

POTILAAN TUPAKOINNIN PUHEEKSI OTTAMINEN JA
LOPETTAMISEN TUKEMINEN HOITAJIEN KOKEMANA

Satu Röntynen

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

2014

LAPIN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Hoitotyön koulutusohjelma

Potilaan tupakoinnin puheeksi ottaminen ja lopettamisen
tukeminen hoitajien kokemana

2014

Toimeksiantaja Lapin keskussairaala osasto 5B

Satu Röntynen

Hyväksytty 2014

Tekijä	Satu Röntynen	Vuosi	2014
Ohjaaja	Sirkka Havela		
Toimeksiantaja	Lapin keskussairaala, osasto 5B		
Työn nimi	Potilaan tupakoinnin puheeksi ottaminen ja lopettamisen tukeminen hoitajien kokemana		
Sivu- ja liitemäärä	59 + 2		

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata potilaan tupakoinnin puheeksi ottamista ja lopettamisesta tukemista hoitajien kokemana. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa kyseisiin kokemuksiin perustuvaa tietoa, jota terveydenhuollon ammattilaiset voivat hyödyntää tupakoivan potilaan hoidossa sekä tupakointiin liittyvän ohjauksen suunnittelussa ja kehittämisessä.

Opinnäytetyön tutkimusote oli kvalitatiivinen eli laadullinen. Tutkimusaineisto muodostui kolmen vapaaehtoisesti tutkimukseen osallistuneen sairaanhoitajan kokemuksista tupakoinnin puheeksi ottamisesta ja lopettamisen tukemisestä. Aineistot kerättiin teemahaastattelumenetelmällä. Haastattelut tallennettiin digitaalياهوurilla. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

Tutkimustulokset voitiin jakaa viiteen yläkategoriaan, jotka olivat hoitajan hyvä ammatillinen osaaminen, ohjauksen tarpeen määrittämisen tärkeys, tupakoivan potilaan ohjaus- ja tukimenetelmien tarpeellisuus, hoitajan antaman ohjauksen tehokkuus sekä haasteet tupakoinnin puheeksi ottamisesta ja lopettamisen tukemisessä. Tutkimustulosten tarkastelun perusteella voidaan todeta, että hoitajat kokivat tietonsa tupakoinnin terveysvaikutuksista riittäviksi, kun taas erilaisista keskustelumenetelmistä, yksilöllisestä hoidon toteuttamisesta, erilaisista lopettamisen tukimuodoista ja –menetelmistä, hoidon jatkuvuudesta ja tupakoivan potilaan hoitoketjuista kaivattiin lisätietoa. Tupakointiin puuttumisen koettiin olevan selkeintä sepevaltimotautipotilaan kohdalla, muissa tapauksissa tupakoinnin puheeksi ottaminen oli satunnaisempaa.

Hoitajien mukaan tiedollinen ja lääkkeellinen tukeminen olivat yleisimmät tupakoivan potilaan tukimenetelmät, jotka toisinaan syrjäyttävät muita lähestymistapoja tehden ohjauksesta yksipuolista. Hoitajat toivoivat tupakoivan potilaan ohjaukseen selkeää ohjausrunkoa, joka toimisi tupakointiin liittyvän keskustelun ja tukemisen apuna. Hoitajan antamalla ohjauksella nähtiin olevan myönteinen vaikutus potilaan motivaatioon lopettaa tupakointi. Tupakoinnin puheeksi ottaminen ja lopettamisen tukeminen koettiin toisinaan haastavaksi, jopa vaikeaksi johtuen muun muassa aiheen arkaluonteisuudesta.

Avainsanat

tupakointi, tupakoinnin lopettaminen, ohjaus, kokemus

School of Social Services, Health and
Sports
Degree Programme in Nursing

Author	Satu Röntynen	Year	2014
Supervisor	Sirkka Havela		
Commissioned by	Lapland Central Hospital, Ward 5B		
Subject of thesis	Bringing up Smoking in Discussions with Patients - Support for Smoking Cessation from the Perspective of Nurses		
Number of pages	59 + 2		

The purpose of this thesis was to describe bringing up smoking in discussions with patients and the support for smoking cessation from the perspective of nurses. The aim on the research was to produce information based on these experiences, which the healthcare professionals could use for the treatment of patients who smoke, and in the planning and development of guidance concerning smoking.

Qualitative method was used in this thesis. The research data consisted of the experiences of three nurses taking part in the research voluntarily, concerning discussions where smoking is brought up and smoking cessation is supported. The data was collected by thematic interviews. The interviews were recorded with a digital recorder. The analysis method for the data was material-based content analysis.

The research results were divided into five categories which were the good professional competence of the nurse, the importance of determining the need for guidance, the importance of the guidance and support methods of a patient who smoke, the efficiency of the guidance given by a nurse, and challenges of bringing up smoking in discussion and offering support for cessation. The results showed that the nurses felt they had sufficient knowledge of the health effects of smoking, but that they required further information of the different discussion methods, individual implementation of treatment, various support forms and methods for smoking cessation, continuance of the treatment and the treatment chain of a smoking patient. The nurses felt that it was the most obvious and common to bring up smoking with a patient suffering from a coronary artery disease, whereas with other patients it was more random.

According to the nurses, knowledge-based and medical support were the most usual support methods of a smoking patient, which may replace other approaches thus making the guidance poor. The nurses hope for a clear guidance structure for guiding a patient who smokes. This would help with the discussions and support concerning smoking. According to the informants, guidance by a nurse had a positive effect on the patient's motivation to stop smoking. Also, bringing up smoking in discussions and offering support for cessation was sometimes challenging, even difficult because of the sensitive nature of the subject.

Key words

smoking, smoking cessation, guidance, experience

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TUPAKOIVA POTILAS TERVEYDENHUOLLOSSA	3
2.1 TUPAKOIVAN POTILAAN KOHTAAMINEN	3
2.2 TUPAKOINTIIN LIITTYVÄN HUOLEN PUHEEKSIOTTAMINEN	6
2.3 TUPAKASTA VIEROITUS TERVEYDENHUOLLOSSA	8
3 TUPAKOINNIN LOPETTAMISEN TUKEMINEN	10
3.1 TUPAKKARIIPPUVUUDEN HOITO- JA OHJAUSPROSESSI	10
3.2 PUHEEKSIOTTO 6K:N MENETELMÄLLÄ	12
3.3 MOTIVOIVA KESKUSTELU TUPAKOIVAN POTILAAN OHJAUSMENETELMÄNÄ	13
3.4 MUUTOSVAIHEMALLI TUPAKOINNIN LOPETTAMISESSA	15
3.5 NIKOTIINIIRIPPUVUUDEN MITTAAMINEN JA LÄÄKKEELLINEN TUKI	17
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	18
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	19
5.1 LAADULLINEN LÄHESTYMISTAPA	19
5.2 HAASTATELUN AINEISTONKERUUMENETELMÄNÄ	20
5.2.1 Haastattelumenetelmät	20
5.2.2 Teemahaastattelu	20
5.3 TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJAT	22
5.4 LAADULLISEN TUTKIMUKSEN ANALYYSIMENETELMÄT	23
6 TUTKIMUSTULOKSET	26
6.1 POTILAAN TUPAKOINNIN PUHEEKSI OTTAMINEN JA LOPETTAMISESSA TUKEMINEN HOITAJIEN KOKEMANA	27
6.1.1 Hoitajan hyvä ammatillinen osaaminen	27
6.1.2 Ohjauksen tarpeen määrittämisen tärkeys	32
6.1.3 Tupakoivan potilaan ohjaus- ja tukimenetelmien tarpeellisuus	35
6.1.4 Hoitajan antaman ohjauksen tehokkuus	37
6.1.5 Haasteet tupakoinnin puheeksi ottamisessa ja lopettamisen tukemisessa	37
7 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	40
7.1 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS	40
7.2 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS	44
7.3 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN ARVIOINTI	46
8 POHDINTA	48
8.1 KESKEISTEN TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU	48
8.2 PÄÄTELMÄT JA TUPAKOINTIIN LIITTYVÄN OHJAUKSEN KEHITTÄMINEN	53
LÄHTEET	55
LIITTEET	59

1 JOHDANTO

Kulttuurissamme päihteiden käytön puheeksi ottaminen koetaan edelleen vaikeaksi (Lappalainen-Lehto – Romu – Taskinen 2007, 151). Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tehdyn kyselytutkimuksen mukaan noin kolmasosa kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista piti tupakointia potilaan yksityisasiana, johon ei tule puuttua (Lehtinen – Kulmala – Rigoff – Ståhl 2010, 13-14). Koska tutkimustulokset osoittavat, että yli puolet suomalaisista tupakoivista haluaisi lopettaa tupakoinnin, mutta pitkäaikaiset onnistumistulokset tupakoinnin lopettamisessa ilman ammattilaisen apua ovat vaatimattomat, on terveydenhuollon ammattilaisella tärkeä rooli ja mahdollisuus ohjata ja motivoida potilas lopettamaan tupakointi (Reijula 2012, 1063–1064 ; Winell – Lehto 2012, 1059).

Vuonna 2012 17% suomalaisista tupakoi päivittäin (Tupakkatilasto 2012, 1–2). Tämä tarkoittaa, että Suomessa on noin miljoona tupakoivaa henkilöä (THL 2014b). Tupakointi on moniulotteinen riippuvuusoireyhtymä, joka määritellään vakavaksi, krooniseksi sairaudeksi. Yleensä tupakointiin liittyy sekä nikotiini- että tupakkariippuvuus, jotka käsitteinä hieman eroavat toisistaan. Valtakunnallisen Käypä hoito -suosituksen mukaan nikotiiniriippuvuudella tarkoitetaan tupakan nikotiinin käytöstä syntyvää keskushermoston rakenteellista muutosta, joka saa aikaan fyysiset vieroitusoireet nikotiinin poistuttua elimistöstä. Tupakkariippuvuus puolestaan ymmärretään laajemmin ilmiönä, joka käsittää fyysisen riippuvuuden lisäksi sekä psyykkisen, sosiaalisen että tapariippuvuuden. (Duodecim 2012.)

Tupakointi on yksi merkittävin estettävissä oleva sairastavuuden ja kuolleisuuden aiheuttaja, jonka haitat koskettavat laajasti sekä yksilöä että yhteiskuntaa. Joka toinen tupakoija kuolee ennenaikaisesti tupakan aiheuttamiin sairauksiin. (Reijula 2012, 1063.) Sen lisäksi että tupakointi aiheuttaa monia sairauksia, se vaikeuttaa jo olemassa olevien sairauksien hoitoa sekä heikentää toipumis- ja kuntoutumistuloksia (Duodecim 2012). On kuitenkin näyttöä siitä, että tupakoinnin lopettaminen parantaa useimpien sairauksien ennustetta ja vähentää niiden ilmaantuvuutta (Duodecim 2012). Ennenaikaiset

kuolemat ja muut tupakoinnista syntyvät haitat aiheuttavat yhteiskunnalle noin kahden miljardin kustannukset vuosittain. (Mäntymaa 2010.)

Useat potilasohjaukseen ja terveysneuvontaan liittyvät tutkimukset osoittavat, että potilasohjauksen toteuttamisessa on edelleen kehitettävää (Kähkönen – Kankkunen – Saaranen 2012, 201 ; Lehtinen ym. 2010, 19–22). Esimerkiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tehtyyn tutkimukseen osallistuneet potilastyötä tekevät olivat sitä mieltä, että haitallisten terveystottumusten puheeksi ottamisessa tulisi nykyistä enemmän kiinnittää huomiota yhteisiin toimintamalleihin, potilastyöhön tarvittavan ajan sekä lisäkoulutuksen riittävyyteen. Myös moniammatillisen yhteistyön hyödyntämisessä sekä johdon tuessa ja sitoutumisessa löytyi kyselyyn vastanneiden mielestä parannettavan varaa. (Lehtinen ym. 2010, 19–20.)

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Lapin Keskussairaalan sisätautiosasto 5B, jonka potilasaineistosta valtaosa koostuu munuais-, sydäninfarkti-, rytmihäiriö- ja sydämen vajaatoimintapotilaista. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kyseisellä osastolla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia tupakoinnin puheeksi ottamisesta ja lopettamisen tukemisesta. Kokemuksista saadun tutkimustiedon avulla halutaan kehittää tupakoivan potilaan hoitotyötä ja potilaan terveyttä edistävää ohjausta tupakointiin liittyvissä asioissa.

2 TUPAKOIVA POTILAS TERVEYDENHUOLLOSSA

2.1 Tupakoivan potilaan kohtaaminen

Hoitotyö perustuu hoitajan ja potilaan välisiin kohtaamisiin. Jokainen kohtaaminen on ainutlaatuinen, sillä siinä vaikuttavat sekä hoitajan että potilaan yksilölliset ominaisuudet, persoonallisuus, arvot ja asenteet. Kohtaamisessa on aina läsnä myös molempien osapuolten menneisyys, tulevaisuus ja nykyisyys, mikä tekee vuorovaikutustilanteesta moniulotteisen. Näiden kohtaamisten ja vuorovaikutustilanteiden lähtökohtana on ymmärrys siitä, että kaikki ihmiset ovat erilaisia, yksilöllisiä kokonaisuuksia. (Lipponen – Kyngäs – Kääriäinen (toim.) 2006, 24.) Tupakoivan potilaan kohtaamisessa on siis tärkeää selvittää ja tunnistaa potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristöön liittyvät taustatekijät. Nämä tekijät yhdessä hoitajan vastaavien taustatekijöiden kanssa luovat kohtaamis- ja vuorovaikutustilanteeseen oman kontekstinsa, jonka ymmärtäminen on yksilöllisen ja laadukkaan hoidon edellytys. (Kyngäs – Hentinen 2009, 82–83.) Vaikka hoitotyötä toteutetaan näkyvimmin oman persoonallisuuden kautta, muun muassa hoitotyön eettiset periaatteet, laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785, 5 §) sekä hoitotyön periaatteet ovat läsnä hoitajan ammatillisessa toiminnassa. (Lipponen ym. 2006, 24, 26).

Vuorovaikutus ja potilasohjaus ovat hoitotyön välineitä, jotka mahdollistavat ajatusten ja tunteiden jakamisen ja niistä oppimisen (Lipponen ym. 2006, 24–26). Vuorovaikutus on jatkuvaa vastavuoroisuutta, jossa sekä hoitaja että potilas toimivat aktiivisesti pyrkien kohti yhteisesti sovittua päämäärää. Onnistuneen vuorovaikutuksen elementtejä ovat keskinäinen kunnioitus, kiinnostus ja välittäminen, asiallisuus sekä taito ja vapaus ilmaista itseään. Sairaanhoidajan työssä myös havainnointi- ja kuuntelukyvillä on suuri merkitys, sillä ilman niitä potilaan ajatukset, toiveet ja odotukset jäävät tavoittamatta. Viestinnällä on suuri rooli vuorovaikutuksessa, johon hoitajan tulee tietoisesti kiinnittää huomiota väärinymmärrysten ehkäisemiseksi. Hyvät vuorovaikutustaidot ja niiden kehittäminen tukevat sekä ammatillista että persoonallista kasvua, joista on hyötyä kaikissa potilaskohtaamisissa. (Lipponen ym. 2006, 24–25.) Laadukas ohjaus vaatii hoitajalta siis tiedollisia, taidollisia ja asen-

teellisiä ohjausvalmiuksia. Näiden lisäksi riittävät aika- ja materiaaliresurssit ovat tärkeitä ohjauksen onnistumiseksi. (Kyngäs – Hentinen 2009, 92–93.) Myös fyysisellä ympäristöllä on merkitystä: rauhallinen ympäristö edistää hyvän vuorovaikutus- ja ohjaustilanteen onnistumista. (Lipponen ym. 2006, 26.)

Suomessa on tehty tupakoinnin laajoja vähentämistoimia jo vuosikymmeniä, ja nykyisessä terveyttä arvostavassa yhteiskunnassa yleisasenne tupakointiin on kiristynyt. Ihmisten odotetaan toimivan vastuullisesti terveytensä edistämiseksi ja ylläpitämiseksi, ja terveellisiä elintapoja noudattavia arvostetaan. Tämä ajan mittaan tapahtunut kulttuurinen muutos on ajanut tupakoivat ahtaalle: nyky-yhteiskunnan odotusten ja tupakoinnin välillä on suuri ristiriita. Yhteiskunnan normit vaativat luopumaan terveyttä vaarantavan nautintoaineen käytöstä, ja moni lopettaakin tupakoinnin. Ne, jotka jatkavat tupakointia, joutuvat muuttamaan ajatteluaan sellaiseksi, että he voivat perustella tapansa sekä itselleen että muille. He onnistuvat enemmän tai vähemmän kieltämään tupakoinnin aiheuttamat riskit omalla kohdallaan, ja ympäristöstä he ottavat vastaan vain tupakointiaan tukevat tiedot. Tällaiset psykologiset puolustus- eli defenssikeinot ovat yleisiä mielen suojauskeinoja, joilla ihminen vapauttaa itsensä syyllisyydestä sekä muiden vaikeiden tunteiden käsittelystä. Vaikka puolustuskeinot suojelevat tupakoivaa sekä omilta että yhteiskunnan syytöksiltä, voivat ne toimia vaikeina esteinä tupakoinnin lopettamisessa. (Heikkinen – Ollila – Patja 2010, 40–43.)

Jotta tupakoiva ei kokisi hoitohenkilökunnan ohjausta syyllistävänä ja hyökkäävänä, tulisikin riskilähtöisyyden sijaan panostaa kannustavaan ja voimavaralähtöiseen ohjaukseen (Patja – Airaksinen – Leppänen 2010, 77). Koska tupakointi ulottuu ihmisen herkälle ja henkilökohtaiselle alueelle, on hoitajan ymmärtävällä ja empaattisella suhtautumisella erityisen suuri merkitys (Broms – Korhonen – Salminen – Pennanen – Kaprio ym. 2012, 117). Tällainen lähestymistapa edistää hoitajan ja potilaan välisen luottamuksen kehittymistä, jolloin potilaan on mahdollista olla oma itsensä ja puhua avoimesti vaikeistakin asioista tuntien itsensä hyväksytyksi sellaisena kuin on (Havio – Inkinen – Partanen (toim.) 2009, 24–25).

Tupakointiin liittyy useita merkityksiä, jotka vaihtelevat katsotusta näkökulmasta riippuen. Vaikka tupakoinnin yhteiskunnalliset ja yhteisölliset merkitykset on hyvä tiedostaa, tärkeämpää tupakoivan potilaan hoidossa on ymmärtää tupakoinnin yksilölliset merkitykset. (Heikkinen ym. 2010, 41.) Koska tupakkariippuvuus on moniulotteinen riippuvuusoireyhtymä, sen merkitykset ulottuvat usein sekä yksilön fyysiselle, psyykkiselle että sosiaaliselle alueelle (Duodecim 2012a; Heikkinen ym. 2010, 41–42). Usein tupakoijat kokevat tupakan mm. rentouttavan, auttavan stressiin ja ahdistukseen sekä parantavan keskittymistä ja ongelmien ratkaisua. Lisäksi tupakoinnin koetaan tarjoavan nautintoa ja elämyksiä erilaisissa arki- ja juhlatilanteissa. Myös yhteenkuuluvuuden tunne vahvistuu niillä tupakoijilla, joille sosiaaliset tilanteet ovat merkityksellisiä. Nämä ja lukuisat muut yksilöllisesti koetut merkitykset kiinnittyvät vuosien saatossa tupakoivan arkeen, jolloin tupakasta muodostuu vähitellen tärkeä osa tupakoivan elämää. Tupakoinnin jatkuessa erilaiset palkitsevat kokemukset vahvistavat toisiaan, jolloin riippuvuus muotoutuu moniulotteiseksi käyttäytymismuodoksi. (Heikkinen ym. 2010, 41–42.) Kun tiedetään, mitä merkityksiä yksilön tupakointiin liittyy, sitä helpompi tupakoivalle on valita ja suunnitella yksilölliset tupakasta irrottautumismenetelmät (Patja ym. 2010, 64).

