekontakti välttämällä katseen harhailua. Kädet olisi hyvä pitää näkyvillä, sillä niiden pitäminen puuskassa, taskuissa tai selän takana voi vaikuttaa uhmakkaalta, jonkin asian piilottelulta tai välinpitämättömyydeltä. Puheessa varotaan tekemästä yleistyksiä sekä vältetään ammattisanaston (Miettinen & Kaarne 2008, 274 - 276) ja kielteisten ilmaisujen käyttöä. Potilasta pyritään puhuttelemaan nimellä (Partanen ym. 2015, 235), jotta hän tuntisi itsensä yksilöksi anonyymien potilaan sijasta (Vilén 2008, 125). Hoitajan täytyy olla avoin ja rehellinen, jolloin ei synny epä määräisiä lupauksia joista potilas voisi ärtyä (Miettinen & Kaarne 2008, 274 - 276). Hoitajan tulee pyrkiä selvittämään potilaan ärtymyksen syy (Hull & Broquet 2007), mutta liiallinen hyssyttely voi antaa potilaalle vaikutelman asian väheksymisestä (Vilén 2008, 123). Uhkaavassa tilanteessa tulisi välttää seurauksilla uhkailua sekä käskevää äänensävyä. Hyvillä sanallisilla taidoilla hoitaja voi toisinaan estää uhkaavan tilanteen kehittymisen fyysiseksi väkivallaksi. (Lehestö ym. 2004, 133, 138.)

Mikäli tilanne eskaloituu entisestään, tulisi hoitajan toiminnan pääpaino olla potilaan rauhoittamisessa (Miettinen & Kaarne 2008, 279) ja hänen kuuntelemisessaan (Vilén 2008, 125). Neuvottelun keinoin ja vaihtoehtoja antamalla hoitaja voi tarjota potilaalle ulospääsyn tilanteesta siten, että potilas saa säilyttää kasvonsa (Partanen ym. 2015, 235). Jos tilanne kaikesta huolimatta etenee fyysiseen väkivaltilanteeseen, saa hoitaja hätävarjelun nimissä tarpeen vaatiessa pyrkiä potilaan otteesta irti väkivaltaisella keinolla ja apuvälinein. Potilaan otteesta irtautumisen jälkeen hoitajan tulee paeta ja hälyttää apua. (Miettinen & Kaarne 2008, 279.)

Uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkeen asiasta ilmoitetaan esimiehelle ja poliisille mikäli tarpeellista. Tilanteesta tulleet mahdolliset vammat hoidetaan ja tapahtuma kirjataan tarkasti. (Vilén ym. 2008, 126; Partanen ym. 2015, 237.) Systemaattisen ja tarkan kirjauksen avulla voidaan kartoittaa riskitekijöitä – onko tilanteilla jokin yhteinen tekijä kuten tietty potilasryhmä, aika, paikka tai hoitotapahtuma. Kirjaaminen helpottaa toiminnan suunnittelua työpaikalla ja tilanteen myöhempää analysointia. Lisäksi se myös toimii hoitajan oikeusturvana. Kirjaamisen ohella on tärkeää purkaa tilanne työyhteisön kesken, sillä näin tilanteista voidaan oppia ja niitä voidaan ehkäistä. (Lehestö ym. 2004, 128, 139 – 140.) Uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittely työpaikalla on myös työssä jaksamisen edellytys (Vilén ym. 2008, 126). Jälkihoidon avulla uhri ja muut osalliset saavat käsiteltyä tunnetilansa ja kokemuksensa (Havio ym. 2008, 210; Partanen ym. 2015, 236). Lehestö ym. (2004, 121, 127) kirjoittavat väkivalta- ja uhkatilanteiden herättävän työntekijöissä pelkoa ja ahdistusta tai jopa itsesyytöksiä ja häpeää. On kuitenkin tärkeää muistaa, että tällaiset tilanteet eivät ole koskaan uhrin syy.

Työturvallisuuslaissa (738/2002) § 27 on säädetty, että työnantajalla on velvoite laatia toimintamallit ja turvallisuusjärjestelyt, mikäli työpaikalla voi olla väkivallan uhka. Uhkatilanteita voidaan ennaltaehkäistä kartoittamalla ja poistamalla työympäristön riskitekijöitä. Ylimääräiset esineet, esimerkiksi sakset ja ruokailuvälineet, jotka voivat väärinkäytettynä olla vaarallisia, on hyvä siirtää muualle säilöön. Huonekalujen tulisi olla niin raskaita, ettei niitä voi heittää ja ne tulisi sijoittaa siten, etteivät ne estä hoitajan nopeaa poistumista uhkaavasta tilanteesta. Sisustuksen ja tilojen turvallisuutta pohtiessa tulee ottaa huomioon myös potilaiden viihtyvyys; liian kirkkaat valot, hämärä, ahtaat tilat ja huono ilmastointi voivat aiheuttaa ärtymistä ja ahdistuneisuutta, joka voi laukaista aggressiivisen käytöksen. (Lehestö ym. 2004, 99, 122, 106.)

5 KOULUTUSTILAISUUDEN VALMISTELUSSA HUOMIOITAVAT TEKIJÄT

5.1 Koulutustilaisuuden sisällön valmistelu

Koulutustilaisuudella tarkoitetaan tapahtumaa, jonka tarkoituksena on antaa osallistujille ajankohtaisinta ja tuoreinta tietoa. Toisinaan tarkoituksena voi olla myös kehittää toimintaa, opettaa uusia taitoja tai muokata toimintatapoja. Lyhyesti sanottuna tavoitteena on osallistujien osaamisen lisääminen. Koulutustilaisuuden tilaajana on yleensä jokin organisaatio, ja sen osallistujina organisaation työntekijät. Kouluttajan tulisi ottaa huomioon tilaisuuden sisältöä suunnitellessaan organisaation ja osallistujien toivomukset ja tarpeet. Tämä tukee osallistujien oppimista, joka puolestaan tukee koulutustilaisuudelle asetettujen tavoitteiden täyttymistä. (Kupias & Koski 2012, 11, 13, 15, 17, 53.)

Pitkä kestoisen koulutustilaisuuden valmisteluun tulee varata riittävästi aikaa. Esimerkiksi tunnin mittaisen esityksen valmisteluun tulisi varata noin viikko. Tällöin aikaa on riittävästi aiheen rajaukseen, tiedon etsimiseen ja tarkistamiseen, havainnollistamisen keinojen mietintään, tukisanalistan laadintaan sekä itse esityksen kokoamiseen. Esityksen tulee olla ehjä ja johdonmukainen kokonaisuus – esityksen jäsentelyllä on siis merkitystä. (Alajärvi, Erno, Koskinen & Yrttiaho 2013, 73, 77.)

Sisällön valmistelussa tulisi huomioida tilaisuuteen osallistujat ja heidän määränsä, tilaisuuden paikka, aika ja sen tarkoitus, osallistujien odotukset sekä käsiteltävä aihe ja sen rajaus. Kouluttajan tietäessä ennakkoon osallistujista, voi hän räätälöidä esityksen kohdeyleisölle sopivaksi, jolloin esityksestä tulee tarkoituksenmukainen. Esityksen haasteellisuus riippuu osallistujien ammatista ja heidän jo olemassa olevista tiedoista. Mikäli yleisö työskentelee samalla alalla, voi esityksessä käyttää alan ammattisanastoa, mutta muutoin tulisi käyttää yleiskieltä. Yleisön määrä vaikuttaa esityksen sävyyn, sillä pienen ryhmän kanssa on helppompaa keskustella asioista kuin ison ryhmän. (Alajärvi ym. 2001, 75.)

Alajärvi ym. (2001, 75 – 77) kirjoittavat, että aihetta ja sen rajausta miettiessä tulee huomioida osallistujien kiinnostus ja asian käsittelytapa. Aihe tulisi rajata siten, että esityksestä ei tulisi listamainen ja ainoastaan teoriaan keskittyvä, vaan

hyvin havainnollistettu ja osallistujia huomioiva. Aihetta voi rajata osallistujien tarpeiden, toivomusten ja kiinnostusten mukaisesti. Esityksen sisällön valmistelussa on huomioitava kuitenkin myös esityksen luonne ja tarkoitus. Tämä tarkoittaa sitä, että osa tilanteista voi olla virallisempia kuin toiset. Esimerkiksi koulutustilaisuuden päätarkoituksena on antaa tietoa, kouluttaa ja opettaa, jolloin esityksessä saa olla paljon faktatietoa.

Esitystä valmistellessa tulisi kiinnittää huomiota myös asioiden havainnollistamiseen. Mikäli aihe on osallistujalle jo ennestään tuttu ja esitys koostuu vain puheesta, voi osallistujan mielenkiinto harhailla muutaman ensimmäisen minuutin jälkeen. (Niemi, Nietosvuori & Viirikko 2006, 44.) Aloitus onkin esityksen kriittinen kohta, sillä sen tavoitteena on aktivoida osallistujia, johdattaa aiheeseen ja luoda heihin kontakti. Osallistujia aktivoiva aloitus voidaan toteuttaa esimerkiksi musiikina, videona tai kertomalla aiheesta ja tilaisuuden kulusta. (Alajärvi ym. 2001, 77.) Hyvä kouluttaja helpottaa osallistujien keskittymistä erilaisilla kielen keinoilla, kuten kertomalla esimerkkejä ja kysymällä aktivoivia kysymyksiä. Opetustilanteissa on järkevää hyödyntää kuulon lisäksi myös muita aisteja, kuten näköä, sillä nykypäivän ihminen on tottunut vastaanottamaan viestejä yhtä aikaa kuulon ja näön välityksellä. Lisäksi osa ihmisistä muistaa paremmin näkemänsä kuin kuulemansa asiat. Näkeminen helpottaa ihmistä painamaan mieleensä monimutkaisempia asioita, kuten numeroita. Tämän vuoksi esityksessä mahdollisesti käsiteltävät luvut tulisi kirjata näkyville. Lisäksi luvut olisi hyvä konkretisoida puheessa suhteuttamalla ne arkielämän esimerkkeihin. (Niemi ym. 2006, 45.)

5.2 Opetusmenetelmien käyttö

Todellisen oppimisen prosessi on pohtiva, luova ja valikoiva. Oppija heijastaa uutta teoriaa omiin kokemuksiinsa, ja jo olemassa oleviin taitoihinsa punnittelemalla niitä suhteessa opeteltavaan asiaan. (Kupias & Koski 2012, 26.) Russellin (2006, 2, 5) tutkimuksen mukaan aikuisen oppiminen on mahdollista silloin, kun oppija on vakuuttunut tiedon tarpeellisuudesta ja kun hän on saanut vaikuttaa opitettavaan asiaan. Paras tapa opettaa aikuista on saada hänet aktivoitua käyttäen useiden opetusmenetelmien yhdistelmää, hyödyntäen kuuloaistia, visuaalisia keinoja ja tiedon käytäntöön soveltamista.

Opetusmenetelmät valitaan sen mukaan mitä koulutustilaisuudella halutaan saavuttaa. Lisäksi menetelmien valintaan vaikuttavat ryhmän koko ja sen ilmapiiri, käytettävissä olevat resurssit, kuten aika, sekä osallistujien toivomukset ja ennakkotiedot aiheesta. Ryhmän koosta riippuen kaikkia menetelmiä ei aina voida käyttää. Myös kouluttajan oma oppimistyyli ja tottumukset vaikuttavat opetusmenetelmän valintaan. Esimerkiksi kouluttaja, joka on mieltynyt kokemusten jakamiseen, hyödyntää opetusmenetelmiä, jotka mahdollistavat tämän. (Kupias & Koski 2012, 98 – 104.)

Yleisin keino tietopohjan vahvistamiseen on asiantuntijaluento, jossa keskitytään tiettyyn aihealueeseen. Jotta osallistujien rooli ei jäisi passiiviseksi kuuntelijaksi, on heidän aktivointinsa tärkeää. Yksi aktivoinnin muoto on välikysymysten esittäminen, jotka herättävät osallistujissa ajatuksia, vaikkei keskustelua syntyisikään. Pelkkä uuden tiedon esittäminen ei ole mielekästä osallistujille. Opitun tiedon soveltamista käytäntöön voidaan harjoitella koulutustilaisuudessa turvallisesti erilaisten harjoitusten, kuten tapausopetuksen eli casen, roolipelien ja simulaattorien avulla. Uuden tiedon muistamista ja oppimista helpottavat puolestaan erilaiset havainnollistamisen keinot. Näitä keinoja ovat muun muassa esineet, videot ja dia-esitykset. (Kupias & Koski 2012, 75 – 76, 112 – 113, 118 – 120.)

