



Päihdepotilaan kohtaaminen ja vuorovaikutus somaatiikan osastolla -sairaanhoitajien kokemuksia

Sami Pennanen

2018 Tikkurila



Laurea-ammattikorkeakoulu

Päihdepotilaan kohtaaminen ja vuorovaikutus somatiikan
osastolla -sairaanhoitajien kokemuksia

Sami Pennanen
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2018

Sami Pennanen

Päihdepotilaan kohtaaminen ja vuorovaikutus somatiikan osastolla -sairaanhoitajien kokemuksia

Vuosi 2018 Sivumäärä 49

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sisätautien osastolla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä päihdepotilaiden kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta hoitotyön arjessa. Tavoitteena oli tuottaa ajankohtaista tietoa siitä, millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla oli päihdepotilaiden kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyvistä haasteista, onnistumisista ja keinoista hoitosuhteen aikana, sekä koulutustarpeista ja kehitysideoista päihdepotilaiden hoitotyöhön liittyen, jotta tietoa voidaan hyödyntää jatkossa sairaanhoitajien osaamisen kehittämisessä.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kanssa, joka oli tilannut opinnäytetyön aiheesta päihdepotilaan hoito somatiikan osastolla, sijoittuen hoitoyksikkönsä sisätautien ja kuntoutuksen osastoille.

Opinnäytetyön teoriaosion tarkastelu aloitetaan kartoittamalla Suomessa yleisimmin käytettyjä päihdepotilaita, päihdesairauksia, joita hoidetaan somatiikan osastoilla, sekä Suomen terveydenhuollossa esiintyvien päihdesairauksien määrää. Seuraavaksi opinnäytetyössä otetaan tarkasteluun päihdepotilaat, sekä päihdepotilaiden vaikutus potilaiden käyttäytymiseen. Vuorovaikutus on tärkeässä asemassa päihdepotilaan ja sairaanhoitajan välisessä hoitosuhteessa, sillä lyhytaikainenkin hyvä hoitosuhde mahdollistaa paremman kokemuksen ja kuntoutumisen päihdepotilaille. Teoriaosion viimeinen osa käsittelee hoitotyöntekijöiden suhtautumista päihdepotilaisiin, missä ilmenee usein haasteita, ja mihin hoitotyöntekijä voi vaikuttaa itse omalla asennoitumisellaan, uskomuksillaan ja ajattelutavallaan.

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä oli puolistrukturoitu kvalitatiivinen teemahaastattelu, joka toteutettiin keväällä 2018. Haastateltavaksi valittiin sattumanvaraisesti neljä vapaaehtoista sairaanhoitajaa, ja haastattelut toteutettiin anonyymeinä yksilöhaastatteluina, joissa sairaanhoitajille esitettiin kolmesta teemasta kustakin kaksi kysymystä. Haastattelun teemat olivat sairaanhoitajien kokemukset, onnistumiset ja keinot, sekä koulutustarpeet ja kehittämisideat. Haastattelut tallennettiin, litteroitiin, sekä teemoiteltiin ja luokiteltiin analyysia varten.

Opinnäytetyön tuloksista selvisi haastateltujen kokevan päihdepotilaan kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa haasteita, joita olivat päihdepotilaan negatiivinen suhtautuminen sairaanhoitajaa kohtaan, sekä toisaalta heidän suhtautumisensa päihdepotilaisiin. Onnistumisena ja keinona kokonaisvaltaisesti toimiva vuorovaikutussuhde ja molemminpuolinen havainnointi edesauttoivat hoitosuhteen luomista ja ylläpitoa. Koulutuksiin liittyen sairaanhoitajat nimesivät haasteiksi riittämättömän koulutuksen määrän ja heikot koulutuksiin pääsemisen mahdollisuudet. Keskeisenä johtopäätöksenä voidaan todeta haasteiden ilmenevän kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa enemmän hoitajälähtöisinä haasteina, joiden pohjalta olisi tarpeellista järjestää koulutuksia osastoilla.