Elintavat vaikuttavat merkittävästi ihmisen terveyteen, ja niillä on merkittävä rooli terveyden edistämisessä, sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa sekä kuntoutuksessa. Elintapamuutokset ovatkin ajankohtaisia yhä useammalle suomalaiselle, sillä elintavat ovat tänä päivänä syy moniin sairauksiin. (Kyngäs – Hentinen 2009, 207.) Yksi tärkeimmistä terveyttä edistävästä elämäntapamuutoksista on tupakoinnin lopettaminen. Tupakoimattomuuden tiedetään edistävän terveyttämme ja suojaavan monilta kansantaudeiltamme. Sillä on edullisia vaikutuksia sekä yksilön että yhteisön terveyteen ja hyvinvointiin, mutta myös työnantajat ja yhteiskunta säästyvät tupakoinnin aiheuttamilta ylimääräisiltä kustannuksilta. (Simonen 2012, 1055–1057.)

Lukuisista positiivisista vaikutuksistaan huolimatta tupakoinnin lopettaminen on haasteellinen prosessi, joka vaatii lopettajalta vahvaa sitoutumista ja uuden oppimista (Kyngäs – Hentinen 2009, 208). Muutostarpeeseen tarvitaan itsestä lähtevä, sisäinen motivaatio, sillä ainoastaan ulkoa tuleva ohjaus ei

riitä pysyvien tuloksien saavuttamiseen (Absetz 2010, 57). Lopettamisen tai lopettamisen harkitsemisen taustalla olevia tekijöitä voivat olla esimerkiksi oma tai läheisen sairaus, huoli oman tai läheisen terveydestä, tai taloudelliset syyt (Heikkinen ym. 2010, 44). Kun elämäntapamuutos on yhteydessä itselle tärkeisiin asioihin ja arvoihin, askeleet kohti muutosta tuntuvat mielekkäiltä, merkityksellisiltä ja kevyemmiltä. Sisäinen motivaatio ajaa lopettajaa kohti muutosta, vaikka matka olisikin pitkä ja esteinen. (Absetz 2010, 58.) Motivaation syntymiseen tarvitaan henkilökohtainen tahtotila, paljon tietoa lopettamisen keinoista, ympäristön tukea sekä positiivista mieltä (Patja ym. 2010, 65).

Elämäntapamuutokset, kuten tupakoinnin lopettaminen vaatii lopettajalta muutokseen sitoutumista. Sitoutuminen auttaa saavuttamaan asetetun päämäärän, pysyvän savuttomuuden (Kyngäs – Hentinen 2009, 209). Elämäntapamuutokseen ja hoitoon sitoutuminen on monisyinen ilmiö, johon vaikuttavat ympäristön lisäksi yksilön fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ominaisuudet. Mitä paremmin hoitaja tuntee potilaan, sitä paremmin hän voi ohjata potilasta sitoutumaan terveytensä edistämiseen. Samalla myös hoitaja itse sitoutuu tiiviimmin omaan rooliinsa hoitajana ja ohjaajana. Kaikkiin yksilön ominaisuuksiin tai ympäristötekijöihin ei voida vaikuttaa, mutta esimerkiksi riittävällä tiedon ja tuen antamisella, voimavaroihin keskittymisellä ja itseluottamuksen sekä itsetuntemuksen vahvistamisella voidaan lisätä lopettajan motivaatiota. (Kyngäs – Hentinen 2009, 26–29, 82.) Sekä hoitajan että tupakoivan on tärkeää olla tietoinen myös niistä asioista, jotka vaikeuttavat tupakoinnin lopettamista. Vaikka selkein tupakointia ylläpitävä syy on fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen riippuvuus, voi lopettamista vaikeuttaa esimerkiksi motivaation puute, epäonnistumisen pelko, painonhallinnan ongelmat sekä alkoholin ja kahvin käyttö. Kun vaikeudet ja ongelmakohdat tiedostetaan, on niihin mahdollista kiinnittää huomioida ja varautua lopettamisprosessin eri vaiheissa. (Heikkinen ym. 2010, 45–46.)

2.2 Tupakointiin liittyvän huolen puheeksiottaminen

Huolen puheeksiottamisella tarkoitetaan jonkin askarruttavan asian puheeksi ottamista hienotunteisesti, loukkaamatta toista. Puheeksiottamisessa, niin kuin tupakoivan potilaan kohtaamisessakin, olennaista on kunnioittava ja

ymmärtävä tapa ottaa vaikeakin asia puheeksi. Se, että ilmaisee potilaalle aidon huolensa hänen tupakoinnistaan, vahvistaa avointa, dialogista ja välittävää yhteistyösuhdetta paremmin kuin suora ongelmien esiin nostaminen, joka usein saa aikaan vain vastareaktion. Huolen ilmaisemisella hoitaja viestittää, että asia on yhteinen ja yhdessä ratkaistavissa, mikä yleensä saa potilaassa aikaan myönteisemmän vastaanoton. (THL 2014a.)

Suomalaisen aikuisväestön terveystietoisyydestä ja terveydestä tehdyn tutkimuksen mukaan valtaosa (n. 80%) tupakoivista on huolissaan tupakoinnin vaikutuksista omaan terveyteen, ja yli puolet tupakoivista haluaisi lopettaa tupakoinnin. (Helldán – Helakorpi – Virtanen – Uutela 2013, 14.) Suuri osa tupakoijista yrittääkin lopettaa vuosittain, mutta tulokset ovat osoittautuneet vaatimattomiksi ilman ammattilaisten tukea (Mäntymaa 2010, 297). Koska vain pieni osa tupakoivista kuitenkin hakee aktiivisesti apua lopettamiseen, voi terveydenhuollon ammattilaisen antamalla tuella olla suuri, jopa ratkaiseva merkitys matkalla kohti savuttomuutta (Winell – Lehto 2012, 1059).

Potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen kohtaamisissa tupakoinnin puheeksiotto ja lopettamisen tukeminen on osoittautunut tehokkaaksi (Duodecim 2012). Jo tupakoinnista kysyminen osoittaa kysyjän kiinnostuneisuutta potilaan terveyttä kohtaan, ja sen, kuinka tärkeänä hän tupakoimattomuutta pitää (Winell 2010, 13). Vastoin yleistä oletusta moni tupakoiva ottaa myönteisesti vastaan tupakoinnin lopettamiseen tarjotun avun, kun se tehdään asiallisesti ilman painostusta (Heikkinen ym. 2010, 46). Moni tupakoiva voi olla myös helpottunut, kun ammattilainen ottaa tupakoinnin puheeksi ja tarjoaa apuaan, varsinkin jos taustalla on omaehtoisia, epäonnistuneita lopettamisyrittäjiä ja niihin liittyviä huonommuuden tai voimattomuuden tunteita (Winell – Lehto 2012, 1059). Vaikka useimmat tupakoivat ovat halukkaita lopettamaan tupakoinnin, on myös niitä, jotka eivät ole valmiita luopumaan tavastaan. Tästä huolimatta on tärkeää, että jokaisen lopettamishalukkuutta tunnustellaan ja herätellään ottamalla tupakointiin liittyvä huoli puheeksi kaikkialla terveydenhuollossa. (Patja ym. 2010, 77.)

Puheeksiottamisen tavoitteena on herätellä tupakoivassa uusia ajatuksia ja näkökulmia, jotka mahdollistavat toiminnan muutoksen edullisempaan suun-

taan. Huolen puheeksiottaminen toteutetaan kunnioittavana keskusteluna, joka mahdollistaa herkän aiheen käsittelyn lisäksi monipuolisen tuen tarjoamisen. (Eriksson – Arnkil 2009, 12, 30.) Tupakoiva tarvitsee paljon tietoa erilaisista tukimuodoista ja –menetelmistä, sillä epätietoisuus heikentää ja jopa estää näiden tukien hyödyntämisen tupakoinnin lopettamisessa. Myös tietoisuus tupakoinnin vaaroista on olennaista, sillä vastoin yleistä uskomusta kaikki tupakoivat eivät ymmärrä tupakoinnin haitallisia seurauksia kuin abstraktilla tasolla. Vaikka haittojen ja riskien korostaminen on tarpeetonta, niiden tiedostaminen omalla kohdalla auttaa kokonaistilanteen realistista hahmotamista, mikä voi lisätä motivaatiota ja muutokseen sitoutumista. (Heikkinen ym. 2010, 46–47.) Jotta tupakointiin liittyvä ohjauskeskustelu etenisi tarkoituksenmukaisesti, tulee ns. luentojen pitämisen sijaan keskittyä kuuntelemaan, mitä tupakoivalla on sanottavaa, sekä auttaa löytämään ja vahvistamaan hänen jo olemassa olevia voimavaroja, jotka auttavat selviämään tupakkariippuvuudesta. (Patja ym. 2010, 69, 77).

2.3 Tupakasta vieroitus terveydenhuollossa

Suomea voidaan kuvata tupakkapolitiikan edelläkävijämaaksi. Tupakointia on pyritty vähentämään useilla yhteiskuntapoliittisilla lailla ja toimenpiteillä 1970-luvulta lähtien. Esimerkiksi tupakoinnin mainontaan ja myyntiin liittyvät rajoitukset, työpaikka- ja ravintolatupakoinnin kieltäminen sekä tupakkaveron korottaminen ovat osa suomalaista tupakkapolitiikkaa. (Tupakkatilasto 2012, 12.) Myös tupakan korkea hinta, tupakka-askien teksti- ja varoituskuvat sekä erilaiset mediakampanjat tukevat käyttäytymisen muutosta sekä yksilö- että yhteisötasolla (Winell – Lehto 2012, 1060). Tällä hetkellä tupakkalain yhtenä suurena tavoitteena ja päämääränä on tupakkatuotteiden käytön loppuminen Suomessa vuoteen 2040 mennessä. Vaikka suomalaisten tupakointi on vähentynyt, tarvitaan yhä tehokkaita toimenpiteitä Savuton Suomi 2040 –tavoitteen saavuttamiseksi (Tupakkatilasto 2012, 12). Tarvitaan kuntien, terveydenhuollon eri ammattiryhmien ja toimipisteiden sekä kolmannen sektorin välistä yhteistyötä hyvien tuloksien aikaansaamiseksi (Winell – Lehto 2012, 1060; Winell 2010, 17–19).

Lääkärit, hammaslääkärit, terveyden- ja sairaanhoitajat, fysioterapeutit, farmaseutit ja muut terveydenhuollon ammattilaiset ovat keskeisessä roolissa väestön tupakasta vieroituksessa, koska suuri osa tupakoivasta väestöstä kohtaa terveydenhuollon ammattihenkilön säännöllisesti jossakin terveyteensä liittyvässä asiayhteydessä. Terveydenhuollon ammattilaisen antamalla tuella on tutkimusten mukaan myönteinen ja tehokas vaikutus asiakkaan lopettamisyrytykseen ja siinä onnistumiseen. (Risikko 2010, 11.) Siitä huolimatta tupakointiin puuttumisen on osoitettu olevan melko vähäistä terveydenhuollon vastaanotoilla: tupakoivista vain kolmasosa sai lopettamiskehotuksen vuonna 2007 (Ollila ym. 2012, 3575). Tutkimusten mukaan keskeisinä esteinä tupakointiin puuttumiselle koetaan mm. ajanpuute, hoitoketjun toimimattomuus, henkilöstön resurssipula, potilaan yksityisyyden loukkaamisen pelko ja tehokkaiden työvälineiden puuttuminen (Kurko – Kentala – Mesiäislehto-Soukka - Sandström 2010, 26–27).

Tupakkariippuvuuden ja tupakasta vieroituksen Käypä hoito-suositus korostaa kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten velvollisuutta tunnistaa potilaan nikotiiniriippuvuus ja auttaa häntä savuttomuuteen niin perusterveydenhuollossa kuin kaikilla erikoissairaanhoidon aloillakin, vaikka käynnin syy ei varsinaisesti liittyisikään tupakointiin (Duodecim 2012a; Winell – Aira – Wilkman 2012, 3565). Suosituksen mukaan vähimmäistavoite olisi, että lääkärit, hammaslääkärit ja hoitajat arvioisivat ja kirjaisivat potilaan tupakointitilanteen säännöllisesti, vähintään kerran vuodessa. Kaikkialla terveydenhuollossa on tärkeää tuntea tupakan haitat ja potilaiden tupakointitottumukset. Intensiivistä ja yksilöllistä vieroitushoitoa tulisi tarjota yhä useammin ja aktiivisemmin potilaille, jotka kärsivät nikotiini- ja tupakkariippuvuudesta. (Winell 2010, 13–15.) Erityisesti tulisi myös panostaa potilaisiin, joiden sairauteen, hoitoon tai paranemiseen tupakoinnilla on merkittävä vaikutus. Tarvittaessa potilas tulee ohjata jatkohoitoon vieroitukseen erikoistuneiden hoidettaviksi. Päävastuu yksilöllisen vieroitushoidon ja vieroitusryhmien järjestämisestä on terveystieteiden keskuksilla ja työterveyshuollolla. (Duodecim 2012a.)

3 TUPAKOINNIN LOPETTAMISEN TUKEMINEN

3.1 Tupakkariippuvuuden hoito- ja ohjausprosessi

Tupakoinnin lopettamiseen liittyvää potilasohjausta tulee toteuttaa tavoitteellisesti, hoitotyön prosessin mukaisesti. Tämä prosessi sisältää tupakoivan tilanteen ja lähtökohtien kartoittamisen, ohjauksen suunnittelun, ohjausmenetelmän valinnan, ohjauksen toteuttamisen ja arvioinnin sekä kirjaamisen ja tilanteen seuraamisen. Asiakaslähtöisyys on ensisijaisessa asemassa yksilöllisen ja tehokkaan ohjauksen takaamiseksi. (THL 2014b.) Asiakaslähtöisyyden lisäksi ohjauksessa keskeistä on ns. jaettu asiantuntijuus, jossa tupakoivan ajatellaan olevan oman elämänsä asiantuntija, ja vastaavasti ohjaajan oman ammattinsa asiantuntija. Myös molemminpuolinen vastuullisuus on yksi ohjauksen lähtökohdista. Ohjaajalla on vastuu ohjauksen prosessista, kun taas tupakoivalla on vastuu tekemistään valinnoista. (Kyngäs – Hentinen 2009, 77–78.)

Tupakoinnin lopettamista voidaan kuvata oppimisprosessiksi, jossa vanhoista käyttäytymis- ja ratkaisumalleista pyritään poisoppimaan (Patja ym. 2010, 65). Tällainen oman toiminnan muuttaminen voi olla pitkä ja raskaskin prosessi, jossa lopettaja tarvitsee pitkäjänteistä tukea ja kannustusta (Broms ym. 2012, 117). Tupakoinnin lopettamiseen tarvitaan paljon tietoa, ja sekä suullisella että kirjallisella tiedon antamisella potilasta voidaan tukea mm. erilaisissa päätöksenteko- ja ongelmanratkaisutilanteissa. Myös laki potilaan asemasta (1992/785, 5 §) velvoittaa antamaan potilaalle tiedot hänen terveydentilastaan, hoidon laajuudesta ja vaihtoehtoista sekä riskitekijöistä niin, että hän ymmärtää riittävässä määrin niiden sisällön (Kääriäinen 2007, 25). On tutkittu, että yksilöllisiä tarpeita vastaava tiedon antaminen edistää potilaan omaa päätöksentekoa ja hoitoon sitoutumista. Riittävän tiedon lisäksi lopettaja tarvitsee sekä emotionaalista että konkreettista tukea pyrkiessään kohti savuttomuutta. Emotionaalinen eli henkinen tuki kattaa potilaan hyväksyvän, välittävän ja myönteisyyttä korostavan kohtaamisen, josta potilas saa apua mm. ahdistavien tunteiden käsittelyyn. Konkreettisella eli tuella puolestaan tarkoitetaan hoidon jatkuvuuden varmistamista sekä monissa käytännön asioissa auttamista. (Lipponen ym. 2006, 10, 34–37.)

Tupakasta vieroituksen ohjausmuodoksi voidaan valita yksilöllisen tilanteen ja riippuvuuden voimakkuuden mukaan joko yksilö-, ryhmä-, puhelin- tai internetohjaus. On näyttöä siitä, että mitä intensiivisempää ja moniammatillisempaa vieroitusohjaus on, sitä parempia tuloksia saadaan. Erityisesti kontaktien lukumäärällä sekä ohjaustilanteen kestolla on merkitystä. (Patja ym. 2010, 66–73.) Lisäksi erilaiset potilaalle annettavat oppaat ja ohjeet toimivat tiedon antajina muun ohjauksen tukena (THL 2014b). Usein parhaat tulokset saadaan, kun nikotiini- ja tupakkariippuvuuden hoidossa yhdistetään lääkehoito sekä käyttäytymistieteelliset ohjausmenetelmät (Broms ym. 2012, 116). Kaikissa ohjausmuodoissa on omat sekä hyvät että huonot puolensa, eikä niiden tehokkuutta voi suoraan verrata toisiinsa (Patja ym. 2010, 72–73). Kohdennettuna oikealle asiakkaalle mikä tahansa ohjausmuoto voi auttaa irti tupakasta. Ohjausmuodon lisäksi lopettamisen tukemiseen käytetään erilaisia menetelmiä, joita ovat puheeksiotto ns. kuuden k:n menetelmällä, motivoiva sekä voimavarakeskeinen keskustelu. Tieteellinen näyttö näiden menetelmien tehosta on vahva (THL 2014b).

Tupakkariippuvuus on moniulotteinen oireyhtymä, jonka selättämiseen tupakoiva tarvitsee monipuolista apua ja tukea. Kokonaisvaltainen ja asiakaslähäinen tupakkariippuvuuden hoito vaatii moniammatillista yhteistyötä, jonka hyödyntämisen on osoitettu tuovan onnistuneita tuloksia tupakasta vieroituksessa. Tärkeää moniammatillisessa yhteistyössä on, että jokainen oman alansa asiantuntija tietää sekä omat että muiden ammattiryhmien tehtävät ja mahdollisuudet hoitoketjussa. Yhteinen päämäärä, asiakaskeskeisyys, asiantuntijoiden riittävä tieto ja osaaminen sekä vuorovaikutuksellisuus takaavat saumattoman yhteistyön. Tärkeintä on, että tupakoinnin lopettamista suunnittelevalle tai toteuttavalle saa monipuolisen tuen sekä palvelujärjestelmältä että lähiyhteisöltään. Ammattilaisten tuen lisäksi myös läheisten tuki on suuri voimavara, joka helpottaa tupakoivan muutokseen sopeutumista ja sitoutumista (Lipponen ym. 2006, 47,53).

Tupakasta vieroituksen ohjausprosessiin kuuluu tärkeänä osana hoidon ja ohjauksen jatkuva kirjaaminen ja arviointi. Asiakkaan tupakointitilanne, vieroitussuunnitelma, toteutus sekä seuranta tulisi olla näkyvissä yksilöllisissä asiakaspapereissa, sillä tietojen kirjaaminen edistää hoidon jatkuvuutta ja

vaikuttavuuden seuranta. Myös annetun ohjauksen ja vuorovaikutuksen arviointi on tärkeää oman ammattitaidon kehittymisen kannalta. Arviointia tehdessä terveydenhuollon ammattilaisen olisi itsearviointiin lisäksi hyvä hyödyntää myös potilaan mielipiteitä ja ajatuksia. (THL 2014b; Duodecim 2013a; Kyngäs – Hentinen 2009, 109.)

3.2 Puheeksiotto 6K:n menetelmällä

Tupakoinnin lopettamisen tukemisessa voidaan käyttää erilaisia ohjausmenetelmiä. Näistä kansainvälisen tutkimustiedon mukaan tehokkaimpiin lukeutuu puheeksiotto ns. kuuden K:n menetelmällä (kysy, keskustele, kirjaa, kehoita, kannusta, kontrolloi), joka auttaa rakentamaan lyhyestäkin keskustelutilanteesta johdonmukaisen, informatiivisen ja vaikuttavan. (Duodecim 2012a; Fiore ym. 2008, 37, 40.) Jo kolmen minuutin lyhyellä keskustelulla on merkitystä, sillä se kaksinkertaistaa lopettamisen todennäköisyyden pelkkään kehotukseen verrattuna (THL 2014b; Duodecim 2013a). Hienotunteisesti ja empaattisesti toteutettu puheeksiotto voi parhaimmillaan lisätä ja vahvistaa tupakoivan motivaatiota tupakoinnin lopettamiseen. Tupakasta irrottautumiseen tähtäävässä toiminnassa terveydenhuollon ammattihenkilöltä vaaditaan aktiivisuutta, ammatillista osaamista sekä ennen kaikkea hyviä vuorovaikutustaitoja, joiden merkitystä tupakointiin liittyvissä keskusteluissa ei voi yliarostaa. (THL 2014b.)