Diat toimivat hyvänä havainnollistamisen keinona, mutta kouluttajan täytyy myös pystyä herättämään osallistujien kiinnostus (Kupias & Koski 2012, 76 – 77). Mikäli esityksen tukena käytetään dioja, tulisi niiden suunnittelussa kiinnittää huomiota ulkoasuun ja ymmärrettävyyteen. Diojen olisi hyvä olla lyhyehköjä, mieluiten 6-7 rivin pituisia ja niillä tulisi olla selvästi erottuva otsikko. Käytettävän fontin tulisi olla riittävän suuri ja tekstin napakkaa sekä virheetöntä. Huomioimalla diojen värimaailma tekstit ja kuvat saadaan erottumaan, ja esityksestä tulee helpommin luettava. Myös diaesityksen tulisi muodostaa ehjä ja johdonmukainen kokonaisuus. (Niemi ym. 2006, 46.)

Erilaisia kuvioita, kaavioita ja taulukoita, kuten käsitekarttaa, voidaan hyödyntää diaesityksen asiasisällön havainnollistamiseen. Niiden tarkoituksena on tehdä esityksestä selkeä ja syventää koulutukseen osallistujan ymmärrystä aiheesta. (Vilkkä 2006, 107; Kupias & Koski 2012, 77.) Käsitekartan käyttöä pidetään eri-

tyisen hyvänä opetusmenetelmänä hoitotyössä, sillä se edistää ongelmanratkaisukykyä ja itsenäistä ajattelua. Käsitekartta auttaa osallistujaa jäsentelemään toimintansa tärkeysjärjestykseen ja ajattelemaan potilasta ja hänen tilannettaan kokonaisuutena. Käsitekarttaa laatiessa täytyy ottaa huomioon värien ja muotojen käyttö, sillä ne lisäävät kaavion havainnollisuutta (Koivula, Koskinen & Salminen 2011, 29, 31, 35).

Yksi sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa käytetty opetusmenetelmä on problem based learning eli ongelmaperustainen oppiminen, jonka tarkoituksena on saada osallistuja aktiiviseksi työelämän haasteiden ratkojaksi (Poikela & Poikela 2010; Pyhäjärvi & Tolonen-Martikainen 2013, 19). Menetelmässä keskeistä on tiimityöskentely, jossa opitaan ryhmätyötaitoja vertaisoppimisen kautta (Pyhäjärvi & Tolonen-Martikainen 2013, 19). Tarinan käyttö oppimismenetelmänä pohjautuu samoille lähtökohdille kuin problem based learning. Herätteenä käytettävä tarina voi olla tositapahtuma tai kuvitteellinen, mutta kuitenkin sellainen, että esitykseen osallistuva pystyisi yhdistämään sen jo olemassa olevaan tietopohjaansa. (Lahti, Junnila & Salminen 2011, 72.) Tarinan tarkoituksena on virittää keskustelua ja saada osallistujia esittämään erilaisia näkemyksiä ja näkökulmia aiheesta. Tämän vuoksi tarina sopii hyvin opetusmenetelmäksi hoitotyön eettisten ongelmien tarkasteluun ja käytännönläheisten tapojen ja periaatteiden, sekä niiden perusteiden omaksumiseen. Näin ollen myös tarina syventää osallistujan kykyä käsitellä potilaan tilanne kokonaisuutena. (Lahti ym 2011, 72–74, 77.)

5.3 Vuorovaikutus ja viestintä esiintymistilanteessa

Esiintymistilanteen onnistumisen edellytyksenä on saada yhteys ja vuorovaikutus esiintyjän ja osallistujan välille (Niemi ym. 2006, 48). Esiintyminen on vuorovaikutusta, jossa kouluttajan on voitettava osallistujien luottamus. Luottamuksen saamisessa auttavat kouluttajan itsevarmuus ja asiantuntemus, joihin taas vaikuttavat tilanteeseen valmistautuminen. (Alajärvi ym. 2006, 69.) Kouluttajan tulee arvostaa osallistujia suhtautumalla heihin ja esiintymiseen myönteisesti, sujuvasti ja innokkaasti. Kouluttajan vaikuttaessa valmistautuneelta ja tilannetta arvostavalta osallistujat suhtautuvat esitykseen positiivisesti ja kiinnostuneesti. (Niemi ym. 2006, 48.)

Viestintä tarkoittaa ihmisten välillä vaihdettavia viestejä eli sosiaalista kanssakäymistä. Se on vastavuoroista kommunikaatiota, tunteiden osoittamista, keskustelua, kuuntelemista, kirjoittamista ja lukemista. Viestintä voi tapahtua sanattomana, sanallisena tai kirjallisena. Sanaton viestintä on osa kouluttajan persoonallisuutta. Ilmeiden, eleiden ja liikkeiden käyttö tukee hyvää esiintymistä. (Alajärvi ym. 2006, 50 - 51, 93.)

Niemi ym. (2006, 50) kirjoittavat katseen olevan olennainen tekijä jokaisessa vuorovaikutus tilanteessa. Esiintymistilanteessa kouluttajan katseen tulisi olla luonteva ja rauhallinen luotettavan vaikutelman aikaansaamiseksi. Katseen tulisi kiertää tasapuolisesti yleisössä siten, että osallistujille tulee tunne huomioiduksi tulemisesta. Katse ei saisi harhailla, mutta ei myöskään kiinnittyä liiaksi yhteen pisteeseen. Kouluttaja voi viestiä luotettavuuttaan katseen ohella myös kehonviestinnällään ja erityisesti käsillään. Hillityt ja luontevat käsien eleet voivat parhaimmillaan antaa esitykselle painokkuutta. Kouluttajan tulisi kuitenkin varoa erilaisia tiedostamattomia ja toistuvia eleitä, eli maneereja, kuten kynän naputtelua ja papereiden selaamista. Taitava kouluttaja sovittaa eleensä ja liikkeensä esiintymistilan ja yleisömäärän mukaisiksi. Liian lähelle yleisöä tuleminen voi tuntua yleisöstä ahdistavalta, kun taas liian kauas jättäytyvä kouluttaja voi antaa itsestään epävarman vaikutelman.

Sanallisen viestinnän osalta kouluttajan tulisi huomioida puheennopeus, puheen tauotus sekä se, että hänen äänenkäyttönsä on riittävän kuuluvaa. Puheen tempon olisi hyvä olla sellainen, että yleisön on helppo seurata esitystä. Liian hidas puhe voi pitkästytää osallistujat, mutta toisaalta liian nopeaa puhetta on vaikea seurata. Tauotuksen tarkoituksena on taas jäsenellä esitystä ja osoittaa sen siirtymäkohdat. (Alajärvi ym. 2001, 74, 97 - 99.) Puhetta voi jäsenellä myös erilaisien yhteenvetojen ja esimerkkien avulla (Niemi ym. 2006, 48). Esiintymistaito on siis onnistuneen koulutuksen perusta. Sen avulla kouluttaja saa osallistujan kiinnostumaan aiheesta, luo koulutukseen hyvän tunnelman ja esittää asiat selkeästi ja johdonmukaisesti. (Kupias & Koski 2012, 142.)

6 OSAAMISEN KEHITTÄMISPROSESSI

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö menetelmänä

Toiminnallinen opinnäytetyö pyrkii käytännön toiminnan ohjaamiseen, opastamiseen, toiminnan järjestämiseen tai järjeistämiseen. Se voidaan toteuttaa eri muodoissa, kuten oppaana, portfoliona, tapahtumana tai käytäntöön suunnattu ohjeena. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9.) Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu kahdesta osiosta: jostakin edellä mainitusta ja kirjallisesta tuotoksesta (Hakala 2004, 28 - 29). Raportissa kuvataan koko prosessi eli vastataan kysymyksiin mitä, miksi ja miten (Vilkka & Airaksinen 2003, 56).

Vilkka ja Airaksinen (2003, 10) kirjoittavat, että ammattikorkeakoulupohjaisen opinnäytetyön tulisi osoittaa opiskelijan omaavan riittäviä tietoja ja taitoja omalta alaltaan eli asiantuntijuutta. Tämän ohella opinnäytetyön tulisi olla otteeltaan tutkimuksellinen, käytännönläheinen, työelämälähtöinen sekä ajankohtainen ja tärkeä (Hakala 2004, 33). Työelämälähtöisen opinnäytetyön aihetta on tärkeä suunnitella työelämän toimintatavat ja kiinnostuksen kohteet huomioon ottaen, sillä lopputuloksessa tähdätään työelämän toiminnan kehittämiseen (Vilkka 2015, 58). Toiminnallisella opinnäytetyöllä olisi hyvä olla toimeksiantaja, sillä toimeksianto mahdollistaa suhteiden luomisen työelämään, tätä kautta mahdollisen työllistymisen sekä kattavamman osaamisen osoituksen aiheesta. Lisäksi se tukee ammatillista kasvua reflektoiden tekijän omaa osaamista suhteessa työelämän tarpeisiin. (Vilkka & Airaksinen 2003, 16 - 17.)

6.2 Koulutustilaisuuden ideointi ja suunnittelu

Toiminnallisen opinnäytetyömme prosessi käynnistyi syksyllä 2015. Prosessin ensimmäinen vaihe on aiheanalyysi eli aiheen ideointi (Vilkka & Airaksinen 2003, 23). Opinnäytetyömme aihe heräsi yhteisten kiinnostusten sekä keskustelujen eli niin sanotun aivoriihen kautta. Tämän jälkeen etenimme idean tuoreuden selvittämiseen ja aiheen rajaukseen, kuten Vilkka & Airaksinen (2003, 27) ohjeistavat. Idean tuoreutta selvitimme etsimällä tietoa Lapin ammattikorkeakoulun kirjastosta sekä eri tietokannoista, kuten Terveysportista ja Aleksista. Ulkomaalaisia

lähteitä etsiessä käytimme eniten Cinahl:ia ja PubMedi:a. Samanaikaisesti ideaa hahmotellen laadimme ideapaperin Lapin ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti. Tässä vaiheessa tarkoituksenamme oli tehdä laadullinen opinnäytetyö päihdeongelmaisen ammatillisesta kohtaamisesta somaattisessa hoitotyössä.

Tutustuttuamme aiheesta tehtyihin tutkimuksiin, havaitsimme päihdeongelmaisten kohtaamisen olevan yleistä kirurgisessa hoitotyössä. Tämän vuoksi otimme yhteyttä puhelimitse kirurgian osasto 4A:n osastonhoitajaan kysyäksemme toimeksiantoa aiheeseen liittyen. Keskustelussa kävi ilmi osasto 4A:n tarve saada aiheesta koulutustilaisuus, jolloin opinnäytetyöstä muodostui toiminnallinen ja aihe rajautui kirurgiseen hoitotyöhön. Tavoitteeksi asetimme kehittää hoitohenkilöstön osaamista antamalla tietoa ja konkreettisia ohjeita kohdata päihdeongelmainen arvostavasti kirurgisessa hoitotyössä. Kun toimeksiannosta oli sovittu suullisesti, vahvistimme yhteistyösopimuksen vielä kirjallisesti toimeksiantosopimuksella (Liite 1).

Ennen kuin toiminnallisen osuuden toteutus oli mahdollista, meidän täytyi kartoittaa lomakekyselyllä eli tarvekartoituksella (Liite 2) hoitohenkilöstön kokemuksia päihdeongelmaisen kohtaamisesta sekä mahdollisia toiveita koulutustilaisuuden sisällöstä. Näin saimme koulutustilaisuudesta hoitohenkilöstön tarpeisiin vastaavan kokonaisuuden. Tarvekartoituksen tekemistä varten haimme asianmukaisen tutkimusluvan (Liite 3), johon laitoimme liitteeksi opinnäytetyön suunnitelman. Tarvekartoituksen liitteeksi kirjoitimme saatekirjeen (Liite 4) tutkimuksen tarkoituksesta. Tarvekartoitus oli suunnattu koko osaston hoitohenkilöstölle, emme siis rajanneet lomakekyselyn kohdeyleisöä vain sairaanhoitajiin. Tällä tavoin saimme laajemmin tietoa hoitajien kokemuksista päihdeongelmaisen kohtaamisesta. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 125) kirjoittavat puolistrukturoidun haastattelun olevan joustava ja korostavan ihmisten tulkintoja ja asioille antamia merkityksiä. Tämän vuoksi valitsimme lomakekyselyn tyypiksi puolistrukturoidun haastattelun, joka mahdollisti suljettujen ja avoimien kysymysten monipuolisen käytön.