Asiasanat: Päihdepotilas, päihdepotilaan kohtaaminen, vuorovaikutus, sairaanhoitaja

Sami Pennanen

Encounter and interaction of substance abuse patient in somatic ward -experiences of nurses

Year	2018	Pages	49
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to find out experiences and views of nurses about encounter and interaction with substance abuse patient in a ward of Internal Medicine. The objective of this thesis was to produce the current data on nurses, what kind of experiences nurses have about challenges, achievements and means, and training needs and development ideas about substance abuse patients treatment, so that gathered information can be used on future for nurses competence development.

Thesis was built based on cooperation with the Hospital District of Helsinki and Uusimaa that had requested this thesis on a topic of substance abuse patients treatment, which was located in the wards at internal medicine.

The theory part of this thesis begins with surveying the most commonly used substances in Finland. Substance abuse disorders, which are being treated in somatic ward, and the amount of substances abuse disorders in Finnish Health Care system. Next, the thesis focused on substance abuse patients, and influences of substances on patient behaviour. Interaction is an important factor in a care relationship, that short-term genuine treatment enables better experience and rehabilitation for substance abuse patients. The last theory part of this thesis examines nurses' attitudes towards substance abuse patients, where it often shows as a challenge, as well as nurses' attitudes, believes, and ways of thinking can be decisive.

Data collection method for this thesis was half-structured qualitative theme interviews that were carried out in spring 2018. Four volunteer nurses were chosen for the interviews at random, interviews were made anonymously and individually, where they were presented with two questions from each three themes. Interviews' themes were nurses' experiences, achievements and means, and educational needs and development ideas. Interviews were recorded, transcribed, thematised and categorized for analysis.

Thesis' results revealed interviewees' experiences about challenges in encounter and interaction with substance abuse patients, which were substance abuse patients' negative attitude towards nurses' and secondly, nurses' attitudes towards substance abuse patients. As achievements and means the most comprehensive and workable interaction and mutual perception contributed to create and maintain care relationship between nurses and substance abuse patients. As educational needs nurses named insufficient amount of education, and weak training opportunities as challenges. As a key conclusion, the encounter and interaction challenges were mostly seen as nurse-driven. About this topic it would be useful to arrange trainings for wards' nurses.

Keywords: Substances, substance abuse patient, encounter, interaction, nurses

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Päihteet.....	6
3	Päihdesairaudet	7
	3.1 Päihdesairauksien määrä terveydenhuollossa.....	8
	3.2 Päihdesairaudet somatiikan osastoilla.....	8
4	Päihdepotilas	10
	4.1 Päihteiden vaikutus potilaan käyttäytymiseen	10
5	Vuorovaikutus.....	13
	5.1 Kohtaaminen ja ensivaikutelma	14
	5.2 Sairaanhoidajan ja potilaan välinen vuorovaikutus.....	15
	5.3 Päihdepotilaan kohtaaminen ja vuorovaikutus	17
6	Hoitotyöntekijöiden suhtautuminen päihdepotilaisiin.....	18
7	Opinnäytetyöprosessi, tarkoitus ja tavoitteet	20
	7.1 Tutkimusympäristö.....	21
8	Kvalitatiivinen tutkimus	22
	8.1 Aineistonkeruumenetelmä.....	23
	8.2 Puolistrukturoitu teemahaastatteluprosessi.....	23
	8.3 Teemahaastattelun laadun ja luotettavuuden varmistaminen.....	25
9	Tutkimustulokset ja analysointimenetelmät	26
	9.1 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	26
	9.2 Teemahaastattelutulokset.....	27
	9.3 Johtopäätökset	36
10	Pohdinta	39
	10.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	41
	10.2 Opinnäytetyön hyödyntäminen	42
	Lähteet	44
	Kuviot..	46
	Liitteet.....	48