Tupakoinnista kysyminen tulisi liittää luontevaksi osaksi jokaisen potilaan hoitoa tai tutkimista. Kysymisestä muodostuva rutiini tarjoaa edellytykset syvemmällekin tupakkakeskustelulle, jonka mahdollisuutta kannattaa tarjota kaikille tupakoiville. Tupakoinnista ja tupakoinnin lopettamisesta keskustelu antaa kuvan potilaan lopettamishalukkuudesta ja –valmiudesta. Keskusteluvaiheessa olisi hyvä kartoittaa tupakointitapa (savuke/sikari/nuuska/piippu), päivittäistupakoinnin määrä ja kesto askivuosina (esim. 10 vuoden tupakointi ½ askia päivässä = 5 askivuotta). Näiden tietojen perusteella voidaan määrittää potilaan nikotiiniriippuvuuden voimakkuus, joka ohjaa yksilölle tehokkaimman vieroitusmuodon ja –menetelmän valinnassa. Yksilölle tehokkaimmassa vieroitushoidon suunnittelussa auttaa myös tieto edellisistä lopettamisyrityksistä ja syistä, jotka aiemmin johtivat repsahtamiseen. Tupakoivaa

tulisi kehottaa lopettamaan esimerkiksi tuomalla esiin niitä konkreettisia hyötyjä tai haittoja, joita tupakoinnin lopettaminen tai jatkaminen hänen kohdallaan toisi mukanaan. (Duodecim 2013a ; Duodecim 2012b.)

Samalla ajankohtaiseksi nousee erilaisista tukivaihtoehdoista keskusteleminen ja mahdollinen lääkehoidon aloittaminen. Potilaan kannustaminen (tiedollisesti, emotionaalisesti sekä konkreettisesti) ja myönteisen palautteen antaminen lopettamisprosessin jokaisessa vaiheessa on tärkeää, sillä jokainen savuton päivä on hyvä ja iloitsemisen arvoinen saavutus. Kirjaaminen on keskeinen osa hoitotyön jatkuvuutta, ja sairaskertomuksessa tulisikin näkyä potilaan tupakkastatus (tupakointitapa, määrä, kesto, riippuvuuden voimakkuus), -historia (aiemmat lopettamisyritykset ja niihin liittyvät huomiot), tämän hetkinen lopettamisvalmius sekä käydyn keskustelun muut ydinasiat. Kirjaamisen lisäksi hoidon jatkuvuuden varmistaminen vaatii jatkuvaa potilaan tupakointitilanteen kontrollointia. Tarvittaessa potilas voidaan myös ohjata jatkohoitoon tupakasta vieroitukseen erikoistuneiden yksikköön. (Duodecim 2013a; Duodecim 2012b.)

3.3 Motivoiva keskustelu tupakoivan potilaan ohjausmenetelmänä

Motivaatio on moniulotteinen, muuttuva ilmiö, joka ohjaa ihmisen kaikkea toimintaa. Erityisen tärkeää motivaatio on oman toiminnan muuttamisessa ja muutokseen sitoutumisessa. (Koski-Jännes – Riittinen – Saarnio (toim). 2008, 17, 22.) Usein motivaatio muutokseen heräilee tilanteissa, joissa ihminen alkaa kyseenalaistaa omaa toimintaansa ja käyttäytymistään (Havio ym. 2009, 47). Tällaista oman käyttäytymisen kyseenalaistamista ja tarkastelua tavoittelee nk. motivoiva keskustelu, joka on asiakkaan sisäistä motivaatiota vahvistava vuorovaikutuksellinen ohjausmenetelmä. Ohjausmenetelmän tarkoituksena on saada asiakas huomaamaan tilanteensa ongelmat niin, että hän alkaa itse puhua muutoksen puolesta. Kun ratkaisut ja oivallukset löytyvät asiakkaalta itseltään, myös muutoksessa onnistumisen todennäköisyys kasvaa. (THL 2014b.) Motivoiva keskustelu on toimiva menetelmä useiden elämäntapaongelmien, esimerkiksi tupakoinnin käsittelyssä, koska menetelmässä työstetään mielihyvää tuottavan käyttäytymisen ja sen haitallisten seurausten välistä ristiriitaa (Havio ym. 2009, 47).

Motivoivan keskustelun periaatteisiin kuuluu empatian osoittaminen, ongelmakäyttäytymisen ja asiakkaan arvojen välisen ristiriidan korostaminen, asiakkaan pystyvyyden tunteen vahvistaminen sekä vastarinnan hyväksyminen. Empatian osoittaminen on vuorovaikutuksen merkittävä osa-alue, joka on yhteydessä onnistuneeseen yhteistyösuhteeseen ja myönteisiin tuloksiin. Empatia on toisen kuuntelemista sekä pyrkimystä ymmärtää ja eläytyä toisen tunteisiin ja tilanteeseen. Empatiaan ei kuulu kritisoiminen, arvostelu tai syytely, vaan aito kannustaminen ja tukeminen. Myönteisessä ilmapiirissä asiakas voi kokea tulevansa ymmärretyksi ja hyväksytyksi, jolloin hän voi turvallisesti jakaa myös syvimpiä ajatuksiaan ja tunteitaan. (Koski-Jännes ym. 2008, 46.)

Ongelmakäyttäytymiseen liittyvää ristiriitaa kuvaa se, että toisaalta ihminen haluaa lopettaa haitallisen toiminnan, vaikka toisaalta haluaakin jatkaa sitä. Ristiriita on kuluttavaa, sillä se aiheuttaa tilanteen, jossa omaa käyttäytymistä joutuu puolustelemaan ja perustelemaan sekä itselle että muille. Kun asiakasta autetaan irti riippuvuudestaan, tämä ristiriita on tuotava esille, jotta voidaan pohtia sekä toiminnan jatkamisen että lopettamisen etuja ja haittoja. Tämän jälkeen asiakkaan nimeämiä etuja ja haittoja voidaan tarkastella hänelle tärkeiden elämänarvojen ja tulevaisuuden suunnitelmien valossa. Ohjaamalla asiakkaan huomio kyseiseen ristiriitaan pyritään motivaation vahvistamiseen sekä päätöksenteon tukemiseen. (Koski-Jännes ym. 2008, 46–47.)

Asiakkaan pystyvyyden tunteen vahvistamista tarvitaan, kun kyse on vaikeasta riippuvuudesta. Vaikea riippuvuus ja siihen mahdollisesti liittyvät toistuvat retkahdukset horjuttavat itsetuntoa sekä uskoa omiin kykyihin voittaa riippuvuus. Tällaisissa tilanteissa asiakas tarvitsee ammattilaisen kannustusta ja rohkaisua esimerkiksi asiakkaan aiempia onnistumisia korostamalla. Kannustuksen ansiosta asiakas voi vähitellen alkaa ajatella muutosta myös itselleen mahdollisena. (Koski-Jännes ym. 2008, 49.)

Motivoivan keskustelun avainperiaatteisiin kuuluu myös vastarinnan hyväksyminen. Jos asiakas asettuu puheeksiottotilanteessa vastahankaan tavalla tai toisella, ammattilaisen on huolehdittava, että hänen oma reagointinsa pysyy rakentavana. Provosoitumisen, tosiasioiden luettelemisen tai moralisoi-

van suhtautumisen sijaan myötäilevä ja uusien näkökulmien etsiminen lieventää negatiivista vastarintaa. (Koski-Jännes ym. 2008, 47–49.)

Lopettamiseen motivoitumattoman potilaan kanssa keskusteluapuna voidaan käyttää ns. 5R:n mallia, jossa selvitetään tupakoinnin yksilölliset merkitykset (relevance), koetut riskit (risks), koetut hyödyt (rewards) sekä lopettamisen esteet (roadblocks). Lisäksi keskusteluun olisi hyvä palata myöhemmin uudestaan (repetition). Tupakoinnin merkityksiä kartoittaessa potilaalta kannattaa kysyä mihin hän tarvitsee tupakkaa, mihin se auttaa, miksi lopettaminen on vaikeaa ja onko hänellä aiempia kokemuksia lopettamisesta. Myös se, mitä riskejä ja hyötyä potilas kokee sekä tupakoinnistaan että lopettamisesta seuraavan, olisi hyvä kuulla potilaalta itseltään. Mahdollisia haittoja ja hyötyjä voi tarkastella mm. oman terveyden, työn, harrastusten ja läheisten kautta. Lisäksi potilaalta voi kysyä, mitkä tekijät estävät häntä lopettamasta. Kun esteet on nimetty, potilasta voidaan ohjata pohtimaan, miten esteet voisi ylittää, ja mitkä tekijät auttaisivat häntä lopettamisessa. Keskustelun päätteeksi potilas on hyvä jättää hautomaan heränneitä ajatuksiaan. Myöhemmin aiheeseen palatessa voidaan arvioida tupakointiin suhtautumisessa ja lopettamisvalmiudessa tapahtuneita muutoksia. (Duodecim 2012c; Winell ym. 2012, 3566.)

3.4 Muutosvaihemalli tupakoinnin lopettamisessa

Elintapamuutoksen edellyttämää motivaatiota voidaan arvioida ns. muutosvaihemallin (Prochanska ja DiClemente 1984) avulla. Muutosvaihemalli sisältää erilaisia osavaiheita, joita elintapojaan muuttava käy yksilöllisesti läpi. Eteneminen muutosvaiheesta toiseen ei välttämättä ole lineaarista, vaan yksilö voi sukkuloida edestakaisin vaiheiden välillä ennen vakaan vaiheen saavuttamista. Riippuen muutoksen vaiheesta ja motivaatistasosta ohjauksen ja hoidon sisältö voidaan valita ja muokata yksilön tarpeita parhaiten vastaavaksi. (Kyngäs – Hentinen 2009, 62–64).

Esiharkintavaiheessa asiakas ei tiedosta tupakoinnin ongelmallisuutta, eikä hän näin ollen koe muutosta itselleen tarpeelliseksi. Vaiheelle tyypillistä on piittaamaton ja haluton asenne käsitellä aihetta lähiympäristön palautteista

huolimatta. Harkintavaiheessa asiakas on jo myönteisempi lopettamisen suhteen: hän alkaa tiedostaa tupakoinnin haittoja ja pohtia lopettamista. Päätöksentekovaiheessa tupakoiva on päättänyt muuttua, ja hän alkaa suunnitella muutosta ja tavoitteita yhdessä tukiverkostonsa kanssa. Toimintavaiheessa toimitaan jo aktiivisesti tavoitteiden puolesta itselle sopivia toimintatapoja hyödyntäen. Ylläpitovaiheen tavoitteena on jatkaa tupakoimattomuutta ja vahvistaa vaihtoehtoisia toimintatapoja. Myös repsahtaminen eli vanhaan käyttäytymismalliin palaaminen kuuluu osana muutosprosessiin. (Havio ym. 2009, 48–49; Kyngäs – Hentinen 2009, 210–211; Koski-Jännes ym. 2008, 31–33.) Pysyvä tupakoimattomuus vaatii keskimäärin 3-4 vakavaa lopettamisyritystä (Heikkinen ym. 2010, 47). Usein repsahtaminen ja epäonnistumisen kokemukset vaikuttavat motivaatioon negatiivisesti, jolloin yksilö ajautuu jälleen muutosprosessin alkuun, esiharkintavaiheeseen (Kyngäs – Hentinen 2009, 211). Tästä huolimatta noin kaksi kolmesta haluaa yrittää lopettamista uudelleen kuukauden sisällä (Heikkinen ym. 2010, 47).

Esiharkintavaiheessa lopettamiskehotukset eivät yleensä tehoa, sillä tupakoiva ei koe tarvetta muutokselle (Hildén 2005, 33). Tämä vaihe vaatii tietoisuuden lisäämistä, oivallusten herättelyä sekä oman huolen ilmaisemista. Harkintavaiheessa asiakas punnitsee eri vaihtoehtoja ristiriitaisin tuntein. Tupakoinnin etujen ja haittojen vertailu sekä peilaaminen omaan elämään auttaa tupakoivaa kohti seuraavaa vaihetta. Päätöksentekovaiheessa asiakas tarvitsee tietoa erilaisista lopettamisen tukimahdollisuuksista, ja apua yksilöllisen vieroitussuunnitelman laatimisessa. Toimintavaiheessa lopettajaa vie eteenpäin ympäristön positiivinen ja rohkaiseva palaute sekä käytännön ohjeet vaikeisiin tilanteisiin. Ylläpitovaihe on haasteellinen ja pitkä vaihe, jolloin asiakasta tulee auttaa tunnistamaan riskitilanteet ja löytämään keinot niiden välttämiseen. Vaikka repсахdus voi aiheuttaa asiakkaassa häpeää ja pettymystä, tulisi sitä käsitellä oppimistilanteena, mahdollisuutena oppia repsahtamiseen johtaneista syistä. Vain syiden tunnistamisen avulla on mahdollista välttää tulevat retkahdukset ja onnistua pysyvästi. (Havio ym. 2009, 48–49; Koski-Jännes ym. 2008, 61–62; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 202.)

3.5 Nikotiiniriippuvuuden mittaaminen ja lääkkeellinen tuki

Nikotiiniriippuvuutta voidaan mitata erilaisilla riippuvuusmittareilla. Mittaaminen auttaa sekä potilasta että terveydenhuollon ammattihenkilöä ymmärtämään riippuvuuden voimakkuutta, jolloin hoidon suunnittelu ja seuraaminen helpottuu. Lisäksi konkreettinen mittaustulos voi toimia potilaalle motivoivana ja kannustavana tekijänä, kun tavoitteena on vähentää tai lopettaa tupakointi. Yksi yleisin riippuvuusmittari on Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti (FTND), jossa kuuden kysymyksen avulla saadaan tietoa nikotiiniriippuvuuden voimakkuudesta. Toinen laajasti käytössä oleva mittari on Heaviness of Smoking Index (HSI), joka on kahden kysymyksen tiivistetty versio Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestistä. Testien lisäksi tupakoijan haastattelulla tulee karottaava riippuvuuden luonnetta. (Broms ym. 2012, 108–109).

Lääkehoitona tupakasta vieroituksessa voidaan käyttää nikotiinikorvauskorvaushoitoa (purukumi, laastari, inhalaattori, kielenalus- tai imeskelytabletti), bupropionia, varenikliiniä tai nortriptyliiniä (Broms ym. 2012, 116). Nikotiinikorvaustuotteita saa myös ilman reseptiä, mutta muut edellämainut lääkkeaineet ovat reseptivalmisteita. Nikotiinikorvaustuotteiden ja reseptivalmisteiden hyöty perustuu erilaisten vieroitusoireiden sekä tupakanhimon hillitsemiseen, ja niiden avulla onnistumisen mahdollisuus kasvaa 1,5–2 –kertaiseksi. Vieroituksessa käytettävät valmisteet valitaan yksilöllisesti nikotiiniriippuvuuden voimakkuuden mukaan. (Duodecim 2012a.) Tähän asti parhaimmat onnistumistulokset on raportoitu kahden nikotiinikorvaushoidon yhdistelmällä ja varenikliini-lääkityksellä (Fiore ym. 2008, 121). Lääkehoidossa riittäväällä hoitoajan pituudella ja annostuksella on merkitystä onnistumisen kannalta (Huovinen 2004, 95). Kaikkiin lääkkeellisiin hoitomuotoihin tulee liittää myös aktiivinen tuki ja seuranta (Duodecim 2013a).

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata potilaan tupakoinnin puheeksi ottamista ja lopettamisessa tukemista hoitajien kokemana. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa kyseisiin kokemuksiin perustuvaa tietoa, jota terveydenhuollon ammattilaiset voivat hyödyntää tupakoivan potilaan hoidossa sekä tupakointiin liittyvän ohjauksen suunnittelussa ja kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisena hoitajat kokevat tupakoinnin puheeksi ottamisen potilaan kanssa?
2. Millaisia kehittämistarpeita hoitajat kokevat tupakoinnin puheeksi ottamisessa?
3. Millaisia ehdotuksia hoitajilla on lopettamisen tukemisen kehittämiseksi?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Laadullinen lähestymistapa

Tutkimusta tehdessä tarkoituksenmukaista on valita sellainen aineistonkeruu- ja analyysimenetelmä, joka parhaiten soveltuu valittuun tutkimusilmiöön ja asetettuihin tutkimusongelmiin tai -tehtäviin. Kvalitatiivinen lähestymistapa sopii sellaisiin tutkimusalueisiin, joista halutaan saada lisätietoa tai nostaa esiin uusi näkökulma. Kvalitatiivinen tutkimus antaa mahdollisuuden lisätä syvällisempää ymmärrystä tutkimusilmiöstä, joka täydentää muilla lähestymistavoilla tuotettua tietoa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 54–55, 66, 74.) Toteutan opinnäytetyöni laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimusotteella, sillä tarkoitukseni on tarkastella yksilöitä ja heidän kokemuksiaan. Opinnäytetyössä pyritään kuvaamaan ja ymmärtämään tutkittavien ainutlaatuisia kokemuksia ja antamaan niille merkityksiä.

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen johtoajatuksena on todellisuuden moniulotteinen ja kokonaisvaltainen tarkastelu (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2007, 157). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan ja kuvaamaan ihmisten kokemuksia, tulkintoja, käsityksiä ja näkemyksiä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastolliseen yleistettävyyteen, vaan keskiö on yksilöllisissä ja ainutlaatuisissa kokemuksissa tai tapahtumissa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–67.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkijalla on merkittävä rooli, sillä hänen yksilölliset arvonsa ja tietonsa vaikuttavat siihen, miten hän tutkimuksensa ilmiöt ymmärtää ja tulkitsee (Hirsjärvi ym. 2007, 157.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa osallistujien määrä on pienempi verrattuna määrälliseen eli kvantitatiiviseen tutkimukseen. Tällöin otokseen pyritään valitsemaan henkilöt, jotka edustavat kyseistä ilmiötä mahdollisimman kattavasti. Toinen osallistujien valinnan kriteeri on aineiston saturaatio, joka tarkoittaa tiedon keräämistä niin kauan, kunnes uutta tutkimuksen kannalta merkittävää tietoa ei enää saada, vaikka osallistujia olisikin enemmän. Keskeistä on myös se, onko tavoitteena tutkimuksen homo- vai heterogeenisyys eli haetaanko

hyvin samankaltaisia vai erilaisia tiedonantajatyyppejä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–67, 110.)

5.2 Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä

5.2.1 Haastattelumenetelmät

Haastattelu on suora ja kokonaisvaltainen vuorovaikutustilanne, jolla on jokin ennalta määritelty, tutkijan ohjaama suunta ja päämäärä. Haastattelun tarkoitus on tuoda esiin tutkittavan ajatuksia, käsityksiä, kokemuksia ja tunteita tutkimusaiheeseen liittyvistä teemoista. (Hirsjärvi – Hurme 2009, 34, 41–43.) Haastattelu voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmähaastatteluna. Yksilöhaastattelu on yleisin haastattelumuoto, joka sopii erityisesti sensitiivisiin tutkimusaiheisiin. Ryhmähaastattelu sopii hyvin tilanteisiin, joissa osallistujat edustavat samaa ryhmää esimerkiksi elämäntilanteensa tai ammattinsa perusteella. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 123–124.) Jokaisen tutkijan tulee itse pohtia, mikä haastattelumuoto hänen tutkimuksessaan tarjoaisi parhaimmat mahdolliset tulokset (Hirsjärvi ym. 2007, 205).

Haastattelumenetelmät voidaan luokitella strukturoinnin asteen mukaan. Täysin strukturoidussa haastattelussa eli lomakehaastattelussa kysymykset ja niiden esittämisjärjestys on ennalta täysin määrätty, kun taas strukturoimattomassa, avoimessa haastattelussa keskustelu on vapaata ja vähemmän kontrolloitua. Näiden kahden haastattelutyyppin väliin sijoittuu puolistrukturoitu haastattelu eli teemahaastattelu. (Hirsjärvi ym. 2007, 202–204.)