Ennen kuin veimme tarvekartoituksen ja saatekirjeen osastolle, esitetasimme niiden toimivuuden sairaanhoidon opettajalla. Esitestaaminen oli tärkeää, sillä

käytössämme oli opinnäytetyötä varten kehittämämme tarvekartoitus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191). Sairaanhoidon opettajalta saadun palautteen pohjalta korjasimme tarvekartoituksen toimivammaksi ja veimme korjatun version sekä saatekirjeen osastolle. Hoitohenkilöstöllä oli aikaa vastata kaksi viikkoa, jonka jälkeen haimme vastaukset ja samalla ilmoitimme koulutustilaisuudesta tiedotteella (Liite 5). Tiedotteessa kerroimme koulutustilaisuudessa käsiteltävän aiheen, ajankohdan, paikan ja arvioidun keston, kuten Vilkka & Airaksinen (2003, 55) kirjassaan ohjeistavat. Valitsimme koulutustilaisuuden ajankohdaksi 25.2.2016 kello 14.00 ja tapahtumapaikaksi osaston kahvihuoneen.

Päätimme laatia koulutustilaisuuden lopuksi myös palautekyselyn (Liite 6), jonka tarkoitus oli mitata koulutustilaisuuden onnistuneisuutta, tarkoituksenmukaisuutta ja omaa suoriutumistamme. Lisäksi toivoimme saavamme parannusehdotuksia oman ammatillisen kasvumme tueksi. Vilkka & Airaksinen (2003, 55) kirjoittavatkin asiakaspalautteen merkityksen korostuvan toiminnallisen opinnäytetyön arvioinnissa, sillä ilman sitä opinnäytetyön toiminnallisen osuuden arviointi voi jäädä subjektiiviseksi. Palautekyselyn laatimisen ja esitestaamisen jälkeen aloimme suunnitella koulutustilaisuuden kulkua tarvekartoituksen avulla.

Käytimme tarvekartoituksen purkamisessa sisällönanalyysiä, jossa saadut vastaukset referoidaan tekstiksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166). Saimme tarvekartoitukseen vastauksia 16 henkilöltä. Kävimme vastaukset läpi kysymys kysymykseltä ja jaottelimme ne aihepiireittäin. Näin selkeytimme itsellemme vastaajien osaamisen kehittämistarpeet. Aikaa vastausten analysointiin käytimme yhden työpäivän. Prosessi oli nopea vastausten yhdenmukaisuuden vuoksi, sillä jokainen hoitaja oli kohdannut päihdeongelmaisia somaattisessa hoitotyössä työvuosien määrästä riippumatta. Lisäksi jokaisella vastaajalla oli ollut haastavia tilanteita heidän kanssaan.

Analysoinnista kävi ilmi, että 41 % hoitohenkilöstöstä koki haastavaksi delirium tremens-potilaiden ja etenkin aggressiivisten potilaiden kohtaamisen. Lisäksi he toivoivat saavansa tietoa potilaan motivoinnista ja hoitoon sitouttamisesta. Noin 69 % vastaajista koki onnistuneensa tasa-arvoisen hoitosuhteen luomisessa, 75 % potilaan huomioimisessa ja kuuntelemisessa ja 56 % potilaan kunnioittami-

sessä ja arvostamisessa. Näiden vastausten pohjalta päätimme keskittyä koulutustilaisuudessa hoitajien ohjeistamiseen uhkaavissa ja haastavissa tilanteissa sekä päihdeongelman arvoštavaan ja kunnioittavaan kohtaamiseen. Lisäksi hoitohenkilöstö toivoi myös saavansa tietoa päihdeongelman motiivoinnista ja hoitoon sitouttamisesta. Seuraavaksi aloimme etsiä lisää tietoa kooten näistä aiheista opinnäytetyömme teoreettista tietopohjaa sekä koulutustilaisuudessa käsiteltäviä ohjeita. Näin pystyimme osoittamaan osaavamme liittää teorian käyttöön (Vilkkä & Airaksinen 2003, 42). Teoreettinen tieto löytyi ideapaperin tekovaiheessa käytettyjen tietokantojen lisäksi myös Finna-tietokannasta sekä Google-hakukoneen avulla.

Koulutustilaisuuteen käytettävä aika määrittää käsiteltävät aihealueet ja käytettävät opetusmenetelmät (Jämsä & Manninen 2000, 66). Arvioimme koulutustilaisuuden kestävän noin tunnin, sillä siinä ajassa ehtisimme esitellä tietopakettimme ilman, että tilaisuuden kesto olisi liian pitkä. Päätimme suunnitteluvaiheessa, että koulutustilaisuus tulisi muodostumaan PowerPoint -esityksestä (Liite 7), ja että oppimismenetelminä hyödyntäisimme käsitekarttoja ja tarinaa, sillä niiden avulla pääsisimme parhaiten tavoitteisiimme.

Käsitekarttatyypeistä valitsimme hierarkkisen käsitekartan ja prosessikaavion. Hierarkkisessa käsitekartassa käsitteet yhdistyvät tärkeysjärjestyksessä yhteisen pääkäsitteen alla, kun taas prosessikaaviossa esitellään käsitteiden syy-seuraussuhteita (Koivula ym. 2011, 27 -28). Käsitekartan ohella käytimme koulutustilaisuudessa tarinaa oppimisen menetelmänä. Idean tähän saimme koulussamme käytössä olevasta problem based learning -opetusmenetelmästä, jossa keskustelun lähtökohtana toimii heräte, esimerkiksi kuva tai lehtiartikkeli. Herätteenä toimivasta tarinasta pyrimme tekemään uskottavan ja tunteita herättävän, sekä mahdollisesti myös hoitohenkilöstön kokemuksiin liitettävän, jotta se tehostaisi oppimista ja asioiden muistamista (Lahti ym. 2011, 74). PowerPoint-esitystä valmistellessamme otimme huomioon Vilkan & Airaksisen (2003, 51) ohjeiden mukaisesti asiayhteyden, tekstilajin ja sen sisällön, jotta esitys olisi kohdeyleisölle hyödyllinen. Lisäksi tarkistutimme tarinan sairaanhoidon opettajalla, jotta heräte olisi ymmärrettävä ja sopivan haasteellinen.

Koulutustilaisuus järjestettiin torstaina 25.2.2016 klo 14.00 – 15.00 kahvihuoneessa osaston 4A hoitohenkilöstölle. Saavuimme paikalle noin puoli tuntia ennen tilaisuuden alkua varmistaaksemme käytettävän elektroniikan; tietokoneen ja television toimivuuden. Tarvitsimme aikaa myös järjestelmään kirjautumista varten ja esityksen valmiiksi laittoon. Valmistelujen jälkeen odotimme hoitohenkilöstön saapumista paikalle klo 14.05 saakka, jotta kaikki halukkaat ehtisivät tilaisuuteen. Koulutustilaisuutta seuraamaan saapui lopulta kahdeksan henkilöä. Koulutustilaisuuden alussa esittelimme itsemme, opinnäytetyön taustat, koulutustilaisuuden kulun sekä sen tavoitteen. Näin osallistujien mielenkiinto ja motivaatio pyrittiin herättämään johdattelemalla heidät aiheeseen (Alajärvi ym. 2006, 77). Koulutustilaisuuden tavoitteena oli antaa hoitohenkilöstölle tietoa ja konkreettisia ohjeita päihdeongelmaisen arvostavaan kohtaamiseen sekä sujuvaan vuorovaikutukseen.

Koulutustilaisuus eteni PowerPoint-esityksen mukaisesti. Dioihin oli kirjoitettu koulutustilaisuuden pääkohdat ja tärkeimmät käsitteet. Olimme jakaneet kunkin aihepiirin esittäjän ennen tilaisuutta, jotta esityksestä tulisi selkeä ja helposti seurattava. Tahdoimme näin myös jakaa vastuuta esiintymisestä tasapuolisesti. Diaesitys eteni päihteiden käytön yleisyydestä ja sen näkyvyydestä hoitotyössä väkivaltilanteiden ennaltaehkäisyyn. Esityksen aikana kävimme läpi eri aihealueet suunnitelman mukaisesti hyödyntäen käsittekarttoja ja tarinaa. Osallistujia aktivoitiin kuvitteellisen tarinan avulla, joka luettiin ääneen ja pidettiin esillä sen käsitteilyn ajan:

”Kirurgiselle vuodeosastolle on siirtynyt heräämöstä aamuvuoron vaihteessa haimatulehdusta sairastava 50-vuotias Matti Matikainen. Matti on ollut kaksi kertaa aikaisemmin sairaalahoidossa alkoholiin liittyvän haimatulehduksen vuoksi. Nyt sairaus on pahentunut ja haimasta on leikattu kuolioon mennyt kudokset. Matilla on takanaan pitkä ryyppyputki, eikä hän kysyttäessä osaa sanoa kuinka monta päivää on ottanut alkoholia. Iltavuoron aikana Matti muuttuu kalpeaksi ja äkäiseksi. Keskustellessa Matti korottaa helposti ääntään ja käyttää kiro sanoja.”

Tarinan käsittely tapahtui vapaana keskusteluna hoitohenkilöstön kanssa. Aluksi kysyimme muutamia kysymyksiä, kuten ”Mitä ajatuksia tarina herättää?”, jonka

jälkeen hoitohenkilöstö sai pohtia ääneen miten he toimisivat tilanteessa. Keskustelun hiljentyessä kysyimme lisää herättäviä kysymyksiä. Aikaa tarinan käsittelyyn meni noin 10 minuuttia. Tarinan läpikäymisen jälkeen siirryimme käsitekarttoihin, joihin olimme koonneet uhkaavan ja väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen liittyviä asioita.

Esitys sisälsi 20 diaa mukaan lukien lähteet ja kuvat. Aikaa diojen läpikäymiseen meni noin 45 minuuttia, jonka jälkeen pyysimme osallistujia täyttämään lyhyen palautekyselyn. Palautekyselystä oli kerrottu ennen diaesityksen alkua. Kirjallisen palautteen lisäksi saimme myös suullista palautetta. Lopuksi hoitohenkilöstöllä oli mahdollisuus esittää kysymyksiä. Aikaa koko koulutustilaisuuteen meni noin 50 minuuttia.

6.3 Koulutustilaisuuden arviointi

Opinnäytetyömme toiminnallisen osuuden onnistuneisuuden arvioinnissa sekä esiintymistaitojemme kehittämisen ja itsearvioinnin kannalta osallistujilta saamamme palaute oli erittäin tärkeää. Palautteen avulla esiintyjä havaitsee taidoissaan ne osa-alueet, joita tulisi vahvistaa. Erilaisia arvioinnin ja palautteen antamisen keinoja ovat muun muassa osallistujien antama suullinen palaute sekä palautekysely. (Niemi ym. 2006, 55.) Saimme työmme toiminnallisesta osuudesta niin suullista kuin kirjallistakin palautetta. Suullisena palautteena saimme avoimessa keskustelussa kehuja niin omasta ammatillisuudestamme, asiaan perehtyneisyydestä kuin sujuvasta ilmaisustakin. Kirjallisen palautteen saimme tekemämme palautekyselyn avulla. Hoitohenkilöstön palaute oli kaikilta osin positiivista. Jokaisen osallistujan mielestä aihe oli ajankohtainen ja he saivat koulutustilaisuudesta vähintäänkin hyvän hyödyn työlleen. Työn onnistuneisuutta vahvisti myös hoitohenkilöstön toive saada diaesitys käyttöönsä osastolle.

Aikaa koulutustilaisuudelle oli varattu tunti, mutta lopulta koulutustilaisuuteen meni noin 50 minuuttia. Aikataulutus onnistui siis suunnitelmien mukaisesti ja aikaa oli varattu riittävästi. Esityksen diat jaoimme mielestämme hyvin ja selkeästi. Kummatkin osallistuivat tasapuolisesti esitelmän läpikäymiseen kertoen yhden

aihealueen kerrallaan alusta loppuun. Osallistujamäärä oli sopiva; pienessä ryhmässä mahdollisimman moni sai äänensä kuuluviin ja uskalsi tulla mukaan keskusteluun.