1 Johdanto

Vuonna 2015 terveydenhuollon vuodeosastoilla rekisteröitiin Suomessa yhteensä 39 394 hoitajaksoa liittyen päihteiden aiheuttamiin sairauksiin. Päihdesairauksien yleisin aiheuttaja Suomessa oli vuonna 2015 alkoholi, ja vuonna 2013 päihteiden aiheuttamat vuotuiset yhteiskunnalliset haittakustannukset olivat arviolta noin 1,14 - 1,42 miljardia euroa, mistä pelkästään alkoholin haittaosuus muodostui 887 - 1089 miljoonan euron suuruiseksi. Päihteiden käytön aiheuttamien haittakustannusten määrä terveydenhuollossa oli puolestaan 116 - 202 miljoonaa euroa vuonna 2013. (Jääskeläinen, Räikkönen & Virtanen 2017, 34-40.)

Päihdepotilaiden kohtaaminen ja vuorovaikutus on sosiaali- ja terveysalalla jokapäiväinen haaste, joka voi pahimmillaan eskaloitua uhkatilanteeksi johtuen muun muassa puutteellisesta vuorovaikutuksesta hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välillä. (Soisalo 2011, 140). Hoitotyöntekijät sosiaali- ja terveysalalla ovat useissa tutkimuksissa ilmaisseet tuntevansa päihdepotilaita kohtaan pelkoa, turhautumista ja vastenmielisyyttä, joka on vaikuttanut hoitotyöntekijöiden asenteisiin sekä vuorovaikutukseen. Päihdepotilaiden elämässään kohtaamat epäonnistumiset ovat ajan kuluessa luoneet sosiaalisia haasteita, minkä vuoksi vuorovaikutustilanteessa tehdyt tulkinnot huonosta kohtelusta ovat käynnistäneet päihdepotilaassa vastareaktioita, jonka myötä hyvän hoitosuhteen luominen on epäonnistunut ja tuonut pahimmillaan häiriötilanteita hoitotyöympäristöön. Eettisyyteen pohjautuva avoimuus, rehellisyys ja tarkoituksenmukainen hoito ovat päihdepotilaan ja hoitotyöntekijän välisessä hoitosuhteessa sekä koko yhteiskunnan kannalta hyvin merkityksellisiä arvoja. (Salaspuro 2009, 903.)

Opinnäytetyön aihe ja tarkastelun näkökulma ovat hoitotyölähtöisiä. Päihdepotilaiden kohtaamista ja vuorovaikutusta on aiemmin tarkasteltu muissa opinnäytetöissä erityisesti päihdehoitotyön näkökulmasta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa päihdepotilaan hoitoon liittyvistä haasteista hoitosuhdetta luodessa, onnistumisista ja keinoista, jotka ovat edesauttaneet hyvän hoitosuhteen syntymistä ja sen ylläpitoa, sekä päihdepotilaan kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyviä koulutustarpeita ja kehittämisideoita Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiriin kuuluvassa hoitoyksikössä. Opinnäytetyössä toteutetun teemahaastattelun tuloksia on mahdollista hyödyntää jatkossa tulevilla kyseistä aihepiiriä koskevilla hankkeilla sekä hoitotyön kehittämisessä.

2 Päihteet

Yleisesti päihteet on jaoteltu alkoholiin, tupakkaan, teknisiin liuottimiin, lääkkeisiin ja huumausaineisiin, jotka ovat osin laillisia että laittomia, sekä osin aineita, joita ei alun perin ole tarkoitettu päihdekäyttöön. Alkoholi on Suomessa eniten käytetty päihde, joka lisäksi