5.2.2 Teemahaastattelu

Teemahaastattelua voidaan kutsua myös puolistrukturoiduksi haastatteluksi sen osittaisen säännönmukaisuuden vuoksi. Teemahaastattelussa kysymysten muoto ja esittämisjärjestys voi vaihdella, mutta käsiteltävät aihepiirit eli teema-alueet ovat kaikille samat. Koska teemahaastattelussa haastateltava saa vastata omin sanoin, korostuu haastattelussa haastateltavan elämysmaailma ja hänen luomat tulkinnat ja merkitykset ilmiöille. Teemahaastattelun etuna on se, että vastausvaihtoehtojen puuttuessa haastateltavan oma ääni pääsee paremmin kuuluviin. (Hirsjärvi – Hurme 2009, 48.) Toisaalta ennalta

määrätyt teemat takaavat, että jokaisen haastateltavan kanssa on käyty läpi samoja aihepiirejä, mikä voi auttaa tutkijaa jäsentämään aineistoa sen käsittelyvaiheessa (Eskola – Suoranta 1998, 88).

Valitsin työni aineistonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun, joka osoittautui tarkoituksenmukaiseksi ja toimivaksi tiedonkeruumenetelmäksi tutkimusilmiön kannalta. Opinnäytetyöni aiheesta ja näkökulmasta on tehty aiempia tieteellisiä tutkimuksia vain vähän, eikä minulla ollut valmiita oletuksia haastateltavien kokemuksista. Tämän vuoksi täysin strukturoidun haastattelun kysymysten muotoilu olisi ollut vaikeaa ja mahdollisesti niiden kautta kerätty aineisto olisi jäänyt rajalliseksi ja pinnalliseksi. Myös strukturoimaton, avoin haastattelu olisi ollut haastava ja epävarma menetelmä kokemattoman haastattelijan toteutettavaksi. Mielestäni työn kannalta parhaat mahdolliset tulokset olivat mahdolliset saavuttaa teemahaastattelumenetelmällä, sillä menetelmä antaa haastateltaville vapauden vastata omista lähtökohdistaan käsin, ilman ulkoapäin asetettuja rajoitteita tai valmiita vastausvaihtoehtoja. Toisaalta koin, että teemahaastatteluun ennalta määrätyt teemat toimisivat hyvänä ohjerunkona haastattelun edetessä, jolloin menetelmä olisi itselleni myös helpoiten hallittava. (Hirsjärvi – Hurme 2009, 45-48, 66-67; Tuomi – Sarajärvi 2011, 74-76.)

Teemahaastattelurunko (liite 1) muodostui teemoista, jotka suunnittelin sekä aiheeseen liittyvän tutkimustiedon että oman mielenkiintoni pohjalta. Teemoja olivat *tupakoinnin puheeksi ottamisen lähtökohdat, kokemukset tupakoinnin puheeksi ottamisesta ja lopettamisen tukemisesta sekä menetelmät savuttomuuden tukemiseen ja potilaan ohjaukseen*. Jokainen haastattelun teema on pyritty suunnittelemaan työn tarkoitusta ja tutkimuskysymyksiä mukailleen. Etenin haastattelussa teemajärjestyksessä, mutta kysymysten paikkaa ja muotoa vaihtelin eri haastateltavien kanssa tarpeen mukaan. Haastattelut toteutettiin kolmena yksilöhaastatteluna, mikä sopi parhaiten sekä itselleni että haastateltaville.

5.3 Tutkimukseen osallistujat

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimiva Lapin keskussairaalan sisätautiosasto 5B auttoi minua haastateltavien hankinnassa osastonhoitajan johdolla. Esitin osastonhoitajalle alustavan toiveen vähintään kolmesta vapaaehtoisesta haastateltavasta, joita osastonhoitaja alkoi aktiivisesti etsiä osaston sairaanhoitajien joukosta vuoden 2014 maalis-huhtikuun aikana. Huhtikuussa 2014 sain toimeksiantajalta kolmen haastatteluun halukkaan nimet ja sähköpostiosoitteet. Otin jokaiseen haastateltavaan erikseen yhteyttä sähköpostiviestillä, jossa esittelin itseni sekä työn aiheen ja näkökulman. Lisäksi korostin viestissä osallistumisen vapaaehtoisuutta, anonymiyyttä sekä oikeutta perääntyä tutkimusprosessista. Kerroin viestissä haastattelupaikan ja hoitajien työvuorojen perusteella valitut ajat, ja kehotin ottamaan minuun yhteyttä tarvittaessa. Valmistauduin haastatteluihin syventymällä tutkimusaiheeseen ja harjoittelemalla nauhurin ja haastattelurungon käyttöä perheenjäsenen sekä terveys- ja liikunta-alalla työskentelevän ystävän avulla. Toteutin haastattelut huhtikuun 2014 aikana.

Haastattelut toteutettiin kolmena yksilöhaastatteluna hoitajien työajalla Lapin keskussairaалalta varatuissa kokoustiloissa. Haastateltaville oli kerääntynyt 4-30 työkokemusvuotta sairaanhoitajana. Haastattelut tallennettiin digitaalinauhurilla. Ennen haastattelun aloitusta kerroin itsestäni ja opinnäytetyöni taustoista, ja kävin läpi samat vapaaehtoisuuteen ja anonymiteettiin liittyvät asiat kuin ennalta lähettämissäni sähköpostiviesteissä. Lisäksi kerroin nauhurista ja sen tauottamiseen ja keskeyttämiseen liittyvistä asioista. Kuvasin haastateltaville myös teemahaastatteluun osallistuvien roolijakoa, jotta haastattelun aikana ei syntyisi hämmennystä tai väärinymmärryksiä. Kaikki haastattelut nauhoitettiin keskeytyksettä, ja haastatteluiden kesto vaihteli 30-50 minuuttiin. Etenin haastatteluissa haastattelurungon mukaisessa teemajärjestyksessä, ainoastaan joidenkin kysymysten muotoa ja paikkaa vaihdoin eri haastateltavien kanssa tarpeen mukaan. Tilanteen mukaan esitin haastateltaville myös tarkentavia ja lisäkysymyksiä. Jokaisen haastattelun jälkeen kirjasin itselleni ylös haastattelutilanteesta nousseita ajatuksia ja huomioita, jotta ne eivät unohtuisi tutkimusprosessin aikana.

5.4 Laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät

Kvalitatiivista tutkimusaineistoa voidaan analysoida monilla eri tekniikoilla ja menetelmillä, eikä yhtä oikeaa tai muita parempaa analyysitapaa voida nimetä (Hirsjärvi – Hurme 2009, 136). Koska laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät ovat joustavia ja säännöttömiä, joutuu jokainen tutkija etsimään juuri omaan tutkimukseensa sopivimman lähestymistavan (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 167). Sisällönanalyysi on kvalitatiivisissa tutkimuksissa paljon käytetty analyysimenetelmä, jonka avulla aineistoa voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysin tavoitteena on kuvata tutkittava ilmiö tiivistetysti, mutta kattavasti. Analyysin tuloksena syntyy erilaisia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä, käsitekarttoja tai malleja, joka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä kokonaisuutena. (Kyngäs – Vanhanen 1999, 3–5.) Sisällön analyysi voidaan toteuttaa joko induktiivisena eli aineistolähtöisenä tai deduktiivisena eli teorialähtöisenä päättelynä (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 167).

Usein aineiston analyysi alkaa jo aineistonkeruuvaiheessa jatkuen aina tulosten tulkintaan ja raportointiin saakka. Ennen varsinaista analyysiprosessia aineisto litteroidaan eli kirjoitetaan tekstiksi joko sanasta sanaan tai osittain tutkimusotteesta riippuen. (Hirsjärvi – Hurme 2009, 136, 138–139.) Aloitin aineiston käsittelyn haastattelunauhojen litteroinnilla. Käänsin tutkimusaineiston tekstiksi sanasta sanaan, jotta aineisto säilyisi alkuperäisessä muodossaan. Litteroin aineistot heti haastattelun jälkeen tai seuraavana päivänä, jolloin haastattelutilanne oli vielä tuoreena mielessä.

Litteroinnin jälkeen analyysi etenee aineiston pelkistämiseen, ryhmittelyyn ja abstrahointiin (Kyngäs – Vanhanen 1999, 5). Aineiston pelkistämällä eli redusoinnilla tarkoitetaan aineiston alkuperäisilmaisujen tiivistämistä ja koaamista niin, että niiden olennainen sisältö säilyy. Alkuperäisilmaisusta pelkistetään vain sellaiset ilmaisut, jotka vastaavat tutkimustehtävään. Ryhmittelyssä sisällöllisesti samankaltaiset alkuperäisilmaisut yhdistetään eri alakategorioihin. Yhdistämisen jälkeen kategorioille annetaan niiden sisältöä kuvaavat nimet. Analyysiä jatketaan yhdistämällä edelleen sisällöltään samankaltaiset alakategoriat, jolloin muodostuu yläkategorioita. Myös yläkategoriat

nimetään niiden sisältöä kuvaavilla nimillä. Sekä tutkimusaineisto että tutkijan tulkinta ohjaa sitä, millä perusteella eri ilmaisut jaetaan samaan tai eriin kategoriaan. Aineiston abstrahoinnilla puolestaan tarkoitetaan aineiston käsitteellistämistä. Abstrahointia esiintyy koko analyysiprosessin ajan, jo aineiston pelkistämävaiheesta alkaen. Abstrahointia voidaan jatkaa vielä yläkategorioiden muodostuksen jälkeenkin yhdistämällä yläkategoriat yhdeksi tai kahdeksi tutkimuksen tarkoitusta ja tutkimustehtävää kuvaavaksi pääkategoriaksi. (Tuomi - Sarajärvi 2011, 101; Kylmä – Juvakka 2007, 116–119; Kyngäs – Vanhanen 1999, 5–7.)

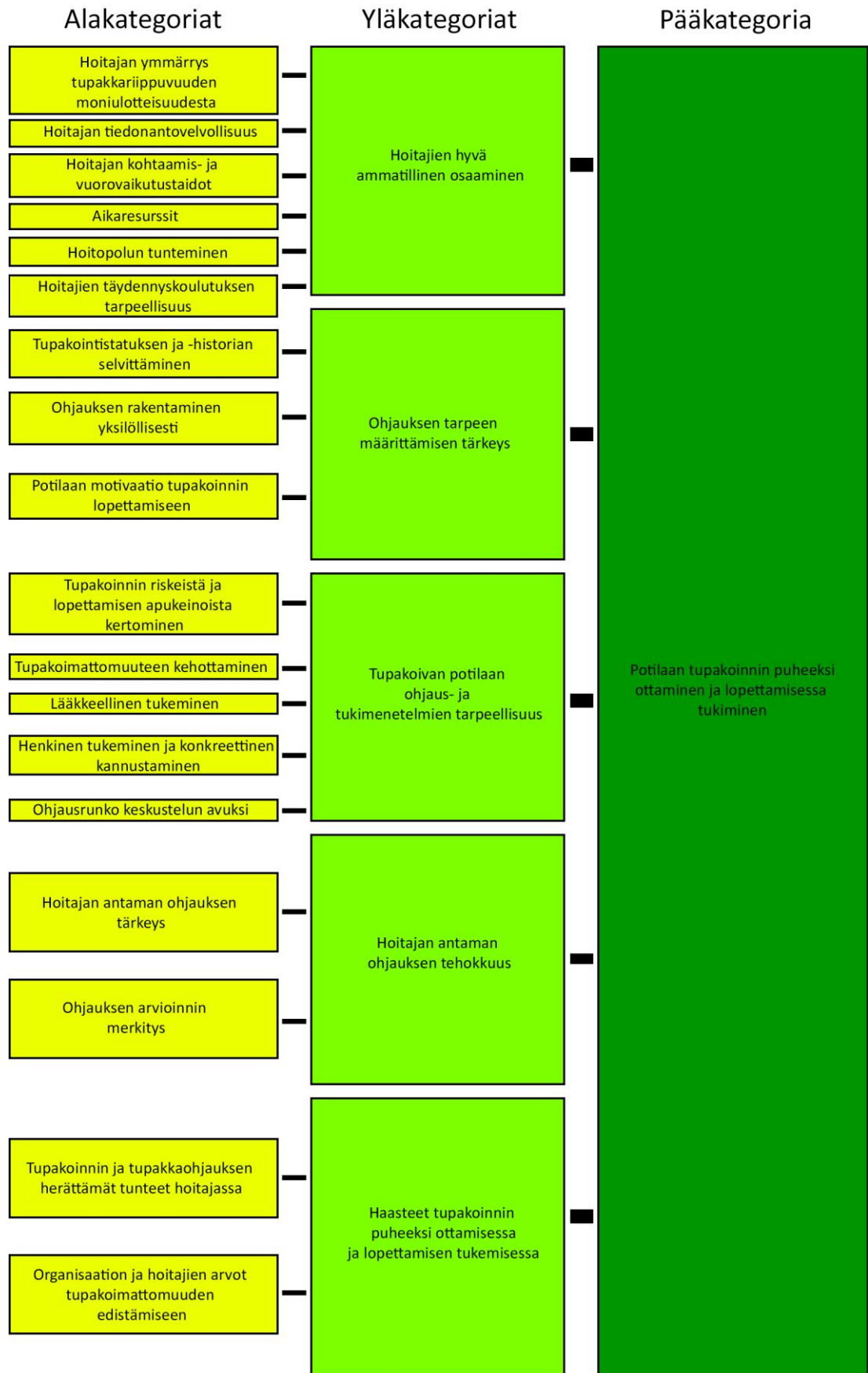
Litteroituani haastattelut siirryin mm. Kynkään ja Vanhasen (1999, 5-7) esittämän jatkumon mukaisesti aineiston pelkistämiseen, ryhmittelyyn ja abstrahointiin. Pelkistämävaiheessa karsin aineistosta tutkimuksen kannalta epäolennaiset ilmaisut. Käytin aineiston pelkistämässä neutraalia kieltä pyrkien säilyttämään alkuperäisilmaisut ja niiden merkitykset mahdollisimman pitkälle. Tämän jälkeen etenin aineiston ryhmittelyvaiheeseen, jossa tiivistetyistä alkuperäisilmaisuista sisällöltään samankaltaiset yhdistin alakategorioiksi, joita muodostui yhteensä 18. Tämän jälkeen jatkoin analyysiä yhdistelemällä edelleen sisällöltään samankaltaisiksi katsomani alakategoriat yhteensä viideksi yläkategoriaksi, jotka lopulta yhdistyvät yhteen opinnäytetyön tarkoitusta kuvaavaan pääkategoriaan (kuvio 1).

Kun aineisto on analysoitu tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota, voidaan tutkittavasta ilmiöstä tehdä tulkintoja ja johtopäätöksiä (Tuomi – Sarajärvi 2011, 108). Aineiston analyysin viimeinen vaihe onkin onnistunut tulkinta, joka on kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan päätavoite. Koska tutkimusaineistoa voidaan tulkita monella tavalla ja eri näkökulmista, käytetään onnistumisen varmistamisessa useampaa tulkitsijaa tai tarkkaa analyysivaiheiden raportointia. (Hirsjärvi – Hurme 2009, 151–152.)

Induktiivisen sisällön analyysin valinta perustui opinnäytetyön ohjauksessa saatuihin neuvoihin sekä tutkimusaineiston luonteeseen. Rikkaaksi osoittautuneen aineiston analysointiin soveltui parhaiten avoin ja joustava menetelmä, minkä vuoksi sopivimmaksi menetelmäksi valikoitui induktiivinen sisällön analyysi. Kyseisen menetelmän ansiosta aineiston sisältämät merkitykset

säilyivät alkuperäisinä koko analyysiprosessin ajan tuloksien esittämiseen saakka. Myös aineistosta noussut informaatio säilyi aitona ja syvällisenä, kun analyysi toteutettiin aineiston ohjaamana.

6 TUTKIMUSTULOKSET



Kuvio 1. Potilaan tupakoinnin puheeksi ottaminen ja lopettamisessa tukeminen

6.1 Potilaan tupakoinnin puheeksi ottaminen ja lopettamisessa tukeminen hoitajien kokemana

Hoitajien kokemukset tupakoinnin puheeksi ottamisesta ja lopettamisen tukemisesta jakaantuivat viiteen yläkategoriaan, jotka olivat **hoitajan hyvä ammatillinen osaaminen, ohjauksen tarpeen määrittämisen tärkeys, tupakoivan potilaan ohjaus- ja tukimenetelmien tarpeellisuus, hoitajan antaman ohjauksen tehokkuus sekä haasteet tupakoinnin puheeksi ottamisessa ja lopettamisen tukemisessä.**

Hoitajan hyvä ammatillinen osaaminen muodostui alakategorioista, joita olivat **hoitajan ymmärrys tupakkariippuvuuden moniulotteisuudesta, hoitajan tiedonantovelvollisuus, hoitajan kohtaamis- ja vuorovaikutustaidot, aikaresurssit, hoitopolun tunteminen sekä hoitajien täydennykoulutuksen tarpeellisuus.** Ohjauksen tarpeen määrittämisen tärkeys muodostui alakategorioista **tupakointistatuksen ja –historian selvittäminen, ohjauksen rakentaminen yksilöllisesti ja potilaan motivaatio tupakoinnin lopettamiseen.** Tupakoivan potilaan ohjaus- ja tukimenetelmien tarpeellisuus muodostui alakategorioista **tupakoinnin riskeistä ja lopettamisen apukeinoista kertominen, tupakoimattomuuteen kehottaminen, lääkkeellinen tukeminen, kirjallinen ohjausmateriaali, henkinen tukeminen ja konkreettinen kannustaminen sekä ohjausrunko keskustelun avuksi.** Hoitajan antaman ohjauksen tehokkuus muodostui alakategorioista **hoitajan antaman ohjauksen tärkeys ja ohjauksen arvioinnin merkitys.** Haasteet tupakoinnin puheeksi ottamisessa ja lopettamisen tukemisessä jakaantuivat alakategorioihin, jotka olivat **organisaation ja hoitajien arvot tupakoimattomuuden edistämiseen sekä tupakoinnin ja tupakkaohjauksen herättämät tunteet hoitajassa.**

6.1.1 Hoitajan hyvä ammatillinen osaaminen

Hoitajat kokivat, että hyvä ammatillinen osaaminen tupakoivan potilaan hoidossa rakentuu moniulotteisen tupakkariippuvuusilmiön ymmärtämisestä, hoitajan suullisesta ja kirjallisesta tiedonantovelvollisuudesta, hoitajan kohtaamis- ja vuorovaikutustaidoista, hyvästä organisointikyvystä aikaresurssien

puitteissa, hoitopolun tuntemisesta sekä hoitajien täydennyskoulutuksen tarpeellisuudesta.

Hoitajat kokivat, että heillä on riittävästi tietoa tupakoinnin haittallisista terveysvaikutuksista, erityisesti sydän- ja verenkiertoelimistön näkökulmasta. Hoitajat kokivat ymmärtävänsä nikotiini- ja tupakkariippuvuuden vaikeuden sekä ilmiön moniulotteisuuden. Hoitajat olivat sitä mieltä, että tupakkariippuvuus on voimakas riippuvuus, josta on vaikea irrottautua. Heidän näkemystensä mukaan riippuvuus tupakasta on hankalaa potilaalle, koska sillä on usein suuri rooli ihmisen arjessa ja koko elämässä.

”-- ja tiiän ja tajuan sen, että se on hirviä riippuvuus, se on varmaan niistä aikamoisin suurimpia riippuvuuksia mitä on.” H₁

” -- mitä kauemmin on polttanu niin sitä haastavampaa se on potilaalle itelleki ja varmaan aika arkaki kohta tavallaan -- vaikka joku 30 vuottaki on voinu kuulua siihen elämään ja se päivä tehään sen mukaan --” H₂

Hoitajat toivat esille kokemuksiaan tupakkaohjauksen vaihtelevuudesta. Koska ohjaaminen on hoitajakohtaista, myös ohjauksen laatu nähdään sellaisenaan. Hoitajat kokivat, että tupakoivan potilaan ohjaus jää osastolla vähäiseksi sekä yksipuoliseksi elintapaohjauksen ollessa vielä ns. lapsenkengissä. Hoitajat olivat sitä mieltä, että tupakointiin liittyvässä ohjauksessa on kehitettävää. Hoitajat kokivat, että heidän antamansa ohjaus on toisinaan yksipuolista, tupakoinnin haittoihin ja riskeihin keskittyntä, ja tunne omasta tukemisesta tai kannustamisesta on vähäistä.