Yksi tavoitteistamme oli herättää aiheesta keskustelua hoitohenkilöstön keskuudessa ja kannustaa kokemusten purkamiseen työyhteisön sisällä. Vaikka aihe oli jokaiselle osallistujalle tuttu, keskustelua koulutustilaisuuden aikana heräsi hyvin niukasti. Sen sijaan koulutustilaisuuden tarina -osio herätti hoitohenkilöstön keskuudessa jonkin verran keskustelua aiheen ajankohtaisuudesta, sillä osastolla oli samaan aikaan hoidossa kuvatus lainen potilas. Lisäksi kyseinen potilasryhmä oli kaiken kaikkiaan osastolle hyvin tuttu. Jotta keskustelu olisi ollut runsaampaa, olisimme kuitenkin voineet suunnitella enemmän johdattelevia kommentteja. Koulutustilaisuuden onnistuneisuutta arvioidessamme totesimmekin, että meidän olisi pitänyt varautua tilanteeseen ennen esitystä keksimällä lisää avointa keskustelua herättäviä kysymyksiä. Tällöin hoitohenkilöstön olisi ollut helpompi aktivoitua työpäivän päätteeksi toteuttamaan heille kenties uutta oppimismenetelmää.

Koulutustilaisuuden tavoitteena oli kehittää omaa ammatillista osaamistamme keräämällä kokemusta esiintymisestä. Niemi ym. (2006, 43) kirjoittavatkin esiintymisen olevan taito, jota tarvitaan hoitoalalla monenlaisissa tilanteissa, kuten suullisessa raportoinnissa ja potilaan ohjaamisessa. Lisäksi tavoitteena oli myös antaa kirurgian osasto 4A:n hoitohenkilöstölle tietoja ja konkreettisia ohjeita päihdeongelmaisen arvostavaan kohtaamiseen sekä sujuvaan vuorovaikutukseen. Kokosimme aiheesta kattavan ja monipuolisen kokonaisuuden ottaen huomioon hoitohenkilöstön omat toiveet. Onnistuimme mielestämme toiminnallisessa osuudessa eli koulutustilaisuudessa hyvin tavoitteet saavuttaen.

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyöprosessin onnistumisen arviointi

Päihdeongelmaisen potilaan kohtaaminen voi saada hoitajassa aikaan erilaisia ristiriitaisia tunteita, jotka voivat vaikuttaa vuorovaikutuksen laatuun hoitoprosessin aikana. Näistä tunteista huolimatta hoitajan täytyisi kyetä säilyttämään ammatillisuutensa toimien eettisten ohjeiden mukaisesti. Nämä ovat potilaan arvostavan kohtaamisen ja laadukkaan hoitotyön lähtökohta.

Opinnäytetyömme tarkoitus oli tutkia päihdeongelmaisen kohtaamisen erityispiirteitä ja etenkin tarvekartoituksessa esille nousseita asioita: haastavan- ja delirium-potilaan kohtaamista sekä päihdeongelmaisen hoitoon sitouttamista. Lisäksi toimme esille hoitotyön perustana toimivia eettisiä ohjeita, joita noudattaen päihdeongelmainen potilas kohdataan ammatillisesti. Opinnäytetyömme tavoitteena oli kehittää hoitohenkilöstön osaamista kohdata päihdeongelmainen potilas kirurgisessa hoitotyössä. Pyrimme yhdistämään hoitohenkilöstön jo olemassa olevaa tietotaitoa tuoreimpaan tutkimustietoon. Opinnäytetyössämme kirjoitimme myös koulutustilaisuuden valmistelussa huomioitavista asioista ja toiminnallista osuudesta prosessina.

Koko opinnäytetyön prosessin kannalta oli oleellista tehdä tarvekartoitus hoitohenkilöstön toiveista ja osaamisesta kohdata päihdeongelmaisia. Alun perin teimme tarvekartoituksen koulutustilaisuutta varten, mutta lopulta koko opinnäytetyömme pohjautui tarvekartoituksen vastauksiin. Ilman tarvekartoitusta koulutustilaisuus olisi sisältänyt asioita, jotka hoitohenkilöstö koki jo hallitsevansa. Sen avulla koulutustilaisuudesta ja opinnäytetyöstä saatiin muokattua toimeksiantajan tarpeisiin vastaava kokonaisuus, joka edisti opinnäytetyömme tavoitteisiin pääsyä. Tarvekartoitus oli mielestämme hyvin toteutettu, mutta olisimme voineet käyttää kysymyksissä termiä ”kirurginen osasto” somaattisen osaston sijasta. Näin olisimme saaneet varmuuden, että päihdeongelmaisen kohtaaminen ja siihen liittyvät haasteet on koettu juuri kirurgisen hoitotyön ympäristössä eikä missä tahansa muussa somaattisen hoitotyön yksikössä.

Opinnäytetyömme onnistui mielestämme erinomaisesti ja saavutimme tavoitteemme. Pystyimme keräämään tuoretta ja ajantasaista tietoa päihdeongelmaisen kohtaamisesta niin kotimaisista kuin ulkomaalaisistakin lähteistä. Käyttämällä runsaasti ja monipuolisesti eri lähteitä saimme koottua opinnäytetyöhömmme kattavan teoreettisen viitekehyksen. Näin kykenimme suunnittelemaan hoitohenkilöstön osaamista vahvistavan koulutustilaisuuden ja antamaan konkreettisia ohjeita vuorovaikutustilanteisiin. Saimme hoitohenkilöstöltä runsaasti positiivista palautetta, joka vahvisti kokemustamme prosessin onnistuneisuudesta. Se koki saaneensa koulutustilaisuudessa vähintäänkin hyvin hoitotyössä hyödynnettävää tietoa aiheesta. Lisäksi opinnäytetyö herätti kiinnostusta myös Lapin keskussairaalan teho-osastolla.

Yksi osatekijä prosessin onnistumisessa oli mutkaton yhteistyö Lapin ammattikorkeakoulun kanssa, sillä saimme opinnäytetyömme ohjaajilta hyvää ohjausta ja tukea. Myös yhteistyö toimeksiantajan kanssa oli sujuvaa toimivan kommunikaation vuoksi. Saimme siihen yhteyden pikaisesti aina tarpeen vaatiessa. Myös meidän välinen toimiva yhteistyö oli opinnäytetyön onnistumisen edellytys. Teimme opinnäytetyön jokaisen vaiheen yhdessä, emmekä jakaneet tekstiosioita keskenämme. Näin opinnäytetyön raportista muodostui yhtenäinen kokonaisuus, jolloin kumpikin sai vaikuttaa lopputulokseen. Tekstejä jakamalla prosessi olisi kenties ollut hieman nopeampi, sillä aikataulujen yhteensovittaminen hidasti jonkin verran työn etenemistä. Opinnäytetyö valmistui kuitenkin sille asetetussa aikataulussa kustannusarviosta kiinni pitäen.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön raportissa täytyy pohtia sen eettisyyttä ja luotettavuutta. Yksi opinnäytetyön eettisyyden tarkastelun kohteista on se, ettei työtä ole plagioitu. Raporttia kirjoittaessa meidän tulee välttää siis tekstin kopioimista ja suoria lainauksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224.) Olemme omassa opinnäytetyössämme käyttäneet aina lähdeviittemerkintöjä viitatessamme asiasisältöihin.

Tutkimuskäytäntöihin kuuluu, että kun tutkittavana on hoitohenkilöstö, täytyy tutkimusta varten anoa lupa ylihoitajalta tai johtavalta lääkäriltä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222). Ennen tarvekartoituksen viemistä osastolle olimme

yhteydessä Lapin sairaanhoitopiirin hallintoylihoitajaan. Häneltä saimme tarvekartoituksen toteuttamista varten asianmukaisen luvan.

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 219) kirjoittavat, että tutkimuksen tarkoituksesta sekä saatujen tulosten julkaisemisesta tulee informoida hoitohenkilöstöä ennen tutkimukseen osallistumista. Tämän vuoksi laadimme tarvekartoituksen liitteeksi saatekirjeen, jossa kerroimme muun muassa opinnäytetyömme ja tarvekartoituksen tarkoituksesta sekä osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Saatekirjeessä ilmoitimme myös sähköpostiosoitteemme, johon hoitohenkilöstöllä oli mahdollisuus esittää kysymyksiä. Meidän tuli opinnäytetyössämme tutkimusetiikan mukaisesti kunnioittaa tutkittavien eli hoitohenkilöstön itsemääräämisoikeutta korostaen tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–219). Tarvekartoituksen ja palautekyselyn täyttäminen tai koulutustilaisuuteen osallistuminen ei näin ollen ollut pakollista.

Tarvekartoitukset palautettiin nimettömänä suljettuun laatikkoon, jolloin vastaukset olivat ainoastaan meidän luettavissa. Niiden säilytyksestä vastasi toinen meistä ja ne säilytettiin kirjekuoressa kaapissa kuten palautekyselytkin. Myös palautekyselyssä huomioimme vastaajien anonymiteetin sekä palautteen salassapidon. Kumpaankaan lomakkeeseen ei tarvinnut merkitä vastaajan sukupuolta, sillä tämä olisi voinut mahdollistaa tutkittavien tunnistettavuuden (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221). Näin turvasimme tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetin koko prosessin ajan.

Tutkimuksessa tarkastellaan sen luotettavuutta arvioimalla, mittaako tutkimus sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. Yksi keinoista varmistaa tutkimuksen luotettavuus on mittarin esitestaaminen. Opinnäytetyössämme meidän täytyi testata tarvekartoitus, saatekirje sekä palautekysely sen kohderyhmää vastaavalla henkilöllä eli sairaanhoidon opettajalla ennen kuin käytimme sitä tutkimuksessamme. Lomakkeiden esitestaaminen oli tärkeää, sillä kehitimme ne uutta tutkimusta varten eikä niitä ollut vielä kokeiltu käytännössä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189, 191–192.) Sairaanhoidon opettajan palautteen avulla korjasimme epäkohdat saatekirjeestä sekä kyselyistä. Tarvekartoituksen ja palautekyselyn kysymysten tuli olla selkeitä ja helposti ymmärrettäviä vastaajaa ajatellen sekä

niiden piti edetä loogisesti. Tämä esti vastaajaa tulkitsemasta kysymyksen väärin ja näin myös minimoitui tutkimuksen tuloksen vääristyminen. (Kurkela.)

Luotettavuutta on myös hyvä lähdekritiikki. Hyvä lähde on tuore ja ajantasainen. Ensisijaiset lähteet ovat luotettavampia kuin toissijaiset lähteet, sillä jälkimmäisessä tieto on voinut muuttua. (Vilka & Airaksinen 2003, 72 -73.) Opinnäytetyösämme pyrimme mahdollisuuksien mukaan käyttämään ensisijaisia lähteitä sekä hakemaan tietoa laajasti niin kotimaisista kuin vieraskielisistä julkaisuista. Rajasimme käytävien tuotosten ikää siten, että käytimme pääsääntöisesti korkeintaan 10 vuotta vanhoja lähteitä. Pyrimme kuitenkin käyttämään aina uusinta tutkimuksellista tietoa.

7.3 Ammatillinen kehittyminen sairaanhoitajiksi

Opinnäytetyön prosessi on syventänyt asiantuntijuuttamme hoitotyöstä. Olemme kehittäneet sen aikana ammatillista osaamistamme sairaanhoitajakoulutuksen kompetenssien mukaisesti monilla eri osa-alueilla. Näistä erityisesti korostuvat asiakas- ja potilaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, näyttöön perustuva toiminta, ohjaus ja opetus, sosiaali- ja terveystalvelujen laatu ja turvallisuus, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen sekä vuorovaikutus ja kumppanuus.

Hoitotyössä kohtaamme sairaanhoitajina erilaisia potilaita, joiden kanssa meidän tulisi kyetä luomaan luottamuksellinen ohjaussuhde hoitajaksojen ollessa yhä lyhyempiä. Etenkin kirurgisessa hoitotyössä hoitajaksojen lyhentyminen ja sitä kautta myös sairaanhoitajan ohjaus- ja vuorovaikutustaidot korostuvat (Virtanen, Johansson, Heikkinen, Leino-Kilpi, Rankinen & Salanterä 2007, 34). Näiden lisäksi sairaanhoitajalla tulisi olla myös riittävästi teoretietoa laadukkaasti ja potilaan oppimistarpeisiin vastaavan ohjauksen varmistamiseksi (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 30). Opinnäytetyö prosessin aikana olemme syventäneet teoretiettoamme, jota voimme hyödyntää tulevissa potilasohjaustilanteissa. Vuorovaikutuksen ja näin myös ohjaamisen laadun varmistamiseksi olemme perehtyneet myös sen eettiseen ja ammatilliseen ulottuvuuteen.