aiheuttaa myös eniten päihdesairauksia ja -kuolemia. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 65). Maailmanlaajuisestikin se on yleisesti hyväksytty aikuisväestön laillinen päihde, joka Suomessa arvioiden mukaan lisäksi aiheuttaa suurimman osan päihdeongelmista. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 67). Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimuksen (AVTK) mukaan työikäisen väestön alkoholin käyttö on lisääntynyt pitkän ajan kuluessa. Vuonna 2013 alkoholia käytti vähintään kerran viikossa 49 prosenttia miehistä ja 28 prosenttia naisista. 23 prosenttia miehistä ja viisi prosenttia naisista käytti alkoholia humalahakuisesti eli vähintään kuusi alkoholiannosta kerralla ja vähintään kerran viikossa. Miesten humalahakuinen alkoholin käyttö oli yleisintä 45-54 -vuotiaiden keskuudessa (Helldán, Helakorpi, Virtanen & Uutela 2013, 28).

Muina päihteinä voidaan pitää korvikealkoholeja, erilaisia liuottimia, rauhoittavia- ja unilääkkeitä, sekä erilaisia huumausaineita, joiksi luetaan muun muassa kannabistuotteet, amfetamiini ja sen johdannaiset, kokaiini, LSD, ekstaasi, huumesienet, sekä erilaiset opiaatit, kuten heroini, buprenorfiini ja oopiumi. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 70-82). Huumausaineiden käyttö ja sen aiheuttamat haitat ovat muodostuneet Suomessa pysyväksi osaksi päihdekulttuuria. Vuoden 2010 väestötutkimuksen mukaan 15-69 -vuotiaista suomalaisista 17 prosenttia oli käyttänyt tai kokeillut laitonta huumausainetta vähintään kerran elämänsä aikana. Tutkimusta edeltäneen vuoden aikana laittomia huumausaineita oli käyttänyt tai kokeillut 4,5 prosenttia tutkitusta väestöstä. Vuoden 2010 väestötutkimuksen mukaan amfetamiinia tai ekstaasia oli aikuisväestöstä kokeillut jossain vaiheessa elämänsä aikana kaksi prosenttia, kokaiinia 1,5 prosenttia sekä opioideja noin prosentti. Unilääkkeitä, rauhoittavia- tai kipulääkkeitä päihtymistarkoituksiin oli elämänsä aikana käyttänyt aikuisväestöstä 6,5 prosenttia. Väestötutkimuksessa oli havaittu erityisesti 25-34 vuotiaiden osuuden huumeita joskus käyttäneistä olevan selkeästi suurempi kuin muissa ikäryhmissä. (Hakkarainen, Metso & Salasuo 2011, 397-411.)

3 Päihdesairaudet

Alkoholin kulutukseen liittyy ajoittain erilaisia terveysongelmia, joita hoidetaan muiden terveysasioiden ohessa terveyskeskuksissa ja erikoissairaanhoidossa. Terveyskeskuksessa hoidetaan vähäisemmän alkoholinkäytön aiheuttamia terveyshaittoja, kun taas erikoissairaanhoidossa keskitytään vaikeisiin alkoholin aiheuttamien sairauksien, kuten alkoholimyrkytysten, haima- ja maksatulehdusten, sekä tapaturmien hoitoon. Mielenterveyspalvelut on suunnattu henkilöille, joilla alkoholinkäyttö on pohjautunut mielenterveydellisiin syihin tai kriisitilanteeseen. (Inkinen & Vilkkonen 2015.) Päihteen käyttö on kytköksissä myös psyykkisiin sairauksiin, muun muassa alkoholilla on taipumusta aiheuttaa vaikeita masennusoireita, sekä mielenterveyshäiriöitä, joita voivat olla muun muassa psykoottinen häiriötila, tai mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt, joista osa ei poistu edes pitkään kestäneen raittiusajanjakson jälkeenkään. Mielenterveyshäiriöt ovat alkoholin pitkässä

käytössä henkilöstä riippuen keskimäärin noin 40 prosentilla, ja huumeiden käyttäjistä noin 50 prosentilla jossain vaiheessa elämäänsä. (Aalto. 2017.)