” -- mutta että kyllä se tässä tupakkahommassa jää lapsipuolen asemaan vai miten sen nyt sanoisi, vähäiselle -- tämä elintapaohjaus tai tämmönen, se on aika viime vuosien juttu.” H₁

”-- en minä silleen koe, että minä tuen ja hirveesti kannustan.” H₃

”-- se on kyllä yksipuolista -- se alkaa mennä siihen että ite sanoo kuinka se on huono verenkierrolle ja siihen ja siihen ja siihen.” H₁

Hoitajat kertoivat kirjaavansa potilastietojärjestelmään tietoja potilaan tupakoinnista, heidän aikomuksestaan lopettaa tupakointi, sekä toteutetut ohjauskeskustelut ja mahdolliset korvaushoidot. Hoitajien mielestä kirjaaminen on kuitenkin vaihtelevaa, jokainen kirjaa omalla tavallaan. Yleisnäkemyksen mukaan kirjaamisen koettiin olevan melko vähäistä ja puutteellista.

”Mutta jos on puhuttu tupakoinnin lopettamisesta ja on halukas kokeilemaan nikotiinikorvaushoitoa, ne tulee näkyville siellä että on tämmösiä asioita käyty läpi --” H₂

”-- hirveen huonosti kirjataan --” H₁

Hoitajien näkemysten mukaan heillä on velvollisuus ja vastuu antaa potilaalle riittävästi tietoa hänen tilanteestaan, jotta potilas voi tehdä itseään koskevia päätöksiä parhaaksi katsomallaan tavalla. Hoitajat kokivat tiedonantovelvollisuuden koskevan myös tupakkaohjaustilanteita, joissa potilaan motivaatio on heikko. Heikosta motivaatiosta huolimatta tarvittava ohjaus kuuluu hoitajien mukaan antaa. Lisäksi hoitajat toivat esille potilaan oikeuden kieltäytyä tupakointiin liittyvästä ohjauksesta ja hoidosta, ketään ei tule pakottaa mihinkään. Hoitajien mukaan jokainen on lopulta vastuussa omista päätöksistään ja valinnoistaan, joiden taustalla vaikuttaa itsestä lähtevä, oma tahto.

” -- jos joku sanoo, ettei hän, tosiaan sillonki pitää antaa se ohjaus --” H₁

”-- mutta se lopullinen päätös lähtee tietenki sitte potilaasta.” H₂

Hoitajat olivat sitä mieltä, että tupakoiva potilas tulee kohdata luontevasti, mutta hienovaraisesti. Hoitajat kokivat, että tavalla, jolla itseään ilmaisee, on merkitystä ohjauksen onnistumisessa. Hienovaraisen lähestymisen lisäksi potilasta tulee kunnioittaa omana yksilönään huomioimalla ohjauksessa myös potilaan psyykinen ulottuvuus. Hoitajat näkivät, ettei tupakointiin liittyvässä ohjauksessa pelottelu eikä negatiivisuus auta, sillä ne eivät edistä potilaan tilannetta. Hoitajien suhtautuminen tupakoiviin vaihtelee: toisaalta tupakoivat koettiin aivan tavallisiksi ihmisiksi, toisaalta heitä voitiin pitää muita huonompina, toisen luokan kansalaisina. Hoitajan suhtautuminen tupakoivaan oli siis joko neutraalia tai negatiivissävytteistä.

"-- hienovaraisesti lähteä keskustelemaan --" H₂

" -- ettei se ole vaan nämä ohjeet näin näin näin, vaan siihenhän niin vaikuttaa tämä psyykekin --" H₁

"-- aika tavallisia ihmisiähän ne on suurin osa." H₃

" -- on hirveen paljo sitäki että ai se polttaa ja että heti vedetään niinku toisen luokan kansalaiseksi tai jotenki --" H₁

Hoitajat kokivat osaston ja työvuorojen kiireisyyden ohjausta heikentäväksi. Myös lyhyet hoitosuhteet koettiin haastaviksi tupakoinnin lopettamisen tukemisessa. Lyhyet hoitosuhteet altistavat hoitajien mukaan suppealle ja pinnalliselle tupakointiin liittyvälle ohjaukselle. Toisaalta hoitajat toivat esille, ettei tupakoinnin puheeksiotto tai lopettamisen tukeminen vaadi ylimääräistä aikaa tai resursseja.

"-- jos on kiirettä niin jotenki ohjaus on semmonen joka ensimmäisenä tippuu sieltä pois." H₁

"-- ne hoitosuhteet on niin lyhkäsiä, että se tavallaan se alkuinfo mikä annetaan, jos sitäkään kerkeät --" H₃

"Eihän sen tuen tartte olla ku että hyvä -- että en koe, että siihen ei ole tarpeeksi aikaa -- mutta ku et sä nää ku ehkä kerran sen potilaan --" H₃

Hoitajat kuvasivat saavansa tupakoivan potilaan hoitotyöhön tukea lääkäreiltä, joiden aktiivisuus on hoitajien mukaan lisääntynyt tupakointiin liittyvissä asioissa. Myös työterveyshuollon sekä kuntien sydänhoitajien koettiin olevan tärkeä osa tupakoivan potilaan tukiverkoston. Sekä osastolla että potilaan kotiutuessa hoidon jatkuvuus jäi hoitajien mukaan kuitenkin epäselväksi. Vaikka potilaan mahdolliset jatkohoitoyhteydet tiedettiin, hoitajat kokivat, ettei heillä ole tietoa muiden toimijoiden rooleista tupakoivan potilaan hoidossa. Vaikka hoitajat kertoivat ohjaavansa potilaita ottamaan jatkossa yhteyttä joko työterveyshuoltoon tai oman kunnan sydänhoitajaan, he kokivat jatkohoidon varmistamisen itselleen vieraaksi ja tuntemattomaksi alueeksi.

"-- lääkäritki on ruvennu siitä tupakoinnista aina sanomaan, että se pitää lopettaa -- että sillä lailla niinku tuetaan toisiamme." H₁

"-- sydänhoitajan kortin kotipaikkakunnalle, että sinne vois ottaa yhteyttä että siellä on semmosia ryhmiä ja siellä sitten jatkuu se hoito --" H₃

"-- sehän se onki ku minä en tiedä, mitä ne siellä sitten loppujen lopuksi tekee, että ku se yks hoitoketju --" H₃

Hoitajat kokivat, että ajoittain heidän oma osaamisensa epäilyttää, koska lopettamisen tukeminen on vieras asia, josta ei ole kertynyt paljoa kokemusta. Hoitajat kokivat hallitsevansa tupakointiin liittyvät perusasiat melko hyvin, mutta tieto siitä, miten tupakoinnista tulisi keskustella ja miten yksilöllinen vieroitushoito toteutetaan, koettiin puutteelliseksi. Hoitajat kokivat tietonsa erilaisista korvaushoidoista riittäviksi, kun taas muut mahdolliset ei-lääkkeelliset tukimuodot ja -menetelmät tupakoinnin lopettamisessa olivat heille tuntemattomampia. Koulutuksella hoitajat toivoivat saavuttavansa parempaa osaamista niin puheeksioton keinoihin ja menetelmiin kuin lopettamisen tukemiseen. Hoitajat toivoivat saavansa koulutusta erilaisista keskustelumenetelmistä, yksilöllisen hoidon toteuttamisesta, erilaisista lopettamisen tukimuodoista ja -menetelmistä sekä hoidon jatkuvuudesta ja tupakoivan potilaan hoitoketjuista. Myös tupakoinnin terveysvaikutusten ja lopettamisen hyötyjen ja haittojen kertaaminen nähtiin tervetulleena. Hoitajat ehdottivat, että muiden yksiköiden tupakkavastaavia voisi hyödyntää tiedon jakajina ja hoitajien kouluttajina. Myös osaston sisäinen tupakkavastaava toisi hoitajien mukaan osastolle lisää osaamista.

"-- varmaan sitä tietotaitoa on hirveän vähän kertyny itelle ainaki -- aattelen, että itelle aika vieras asia." H₂

" -- en tiedä kuuluuko vieroitushoitoon muita ku lääkkeellisiä keinoja. Tietysti jotku ryhmät voi olla, joista minulla taas ei ole tietoa." H₃

”Mä ainaki haluaisin semmosta, että miten psykologisesti osattas oikeen antaa sitä keskustelua -- että miten se ois viisasta tehdä.”

H₁

”-- kävis pitämässä luentoja osastolle joku tupakkavastaava vaikka jostain astmapoleilta, jostain tämmösistä.” H₂

6.1.2 Ohjauksen tarpeen määrittämisen tärkeys

Hoitajat kokivat, että ohjauksen tarpeen määrittämisessä tärkeää on selvittää potilaan tupakointistatus ja -historia, rakentaa ohjaus yksilöllisesti sekä arvioida potilaan motivaatio keskustella tupakoinnistaan ja lopettaa tupakointi.

Hoitajat kokivat, että potilaan tupakointi tulee selkeimmin esille, kun potilaalta kartoitetaan erilaiset sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijät ennen sydän-tutkimuksia. Muissa tilanteissa potilaalta voidaan kysyä suoraan hänen tupakoinnistaan, mutta hoitajien mukaan kaikkien tupakoinnista ei kysytä eikä tiedetä. Hoitajat kokivat, ettei tupakoinnista kysyminen ole automaatio, vaan mahdollinen tupakointi tulee esille sydäntutkimuksiin valmistauduttaessa, potilaan ottaessa asia itse puheeksi, tai kun potilaan huomataan käyvän tupakoimassa hoitajakson aikana. Joskus potilaan tupakoinnista voi olla merkintä myös potilaspapereissa, josta saadaan tieto potilaan tupakoinnista.

” -- ehkä se tulee selville kun kysellään sitä angiokaavakkeen täyttöö varten, että siinä se tulee että on tupakoinut.” H₂

” -- mutta jos potilas ei sitä sano, nii eihän me välttämättä tiedetä edes. Se ei ole semmonen automaatio, että sitä kaikilta kysyttäis.” H₃

Kun potilaan tupakoinnista tiedetään, selvitetään hoitajien mukaan päivittäis-tupakoinnin määrä ja tupakointivuodet, jotka ohjaavat hoidon suunnittelua. Lisäksi kysyminen aikomuksesta lopettaa tupakointi kuuluu hoitajien mukaan tupakoivan potilaan ohjaukseen. Hoitajien kokemusten mukaan osalla potilaista on takana jo useampiakin lopettamisyrityksiä, sekä onnistuneita että

epäonnistuneita. Hoitajat kokivat, että sekä hoitajat että lääkärit kehottavat potilasta lopettamaan, vähentämään tai edes miettimään lopettamista.

”Ihan suoraan kysyn, että poltatko ja kuinka paljon päivässä, ku siitäkihtän tavallaan osaa ajatella minkälaista hoitoa siihen vois alkaa miettimään.” H₂

”-- ja sitten otetaanhan jonku kans puheeksi, että miten kauan olet polttanu, ku tietään ketkä käy tupakalla, että ootko miettiny lopettamista ja ootko kuullu korvaushoidoista --” H₃

Hoitajat kokivat, että potilaan tupakointiin puututaan, kun potilaalla on jokin sydänsairaus tai hänelle todetaan sellainen. Ei-sydänsairaahan kohdalla tupakointiin puututaan selvästi harvemmin ja satunnaisemmin. Hoitajien mukaan tupakointiin puuttuminen osastolla edellyttää jotakin sairautta, johon tupakoinnilla ajatellaan olevan suora yhteys. Tilanteissa, joissa tupakointi ei ole suoraan yhteydessä hoitoon tulossyyhyhyn, puuttuminen tupakointiin jää. Hoitajat kokivat, että nuorten ja keski-ikäisten miesten tupakointiin puututaan selkeimmin, kun taas pitkäaikaisten tai yhä uudestaan osastolle tulevien samojen potilaiden tupakointiin puuttuminen on vähäistä.

”-- ainaki ite huomaa sen, että se sepelvaltimotautipotilaan kohdalla otetaan puheeksi.” H₂

”-- mutta eipä sitten jos ei ole tämmöstä sydäntapahtumaa, ja muuten kulkee tupakalla, nii eipä siihen puututa välttämättä -- jos se ei just siihen sairauteen, jonka vuoksi on täällä sairaalassa niin jotenki liity --” H₁

”-- mutta sitte on semmosia potilaita, jotka on pitkäaikasia tai aina tulevat uudestaan ja uudestaan, jos ne polttaa nii ei niihin varmaan kukaan puutu --” H₃

Hoitajat kokivat, että tupakointiin liittyvän ohjauksen ajankohta tulee valita yksilöllisesti potilaan tilanteen mukaan, mielellään hoidon alku- tai keskivaiheilla, jolloin tilanne ei ole kaikkein akuutein. Hoitajat näkivät, että tupakoinnin voi ottaa puheeksi ennen tai jälkeen sydäntutkimuksia, ja erityisesti sil-

loin, jos sepelvaltimoissa on todettu muutoksia ja niitä on mahdollisesti jo myös korjailtu. Hoitajat kuvasivat ottavansa tupakoinnin puheeksi myös muissa sopiviksi katsomissaan tilanteissa, esimerkiksi aivan tavallisen jutustelun yhteydessä. Oikean ajankohdan valitseminen tupakoinnin puheeksi ottamiselle koettiin toisinaan haastavaksi.

"-- ei tietenkään jos ihminen tulee rintakipuisena niin ei aleta heti, mutta vaikka seuraavana päivänä kun on kivuton, niin kyllä tätä ohjausta aloitetaan heti." H₁

"-- että seki että missä vaiheessa ottaa ne asiat ja minkä asian puheeksi." H₃

Hoitajien kokemusten mukaan useimmat potilaat tiedostavat tupakoinnin vaarat ja haitat omalle terveydelleen. Tästä huolimatta hoitajat kokivat, etteivät potilaat miellä tupakointia niin suureksi osaksi sairauksien hoitoa kuin olisi tarpeen. Ja vaikka tietoa tupakoinnin haitoista löytyisikin, ainoastaan se ei hoitajien kokemusten mukaan saa lopettamaan tupakointia. Hoitajat kokivat, että tupakointiin liittyvä ohjaaminen toteutuu joustavasti yksilöllisen tilanteen mukaan. Tupakointiin liittyvät keskustelut koettiin yksilöllisiksi sekä ainutlaatuisiksi hoitajan ja potilaan välisiksi tilanteiksi. Toisaalta hoitajat kokivat, ettei ohjaus aina toteudu täysin potilaslähtöisesti, sillä tupakoinnin yksilöllisistä syistä tai merkityksistä ei keskustella potilaan kanssa. Hoitajat olivat sitä mieltä, että tupakoiva potilas tarvitsee lopettamisprosessissaan sekä lähipiiriin että hoitohenkilökunnan tukea.

"-- ihmisethän on hyvin valistuneita tänä päivänä, ne tietää tupakoinnin vaarat, haitat -- tietää nikotiinilaastareista, korvaushoidoista --" H₃

"-- mutta se (ohjaus) riippuu vähän hoitoajasta ja hoitajaksosta -- se varmaan riippuu aina vähä potilaastaki." H₃

"se tarvii hänen omastaki lähipiiristä semmosta tukemista niiltä, ettei pelkästään meiltä -- että se on kuitenkin tukiverkosto, jota ne tarvii kokonaisuudessaan." H₂

Hoitajien mukaan äkillinen sairastuminen ja sairaalaan joutuminen on potilaalle kriisitilanne, pysäyttäväkin hetki, jolloin motivaatio tupakoinnin lopettamiseen voi olla korkea. Toisaalta hoitajat kokivat, että motivaatio lopettamiseen vaihtelee, joillakin voi kestää pidempäänkin motivoitua tupakoinnin lopettamiseen. Hoitajien mukaan osalla potilaista ei kiinnosta käsitellä tupakointiaan hoitajan kanssa, vaan tupakkaohjaus tyrmätään. Toisaalta taas osa potilaista ottaa ohjauksen hyvin vastaan ja on valmis keskustelemaan avoimesti aiheesta. Hoitajien mukaan myös potilaiden valmius tupakoinnin lopettamiseen vaihtelee. Osalla on välitön lopettamisvalmius, kun taas osa on ehdottoman haluttomia lopettamaan. Hoitajien kokemusten mukaan suuri osa kuitenkin pohtii tai on jo pohtinut lopettamista.

” Mutta monestihan tämmönen joku sydäntapahtuma toki pysäyttää tupakoijatki.” H₁

”-- ne ei niinku välttämättä halua ees puhua siitä, siis että ei vähempää vois kiinnostaa --” H₃

”-- se sairaus on jo niinku sokki, saattaa olla että ajan kanssa sitte tulee, jos haluaa perehtyä omaan sairauteen.” H₃

6.1.3 Tupakoivan potilaan ohjaus- ja tukimenetelmien tarpeellisuus

Hoitajat kuvasivat tupakoinnin riskeistä ja apukeinoista kertomisen, tupakoimattomuuteen kehottamisen, lääkkeellisen tukemisen, kirjallisen ohjausmateriaalin sekä henkisen tuen ja konkreettisen kannustamisen olevan tärkeä osa tupakoivan potilaan ohjauksista ja hoitoa. Hoitajat kokivat, että selkeä ohjausrunko helpottaisi tupakoinnin puheeksiottoa ja lopettamisen tukemista. Myös muiden, monipuolisten ohjausmenetelmien hyödyntäminen tupakoivan potilaan ohjauksessa nähtiin tervetulleena.

Hoitajat kokivat tupakkaohjauksen koostuvan tiedollisesta tukemisesta, joka sisältää sekä tupakoinnin riskeistä ja erilaisista hoitovaihtoehdoista kertomisen että kirjallisen ohjausmateriaalin. Kirjallista ohjausmateriaalia hyödynnetään tupakointiin liittyvän keskustelun apuna, ja suullisen ohjauksen tueksi ja lisäksi potilaalle annetaan erilaisia esitteitä, lehtisiä ja muita lukupaketteja.

Tiedollisen tukemisen lisäksi hoitajat kokivat lääkkeellisen tukemisen yleisimmäksi tukimuodoksi tupakoinnin lopettamiseen tähtäväässä toiminnassa. Nikotiinikorvaushoitojen käyttö on hoitajien mukaan yleistä, ja tarvittaessa myös lääkärin määräämät reseptilääkkeet ovat mahdollisia. Tiedollisen ja lääkkeellisen tuen lisäksi hoitajat kokivat henkisellä ja konkreettisella tuella olevan paikkansa tupakoimattomuuden edistämisessä. Hoitajat kokivat kannustavansa potilaita käytännönläheisesti kohti savuttomuutta. Tukeminen koostuu hoitajien mukaan sekä sanallisesta että läsnäolevasta henkisestä tuesta. Myös erilaisten vinkkien antaminen on osa tukemista.

”Ainoa se on melkeen korvaushoito mitä annetaan ja sitte sitä tietoa, ja sitte sitä että ymmärtää että se on vaikeaa --” H₁

”Eipä siinä oikeen voi muuta ku kannustat joo ois hyvä ku sä lopettasit, se ois kauheen hyvä sun terveydelle, jotenki tälleen maanläheisesti --” H₁

”-- ja meillähän on se sepelvaltimotautipotilaan ohjauskirja, niin siitä monesti käyn sen läpi.” H₂

Hoitajat kaipasivat tupakointiin liittyvän ohjauksen ja keskustelun avuksi sovellettavaa ohjausrunkoa, jonka mukaan voisi käydä tupakointiin liittyviä asioita läpi potilaan kanssa. Hoitajat kokivat, että koska tällaista runkoa ei ole käytössä, on ohjaaminen vaikeampaa ja hajanaisempaa. Hoitajat uskoivat, että kaikille sama ohjausrunko ja yhteiset toimintamallit helpottaisivat keskustelun etenimistä ja tekisivät tupakoinnin puheeksiotosta rutiinia. Lisäksi hoitajat toivoivat enemmän monipuolisia ohjausmenetelmiä, joita olisi mahdollista hyödyntää tupakoivan potilaan ohjauksessa. Esimerkiksi tupakoivien yhteisohjaustilanteet osastolla tai videoiden käyttö olisi hoitajien mielestä toivottavaa.