Opinnäytetyömme syventyy mielenterveys- ja päihdetyöhön kirurgisen hoitotyön ympäristössä. Kattavan näyttöön perustuvan, hoitotieteellisen tietoperustan ansiosta olemme saaneet vahvan perustiedon päihdeistä, erityisesti alkoholista ja huumeista sekä päihdeongelmaisen kohtaamisesta kirurgisessa hoitotyössä. Olemme perehtyneet kahteen päihdehoitotyön varhaisen puuttumisen menetelmään, joiden avulla voimme ohjata ja tukea potilasta hänen hoidossaan ja terveysongelmien hallinnassa. Opinnäytetyö on antanut meille valmiuksia monipuolisten ohjaus- ja opetusmenetelmien käyttöön ja opetustapahtumien suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin pedagogiset näkökulmat huomioiden. Koulutustilaisuutta valmistellessamme perehdyimme erilaisiin ohjaus- ja opetusmenetelmiin ja opimme tuottamaan uutta opetusmateriaalia jo olemassa olevasta tiedosta.

Opinnäytetyössämme korostuu eettisyys, joka on vahvistanut ammatillisia ja hoitollisia vuorovaikutustaitojamme haastavan potilasryhmän kanssa ja kehittänyt potilastyötaitojamme päihdeongelmaisen ammatillisessa kohtaamisessa. Olemme ymmärtäneet opinnäytetyön prosessin myötä, kuinka kohdata potilas häntä arvostavasti, ihmisenä – Sinuna Sen sijasta, kuten Haho (2014) tekstissään Buberin (1923/1999) innoittamana kirjoittaa. Tällöin kohtaaminen on tilaa antava, huomioiva, läsnä oleva, rohkaiseva ja toista tukeva. Lisäksi olemme sisäistäneet potilaan olevan oman elämänsä asiantuntija ja korostaneet hänen rooliaan aktiivisena toimijana omassa hoitoprosessissaan. Opinnäytetyön prosessi on syventänyt hoitotyön arvojen ja eettisten ohjeiden sisäistämistä ja niiden mukaisesti toimimista, sekä valmentanut tarkastelemaan niiden toteutumista hoitotyön ympäristössä. Olemme myös harjaantuneet terveyden edistämisen periaatteiden ymmärtämisessä ja olemme omaksuneet eettisesti toimivan ja potilaita tasa-arvoisesti kohtelevan ammatti-identiteetin.

Opinnäytetyön tietopohjaa kootessamme opimme hyödyntämään laajasti kansainvälisiä tilastoja, rekistereitä ja tietokantoja päihteisiin liittyvien terveyshaasteiden osalta. Pyrimme parantamaan omaa ja toimeksiantajan kykyä ehkäistä terveyttä heikentäviä riskitekijöitä puuttumalla päihteiden käyttöön. Opinnäytetyön toiminnallisen osuuden ansiosta osaamme tuottaa ja jakaa asiantuntijuut-

tamme kehittäen työyhteisön osaamista. Pohdimme opinnäytetyössämme hoitajien turvallisuutta ja vaaratilanteiden ehkäisyä sekä riskien tunnistamista ja hallintaa, jotka ovat osa sosiaali- ja terveystieteiden laatu ja turvallisuus kompetenssia.

Opinnäytetyön prosessin aikana kehityimme suullisessa ja kirjallisessa raportoinnissa sekä esiintymisessä, jotka ovat olennainen osa sairaanhoitajan työtä. Kansainvälisiä tutkimuksia tutkimalla opimme tarkastelemaan lähteitä kriittisesti. Lisäksi laajensimme ammattisanastoa ja paransimme täten valmiuksiamme toteuttaa monikulttuurista hoitotyötä eri kieltä puhuvien potilaiden parissa. Prosessin edetessä syvensimme tietopohjaamme aiheesta, vahvistimme ammattiosaamistamme ja asiantuntijuuttamme kohdata päihdeongelmaisia valmistuttuamme sairaanhoitajiksi. Opinnäytetyö oli prosessi ammatilliseen kasvuun, jonka aikana olemme saaneet runsaasti harjoitusta työparityöskentelystä ja tiimityötaidoista eri tahojen kanssa. Olemme tehneet yhteistyötä niin Lapin ammattikorkeakoulun kuin Lapin keskussairaalan, erityisesti toimeksiantajamme kanssa. Opinnäytetyön myötä osaamme parantaa hoitotyönlaatua niin meidän itsemme kuin kollegoidemme osalta.

7.4 Johtopäätökset

Opinnäytetyön merkitys meille itsellemme oli ennen kaikkea ammatillisuuden vahvistamisessa. Niin kuin edellä mainitsimme, saimme kokemusta opetuksesta ja ohjauksesta, esiintymisestä, raportoinnista sekä prosessi työskentelystä. Opinnäytetyömme avulla syvensimme asiantuntijuuttamme päihdeongelmaisen kohtaamisen erityispiirteistä. Toimme myös uutta tietoa toimeksiantajallemme ja kehitimme heidän osaamistaan koulutustilaisuuden myötä. Laajemmin ajateltuna opinnäytetyömme merkitys hoitotyölle oli hoitajien tiedon lisääminen ja tätä kautta hoitotyön laadun parantaminen. Opinnäytetyöhömmme koottua tietoperustaa ja koulutustilaisuuden materiaalia voidaan hyödyntää missä tahansa somaattisen hoitotyön yksikössä, ja kuka tahansa opinnäytetyöhömmme perehtynyt voi järjestää koulutustilaisuuden PowerPoint-esityksemme avulla. Opinnäytetyömme toimii siis yhtenä keinona lisätä hoitajien tietoutta päihdeongelmaisen kohtaamisesta.

Opinnäytetyössämme keskityimme hoitajien näkökulmaan kohdata päihdeongelmainen. Prosessin aikana heräsi kuitenkin ajatus toisen osapuolen, eli päihdeongelmaisten, kokemuksista: onko heidät kohdattu tasa-arvoisesti, kunnioittavasti ja arvostavasti heitä kuunnellen ja huomioiden. Osastolla voisikin toteuttaa lomakekyselyn, jonka vastaajina toimisivat siellä hoidossa olevat päihdeongelmaiset. Lomakekyselyn vastauksia voisi verrata opinnäytetyömme tarvekartoituksessa esille tullessiin hoitajien näkemyksiin, jolloin mahdolliset kokemusten väliset ristiriidat olisivat havaittavissa. Tämän jälkeen hoitajille voitaisiin järjestää ryhmäkeskustelu, jossa vertailun tuloksia käytäisiin yhdessä läpi. Tällöin jatkotutkimus voisi parantaa vuorovaikutuksen laatua entisestään, mahdollisten epäkohtien tullessa esille ja hoitajien tullessa tietoisemmiksi omasta toiminnastaan.

LÄHTEET

- Aalto, M. 2010. 1.20 Alkoholin riskikäytön rajat. Teoksessa: Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K.(toim). 2010. Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö - Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Alajärvi, K., Herno, L., Koskinen, H. & Yrttiaho L. 2001. Työelämän viestintä. 4.-5. painos. Porvoo: WSOY.
- Austin, A., Hospital, M., Wagner, E. & Morris, S. 2010. Motivation for reducing substance use among minority adolescents: Targets for intervention. Journal of Substance Abuse Treatment. 39/2010. Viitattu 18.2.2016. <http://ez.lapinamk.fi:2089/science/article/pii/S0740547210001613>
- Baker, N., Taggart, H., Nivens, A. & Tillman, P. 2015. Delirium: Why Are Nurses Confused? MEDSURG nursing 2015, 24/1. Viitattu 10.2.2016 <http://ez.lapinamk.fi:2080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=80a27a4d-232d-4b03-a164-aec57acc48b3%40sessionmgr102&vid=1&hid=102>
- Buber, M. 1923/1993. Minä ja Sinä. Juva: Wsoy.
- Chapman, R. & Plaat, F. 2009. Alcohol and anesthesia. Oxford journals. 9/2009. Viitattu 15.2.2016. <https://ceaccp.oxfordjournals.org/content/9/1/10.full>
- Faught, D. 2014. Delirium: The Nurse's Role in Prevention, Diagnosis, and Treatment. MEDSURG nursing 2014, 23/5. Viitattu 10.2.2016. <http://ez.lapinamk.fi:2080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1bfa8607-455c-4be1-accd-0227eb6d220d%40sessionmgr120&vid=0&hid=102>
- Haho, A. 2009. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Sairaanhoitaja-lehti 82/2009.
- Hakala, J. 2004. Opinnäytetyöopas ammattikorkeakouluille. 2.painos. Tampere; Gaudeamus Kirja.
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. 5., uudistettu painos. Jyväskylä: Tammi.
- Helamo, I. Hoidollinen interventio - puutu, puhu ja kohtaa. Teoksessa: Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki; Edita Prima Oy.
- Hull, S. & Broquet, K. 2007. How to Manage Difficult Patient Encounters. Family Practise Management 6/2007. Viitattu 17.2.2016. <http://www.aafp.org/fpm/2007/0600/p30.html>

Huttunen, M. 2015. Alkoholivieroitusoireyhtymä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 11.2.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00197

Huttunen, M. 2015. 2015. Sekavuus (delirium). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 10.2.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357

Huttunen, M. 2014. Tietoa potilaalle: Alkoholien ja huumeiden väärinkäyttö. Lääkärikirja Duodecim. Tulostettu 22.10.2015. http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=dlk00194&p_haku=päihitteet

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa; Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kettunen, R. 2014. Tietoa potilaalle: Tiheälyöntiset rytmihäiriöt (takykardia). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 12.2.2016. http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00104&p_haku=takykardia

Koivula, S., Koskinen, S. & Salminen, L. 2011. 3 Käsitekarta apuvälineenä hoitotyön tiedon käsittelyssä. Teoksessa: Junnila, R., Koskinen, S., Stolt, M. & Salminen, L.(toim.) 2011. Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja – tutkimuksia ja raportteja 2011/62. Turku: Uniprint.

Kork, F., Neumann, T. & Spies, C. 2010. Perioperative management of patients with alcohol, tobacco and drug dependency. Current Opinion in Anaesthesiology 23/2010. Viitattu 15.2.2016. http://clinicaldepartments.musc.edu/anesthesia/intranet/education/journal%20club/march%202012/alcohol_tobacco_cierny.pdf

Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 2010. Sairaanhoidajien kokemat eettiset ongelmat hoitotyössä. Hoitotiede 22/2010.

Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. Sanoma Pro Oy.

Kurkela, R. n.d. Kysymysten suunnittelu. Tilastokeskus. Viitattu 1.10.2015. <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/05/02/>

Käypä hoito –suositus 2011. Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus; Duodecim. Viitattu 20.10.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028#suositus>

Käypä hoito –suositus 2015. Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito –suositus; Duodecim. Viitattu 18.2.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028>

Käypä hoito -suositus 2014. Leikkausta edeltävä arviointi. Käypä hoito –suositus. Duodecim. Viitattu 15.2.2016. <http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&ua>

ct=8&ved=0ahUKEwiM9bb1rfnKAhVml-poKHcQ3DclQFgg_MAU&url=http%3A%2F%2Fwww.terveyskirjasto.fi%2Fxm-media%2Fhoi%2Fhoi50066.pdf&usg=AFQjCNGstWPYk3bisZk8w3kL8xhXiJ-dYNA&bvm=bv.114195076,d.bGs

Lahti, J., Rakkolainen, M. & Koski-Jännes, A. 2013. Motivoiva haastattelu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim 19/2013. Viitattu 18.2.2016. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnu-mero;jsessionid=2989F85BC2E7A08477CB35AA3786703D?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11266

Lahti, S., Junnila, R. & Salminen, L. 2011. 7 Tarina oppimisen edistäjänä terveystieteiden koulutuksessa. Teoksessa: Junnila, R., Koskinen, S., Stolt, M. & Salminen, L. (toim.) 2011. Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen. Sarja A62. Turku;Uniprint.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/758.

Lapin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyön arkistointi ja julkaiseminen. Viitattu 28.9.2015 <http://www.lapinamk.fi/fi/Opiskelijalle/Opinto-opas,-AMK-tutkinto/Opinnaytetyoohje/Opin-naytetyon-arkistointi-ja-julkaiseminen>

Lapin sairaanhoitopiiri 2007. Kirurgian osasto 4A. Viitattu 28.9.2015 http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopalvelut/Kirurgia/Osasto_4_A

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet – ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Oy.

Laurila, J. 2012. Delirium. Lääketieteen aikakauskirja Duodecim 2012, 128/6. Viitattu 10.2.2016 http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo10163

Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki; Edita Prima Oy.

Leino-Kilpi, H., Kulju, K. & Sottt, M. 2012. Eettiset ohjeet hoitotyössä. Teoksessa: Ranta, I. 2012. Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt. Helsinki; Fioca Oy.