3.1 Päihdesairauksien määrä terveydenhuollossa

Terveydenhuollon vuodeosastoilla vuonna 2015 rekisteröitiin yhteensä 32 170 hoitojaksoa, joissa alkoholisairaudet olivat pää- tai sivudiagnoosina, joista päädiagnoosien osuus oli noin 66 prosenttia. Alkoholisairauksien aiheuttamien hoitojaksojen määrä oli vuoteen 2015 mennessä vähentynyt noin 11 prosenttia vuodesta 2010. Alkoholisairauksien vuoksi erikoissairaanhoidon polikliiniseen käynneille vuonna 2015 saapui yhteensä 45 111 potilasta, sekä käyntien määrä suhteessa vuoteen 2010 oli vuoteen 2015 mennessä noussut 55 prosentilla. Vuosien 2010-2015 aikana hoitojaksojen määrä kasvoi 23 prosenttia, kun päädiagnoosina oli alkoholin aiheuttama päihtymystila. Lyhentyneiden hoitojaksojen sekä tarjolla olevien vähentyneiden päihdepalveluiden vuoksi on terveydenhuollon vuodehoitopäivissä vuodesta 2010 vuoteen 2015 mennessä ilmennyt yhdeksän prosenttiyksikön nousu. Terveydenhuollon vuodeosastolla tai erikoissairaanhoidon avohoidossa oli hoidossa yhteensä 23 692 alkoholisairautta sairastavaa potilasta vuonna 2015, joista 72 prosenttia oli miehiä, ja 57 prosenttia alkoholisairautta sairastavasta kokonaispotilasmäärästä oli yli 50-vuotiaita. (Jääskeläinen, Räikkönen & Virtanen 2017, 38-39.)

Huumaus- tai lääkeaineisiin liittyvissä sairauksissa rekisteröitiin vuonna 2015 yhteensä 7 224 hoitojaksoa, joista päädiagnoosien osuus oli noin 58 prosenttia. Huumeisiin liittyvien hoitojaksojen määrä nousi 11 prosenttia vuodesta 2014. Alkoholisairauksiin verrattuna huumesairauksien hoito erikoissairaanhoidossa on keskittynyt huomattavasti enemmän polikliiniseen hoitoon, ja huumesairauksiin liittyviä poliklinikkakäyntejä olikin vuonna 2015 yhteensä 97 377. Asiakaskäyntien kokonaismäärästä noin 78 prosenttia liittyi opioidiriippuvuuteen. Terveydenhuollon vuodeosastoilla tai erikoissairaanhoidon avohoidossa huumesairauksien vuoksi oli hoidettavana yhteensä 5 083 asiakasta vuonna 2015, joista 67 prosenttia oli miehiä ja kokonaisasiakasmäärästä 75 prosenttia oli 20-35 -vuotiaita. (Jääskeläinen, Räikkönen & Virtanen 2017, 40.)

3.2 Päihdesairaudet somatiikan osastoilla

Alkoholi ja muut päihteet aiheuttavat monenlaisia sairauksia, joita hoidetaan erilaisilla somatiikan osastoilla, esimerkiksi päihtymys- tai krapulatilassa olevilla henkilöillä tavataan yleisesti erilaisia sydämen rytmihäiriötiloja, kuten eteisvärinää sekä kammiolisällyöntejä. Sydäninfarktirisiki kasvaa lisäksi alkoholin nauttimis- sekä krapulavaiheessa. Akuutti haimatulehdus saattaa aktivoitua pitkään jatkuneen tai jopa lyhyenkin jakson jälkeen, johon on liittynyt hyvin runsasta alkoholin käyttöä. Haimatulehduksen oireina ovat yleisesti voimakas ylävatsakipu, pahoinvointi, kuume ja oksentelu. Akuutin haimatulehduksen

vaikeassa tautimuodossa kuolleisuus on suuri, jopa noin 80-90 prosenttia, sillä henkilön immuunivaste heikkenee huomattavasti ja infektiokomplikaatiot lisääntyvät. Pitkäaikainen alkoholin käyttö lisää myös verenpainetaudin riskiä, jonka suurimpana uhkana on aivoverenvuoto. Tapaturmien on todettu lisääntyneen päihtymystilassa, jolloin muun muassa päähän kohdistuneet iskut ovat lisänneet myös aivoverenvuodon riskiä. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1994, 87-88.)