” -- tämmönen joku ohjausrunko -- nii ehkä kannattais hyödyntää semmosia jo hyviä olemassa olevia malleja.” H₃

”-- se tulis rutiiniksi ku ois joku tietty että näin kaikille pitäis alkaa tekemään, mitä myöten vois käydä asioita läpi potilaan kanssa --” H₂

”-- ja sitte minusta ois hyvä, että ois tämmösiä ryhmiä, ihan päiväsalissa vois pitää jotaki, jos tupakoi, niin jotaki vois vaikka videoista näyttää --” H₁

6.1.4 Hoitajan antaman ohjauksen tehokkuus

Hoitajien mukaan tupakointiin liittyvä ohjaus vaikuttaa pääosin myönteisesti potilaan motivaatioon vähentää tai lopettaa tupakointi, minkä vuoksi hoitajan antama ohjaus koettiin tärkeäksi terveyttä edistäväksi toiminnaksi. Ohjauksen lisäksi hoitajat kokivat myös ohjauksen arvioinnin olevan merkittävä osa ohjauksen vaikuttavuuden seuraamista.

Hoitajat kokivat, että sekä hoitajan että lääkärin tupakkaohjauksella on vaikutusta, koska suurin osa potilaista kuuntelee ja myötäilee hoitajien ja lääkärin kehoituksia lopettaa tupakointi. Hoitajat tiedostivat mahdollisuutensa edistää potilaan motivaatiota antamalla tietoa ja keskustelemalla tupakoinnin lopettamisesta. Toisaalta tupakoinnista puhuminen koettiin helposti hyödyttömäksi, ellei potilas osoita halukkuuttaan lopettaa tupakointia. Hoitajat arvioivat hoidon ja ohjauksen tehokkuutta osastolla seuraamalla nikotiinikorvaustuotteiden tehoa ja vaikutuksia. Myös ohjauskeskusteluun uudelleen palaamisella hoitajat arvioivat tilanteessa tapahtuneita muutoksia.

” -- ku joku auktoriteetti siitä sanoo, niin se vaikuttaa --” H₁

”Kyllähän suurin osa niinku kuuntelee ku niitä käyään läpi ja poh-tii ainaki sitä lopettamista --” H₃

” -- joku saattaa sanoa, että en oo miettiny, enkä aio mieltiäkään. Nii ethän sä siinä rupee änkyttämään --” H₃

6.1.5 Haasteet tupakoinnin puheeksi ottamisessa ja lopettamisen tukemisessa

Hoitajat kokivat tupakoinnin puheeksi ottamisen ja lopettamisen tukemisen olevan haastavaa, ajoittain jopa vaikeaa. Tähän kokemukseen vaikuttivat hoitajien mukaan organisaation ja hoitajien arvot liittyen tupakoimattomuuden

edistämiseen sekä tupakoinnin ja tupakkaohjauksen herättämät tunteet hoitajassa.

Hoitajat kokivat tupakoinnin lopettamisen tai vähentämisen olevan terveydelle tärkeää, ja erityisesti jotakin perussairautta sairastavien kohdalla. Hoitajat näkivät tupakointiin liittyvän ohjauksen olevan tärkeää, toisaalta heidän mielestään tupakkaohjaus on helppo jättää pois tai siirtää seuraavalle työvuoroon tulijalle. Hoitajat kokivat tupakkaan liittyvän ohjauksen kuuluvan osaksi työtään, ja siitä puhumista verrattiin minkä tahansa sairauden ohjaamiseen. Vaikka tupakkaan liittyvä ohjaaminen nähtiin kiinteänä osana hoitotyötä, koettiin tupakkaohjaus myös ylimääräisenä lisätyönä. Hoitajat kokivat harmistuvansa potilaan tupakoinnista, ja ilahtuvansa sekä helpottuvansa potilaan tupakoimattomuudesta.

”-- Ja joku diabeetikko nii ei varmasti ole tupakointi eduksi, astmaatitot, jotku keuhkosairauksia sairastavat --” H₃

”Kyllä kai me tiedetään että se on tärkeä se ohjaaminen ja tupakkaohjaus -- -- mutta se on helppo jättääki, tai siirtää seuraavalle -- -- mutta sitä ei sitten koskaan tuu.” H₁

”Sehän on vähän niinku lisä, ei se ole lisätyötä, mutta se koetaan että se on kaiken muun työn lisäksi vielä pitää tehdä --” H₁

”-- ku se sano ettei polta niin tuli semmonen huh, ihanaa ei polta” H₁

Hoitajat kokivat, että tupakointiin liittyvät yleiset arvot ovat osittain ristiriidassa sekä yksittäisen hoitajan että koko organisaation toiminnan kanssa. Vaikka tupakoinnin lopettamista ja tupakoimattomuuden edistämistä pidettiin yleisesti tärkeänä, ei potilaan tupakointiin aina puututa eikä tupakointiin liittyvää ohjausta anneta. Hoitajat kokivat, että tupakoinnista puhutaan terveydenhuollossa vähän, ja sekä tupakoimattomuutta että hoitajien tupakkaosaamista pidetään itsestäänselvinä asioina. Hoitajat toivoivat, että tupakoinnista ja lopettamisen tukemisesta puhuttaisiin enemmän, ja että tupakoimattomuuden edistäminen nostettaisiin tärkeämpään asemaan kuin se tällä hetkellä on.

” -- katotaanko sitä niin hirveän tärkeäksi organisaatiossakaan -- onhan näissä potilasohjeissaki, että tupakkahuone on 0-kerroksessa, että ku vertaa siihen niin --” H₃

”-- jotenki että se nostettas tuola meijänki osastolla tärkeämmäksi mitä se nyt on, että siitä puhuttas -- kerrata niitä asioita, eikä pitää itsestään selvänä.” H₁

”-- siitä ihan oikeasti siitä asiasta ei hirveästi puhuta. Ehkä niistä asioista pitäis puhua enemmän.” H₂

Osa hoitajista koki tupakoinnista keskustelun vaikeaksi ja haastavaksi, koska tupakoinnista puhuminen ei ole kovin yleistä. Myös niiden potilaiden tupakoinnin puheeksiotto koettiin vaikeaksi, joilla ei ole varsinaisia perussairauksia. Tupakoinnista keskustelun helppous ja miellyttävyys oli hoitajien mielestä yhteydessä potilaan halukkuuteen käsitellä aihetta, ja potilaan motivoituneisuus motivoi hoitajaa ottamaan tupakoinnin aktiivisemmin puheeksi. Hoitajat kokivat tupakoinnin arkana ja jokaisen henkilökohtaisena asiana, jota hoitajakin lähestyy hieman varoen. Toisaalta hoitajat kokivat, että heillä on lupa kysyä potilaan tupakoinnista, vaikka aihealue onkin arka. Lisäksi hoitajat kokivat, että tupakointiin liittyvillä tiukentuneilla asenteilla ja erilaisilla vähentämistoimilla on myös kielteisiä vaikutuksia: tupakkavalistuksen ja –varoitusten suuri määrä turruttaa ja kärjistää tupakoivien vastakkaista asennetta.

”-- jotenki vaikeena -- Just mietin, että mikä se on, että miksi se on niin vaikiaa sitten, vaikka kaikki tietää että se on niin vaarallista --” H₁

”Ainahan se on mukavampi ottaa tupakointi puheeksi, kun potilas haluaa ja on motivoitunu lopettamaan --” H₁

”Onko se niin arka se asia potilaalleki, että aatteleeko sitä hoitajana tavallaan sitäki --” H₂

7 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

7.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Tieteellisissä tutkimuksissa luotettavuuden arviointi on tärkeä osa tutkimustoimintaa, mikä tukee tutkimuksen totuudenmukaisuutta, läpinäkyvyyttä ja hyödynnettävyyttä. Tutkimuksen luotettavuuden arviointia tulee tehdä läpi tutkimusprosessin tarkastelemalla sekä tutkimuksen yleisiä että käytettyyn menetelmään liittyviä luotettavuuskriteereitä. Laadullisissa tutkimuksissa yleisesti käytettyjä luotettavuuskriteerejä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Nämä kriteerit edellyttävät, että koko tutkimusprosessi ja tulokset on kuvattu niin, että lukija ymmärtää, miten analyysi on edennyt ja mitkä tekijät ovat vaikuttaneet saatuihin tutkimustuloksiin. Kun raportti on kirjoitettu avoimesti ja yksityiskohtaisesti, voi lukija seurata prosessin kulkua ja arvioida eri luotettavuuskriteerien täyttymistä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 198 ; Kylmä – Juvakka 2007, 127–129.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida jokaisessa tutkimusprosessin vaiheessa. Arvioinnissa keskeisimmät tarkastelun kohteet ovat tutkimuksen lähtökohtien, aineiston keruun ja analyysin kuvaus sekä tulosten raportointi. Prosessin eri vaiheiden selkeä, kattava, yksityiskohtainen ja perusteltu kuvaus parantaa tutkimuksen luotettavuutta. (Kylmä – Juvakka 2007, 130–133.) Haastatteleamalla tehty aineiston keruu tulisi tutkimusraportissa kirjoittaa auki niin, että haastateltavien valinta, haastatteluiden kesto sekä haastatteluteemat tulisivat ilmi. Lisäksi tutkijan oma arvio haastattelutilanteesta on tärkeää, jotta haastattelun ympäristötekijöiden, haastattelijan ja haastateltavan vuorovaikutussuhteen sekä mahdollisten virhetulkintojen vaikutukset voidaan ottaa huomioon tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. Aineiston analyysivaiheen raportoinnissa puolestaan tulee näkyä, mihin erilaiset luokittelut ja tulkinnat perustuvat. Esimerkiksi suorat lainaukset alkuperaisista haastatteluista tukevat analyysiä ja sen luotettavuutta. Laadullisissa tutkimuksissa tulee kuitenkin ottaa huomioon myös tutkijan yksilöllinen tapa havaita ja tulkita ilmiöitä, sillä yhtä tulkinnallista totuutta on mahdoton saavuttaa. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 2006, 216–219 ; Hirsjärvi - Hurme 1995, 128–130.)

Suoritin opinnäytetyöni laaduntarkkailua läpi tutkimusprosessin. Erityistä huolellisuutta noudatin tutkimuksen ja haastatteluiden suunnittelussa ja esivalmisteluissa, eri tutkimusmenetelmiin perehtymisessä sekä tarkassa ja totuudenmukaisessa raportoinnissa. Koska käytin opinnäytetyöni työstämiseen runsaasti aikaa, koen, että minulla on ollut hyvä mahdollisuus syventyä tutkimukseen ja pohtia siihen liittyviä ilmiöitä monesta näkökulmasta. Tein opinnäytetyön yksin, joten luotettavuuden arvioinnissa ei voitu hyödyntää toisen tutkijan näkemyksiä.

Haastattelututkimuksen laadukkuutta voidaan tavoitella suunnittelemalla hyvä haastattelurunko, valmistautumalla haastatteluihin etukäteen esimerkiksi haastattelukoulutuksen avulla sekä huolehtimalla aineiston tallentamisessa käytettävän teknisen välineistön toimivuudesta. Hyvä haastattelurunko on joustava, toisaalta se ohjaa haastattelun etenemistä, toisaalta antaa riittävästi tilaa haastateltavan näkemyksille ja mahdollisille lisäkysymyksille. Ennen haastatteluja tutkijan tulisi hankkia haastattelukokemusta esihaastatteluiden avulla. Tehdyt esihaastattelut auttavat haastattelurungon testaamisessa sekä erilaisiin haastattelutilanteisiin valmistautumista. Esihaastatteluihin kerätyt haastattelukokemukset lisäävät haastattelutilanteen hallintaa ja vähentävät virheitä varsinaisissa haastatteluissa. Itse haastatteluvaiheessa tulee varmistua siitä, että aineiston tallentamiseen käytettävä nauhuri ja muu välineistö on kunnossa ja että esimerkiksi varapattereita on tarpeen mukaan saatavilla. Lisäksi haastattelupäiväkirjan pitäminen haastattelutilanteisiin liittyvistä huomioista parantaa aineiston keruuvaiheen laatua. Haastattelupäiväkirjan merkinnöistä voi olla apua seuraaviin haastatteluihin valmistautumisessa sekä myöhemmin tehtävissä tulkinnoissa. (Hirsjärvi – Hurme 2009, 184, 72 ; Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 2006, 217.)

Opinnäytetyössäni panostin hyvän teemahaastattelurungon suunnitteluun. Lisäksi valmistauduin haastattelutilanteisiin harjoittelemalla haastattelurungon sekä nauhoitukseen liittyvän teknisen välineistön käyttöä sekä itsekseni että perheenjäsenen ja terveys- ja liikunta-alalla työskentelevän ystäväni kanssa. Koin huolellisen suunnittelun ja valmistautumisen tarpeelliseksi, koska aiempaa kokemusta haastatteluiden tekemisestä minulla ei ollut, eikä haastattelukoulutukseen osallistuminen ollut mahdollista. Varsinaisia esi-

haastatteluja en tehnyt, vaikka aluksi se olikin tarkoitukseni. Ennen ensimmäistä haastattelua suunnittelin, että epäonnistuessaan se voisi toimia esihaastatteluna, mutta tämä ei kuitenkaan osoittautunut tarpeelliseksi. Koska kaikki kolme haastattelua onnistuivat mielestäni tasavertaisesti, ne kaikki sisällytettiin analysoitavaan aineistoon. Jo kolmen haastattelun jälkeen havaittiin aineiston saturoitumista eli aineisto alkoi toistaa itseään. Tämän jälkeen katsoin, ettei neljäs haastattelu toisi enää tutkimuksen kannalta uutta, merkittävää tietoa.

Haastattelijan päätehtävät ovat tiedon hankinta ja kommunikaation helpottaminen. Haastattelijalta vaaditaan roolissaan asiallista käyttäytymistä, luottamuksellisuutta, puolueettomuutta sekä neutraaliutta. Haastattelijan tulee toimia tehtäväkeskeisesti, kuitenkin niin, että vuorovaikutustilanne on keskustelunomainen ja joustava. Vapautunutta haastattelutilannetta edistää alkuun käyty vapaamuotoinen keskustelu, jonka aikana molemmat osapuolet tutustuvat toisiinsa, ja haastattelulle välttämätön luottamussuhde voi syntyä. Alkukeskustelu helpottaa myös uuteen, jännittäväänkin haastattelutilanteeseen siirtymistä. Haastatteluiden nauhoitus, joka kuuluu teemahaastattelun luonteeseen, parantaa haastattelutilanteen keskustelunomaisuutta vapauttaen haastattelijan jatkuvalta muistiinpanojen kirjaamiselta. Tällöin haastattelijalla voi keskittyä täysin aktiiviseen kuuntelemiseen sekä sanallisen ja sanattoman viestinnän havainnointiin. Haastattelun onnistumiseksi huomioitava tekijä on myös haastattelupaikan rauhallisuus, joka vähentää mahdollisia ulkoisia häiriötekijöitä. (Hirsjärvi – Hurme 2009, 90, 92, 96–97, 119, 127.)

Haastattelutilanteissa koin jonkin verran alkujännitystä, joka kuitenkin väistyi aina alkukeskusteluiden edetessä. Mielestäni vuorovaikutus haastateltavien kanssa sujui hyvin, ja jokaisesta haastattelusta jäi mieleen rennon asiallinen ja positiivinen tunnelma. Haastattelutilanteet koin rauhallisiksi ja keskustelunomaisiksi, ja mielestäni haastateltavat pohtivat aihetta kiinnostuneesti ja jakoivat kokemuksiaan avoimesti ja rehellisesti. Koin, että minun ja haastateltavien välillä vallitsi keskinäinen luottamus. Haastattelutaidoissani huomasin joitain puutteita, esimerkiksi kysymysten asettelu oli toisinaan hieman jäykkää ja kaavamaista. Vaikka kokemattomuudestani johtuvaa kaavamaisuutta tuli haastatteluissa esille, koin sen vähenevän jokaisen haastattelukerran jäl-

keen. Tästä huolimatta haastateltavien kerronta pysyi mielestäni vapautuneena.

Käsittelin haastattelurungon teemat jokaisen haastateltavan kanssa samassa järjestyksessä, koska keskustelut etenivät pääosin suunniteltuja teemoja mukaillen. Vaikka jonkin tietyn teeman kohdalla haastateltava saattoikin nostaa esille myös muiden teema-alueiden sisältöjä, en nähnyt tarvetta muuttaa teemojen järjestystä. Haastattelujen luontevan etenemisen säilyttämiseksi vaihdoin tarpeen mukaan tiettyyn teema-alueeseen liittyvien yksittäisten kysymysten paikkaa tai järjestystä. Haastattelijan roolissa pyrin tarkasti välttämään johdatteluvuutta ja omien näkemysten esilletuontia. Yritin myös olla haastattelutilanteessa puolueeton ja neutraali, joka tuntui ajoittain hieman haastavalta. Vapaamuotoisessa keskustelussa haastattelutilanteen päätyttyä toin ilmi myös omia mielipiteitäni, joita ei sisällytetty haastatteluaineistoihin.

Kaikki haastattelut toteutettiin Lapin keskussairaalassa sijaitsevassa rauhallisessa, suljetussa kokoustilassa. Haastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluina yksityiseen käyttöön varatussa tilassa, joten muiden ihmisten läsnäolo tai muut ulkoiset häiriötekijät eivät päässeet häiritsemään haastattelua. Jokaisen haastattelun jälkeen tein itselleni merkintöjä haastattelupäiväkirjaan haastattelutilanteen tunnelmaan, vuorovaikutukseen, sujumiseen sekä muihin haastattelutilanteen herättämiin huomioihin ja havaintoihin liittyen. Lisäksi arvioin omia haastattelutaitojani ja tuntemuksiani haastattelun aikana. Haastattelupäiväkirjamerkintöjen avulla pyrin parantamaan omaa toimintaani seuraavia haastatteluja varten. Päiväkirjasta oli hyötyä myös haastattelutilanteiden mieleenpalauttamisessa aineiston analyysivaiheessa sekä haastatteluja koskevien tietojen tarkistamisessa.

Aineiston käsittelyvaiheen luotettavuutta parantaa keruuvaiheen jälkeen mahdollisimman pian aloitettu aineiston käsittely ja analysointi. Tällöin aineisto on vielä tuore ja tutkijaa inspiroiva. Myös tallenteiden hyvä laatu sekä litteroinnin ja analysoinnin säännönmukainen toteutus tukevat haastatteluaineiston luotettavuutta. (Hirsjärvi – Hurme 2009, 185 ; Hirsjärvi – Hurme 2005, 108.) Aloitin aineistojen litteroinnin heti samana tai seuraavana päivänä haastattelusta. Purin aineistot tekstiksi lähes sanasta sanaan, jotta niiden

alkuperäisyys säilyisi mahdollisimman pitkälle. Parantaakseni tutkimuksen laatua perehdyin jokaiseen haastatteluaineistoon perusteellisesti ennen varsinaiseen analyysivaiheeseen siirtymistä. Palaamalla alkuperäisiin aineistoihin yhä uudestaan eri analyysivaiheissa pyrin varmistamaan havaintojeni ja tulkintojeni perusteita. Myös opinnäytetyön raporttiin sisällytin otteita haastatteltavien alkuperäisilmaisuja tulosten tulkinnan vahvistamiseksi.