Leino-Kilpi, H. 2014. Hoitotyön etiikan perusta. Teoksessa: Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8., uudistettu painos. Helsinki; Sanoma Pro Oy.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääräinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Viitattu 18.4.2016. http://www.pshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Marc, A. & Scuhckit, M.D. 2014. Recognition and Management of Withdrawal Delirium (Delirium Tremens). The new England journal of medicine. 2014/27. Viitattu 11.2.2016. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1407298>

Mattila, K-P. 2007. Arvostava kohtaaminen– arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Jyväskylä; PS-kustannus.

Mielenterveystalo. n.d. F10-19.1 Päihteiden haittakäyttö. HUS. Viitattu 20.10.2015. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosi-tietohaku/F10-19/Pages/F10-191.aspx>

Miettinen, P. & Kaarne, M. 2008. Väkivallaton vuorovaikutus. Teoksessa: Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki; Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Mustajoki, P. 2015. Haimatulehdus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 15.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00017

Mäkinen, T. 2014. Väistä! Minä menen kirkolle. Tehy 3/2014. Viitattu 16.2.2016. <http://www.tehy.fi/tehy-lehti/2014/3-2014/vaista-mina-menen-kirkolle/>

Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali -ja terveysalalla. Hämeenlinna; Tammi.

Nederfeldt, L. & Fredin, S. 2010. Motiverande samtal. För vad? Av vem?. Tukholma; Karolinska Institutets folkhälsoakademi. Viitattu 18.2.2016. http://dok.slo.sll.se/CES/FHG/Tobak/Rapporter/Aldre_rapporter/motiverande-samtal.2010_18.pdf

Neville, K. & Roan, N. 2014, Jun. Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence. Journal of Nursing Administration 44 (6), 339 -346. Tulostettu 22.10.2015 <http://journals.lww.com/jonajournal/pages/articleviewer.aspx?year=2014&issue=06000&article=00008&type=abstract>

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki; Edita Prima.

Oksanen, J. 2014. Motivointi työvälteenä. Jyväskylä; PS-kustannus.

Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. Päihdehoitotyö. 2015. Helsinki: Sanoma Pro oy.

Pelli, H., Sand, J. & Nordack, I. 2009. Voidaanko alkoholihaimitulehduksen uusiutumista ehkäistä? Lääketieteellinen aikakauskirja. 11/2009. Viitattu 15.2.2016. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo98069

Pietilä, A-M., Halkoaho, A., Matveinen, M., Länsimies-Antikainen, H., Häggman-Laitila, A. & Kangasniemi, M. 2012. Terveiden tasa-arvo ohjaavana periaatteena: arvotyöskentelystä toimintojen suuntaamiseen terveyden edistämiseksi. Tutkiva Hoitotyö 11/2012.

Poikela, E. & Poikela, S. 2010. Ongelmaperustainen pedagogiikka eilen, tänään ja huomenna. Kasvatus ja aika. 4/2010. Viitattu 18.3.2016. http://www.kasvatus-ja-aika.fi/site/?lan=1&page_id=332

Pyhäjärvi, J. & Tolonen-Martikainen, M. 2013. Opinnäytetyö on enemmän kuin raportti – Kokemuksia työelämälähtöisestä teemapohjaisesta ryhmäopinnäytetilotista. Teoksessa: Kangastie, H. (toim.) 2013. Osaamisperustaiset opetussuunnitelmat ja ongelmaperustainen oppiminen – kokemuksia oppimisen ja opetuksen kehittämisessä Rovaniemen ammattikorkeakoulussa. Rovaniemen ammattikorkeakoulun julkaisu 2013/40. Rovaniemi; Rovaniemen ammattikorkeakoulu.

Päihde. 2015. Terveyskirjasto; Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 23.10.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02832&p_haku=paihde

Rainio, J. & Rätty, T. 2013. Somaattinen erikoissairaanhoido 2013. Tilastoraportti 1/2015. Helsinki: Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.10.2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125551/Tr01_15_raportti_fi_sv_en.pdf?sequence=4

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2013. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 1-2.painos. Helsinki ;Sanoma Pro Oy.

Rikoksantorjuntaneuvosto 2014. Alkoholi ja väkivalta. Oikeusministeriö. Viitattu 5.4.2016. <http://www.vakivallanvahentaminen.fi/fi/index/vakivallanmuotoja/alkoholijavakivalta.html>

Russell, S. 2006. An Overview of Adult Learning Processes. Urologic Nursing 5/2006. Viitattu 6.4.2016. http://www.medscape.com/viewarticle/547417_5

Saarelma, O. 2015. Hypotermia (ruumiinlämmön lasku). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 11.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00223

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turku. Viitattu 29.2.2016. https://moodle.eoppimispalvelut.fi/pluginfile.php/680356/mod_resource/content/1/Salonen_Kari.pdf

Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiiänmaa, K. 2012. 1.10 Huumeiden ja lääkkeiden ongelmakäyttö. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiiänmaa, K (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet, 8-9. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Simojoki, K. 2015. Alkoholiongelmaisen motivoiva haastattelu. Käypä hoito –suositus. Viitattu 18.2.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nak04628>

Sirén, R. & Lehti, M. 2006. Musta maaliskuu? Väkivalta ja alkoholin kulutuksen kasvu vuonna 2004. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisu 222. Helsinki. Viitattu 4.4.2016. http://www.optula.om.fi/material/attachments/optula/julkaisut/tutkimuksia-sarja/vwiB0ALt1/222_Siren_Lehti_2006.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 - kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimasta yhteiskuntaa. Viitattu 5.10.2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112293/Jul_0614_strategiat_verkko.pdf?sequence=1

Strandell-Laine, C., Heikkinen, A., Leino-Kilpi, H. & van der Arend, A. 2005. Hoitotyön eettiset ohjeet – Mikä niiden merkitys on? *Hoitotiede* 17/2005.

Subedi, A. & Bhattarai, B. 2013. Intraoperative Alcohol Withdrawal Syndrome: A Coincidence or Precipitation? *Case Reports in Anesthesiology* 2013/2013. Viitattu 15.2.2016. <http://www.hindawi.com/journals/cra/2013/761527/>

Szabo, D. & Kark, T. 2011. Alkoholrelaterade akuta komplikationer. *Psykiatriktöd Stocholms läns landstig*. Viitattu 11.2.2016. <http://www1.psykiatristod.se/Psykiatristod/Akuta-tillstand/Alkoholrelaterade-akuta-komplikationer/#4>

THL – Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos 2014. Päihdetilastollinen vuosikirja 2014 - alkoholi ja huumeet. E-Kirja. Juvenes Print. Tampere: THL – Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 28.9.2015 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125383/URN_ISBN_978-952-302-295-9.pdf?sequence=1

THL – Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos 2015. Päihdetilastollinen vuosikirja 2015 – alkoholi ja huumeet. E-kirja. Juvenes Print. Tampere: THL – Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 18.2.2016. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129655/P%c3%a4ihdetilastollinen%20vuosikirja%202015%20verkko-versio.pdf?sequence=3>

Thompson, I., Melia, K., Boyd, K. & Horsburgh, D. 2006. *Nursing ethics – fifth edition*. 5., painos. Unkari; Elsevier.

Työturvallisuuslaki 738/2002.

Tønnesen, H. 2002. Alcohol abuse and postoperative morbidity. *Danish medical bulletin* 06/2003. Viitattu 15.2.2016. https://www.researchgate.net/publication/10703746_Alcohol_abuse_and_postoperative_morbidity

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2001. Terveystieteidenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+1+Terveystieteidenhuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>

Varjonen, V. 2014. Huurometilanne Suomessa 2014. E-kirja. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos -THL. Viitattu 7.10.2015. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125568/THL_RAPO1_2015_web%20%281%29.pdf?sequence=1

Viemerö, V. 2006. Aggressio ja aggressiivisuus. *Tieteessä tapahtuu*. 3/2006, 1. Viitattu 5.2.2016. <http://www.tieteessatapahtuu.fi/0306/viemero0306.pdf>

Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3., uudistettu painos. Helsinki; WSOY oy.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. 1.-2.painos. Helsinki: Tammi.

Virtanen, H., Johansson, K., Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Rankinen, S. & Salanterä, S. 2007. Kirurgisen potilaan oppimistarpeet – Katsaus oppimistarpeita arvioiviin mittareihin. *Hoitotiede* 19/2007.

Välimäki, M. 2014. Miksi tarvitaan tietoa hoitotyön etiikasta terveydenhuollossa ja hoitotyössä? Teoksessa: Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. *Etiikka hoitotyössä*. 8., uudistettu painos. Helsinki; Sanoma Pro Oy.

Wit, M., Jones, D., Sessler, C., Zilberberg, M. & Weaver, M. 2010. Alcohol-Use Disorders in the Critically Ill Patient. *American College of Chest Physicians*. Viitattu 15.2.2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2951755/>

LIITTEET

Liite 1

LAPIN AMK
Lapland University of Applied Sciences

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Lapin sairaanhoitopiiri, kirurgian osasto 4a Yhteystiedot (yhteysthenkilö, puhelin, sähköposti) Eija Uusitalo-Mäki 040-8353542 eija.uusitalo-maki.lshp.fi	
	Työn aihe Ohjeita päihdeongelmaisen ammatilliseen kohtaamiseen somaattisessa hoitotyössä - osastotunti kirurgian osasto 4A:n hoitohenkilöstölle	
Tekijä	Nimi Harinen Marja Reetta Karén	Opiskelijanumero [REDACTED]
	Katuosoite [REDACTED]	Postinumero [REDACTED] Postitoimipaikka Rovaniemi
	Puhelin [REDACTED]	Sähköpostiosoite marja.harinen@edu.lapinamk.fi reetta.karen@edu.lapinamk.fi
	Suoritettava tutkinto Sairaanhoitaja AMK	Ryhmätunnus R702HT13SA
Lapin AMK	Yhteystenkiön nimi (ohjaaja) Raija Seppänen	Tehtävänimike Yliopettaja
	Toimipaikka ja osoite Lapin ammattikorkeakoulu, Jokiväylä 11 C, 96300 Rovaniemi	
	Puhelin 0400219687	Sähköpostiosoite raija.seppanen@lapinamk.fi
	Toimeksiantosopimuksen ehdot	
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksista koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohtaan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.	
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolel on vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan		
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	Rovaniemi 23.12.2015	Eg. Uusitalo
Tekijä	Rovaniemi 16.12.2015	Raija Seppänen
Lapin AMK	Rovaniemi 14.12.2015	Raija Seppänen

Liite 2

Tausta-aineiston lomakekysely

21.1.2016

1. Kuinka monta vuotta olette työskennelleet hoitoalalla?

0-2 []

3-5 []

5-10 []

yli 10 []

2. Oletteko olleet hoitosuhteessa päihdeongelmaiseen työskennellessänne somaattisella osastolla?

kyllä [] ei []

Jos vastasitte kyllä jatkakaa seuraavaan kohtaan, jos vastasitte ei siirtykää kohtaan 6

3. Oletteko kokeneet päihdeongelmaisen kohtaamisessa haasteita hoitosuhteen aikana?

kyllä [] ei []

Jos vastasitte kyllä, niin millaisia haasteita olette kokeneet?

4. Mistä ajattelette päihdeongelmaisen kohtaamisessa haasteiden johtuvan? (Voitte vastata useampaan kohtaan):

tiedon puute []

omat ennakkoluulot ja asenteet []

osaamisvaje []

Jokin muu? Mikä? _____

Jatkuu seuraavalla sivulla

5. Missä koette onnistuneenne päihdeongelmaisen kohtaamisessa? (Voitte vastata useampaan kohtaan):

potilaan huomiointi ja kuunteleminen []

potilaan kunnioitus ja arvostus []

hoitosuhteen tasa-arvoisuus []

Jokin muu? Mikä? _____

6. Millaista tietoa koette tarvitsevanne päihdeongelmaisen kohtaamiseen?

7. Entä mitä toivotte osastotunnin sisältävän päihdeongelmaisen kohtaamiseen liittyen?

Kiittäen vastauksistanne, Reetta Karén ja Marja Harinen!