Alkoholia pitkään käyttäneillä esiintyy aivokuduskatoa, eli aivoatrofiaa, mikä puolestaan voi lisätä dementian riskiä. Myös pikkuaivoatrofiaa esiintyy pitkään ja runsaasti alkoholia käyttäneillä, jonka yleisenä oireena on usein huimaus, jonka seurauksena henkilö yleensä kävelee horjuen sekä leveäraiteisesti. Ääreishermovauriot ovat lisäksi yksi yleinen haitta pitkään ja runsaasti alkoholia käyttäneiden keskuudessa, ja ne ilmenevät vähitellen voimistuvina tuntohäiriöinä sekä kipuperkkyytinä, joka myöhemmin saattaa myös johtaa kävely- ja liikuntakyvyttömyyteen. Ääreishermovauriot alkavat yleensä jalkateristä ja etenevät siitä muualle alaraajoihin, yläraajojen hermoihin sekä siitä edelleen muualle kehoon. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1994, 89.)

Useat alkoholia runsaasti käyttävät syövät vähäisesti ja ravinto on usein epäterveellistä, jolloin heillä esiintyy puutoksia ravinteiden saannissa, esimerkiksi B-vitamiinin ja kaliumin puutosta. Erilaiset ravitsemuksen puutostilat saattavat hoitamattomina johtaa pahimmillaan henkilön invalidisoitumiseen tai jopa kuolemaan. Pitkäaikainen käyttö lisää ruoansulatuselimistön häiriöitä, muun muassa limakalvojen tulehdusta, ripulia sekä heikentää usein myös ravintoaineiden imeytymistä. Somatiikan osastoilla hoidetaan myös maksatulehduksia, eli alkoholihepatiittiä, maksakirroosia sekä pitkäaikaisesta alkoholin käytöstä johtuvia kroonisia haimatulehduksia. Runsaas ja pitkäaikainen käyttö lisää myös syöpään sairastumisen riskiä, muun muassa maksa-, haima- ja ruokatorven syöpää, sekä tapakäyttäjillä esiintyy lisäksi keuhkokuumetta enemmän kuin muulla väestöllä. Alkoholi aiheuttaa myös runsaasti erilaisia psyykkisiä oireita, joita hoidetaan pääosin psykiatrian osastoilla. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1994, 89-92.)

Somatiikan osastoilla hoidetaan myös runsaasti muista päihteistä kuin alkoholista johtuvia sairauksia. Potilaan tulositynä osastolle saattaa olla muun muassa erilaisten huumausaineiden myötä syntyneet akuutit muutokset terveydentilassa. Erilaiset huumausaineet, kuten ekstaasi, amfetamiini tai kokaiini, sekä erityyppiset tekniset liuottimet saattavat aiheuttaa henkilöllä akuutin sairauden puhkeamisen, joka voi huumausainetyypistä riippuen olla erilaiset infektiot, kehon lämmön tai verenpaineen äkillinen kohoaminen, kehon tai pään sisäiset verenvuodot, tai erilaiset sydämen rytmihäiriötilat, sekä mahdollisesti myös sydäninfarkti. Huumausaineiden pitkäaikaiskäyttö lisää sisäelinvaurioiden ja verisuonten tukkeutumisen,

sekä hengityselinvaurioiden riskiä sekä hengitystoiminnan vajavuutta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