Aineiston analyysivaihe osoittautui haasteellisimmaksi opinnäytetyöprosessin osaksi, sillä yhtä oikeaa tai muita parempaa analyysitapaa ei ole olemassa, vaan laadullinen tutkimus voidaan analysoida useilla erilaisilla menetelmillä ja tavoilla. Ennen aineiston analyysiä perehdyin erilaisiin analyysimenetelmiin, jonka jälkeen opinnäytetyölleni tarkoituksenmukaisin lähestymistapa alkoi tarkentua. Tekemäni menetelmälliset valinnat olivat mielestäni työhöni sopivia, sillä saadut tutkimustulokset vastasivat tutkimuksen tarkoitukseen ja asetettuihin tutkimustehtäviin. Opinnäytetyöni tarkoitus ei ollut tuottaa yleistettävää tietoa, vaan tutkimustulokset perustuvat ainoastaan kolmen tutkimukseen vapaaehtoisesti osallistuneen kokemuksista kerättyyn tietoon. Pohdinnassa ja keskeisten tutkimustulosten tarkastelussa peilasin saatuja tuloksia muihin aiempiin tutkimuksiin sekä kirjallisuuteen.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen luotettavuuden lisäksi tutkijan tulee pohtia tutkimuksen eettisiä kysymyksiä läpi tutkimusprosessin. Tutkimuseettinen pohdinta nousee esille aiheen valintaan, aineiston hankintaan, käsittelyyn ja säilyttämiseen liittyvissä toimintavaiheissa. Tutkimuksen yleisesti hyväksytyjä eettisiä vaatimuksia ja toimintatapoja ohjaa tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistus hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa korostuvat erityisesti tutkittavien itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, henkisen ja fyysisen vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyyden kunnioittaminen ja suojeleminen. Harhaanjohtavasti, puutteellisesti, vilpillisesti tai muuten epärehellisesti esitetty raportointi loukkaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Esimerkiksi tulosten tahallista vääristelyä tai plagiointia ei saa tutkimuksessa esiintyä. Laadukas ja luotettava tutkimus edellyttää rehellisyyttä, huolellisuutta ja

tarkkuutta kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa. (Kuula 2011, 11, 34, 36–39, 60–65.)

Haastateltavien hankinta tapahtui Lapin keskussairaalan sisätautiosasto 5B:n kautta tutkimusluvan (liite 2) hankkimisen jälkeen. Haastateltavien osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Kävin jokaisen haastateltavan kanssa osallistumisen vapaaehtoisuuteen, anonymiteettiin, keskeyttämisoikeuteen, aineiston säilyttämiseen ja hävittämiseen liittyvät asiat läpi sekä haastattelua edeltävissä sähköpostiviesteissä että juuri ennen haastattelua. Lisäksi kerroin haastattelun nauhoituksesta ja nauhurin käytösäännöistä haastattelun aikana.

Haastattelutilanteessa toimin asiallisesti, ystävällisesti ja haastateltavia kunnioittavasti. Ennen haastattelun alkua koin asianmukaiseksi kertoa haastateltaville hieman itsestäni ja opinnäytetyöni taustoista, jotta tutustuminen olisi molemminpuolista. Koska asioiden näkeminen arkaluonteisena on usein yksilöllistä (Kuula 2011, 136), pyrin etenemään haastattelutilanteissa tahdikkaasti havainnoimalla tutkittavien suhtautumista tutkimusaiheeseen. Keskustelu tupakointiin liittyvistä asioista ei kuitenkaan vaikuttanut aiheuttavan tutkittavissa kiusaantuneisuuden tai vaivaantuneisuuden tunteita, jotka kertovat kysymysten arkaluonteisuudesta. (Kuula 2011, 138). Haastattelurungon läpikäynnin lisäksi haastattelutilanteeseen sisältyi myös yleistä keskustelua tupakoinnista ja tupakoinnin lopettamisesta.

Ääninauhurilta purettuja haastatteluaineistoja säilytin henkilökohtaisen tietokoneeni tiedostoissa sekä kahdella muistitikulla. Lisäksi muuta opinnäytetyöhöni liityvää paperimateriaalia säilytin muovitaskuissa työpöytäni laatikossa. Aineistojen tietosuojan parantamiseksi tietokoneen ja muistitikujen suojausten tehostaminen sekä paperimateriaalin pitäminen lukollisessa säilytystilassa olisi ollut mahdollista. Näin en kuitenkaan tehnyt, koska minulla ei ollut syytä uskoa, että ulkopuolinen henkilö olisi käynyt aineistoihin käsiksi. Lisäksi olin poistanut aineistoista ja lähetetyistä sähköpostiviesteistä haastateltavien tunnistetiedot niin, että niiden yhdistäminen olisi ollut ulkopuolisille mahdotonta. Säilytin tutkimusaineistoja opinnäytetyön valmistumiseen saakka, jonka jälkeen ne hävitettiin asianmukaisesti.

Tutkimusaineiston analyysivaiheessa tärkeää on käsitellä aineistoa ja raportoida tulokset niin, ettei yksittäistä tutkittavaa voida tunnistaa (Kuula 2011, 64). Haastateltavien anonymiteetin varmistamiseksi heidän etunimiään ei tule käyttää aineiston käsittelyssä, vaan ne tulee korvata esimerkiksi numeroin (Kylmä – Juvakka 2007, 153). Käytin alusta asti haastateltavien etunimien tilalla koodinimiä H₁, H₂ ja H₃ niin haastattelupäiväkirjamerkinnoissä, aineiston litteroinnissa kuin myöhemmin tulosten raportoinnissa. Opinnäytetyöraporttiin nostettujen alkuperäisilmaisuista otettujen suorien lainausten kohdalla poistin joitakin osia ilmauksista, jotta haastateltavien anonymiteetti ei vaarantuisi.

Koin opinnäytetyöni aiheen tärkeäksi ja tarpeelliseksi tutkimuksen kohteeksi. Aihe kiinnosti minua henkilökohtaisesti, ja tutkittua tietoa valitsemastani näkökulmasta löytyi vain vähän. Pyrin kiinnittämään huomiota tutkimuksen eettisiin näkökohtiin koko tutkimusprosessin ajan, jotta tutkimukseni etiikka olisi hyvien käytänteiden mukainen. Hyvän tutkimusetiikan varmistamiseksi kiinnitin huomiota muun muassa huolelliseen eri tutkimusprosessin vaiheisiin valmistautumiseen sekä avoimeen ja rehelliseen raportointiin. Myös tulosten raportointi- ja tulkintavaiheessa pyrin pysähtymään ja pohtimaan, olinko tulkinnut aineistoa oikein ja totuudenmukaisesti, ja olinko kirjoittanut raportin asianmukaisesti ja tutkittavia kunnioittavasti. Koen, että tutkimuseettisellä pohdinnalla oli merkittävä rooli läpi koko opinnäytetyöprosessin.

7.3 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Opinnäytetyöprosessi alkoi reilu vuosi sitten aiheen ideoinnista, josta vähitellen, useiden vaiheiden jälkeen syntyi lopullinen, valmis työ. Mielenkiintoni tutkimusaihetta kohtaan säilyi opinnäytetyöprosessin loppuun saakka, vaikka ajoittain tutkimuksen työstäminen tuntui raskaalta ja haastavalta. Erityisesti hyvin monisyiseksi ja rikkaaksi osoittautuneessa aineiston analysointivaiheessa koin tarvitsevani runsaasti ohjaavan opettajan tukea ja varmistusta. Myös opinnäytetyöprosessin kanssa samanaikainen opiskelu kenttäharjoitteluineen ja lukuisine tehtävineen sai käytettävissä olleet aikaresurssit tuntuun ajoittain riittämättömiltä. Opinnäytetyö valmistui kuitenkin suunnitelmieni mukaisessa aikataulussa, mihin olen erittäin tyytyväinen.

Opinnäytetyön tekeminen oli haastavuudestaan huolimatta antoisa ja opettavainen kokemus. Koen, että opinnäytetyöprosessin myötä asiantuntijuuteni kehittyi tupakointiin ja lopettamisen tukimenetelmiin liittyvissä asioissa. Lisäksi opinnäytetyön kautta sain tutustua tieteellisen tutkimuksen maailmaan, kun pääsin perehtymään erityisesti laadullisen tutkimuksen lähestymistapaan ja sen aineistonkeruu- ja analyysimenetelmiin. Sain myös kokemusta laadullisten aineistonkeruumenetelmien hyödyntämisestä käytännössä tehdessäni hoitajien haastattelut, jotka koin henkilökohtaisesti hyvin rikastuttaviksi kokemuksiksi. Opinnäytetyön alkuvaiheessa tarvitsin ohjaavan opettajan ohjausta erityisesti valitun näkökulman kirkastamisessa, mutta prosessin edetessä itsenäisyyteni ja vastuuni työhön liittyvissä valinnoissa kasvoi. Päädyin analysoimaan ja raportoimaan aineistosta nousseet kehittämissuhteet aineiston seassa, sillä koin sen itselleni helpoimmaksi tavaksi. Vaikka kehittämissuhteiden esittäminen erikseen olisi ollut selkeämpää, oli valittu tapa oman ajattelun ja työn etenemisen kannalta parempi vaihtoehto. Pyysin ohjaavalta opettajaltani työhön kohdistuvaa ohjausta läpi opinnäytetyöprosessin varmistakseni, että tekemäni ratkaisut vievät työtäni oikeaan suuntaan. Uskon, että voin hyödyntää opinnäytetyöstä saamaani tietoa ja ymmärrystä tulevassa työssäni sairaanhoitajana kohdatessani tupakoivia potilaita.

8 POHDINTA

8.1 Keskeisten tutkimustulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, millaisena hoitajat kokevat potilaan tupakoinnin puheeksi ottamisen ja lopettamisen tukemisen. Opinnäytetyön tavoitteena oli vastata tutkimustehtäviin, millaisia kehittämistarpeita hoitajat kokevat tupakoinnin puheeksi ottamisessa ja millaisia ehdotuksia hoitajilla on lopettamisen tukemisen kehittämiseksi. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa kyseisiin kokemuksiin ja näkemyksiin perustuvaa tietoa, joka auttaa kehittämään tupakoivan potilaan hoitotyötä ja potilaan terveyttä edistävää ohjausta tupakointiin liittyvissä asioissa. Saadut tutkimustulokset jakaantuivat viiteen eri yläkategoriaan, jotka olivat hoitajan hyvä ammatillinen osaaminen, ohjauksen tarpeen määrittämisen tärkeys, tupakoivan potilaan ohjaus- ja tukemismenetelmien tarpeellisuus, hoitajan antaman ohjauksen tehokkuus sekä haasteet tupakoinnin puheeksi ottamisessa ja lopettamisen tukemisessa. Koska kyseessä oli laadullinen tutkimus, tarkoituksena ei ollut yleistettävän tiedon tuottaminen, vaan yksittäisten haastateltavien kokemusten kuvailu ja ymmärtäminen.

Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että haastateltavat pitivät hyvää ammatillista osaamista tärkeänä tupakoinnin puheeksi ottamisessa ja lopettamisen tukemisessa. Hoitajilta löytyi tietoa tupakoinnin haitallisista terveysvaikutuksista sekä tupakkariippuvuuden kokonaisvaltaisuudesta, mutta varsinaisen tupakkaohjauksen ja kirjaamisen toteuttamisessa nähtiin epätasaisuutta. Epätasaisuuden taustalla hoitajat näkivät elintapaohjauksen antamiseen liittyvän osaamattomuuden sekä hoitoa ohjaavan rungon puutteen. Haastateltavat kokivat myös hoitajan kohtaamis- ja vuorovaikutustaidoilla olevan suuri merkitys puututtaessa potilaan henkilökohtaisiin elämäntapavalintoihin, kuten tupakointiin. Negatiivisuuden ja pelottelun sijaan luonteva, hienovarainen ja kunnioittava lähestyminen tuki hoitajien mukaan ohjauksen onnistumista. Haastateltavat kokivat, että tupakoivaan suhtautuminen osastolla oli yleensä neutraalia, vaikka toisinaan tupakoiviin turhaiduttiin, jolloin heihin suhtautuminen näyttäytyi negatiivisena. Hoitajat eivät kokeneet tuntevansa tupakoivan potilaan hoitopolkuja riittävästi, vaikka mahdollisia jatkohoitoyhteyksiä

tiedettiin. Hoidon jatkuvuus ja jatkuvuuden varmistaminen koettiin epäselväksi ja vieraaksikin alueeksi, eikä muiden toimijoiden rooleista tupakoivan potilaan hoidossa koettu olevan tarpeeksi tietoa.

Kehittämisehdotuksiksi nousi hoitajien koulutuksen lisääminen. Hoitajat toivoivat saavansa täydennyskoulutusta erilaisista keskustelumenetelmistä, yksilöllisen hoidon toteuttamisesta, erilaisista lopettamisen tukimuodoista ja –menetelmistä, hoidon jatkuvuudesta ja tupakoivan potilaan hoitoketjuista. Myös tupakoinnin terveysvaikutusten ja lopettamisen hyötyjen ja haittojen kertaamiselle koettiin tarvetta. Lisäksi yhden haastateltavan mielestä muiden yksiköiden tupakkavastaavia voisi hyödyntää hoitajien osaamisen lisäämisessä, tai vaihtoehtoisesti osastolle voitaisiin valita oma, sisäinen tupakkavastaava.

Yllä mainitut tutkimustulokseni myötäilevät Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidossa toteutetun kyselyn tuloksia. Kyseiseen tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista jopa 93 % koki omaavansa riittävät tiedot tupakoinnin terveysvaikutuksista. Kuitenkin vain 61% tunsi valmiuksiensa riittävän potilaan tupakasta vieroittamiseen. Tulokset hoitajien koulutukseen liittyvistä kehittämistarpeista ja –ehdotuksista olivat tutkimuksissa yksimieliset: lisä- ja täydennyskoulus puheeksioton erilaisista keinoista ja menetelmistä nähtiin tärkeänä. Myös yhteisten toimintamallien ja käytäntöjen kehittäminen sekä tiedon lisääminen potilaan jatkohoidosta ja hoitoketjusta nousivat selkeiksi parannusehdotuksiksi sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kyselytutkimuksen että opinnäytetyöni tuloksissa. (Lehtinen ym. 2010, 12–13, 20–21.)

Tutkimustulokset osoittavat, että ohjauksen tarpeen määrittäminen on tupakoinnin puheeksioton ja lopettamisen tukemisen edellytys. Ohjauksen tarpeen määrittelyssä olennaista on tietää potilaan tupakointistatus ja -historia sekä motivaatio elämäntapamuutokseen, jotta ohjaus voidaan rakentaa yksilöllisesti potilaan tilanteen mukaan. Hoitajien mukaan potilaan tupakointi tuli selkeimmin esille, kun potilaalta kartoitettiin erilaiset sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijät ennen sydäntutkimuksia. Jos kyseessä ei ollut sydänsairas potilas, hänen tupakoinnistaan kysyttiin vain satunnaisesti. Hoitajat kokivat, ettei potilaan tupakoinnista aina kysytä eikä tiedetä, ellei potilaan huomata

käyvän tupakoimassa hoitajakson aikana, tai ellei hän itse ota tupakointiaan puheeksi. Myös Lehtisen (2010, 18) tutkimustulokset osoittavat, että vain 47 % sairaanhoitajista otti tupakoinnin puheeksi potilaan kanssa ja 44 % tarjosi tähän vieroitushoitoa (Lehtinen ym. 2010, 18). Sen lisäksi, että potilaan tupakointistatus ja -historia sekä motivaatiotaso elämäntapamuutokseen tunnetaan, tulee hoitajien näkemysten mukaan ohjauksessa ottaa huomioon myös potilaan tiedon ja ymmärryksen taso sekä sopiva ajankohta tupakoinnin puheeksiotolle.

Kehittämissuositukseksi nousi ajatus, että jokaiselta osastolle tulevalta potilaalta voisi kysyä hänen tupakoinnistaan. Yhden haastateltavan mielestä systemaattinen tupakoinnista kysyminen auttaisi hoitohenkilökuntaa suunnittelemaan lopettamisen tukemiseen liittyvää yksilöllistä ohjausta, jolloin asian eteenpäin vieminen helpottuisi. Hoitajan mielestä tupakoinnista kysyminen voisi olla samanlainen automaatio kuin esimerkiksi potilasrannekkeen laitto tai sydänpotilaan kivuista kysyminen. Vaikka tupakoinnista kysyminen ei hoitajien mukaan kuluta aikaa eikä resursseja, vaatii uuden käytännön jalkauttaminen osaston toimintaohjeiden päivittämistä.

Tutkimuksessa tupakoivan potilaan keskeisimmiksi ohjaus- ja tukimenetelmiksi nousivat tupakoinnin riskeistä ja apukeinoista kertominen, tupakoimattomuuteen kehottaminen, lääkkeellinen tukeminen, kirjallinen ohjausmateriaali sekä henkinen tukeminen ja konkreettinen kannustaminen. Hoitajat kokivat tiedollisen ja lääkkeellisen tukemisen yleisimmäksi tukimuodoksi tupakoinnin lopettamiseen tähtäävässä toiminnassa. Hoitajat kokivat, että tupakointiin liittyvässä ohjauksessa korostuvat tupakoinnin riskeistä kertominen, joka toisinaan syrjäyttää toisenlaisia lähestymistapoja ja tekee ohjauksesta yksipuolista.

Kehittämissuosituksissa nousi tarve ohjausta ja keskustelua tukevalle ohjausrungolle, jonka avulla tupakointiin liittyviä asioita voisi käydä läpi potilaan kanssa. Tällainen eri tilanteisiin sovellettava ohjausrunko helpottaisi hoitajien mukaan tupakointiin liittyvän keskustelun etenemistä ja tekisi tupakoinnin puheeksiotosta rutiinia. Ilman ohjausrunkoa osa hoitajista koki tupakointiin liittyvän ohjauksen vaikeaksi ja hajanaiseksi. Käyttökelpoisen ohjausrungon

lisäksi hoitajat toivoivat tupakoivan potilaan ohjaukseen enemmän monipuolisia ohjausmenetelmiä, kuten osaston sisällä toteutettavia yhteisohjaustilanteita sekä audiovisuaalisten menetelmien hyödyntämistä.

Opinnäytetyöni tutkimustuloksissa hoitajat näkivät tupakoivan potilaan hoitoon tarkoitetulle ohjausrungolle tarvetta, koska jokaisen eri tavalla toteuttama elintapaohjaus koettiin epäselväksi ja riittämättömäksi toteuttamistavaksi. Vastaavasti myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kyselytutkimukset tuloksista käy ilmi, että tupakoinnin puheeksiottoa ei koettu systemaattisena, minkä vuoksi yhteisten pelisääntöjen kehittämistä ja kaikkien sitoutumista niihin pidettiin toivottavana. (Lehtinen ym. 2010, 21).

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että hoitajat pitivät antamaansa tupakkaohjausta potilaan motivaatiota nostavana. Hoitajat kokivat sekä lääkärin että heidän itsensä antamalla tupakkaohjauksella olevan myönteinen vaikutus potilaan motivaatioon vähentää tai lopettaa tupakointi. Myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä toteutetun tutkimuksen mukaan enemmistö (73%) sairaanhoitajista uskoi terveysneuvonnan vaikuttavuuteen tupakoimattomuuden edistämiseksi (Lehtinen ym. 2010, 13–14). Toisaalta hoitajat kokivat tupakoinnista keskustelun helposti hyödyttömäksi, ellei potilas osoittanut motivaatiota tupakoinnin lopettamiseen. Tupakointiin liittyvän hoidon ja ohjauksen vaikuttavuutta arvioitiin seuraamalla nikotiinikorvaustuotteiden tehoa ja vaikutuksia sekä palaamalla ohjauskeskusteluun uudelleen, jolloin mahdollinen muutos motivaatiossa tulee esille.