TUT: 5/2016

LAPIN AMK
Lapland University of Applied Sciences

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Hakijan / hakijoiden henkilötiedot	Nimi Reetta Karén Marja Harinen	Henkilötunnus [REDACTED]
	Katuosoite [REDACTED]	Postinumero [REDACTED] Postitoimipaikka Rovaniemi
	Puhelin [REDACTED]	Sähköpostiosoite reetta.karen@edu.lapinamk.fi marja.harinen@edu.lapinamk.fi
	Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö Lapin ammattikorkeakoulu	Hakijan tehtävä/virka-asema opiskelija
Opinnäytetyön ohjaaja(t)	Nimi Raija Seppänen	Oppiarvo ja ammatti TAT, KT, yliopettaja
	Toimipaikka ja osoite Lapin ammattikorkeakoulu, Jokiväylä 11 C 96300 Rovaniemi	
	Puhelin 0400219687	Sähköpostiosoite Raija.seppanen@lapinamk.fi
Toimeksiantaja	Toimeksiantaja Lapin sairaanhoitopiiri, kirurgian osasto 4A	
	Yhteystiedot Eija Uusitalo-Mäki 0408353542 Liisa Manner-Raappana	
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä Rovaniemi 16.12.2015	Allekirjoitus [Signature]
Luvan myöntäminen	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään	<input type="checkbox"/> Tutkimuslupa evätään
	Perustelut Tutkimus suunnitelma on tuimitettu allekirjoitaneelle sähköisesti ja on ok	
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä Rovaniemi 20.1.16	Allekirjoitus [Signature]
	Myöntämisen ehdot <input checked="" type="checkbox"/> Hakijan tulee toimittaa valmis raportti ja tarvittaessa tutkimuksen tulokset suullisesti <input type="checkbox"/> Hakija vastaa kustannuksista itse, ellei toisin sovita <input type="checkbox"/> Muu ehto	TARJA KANINKANGAS-LIIPPA Sähköisesti asioitukseen päivi.pasola@shpi.fi (hoidattava)
Päätöksestä tiedottaminen	<input type="checkbox"/> opinnäytetyön hakijalle/ hakijoille <input type="checkbox"/> ohjaaville opettajille <input type="checkbox"/> yksiköille, jota luvan myöntäminen koskee <input type="checkbox"/> jokin muu, kuka?	

Liite 4

Saatekirje

21.1.2016

Rovaniemi

Hyvä hoitotyön ammattilainen,

Opiskelemme Lapin ammattikorkeakoulussa Rovaniemen yksikössä sairaanhoitajaksi. Pidämme osastollenne **4A** opinnäytetyömme toiminnallisena osuutena osastotunnin päihdeongelmaisen ammatillisesta kohtaamisesta. Käytämme liitteenä olevaa lomakekyselyä tiedonhaun menetelmänä osastotuntimme suunnitteluun ja toteutukseen. Lomakekyselyn vastaukset mahdollistavat laadukkaan ja tarkoituksenmukaisen osastotunnin.

Tietojen antaminen on täysin vapaaehtoista ja luottamuksellista. Vastaukset käsitellään nimettöminä eikä muilla kuin meillä, ole oikeutta lukea niitä. Tausta-aineiston keräämiseen on saatu asianmukainen lupa. Aikaa vastaamiseen menee noin viisi minuuttia ja lomakekysely on kaksi viikkoa osastollanne. Täten pyydämmeikin teitä ystävällisesti palauttamaan vastauksenne kirjekuoressa ohjeiseen palautuslaatikkoon 4.2.2016 mennessä.

Opinnäytetyömme ohjaajana toimii yliopettaja Raija Seppänen, 040219687

Yhteistyöterveisin:

Reetta Karén, reetta.karen@edu.lapinamk.fi

Marja Harinen marja.harinen@edu.lapinamk.fi

Liite 5

Hei 4 A:n hoitohenkilöstö!

Olemme Lapin ammattikorkeakoulun 3. vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä päihdeongelmaisen ammatillisesta kohtaamisesta, josta pidämme teille koulutustilaisuuden. Osastollanne oli 21.1.- 4.2.2016 päihdeongelmaisen kohtaamiseen liittyvä lomakekysely, jonka tarkoituksena oli kartoittaa toivomuksianne koulutustilaisuuden sisällöstä. Käytimme lomakekyselyn vastauksia koulutustilaisuuden suunnitteluun.

Kutsumme teidät 25.2.2016 klo 14.00 4. tason kahvihuoneessa pidettävään noin tunnin kestävään koulutustilaisuuteen. Toivotamme kaikki lämpimästi tervetulleiksi. Mukaan tarvitsette vain avoimen ja iloisen mielen!

Kysymysten herätessä voitte vapaasti ottaa yhteyttä:

reetta.karen@edu.lapinamk.fi

marja.harinen@edu.lapinamk.fi

Ystävällisin terveisin:

Reetta Karén ja Marja Harinen

About a Nurse



“If you only had one beer tonight, then who drank those beers that fell out of your coat?”

Liite 6

Palautekysely

Pyydämme palautetta koulutustilaisuudesta tällä lomakekyselyllä, johon vastataan nimettömänä. Vastaa ympäröimällä mieleisesi vastausvaihtoehto. ”Muita ajatuksia”-kohtaan voit tarkentaa vastaustasi tai vastata kysymykseen, mikäli annetut vastausvaihtoehdot eivät vastaa mielipidettäsi. Vastattuasi pyytäisimme teitä palauttamaan palautekyselyn meille.

1. Miten koulutustilaisuus vastasi odotuksianne?

- a) Koulutustilaisuus vastasi odotuksiani **erinomaisesti**
- b) Koulutustilaisuus vastasi odotuksiani **hyvin**
- c) Koulutustilaisuus vastasi odotuksiani **kohtalaisesti**
- d) Koulutustilaisuus vastasi odotuksiani **huonosti**

Muita ajatuksia:

2. Koulutustilaisuuden hyöty omassa työssäni:

- a) Pystyn hyödyntämään koulutustilaisuudesta saatua tietoa työssäni **erinomaisesti**
- b) Pystyn hyödyntämään koulutustilaisuudesta saatua tietoa työssäni **hyvin**
- c) Pystyn hyödyntämään koulutustilaisuudesta saatua tietoa työssäni **kohtalaisesti**
- d) Pystyn hyödyntämään koulutustilaisuudesta saatua tietoa työssäni **huonosti**

Muita ajatuksia:

3. Oliko aihe mielestänne ajankohtainen?

- a) kyllä
- b) ei
- c) en osaa sanoa

Muita ajatuksia:

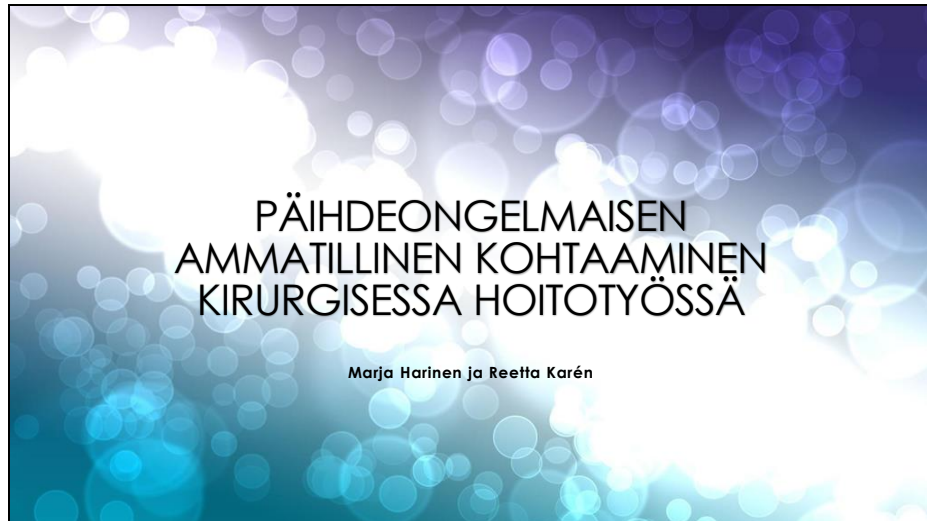
4. Parannusehdotukseni:

Kiitos vastauksestanne ja ajastanne!

Palautteenne on meille tärkeää.

Liite 7


Slide 1



Slide 2

TAUSTAA

- Vuonna 2014 alkoholijuomien kokonaiskulutus 100 %:na alkoholina 11,2 litraa 15 vuotta täyttäneitä kohden
- Päihdeongelman kohtaaminen yleistä somaattisessa hoitotyössä
 - 70 % haimatulehduksista ja 90 % maksakirroosi-tapauksista aiheutuvat alkoholin liikakäytöstä
 - 50 % haimatulehduspotilaista sairastuu uudelleen.
- Vuonna 2014 terveydenhuollon vuodeosastoilla rekisteröitiin 32 871 hoitajaksoa, joissa alkoholisairaus oli pää- tai sivudiagnoosina
- Samana vuonna rekisteröitiin 6 684 hoitajaksoa, joissa huumesairaus oli pää- tai sivudiagnoosina
- Korkin, Neumannin & Spiesin tutkimuksen (2010) mukaan yhdellä viidestä kirurgisesta potilaasta on alkoholi-ongelma



Slide 3

KESKEISIÄ KÄSITTEITÄ

- Päihteellä tarkoitetaan psyykkisiin toimintoihin vaikuttavaa ainetta, jota käytetään päihtymystarkoitukseen
- Päihdeongelma on riskikäyttöä, haitallista käyttöä tai riippuvuutta
 - Puhutaan silloin kun päihteet tavalla tai toisella hallitsevat elämää ja niitä käytetään välittämättä omasta terveydestä tai käytön vaikutuksista sosiaalisiin suhteisiin
- Delirium eli sekavuustila: potilaalla muutoksia tajunnantasossa, keskittymiskykyä, kognitiivisissa taidoissa ja käytös sekavaa
- Delirium tremens
- Kohtaaminen on vuorovaikutusta ihmisten välillä, ammatillisuus luo hoitotyössä pohjan kohtaamiselle

Slide 4

SEKAVUUSTILA

- Delirium potilaan hoito kuuluu somaattiselle vuodeosastolle, sillä laukaisevat tekijät ovat usein somaattisia
 - stressi, kipu, unenpuute, infektiot ja nestetasapainon häiriöt sekä lisäksi leposidehoito, lääkkeiden väärinkäyttö, suonensisäinen nestehoito ja virtsakatetri
 - Riskiryhmiä ovat yli 65 - vuotiaat, leikkauspotilaat sekä päihteiden liikkakäyttäjät
- Noin 3-5 % alkoholiriippuvaisista saa yhtäkkisestä käytön lopettamisesta kouristuksia tai delirium tremens -tilan
 - Samat laukaisevat tekijät kuin muissakin sekavuustiloissa, mutta lisäksi myös takykardia, huono ravitsemustila, somaattinen pitkäaikaissairaus
 - Alkoholin vieroitusoireiden hoito tähtää komplikaatioiden sekä delirium -tilan ja kouristuskohtauksien ehkäisyyn

Slide 5



- **Hoitajan ennaltaehkäisevä toiminta:**
 - Rauhallinen ympäristö
 - Potilaan henkilökohtaiset esineet saatavilla
 - Päivärytmin ylläpito
 - Nestetasapaino
 - Riittävä kivunhoito
 - Ravitsemus
 - Liikkumista rajoittavat tekijät pois mahdollisimman pian
 - Pyritään saamaan potilas jalkelle
- **Hoitamattomana delirium tremens voi johtaa nestehukkaan, hypotermiaan ja verenkierron pettämiseen**


Slide 6

HOITOON SITOUTTAMINEN

- Alkoholin liikkäyttäjillä suurentunut riski leikkausten jälkeisiin komplikaatioihin
- Liiallisen alkoholin käytön tunnistaminen ajoissa ja siihen puuttuminen
- Tutkimusten mukaan n. 50 % päihdeongelmaisista olisi suostuvaisia ottamaan apua vastaan, mikäli sitä tarjottaisiin
- Päihteiden käyttöön puuttuminen kuuluu hoitajan perus- ja ammattiosaamiseen
- Alkoholin käyttö otetaan puheeksi
 - Apuna konkreettisia keinoja, kuten laboratorio- ja päihdehaastattelun tulokset

Slide 7

- **Hoitajan vuorovaikutustaidot ovat avain-asemassa**
- Hoitajan tulisi olla myötätuntoinen, tuomitsematon, muutosmyönteinen, ymmärtäväinen ja kunnioittava
- Suhtautuminen potilaaseen hyväksyvää ja kannustavaa
- Päihteiden käytöstä ja niiden vaikutuksista tulisi puhua suoraan
- Esimerkiksi kaksi menetelmää: mini-interventio ja motivoiva haastattelu



Slide 8

Puheeksi ottamisen menetelmät

- **Lyhytneuvonta eli mini-interventio**
 - Käytetään etenkin kun puututaan alkoholin liikkäyttöön mutta sovelletaan myös muihin päihdeongelmiin
 - Tarkoituksena potilaan motivointi päihteiden käytön lopettamiseen/vähentämiseen
 - Muistisana RAAMIT
 - muodostuu sanoista Rohkeus, Alkoholitietoisuus, Apu, Myötätunto, Itsemääräämisvastuu ja Toimintaohjeet
 - Yleensä toteutetaan vastaanottotilanteissa, mutta toimii soveltaen myös osastoilla osana muuta hoitoa
- **Motivoiva haastattelu**
 - Tarkoituksena saada potilas muutoshaluiseksi ja aktiiviseksi ongelmien ratkojaksi
 - Menetelmästä on hyötyä etenkin haastavien ja itsemääräämisoikeuttaan suojelevien potilaiden hoidossa
 - Menetelmä lisää potilaan aktiivisuutta ja hoitoon sitoutuneisuutta kun sitä käytetään ennen somaattisen sairauden hoitoa
 - Avoimet kysymykset ja aktiivinen kuuntelu ja päihteiden käytön haittojen ja sen lopettamisen etujen vertailu
- Jos päihteiden käytön puheeksi ottamiselle ei ole aikaa, tulisi potilas ohjata jatkohoitoon. Jo pelkkä hoitoon ohjaus on onnistuneen hoitotyön tulos!

Slide 9

ARVOSTAVA KOHTAAMINEN

- Päähdeongelmaisen kohtaamisessa korostuu eettisten ohjeiden sisäistäminen
Päähdeongelmaisia kohtaan usein negatiivisia asenteita ja heillä on heikko sosiaalinen status
- Päähdeongelmaisen kohtaamisessa korostuvat sairaanhoitajan eettisistä ohjeista: arvostava kohtaaminen potilaan vakaumuksella ja arvot huomioiden, avoin vuorovaikutus, luottamuksellisuus, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, oikeudenmukainen ja tasa-arvoinen kohtelu ja potilas otetaan mukaan hänen omaa hoitoansa koskevaan päätöksentekoon
- Arvostaminen on laadukkaan hoitotyön lähtökohhta
 - Ihmisen arvostaminen riippumatta hänen luonteestaan, näkemyksistään, ansioistaan tai epäonnistumisistaan



Slide 10


VÄKIVALTA HOITOTYÖSSÄ

- Väkivallan tai sen uhan kokeminen hoitotyössä on yleistä
 - Terveystieteiden ammattilaisista joka kolmas on kokenut väkivaltaa tai sen uhkaa ja yli 80 % on kohdannut sanallista, ruumiillista tai seksuaalista häirintää potilaan toimesta
- Päihtynyttä tulee aina ajatella väkivallan riskitekijänä, sillä kyky hallita käytöstä heikkenee
- Jos hoitaja ei havaitse tilanteita joissa on väkivalta- ja turvallisuusriski, hän voi tahattomasti edesauttaa näiden syntymistä
- Uhkaavan käytöksen sanallisia tunnusmerkkejä: kasvojen yhäkkäinen kalpeus, puhumattomuus, käsien puristelu nyrkkiin, äkäinen käytös, ahdistuneisuus, vetäytyväisyys ja jännittyneisyys
- Uhkaavan käytöksen sanallisia tunnusmerkkejä: äänenkäytön muuttuminen
- Käytös voi muuttua: liiallinen takertuminen hoitajaan ja tuijottava katse
- Ihminen, joka haluaa vahingoittaa toista yrittää hakeutua kasvoistensa hänen kanssaan
- Kiihtyneenä potilas ei täysin kykene aistimaan ympäristön ärsykeitä ja toisten ihmisten viestejä

Slide 11

CASE

Kirurgiselle vuodeosastolle on siirtynyt heräämöstä aamuvuoron vaihteessa haimatulehdusta sairastava 50 –vuotias Matti Matikainen. Matti on ollut kaksi kertaa aikaisemmin sairaalahoitossa alkoholiin liittyvän haimatulehduksen vuoksi. Nyt sairaus on pahentunut ja haimasta on leikattu kuolioon mennyt kudos. Matilla on takanaan pitkä ryppyputki, eikä hän kysyttäessä osaa sanoa kuinka monta päivää on ottanut alkoholia. Iltavuoron aikana Matti muuttuu kalpeaksi ja äkäiseksi. Keskustellessa Matti korottaa helposti ääntään ja käyttää kirosanoja.



Slide 12

AGGRESSIIVINEN KÄYTTÄYTYMINEN

<p>Sanallinen</p> <ul style="list-style-type: none"> Uhkailu Kiroilu Solvaaminen kirstäminen <p>Tarkoituksena lannistaa!</p>	<p>Fyysinen</p> <ul style="list-style-type: none"> Kiinnikäyminen Töniminen Lyöminen Potkiminen Liikkumisen esto <p>Tarkoituksena vahingoittaa!</p>
---	---

Slide 13



Slide 14



Slide 15



Slide 16

ENNALTAEHKÄISY

- Työturvallisuuslaki (738/2002) § 27: Työnantajalla on velvoite laatia toimintamallit ja turvallisuusjärjestelyt, mikäli työpaikalla voi olla väkivallan uhka
- Uhkatilanteita voidaan ennaltaehkäistä kartoittamalla ja poistamalla työympäristön riskitekijöitä
 - Ylimääräiset esineet muualle säilöön
 - Huonekalut + sisustusratkaisut
 - Potilaiden viihtyvyys: liian kirkkaat valot, hämärä, ahtaat filat ja huono ilmastointi
- MAPA = Management of actual or potential aggression –menetelmä
 - Kehitetty haastavan ja aggressiivisen potilaan kohtaamiseen
 - Perustuu uhkatilanteiden ehkäisyyn vuorovaikutuksen avulla sekä provosoinnin välttämiseen, fyysinen rajoittaminen viimeinen vaihtoehto
 - Kurssina työntekijöille

Slide 17

Lähteet

- Austin, A., Hospital, M., Wagner, E. & Morris, S. 2010. Motivation for reducing substance use among minority adolescents: Targets for intervention. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 39/2010. <http://ez.lapinamk.fi:2089/science/article/pii/S0740547210001613>
- Baker, N., Taggart, H., Nivens, A. & Tillman, P. 2015. Delirium: Why Are Nurses Confused? *MEDSURG nursing* 2015, 24/1. <http://ez.lapinamk.fi:2080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=80a2704d-233d-4b03-a164-ae57acc48b37%40sessionmgr102&vid=1&hid=102>
- Chapman, R. & Pfaff, F. 2009. Alcohol and anesthesia. *Oxford Journals*. 9/2009. Viitattu 15.2.2016. <https://ceaccp.oxfordjournals.org/content/9/1/10.full>
- Faught, D. 2014. Delirium: The Nurse's Role in Prevention, Diagnosis, and Treatment. *MEDSURG nursing* 2014, 23/5. Viitattu 10.2.2016. <http://ez.lapinamk.fi:2080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1a06607-405c-4be1-acc4-0227eb6c220d%40sessionmgr120&vid=0&hid=102>
- Hoviö, M., Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.) 2008. Päihdehoitotyö 5., uudistettu painos. Jyväskylä: Tammi.
- Helamo, I. Hoidollinen interventio - puhtu, puhu ja kohtaa. Teoksessa: Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) 2008. Tämä polttas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämäntilanteeseen. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hull, S. & Broquet, K. 2007. How to Manage Difficult Patient Encounters. *Fam-ly Practise Management* 6/2007. Viitattu 17.2.2016. <http://www.oxfo.org/lpm/2007/0460/p30.html>
- Huttunen, M. 2015. Alkoholivierollisuutehyymä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 11.2.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/ik.koti?p_artikkelid=dk00197
- Huttunen, M. 2015. Sekavuus (delirium). Lääkärikirja Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/ik.koti?p_artikkelid=dk00357
- Käypä hoito -suositus. 2011. Alkoholiingemäisen hoito. Käypä hoito -suositus: Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50028#suositus>
- Käypä hoito -suositus. 2015. Alkoholiingemäisen hoito. Käypä hoito -suositus: Duodecim. Viitattu 18.2.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50028>
- Kork, F., Neumann, T. & Spies, C. 2010. Perioperative management of patients with alcohol, tobacco and drug dependency. *Current Opinion in Anaesthesiology* 23/2010. http://clinicaldeparments.musc.edu/anaesthesia/intensive/education/journals%20club/march%202012/alcohol_tobacco_cieny.pdf

Slide 18

- Lahti, J., Rakkolainen, M. & Koski-Jännes, A. 2013. Motivoiva haastattelu kak-soisdiagnoosipoltilaiden hoidossa. *Lääketeleellinen aikakauslehti Duodecim* 19/2013. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?sessionId=298F858C2E7A08477C835AA3786703D7p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11266
- Laurila, J. 2012. Delirium. *Lääketeleellinen aikakauskirja Duodecim* 2012, 128/6. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/artisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo10163
- Lappalainen-Lehto, R., Romu, M.-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihde - ammatillisen päihdeyön puolesta. 1. painos. Helsinki: WSOY Oy.
- Lehestö, M., Kolvunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Mattila, K.-P. 2007. Arvostava kohtaminen - arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Jyväskylä: Juva
- Marc, A. & Scuhckil, M.D. 2014. Recognition and Management of Withdrawal Delirium (Delirium Tremens). *The new England journal of medicine*. 2014/27. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1407298>
- Mielenterveystalo, n.d. F10-19.1 Päihteiden haittakäyttö. HUS. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosi-hetohaku/F10-19/Pages/F10-191.aspx>
- Miettinen, P. & Kaarne, M. 2008. Väkivallaton vuorovaikutus. Teoksessa: Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) 2008. Tämä polttas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Mäkinen, T. 2014. Väistät Minä menen kirkolle. *Tehty* 3/2014. Viitattu 16.2.2016. <http://www.tehty.fi/tehty-lehti/2014/3-2014/vaista-mina-menen-kirkolle/>
- Nederfeldt, L. & Fredin, S. 2010. Motiverande samtal. För vad? Av vem?. Tuk-holma: Karolinska Institutets folkhälsoakademi. http://dok.slo.sll.se/CES/FHG/Tobak/Rapporter/Aldre_rapporter/motiverande-samtal.2010_18.pdf
- Neville, K. & Roan, N. 2014. Jun. Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence. *Journal of Nursing Administration* 44 (6), 339-346. <http://journals.lww.com/jonajournal/pages/articleviewer.aspx?year=2014&issue=060008&article=00008&type=abstract>

Slide 19

Oksanen, J. 2014. Motivointi työväläneenä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Parlanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. 2015. 1.painos. Helsinki: Sanoma Pro oy.

Pelli, H., Sand, J. & Nordack, I. 2009. Voidaanko alkoholihaitatulehduksen uusutumista ehkäistä? Lääketieteellinen aikakauskirja. 11/2009. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/artisto?p_p_id=Article_WAR_D16_ArticlePortlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo98069

Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kianmaa, K. 2012. 1.10 Huumeiden ja lääkkeiden ongelmakäyttö. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kianmaa, K. (toim.) Huume- ja lääkerippuvuudet, 8-9. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Simojoki, K. 2015. Alkoholongelmaisien motivoiva haastattelu. Käypä hoito –suositus. Viitattu 18.2.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak04628>

Subedi, A. & Bhattarai, B. 2013. Intraoperative Alcohol Withdrawal Syndrome: A Coincidence or Precipitation? Case Reports in Anesthesiology 2013/2013. Viitattu 15.2.2016. <http://www.hindawi.com/journals/cria/2013/761527/>

Szabo, D. & Kark, T. 2011. Alkohorelaterade akuta komplikationer. Psykiatriks-löd Stocholms läns landstig. Viitattu 11.2.2016. <http://www1.psykiatristod.se/Psy-kiatristod/Akuta-illstand/Alkohorelaterade-akuta-kompikationer/#4>

THL – Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2015. Päihdetilastollinen vuosikirja 2015 – alkoholi ja huumeet. E-kirja. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere: THL – Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129655/P%3c3%a4ihdetilastollinen%20vuosikirja%202015%20verkkoversio.pdf?sequence=3>

Työturvallisuuslaki 738/2002. Helsinki. Sotiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 17.2.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2002/20020738#P1dp3524032>

Viemero, V. 2006. Aggressio ja aggressiivisuus. Tieteessä tapahtuu. 3/2006, 1. Viitattu 5.2.2016. <http://www.tieteessatapahuu.fi/0306/viemero0306.pdf>

Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen lukeminen. 3., uudistettu painos. Helsinki: WSOY oy.

Wii, M., Jones, D., Sessler, C., Zilberberg, M. & Weaver, M. 2010. Alcohol-Use Disorders in the Critically Ill Patient. American College of Chest Physicians. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2951755/>

Slide 20