Tutkimuksen tuloksissa on nähtävissä, että tupakoinnin puheeksi ottamisessa ja lopettamisen tukemisessa on omat haasteensa, jotka liittyvät sekä organisaation että hoitajien arvoihin. Hoitajat kokivat, että tupakoinnista puhutaan terveydenhuollossa vähän, niin vähän, että organisaation arvot tupakoimattomuuden edistämiseen kyseenalaistuvat. Hoitajien näkemysten mukaan tupakointiin liittyvä hiljaisuus terveydenhuollossa aiheuttaa tunteen, että sekä yleistä tupakoimattomuutta että hoitajien tupakkaosaamista pidetään liian itsestäänselvinä asioina. Myös hoitajien arvoissa ja toiminnassa näkyi ristiriitaa: hoitajat kokivat tupakoinnin lopettamisen ja tupakoimattomuuden edistämisen olevan tärkeää, mutta siitä huolimatta potilaan tupakointiin ei

aina puututtu eikä tupakointiin liittyvää ohjausta annettu. Hoitajat kokivat tupakkaohjauksen toisinaan ylimääräisenä lisätyönä, joka helposti jää myös antamatta. Tupakoinnin puheeksi otossa ja lopettamisen tukemisessa haasteita syntyy myös tupakoinnin aiheuttamista negatiivisista tunteista. Osa hoitajista kertoi pitävänsä tupakan hajua inhottavana, mikä vaikeutti esimerkiksi juuri tupakoineen potilaan lähestymistä myönteisesti. Hoitajat kokivat harmistuvansa potilaan tupakoinnista, ja ilahtuvansa sekä helpottuvansa tupakoimattomuudesta. Osa hoitajista piti myös tupakoinnista keskustelua vaikeana aiheen henkilökohtaisuuden ja arkuuden vuoksi.

Kehittämissuositukseksi nousi tupakoimattomuuden edistämisen nostaminen tärkeämpään asemaan sekä organisaatiossa että sen kaikissa toimintayksiköissä. Hoitajat toivoivat, että tupakoinnista ja lopettamisen tukemisesta puhuttaisiin terveydenhuollossa enemmän, jolloin myöskään aiheen puheeksiotto potilaan kanssa ei olisi niin vaikeaa ja vierasta. Hoitajat olivat sitä mieltä, että tupakoimattomuuden edistämiseen liittyvissä arvoissa ja toiminnassa näkyy sekä organisaatio- että hoitajatasolla ristiriitaisuuksia, joilla on epäedullinen vaikutus hoitotyöhön.

Yllä mainitut tutkimustulokset eroavat osittain Lehtisen (2010, 15–16) tutkimustuloksista, joissa tupakointia ei koettu vaikeaksi ottaa puheeksi erityisesti silloin, kun tupakointi liittyy potilaan hoitoon tulossyyhyn. Silloin, kun tupakointi ei liittynyt hoitoon tulossyyhyn, puheeksiotto koettiin vaikeammaksi sekä Lehtisen (2010, 15–16) että opinnäytetyöni tutkimustulosten mukaan. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista enemmistö piti potilaan tupakointia asiana, johon saa puuttua, vaikkei se liittyisi varsinaiseen hoitoon tulossyyhyn (Lehtinen ym. 2010, 13–14). Myös opinnäytetyöni tutkimustuloksista käy ilmi, että aiheen henkilökohtaisuudesta ja arkuudesta huolimatta hoitajalla koettiin olevan lupa kysyä ja puuttua potilaan tupakointiin hoitoon tulossyyhystä riippumatta. Tutkimustulosten yhteneväisyytenä nähdään myös tutkittavien tyytymättömyys johdon tukeen ja sitoutumiseen koskien terveyden edistämistyötä (Lehtinen ym. 2010, 19).

8.2 Päätelemät ja tupakointiin liittyvän ohjauksen kehittäminen

Opinnäytetyön tulosten ja niiden lähemmän tarkastelun perusteella voidaan todeta, että hoitajat kokevat tupakkariippuvuuden vaikeana fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena ongelmana, josta irrottautumiseen tarvitaan monipuolista tukea ja apua. Tupakointiin liittyvässä ohjauksessa nähtiin kuitenkin kehitettävää, sillä keskustelumenetelmät koettiin yksipuolisiksi ja riskeihin keskittyviksi. Vaikka hoitajat kokivat, että heidän antamallaan ohjauksella on vaikutusta, oli tupakoinnista keskustelu vähäisempää ennen potilaan päätöstä lopettaa tupakointi kuin sen jälkeen. Vasta potilaan lopettamispäätöksen jälkeen hoitajat kokivat voivansa hoitaa, tukea ja kannustaa potilasta paremmin ja tehokkaammin.

Varsinaisia käytänteitä tai ohjeistuksia ei tupakoivan potilaan hoitoon ollut selkeästi käytössä, vaan jokaisen hoitajan nähtiin toteuttavan elämäntapaohjausta oman osaamisensa ja persoonansa kautta. Sydänpotilaiden, ja erityisesti sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen menevien potilaiden tupakointiin puuttuminen toteutettiin hoitajien mukaan systemaattisesti. Puolestaan ei sydänsairaana tupakointiin puuttuminen koettiin hyvinkin satunnaisena. Myös lyhyet hoitosuhteet ja työvuorojen kiireisyys koettiin haastaviksi ja ohjausta heikentäviksi, vaikka osa hoitajista ajatteli, ettei tupakoinnin puheeksiotto tai lopettamisen tukeminen vaadi ylimääräistä aikaa tai resursseja. Lisäksi epä-tietoisuuden hoidon jatkuvuudesta ja hoitopoluista koettiin heijastuvan kirjaamiseen sekä tupakoivan potilaan jatkohoidon varmistamiseen, joissa hoitajat näkivät kehitettävää.

Yksi mahdollinen jatkotutkimusaihe opinnäytetyöhöni pohjautuen voisi olla tutkimuksen toistaminen samalla tutkimusasetelmalla, mutta eri tutkimushenkilöillä. Olisi mielenkiintoista saada tietää, eroavatko muissa toimintayksiköissä työskentelevien kokemukset tupakoinnin puheeksi otosta ja lopettamisen tukemisesta tämän tutkimuksen tuloksista, ja millaisia yhtenäisyyksiä tai eroavaisuuksia tutkimustuloksista on havaittavissa esimerkiksi alueellisesti. Myös tutkimustulosten vertailu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken antaisi laajemman kuvan siitä, miten tupakoimattomuuden edistäminen koetaan ja toteutetaan painotusalueiltaan erilaisissa terveystalve-

luissa. Toisena jatkotutkimusaiheena näkisin käyttökokemusten tutkimisen liittyen tupakoinnin puheeksi oton avuksi käyttöönotettuun ohjausrunkoon. Uuden tai jossain hyväksi koetun ohjausrungon käyttöönoton jälkeen olisi myös kiinnostavaa tietää, lisääntykö tupakoinnista keskusteleminen potilaiden kanssa, ja alentaako ohjausrunko kynnyistä ottaa tupakointi luontevasti puheeksi potilaan kanssa. Näistä saatavien tietojen pohjalta tupakointiin liittyvää ohjausta voitaisiin kehittää yhä luonnollisemmaksi osaksi hoitotyötä ja terveyden edistämistä kaikilla terveydenhuollon kentillä.

LÄHTEET

- Absetz, P. 2010. Elämänmuutos – miten se tapahtuu, miten sitä voi edistää? - Teoksessa Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:15 (toim. P. Sandström, A. Leppänen, O. Simonen, 51–62).
- Broms, U. – Korhonen, T. – Salminen, O. – Pennanen, M. – Kaprio, J. 2012. Tupakointi Suomessa. – Teoksessa Kohti Savutonta Suomea – tupakoinnin ja tupakkapolitiikan muutokset (toim. A. Heloma, H. Ollila, P. Danielsson, P. Sandström, ja J. Vakkuri, 106–118). Osoitteessa http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90868/URN_ISBN_978-952-245-640-3.pdf?sequence=1. 28.2.2014.
- Duodecim 2012a. Käypä hoito –suositus. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Osoitteessa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi40020>. 28.2.2014.
- 2012b. Käyttäytymisen muutoksen vaihe- ja prosessimallin yhdistämisestä ”Kuuden K:n” malliin tupakoinnin lopettamisessa. Käypä hoito –suositus. Osoitteessa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/nix00248#R1>. 10.4.2014.
- 2012c. Keskustelu potilaan kanssa, joka ei ole nyt valmis lopettamaan tupakointia. Käypä hoito –suositus. Osoitteessa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/nix01833>. 17.4.2014.
- Duodecim / Terveysportti 2013a. Tupakoinnin lopettaminen. Lääkärin käsikirja. Osoitteessa http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt01103. 4.4.2014.
- Eriksson, E. – Arnkil, T. 2010. Taking up one’s worries – a handbook on early dialogues. National Institute for Health and Welfare. Guide 1. Osoitteessa <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80315/d4782cad-3b09-471b-b80c-bb42f6f07ee6.pdf?sequence=1>. 27.3.2014.
- Eskola, J. – Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Fiore, M. ym. 2008. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Osoitteessa <http://bphc.hrsa.gov/buckets/treatingtobacco.pdf>. 29.5.2014.

- Havio, M. – Inkinen, M. – Partanen, A. (toim.) 2009. Päihdehoitotyö. 5.-6.painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Heikkinen, H. – Ollila, H. – Patja, K. 2010. Tupakka tupakoivan mielessä ja mielestä. –Teoksessa Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:15 (toim. P. Sandström, A. Leppänen, O. Simonen, 40–50).
- Helldán, A. – Helakorpi, S. – Virtanen, S. – Uutela, A. 2013. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2013. Raportti 21/2013. THL. Osoitteessa http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110841/URN_ISBN_978-952-302-051-1.pdf?sequence=1. 7.3.2014.
- Hildén, S-M. 2005. Tupakasta vieroittajan opas – motivoinnin avulla eroon tupakkariippuvuudesta. Helsinki: WSOY/Oppimateriaalit.
- Hirsjärvi, S. – Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu – teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistokustannus Oy.
- Hirsjärvi, S. – Hurme, H. 2005. Teemahaastattelu. 7.,painos. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Huovinen, M. 2004. Tupakka. Helsinki: Duodecim / Suomen Apteekkariliitto.
- Kankkunen, P. – Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Koski-Jännes, A. – Riittinen, L. – Saarnio, P. (toim). 2008. Kohti muutosta – motiivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Tammi.
- Kurko, T. – Kentala, J. – Mesiäislehto-Soukka, H. – Sandström, P. 2010. Terveystieteiden ammattilaiset tupakasta vieroituksen tukena – tutkimuskatsaus. -Teoksessa Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:15 (toim. P. Sandström, A. Leppänen, O. Simonen, 21–31).
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka – Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2.,uudistettu painos. Jyväskylä: Bookwell Oy.
- Kylmä, J. – Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, H. – Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

- Kyngäs, H. – Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1/99, 3–11.
- Kähkönen, O. – Kankkunen, P. – Saaranen, T. 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. *Hoitotiede* 3/12, 201–215.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilaohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto: hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Osoitteessa <http://herkules oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>. 4.4.2014.
- Lappalainen-Lehto, R. – Romu, M-L. – Taskinen, M. 2007. Haasteena päihitteet – ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Lehtinen, N. – Kulmala, J. – Rigoff, A-M. – Ståhl, T. 2010. Terveysneuvonnan toteutuminen ja haasteet Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 6/2010. Osoitteessa <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=12808&GUID=%7B4D3F3B7E-7E48-47D3-A3CC-5CB80973FE3B%7D&ei=3kY5U7CAFefiywO3m4GYAg&usg=AFQjCNGMNSK82YxWuWvFL7vOraxj8kkm8Q&bvm=bv.63808443,d.bGQ>. 31.3.2014.
- Lipponen, K. – Kyngäs, H. – Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Osoitteessa http://www.pshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf. 19.3.2014.
- Mäntymaa, J. 2010. Tupakkavieroitus käytäntöön – hoitopolkuehdotus terveydenhuoltoon. *Suomen lääkärilehti* 4/10, 297–301. Osoitteessa <http://ez.ramk.fi:2598/cl/laakarilehti/pdf/2010/SLL42010-297.pdf>. 24.2.2014.
- Ollila, H. – Patja, K. – Broms, U. – Korhonen, T. – Haukkala, A. – Kaprio, J. 2012. Tupakoinnin lopettaminen Suomessa 1997-2007 – vain kolmasosa saa lopettamiskehotuksen terveydenhuollosta. *Suomen lääkärilehti* 48/12, 3569–3576. Osoitteessa <http://ez.ramk.fi:2598/cl/laakarilehti/pdf/2012/SLL482012-3569.pdf>. 6.3.2014.
- Patja, K. – Airaksinen, M. – Leppänen, A. 2010. Vieroituksen apuvälineet – lopettajan näkökulmasta. –Teoksessa *Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu ja 2009:15 (toim. P. Sandström, A. Leppänen, O. Simonen, 63–79).
- Paunonen, M. – Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

- Risikko, P. 2010. Tupakasta vieroitus – jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuus. –Teoksessa Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:15 (toim. P. Sandström, A. Leppänen, O. Simonen, 11–12).
- Simonen, O. 2012. Tupakoinnin haitat ja lopettamisen hyödyt kansanterveyden kannalta. Duodecim 10/12, 1055-1057.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2014a. Huolen puheeksiottaminen varhain ja dialogisesti. Osoitteessa http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/menetelmat/verkostodialogiset_menetelmat/huolen_puheeksi_ottaminen. 25.4.2014.
- 2014b. Tupakkakoulutus. Osoitteessa <http://www.uef.fi/fi/tupakkakoulutus/etusivu>. 28.2.2014.
- Tuomi, J. – Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8., uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Winell, K. – Aira, M. Vilkmann, S. 2012. Näin tuen tupakoinnin lopettamista. Suomen lääkärilehti 48/12, 3565–3568. Osoitteessa <http://ez.lapinamk.fi:2162/cl/laakarilehti/pdf/2012/SLL482012-3565.pdf>. 17.4.2014.
- Winell, K. – Lehto, S. 2012. Tupakasta vieroituksen palvelut ajan vaatimusten mukaiseksi. Duodecim 10/12, 1059–1060.
- Winell, K. 2010. Vieroituksen organisointi terveydenhuollossa. –Teoksessa Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:15 (toim. P. Sandström, A. Leppänen, O. Simonen, 13–20).

LIITTEET

Teemahaastattelurunko

Liite 1

Tutkimuslupa

Liite 2

HAASTATTELUKYSYMYKSET**1. Esitiedot**

- ❖ Työkokemusvuodet sairaanhoitajana / tällä osastolla?
- ❖ Saatu koulutus tupakointiin liittyen

2. Tupakoinnin puheeksi ottamisen lähtökohdat

- ❖ Tupakointiin puuttumisen käytännöt osastolla
- ❖ Tilanteet, joissa tupakointi otetaan puheeksi
- ❖ Käytettävät suositukset/ohjeistukset tupakkariippuvuuden hoidossa
- ❖ Kokemus tupakoimattomuuden edistämisestä aihe-alueena
- ❖ Oman tupakointiin liittyvän osaamisen kokeminen

3. Kokemukset tupakoinnin puheeksi ottamisesta ja lopettamisen tukemisesta

- ❖ Tupakoinnin herättämät tunteukset
- ❖ Kokemukset tupakoinnin puheeksiottotilanteista
- ❖ Kokemukset tilanteista, joissa savuttomuuteen tuetaan
- ❖ Puheeksiottamiseen ja lopettamisen tukemiseen liittyvät omat tunteet ja ajatukset
- ❖ Tupakoinnin puheeksiottamista vähentävät/vaikeuttavat/estävät tekijät
- ❖ Hoitotyön esteet tupakoinnin puheeksiottamiselle
- ❖ Ehdotukset tupakointiin puuttumisen helpottamiseksi

4. Menetelmät savuttomuuden tukemiseen ja potilaan ohjaukseen

- ❖ Tupakoinnista kysyminen
- ❖ Tupakoinnista ja tupakoinnin lopettamisesta keskusteleminen
- ❖ Kannustaminen ja lopettamisen tukemismenetelmät
- ❖ Kirjaaminen
- ❖ Vieroitushoidon järjestäminen
- ❖ Nikotiinikorvaushoidon aloittaminen
- ❖ Moniammatillisuuden hyödyntäminen
- ❖ Jatkohoidon varmistaminen
- ❖ Kehittämistarpeet puheeksiottoon ja lopettamisen tukemiseen liittyvissä asioissa
- ❖ Kehittämissuositukset tupakointiin puuttumiseen liittyvissä asioissa
- ❖ Koulutuksen tarve

Aiheeseen liittyvää muuta lisättävää / kerrottavaa

TUTKIMUSLUPA

Liite 2

Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

LUPA TUTKIMUKSELLE / OPINNÄYTETYÖLLE

klinikka / tulosyksikkö		tulosyksikkönumero		DIAARINRO: TUT 8/2014		
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet Röntynen Satu Susanna		Henkilötunnus			
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka Lapin Ammattikorkeakoulu		Nykyinen virka / toimi / opiskelija opiskelija (sairaanhoitaja)			
	Kotiosoite		Postinro ja -paikka			
	Puhelin toimeen	Puhelin kotiin	Sähköpostiosoite satu.rontynen@edu.lapinamk.fi			
	Suoritettu tutkinto		Suoritusvuosi	Suorituspaikka		
	Tutkimusprojektin lyhyt nimi Hoitajien kokemuksia tupakoinnin puheeksi ottamisesta		Tutkimusaika Kevät 2014 - Syksy 2014			
2. Tutkimusprojektia tai tutkimusta koskevat tiedot	Tutkimus on		<input checked="" type="checkbox"/> julkinen		Tutkimusaika	
			<input type="checkbox"/> ei-julkinen, sisältää salassapidettäviä osioita		Kevät 2014 - Syksy 2014	
	Kaavanumerot		Alihakuksena			
	Tutkimus on		<input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu) <input type="checkbox"/> gradu <input type="checkbox"/> muu, mikä			
			<input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> väitöskirja <input type="checkbox"/> rekisteritutkimus			
	Anoja on		<input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> muu tutkija		Anoja osallistuu potilastyöhön	
			<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija		<input type="checkbox"/> kyllä <input checked="" type="checkbox"/> ei	
	Tutkimuksen vastuuhenkilö (Laki lääk. tutk. 488/1999 § 5) / ohjaaja / päätökijä ohjaava opettaja: Terveystieteiden lehtori Sirka Havela					
	Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät <input type="checkbox"/> Apteekki <input type="checkbox"/> Laboratorio Lapin Keskussairaala, osasto 5B					
	Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteenä)					
Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ► Erillinen liite						
Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaista kustannuksista <input type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys <input type="checkbox"/> Ei aiheuta, koska on ulkopuolinen rahoittaja mitä						
Ulkopuolinen rahoitus		rahoittaja		Sopimuksen nro (kirjaamosta)		
<input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja		<input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain				
Muu rahoitus		<input type="checkbox"/> EVO <input checked="" type="checkbox"/> muu, mikä omakustanteinen		Projektin numero: (EVO: JYL-päätös §)		
Päivämäärä		Anojen allekirjoitus ja nimen selvennys		Satu Röntynen		
20.2.2014		Satu Röntynen				
3. Lausunnot	Tarvittavat lausunnot ja luvat					
	<input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvetta	lähetyspäivä		vastaus saatu		
	<input type="checkbox"/> Alueellinen eettinen toimikunta					
Luvat	<input type="checkbox"/> ¹⁾ ETENE - ²⁾ TUKIJA					
	<input type="checkbox"/> Fimea ³⁾ <input type="checkbox"/> Johtajayhdistys / laitoksen joht. / STM/THL ⁴⁾ <input type="checkbox"/> VALVIRA ⁵⁾					
4. PÄÄTÖS Luvan myöntäjä täyttää!	Tutkimustulosten omistusoikeus					
	<input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta		<input type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta			
	Päätös					
	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti		ehdolla että saamme rahoituksen käyttöönne			
<input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavien muutoksien		<input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä				
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi						
Päätöksentekijä						
<input type="checkbox"/> tulosyksikön joht. / tulosalueen joht. / ylihoitaja		<input checked="" type="checkbox"/> johtoyhdistys / hall. yhtiö / johtaja		<input type="checkbox"/> shp:n joht. / hallitus		
Päivämäärä		Allekirjoitus		LOMAKKEEN SÄILYTYS		
25.2.2014		Satu Röntynen		- Tutkija (tutkimuksen ajan) - Päätäjä (arkistointi)		

¹⁾ ETENE= Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta²⁾ TUKIJA= Valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta³⁾ Fimealta ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa. Apteekin tiedote 7.8.1.⁴⁾ Rekisteritutkimukset⁵⁾ Kudoslaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote (luvat).

Liitteet: Tutkimussuunnitelma
Rahoitussuunnitelma
Muita liitteitä 1 kpl

LSHP (päivitetty 29.10.2010)