4 Päihdepotilas

Päihdepotilaaksi voidaan lukea potilas, joka käyttää arjessaan runsaasti päihteitä, yleensä alkoholia. Runsas päihteiden käyttö luo aina terveystorjinnalle. Hoitotyössä kohdattava potilas voi päihderiippuvuudestaan johtuen käyttäytyä vahingoittaen omaa terveyttään ja hyvinvointiaan joko suorasti tai epäsuorasti, ja tämän vuoksi hyvä hoitosuhde potilaan ja moniammatillisen hoitoryhmän välillä on erityisen tärkeässä asemassa. Hyvä hoitosuhde mahdollistaa päihdepotilaan kokonaisvaltaisen terveydentilan kartoittamisen, sekä mahdollistaa myös potilaan terveydentilaa parantavan tai ylläpitävän hoitosuunnitelman. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1994, 39.)

Päihdeongelmainen henkilö on kokenut usein pettymyksiä ja turhautuneisuutta, jonka seurauksena usein muun muassa alkoholin käyttö lisääntyy ja hyvin pian päihdeongelmaista alkavat monesti vaivata ahdistus ja syyllisyys. Päihdeongelmaisilla on monesti taipumusta pelkotiloihin, jotka saattavat liittyä esimerkiksi alkoholin tai muun päihteen käytön lopettamisesta aiheutuviin vieroitusoireisiin. Päihteiden käyttäjä saattaa lisäksi kokea läsnä olevat ihmiset, kuten hoitotyöntekijät tai muut potilaat uhaksi, mikä saattaa näkyä häiriökäyttäytymisenä tai vihana ja väkivaltana, sekä tästä johtuen hän käytöksellään saattaa aiheuttaa muissa ihmisissä ärtymystä, mikä mahdollisesti voi johtaa väkivaltatilanteisiin. Väkivaltaisuus tai uhkaava käyttäytyminen päihtyneenä on yleensä yhteydessä estojen poistumiseen päihteiden käytöstä johtuen, ei itsessään alkoholin aiheuttamasta suorasta vaikutuksesta. Päihteen käytön aiheuttama häpeäntunne, joka purkautuu esimerkiksi häiriökäyttäytymisenä, voidaan tulkita väärin muun muassa röyhkeytenä tai vihamielisyytenä. Hoitotyöntekijän auktoriteetti vuorovaikutuksessa saattaa myös aiheuttaa päihdeongelmaisessa vihamielisyyttä hoitotyöntekijöitä kohtaan johtuen esimerkiksi auktoriteettipelosta. Päihdeongelmaisen asiakkaan häiriökäyttäytyminen saattaa myös johtua esimerkiksi epäsuorasta avun tarpeesta tai huomionhakuisuudesta. Hoitotyöntekijän asennoituminen vuorovaikutustilanteeseen sekä päihdeongelmaiseen asiakkaaseen saattaa edistää tai estää hoitosuhteen laatua. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1994, 68-69.)

4.1 Päihteiden vaikutus potilaan käyttäytymiseen

Alkoholista aiheutuva päihtymystila muuttaa henkilön suoritus- ja arvostelukykä sekä käyttäytymistä johtuen alkoholin vaikutuksesta hermosolujen toimintaan erityisesti keskushermostossa, ja sen vahvuus henkilöllä on suorassa yhteydessä nautittuihin alkoholimääriin, paitsi niillä henkilöillä, joille on kehittynyt pitkän ja runsaan alkoholin käytön seurauksena suurempi sietokyky. Päihtymystilan vahvuus on käytetyn alkoholimäärän

lisäksi riippuvainen esimerkiksi henkilöiden ikä-, koko- ja sukupuolieroista sekä hormonaalisista tekijöistä. Kehon nestepitoisuus on naisilla vähäisempi kuin miehillä, ja rasvapitoisuus kehossa suurempi. Etanoli on heikosti rasvaliukoinen, ja tämän vuoksi sama nautittu annosmäärä alkoholia aiheuttaa naiselle 20-30 prosenttia suuremman päihtymystilan kuin miespuoliselle henkilölle. Päihtymystilaa saattaa korostaa lisäksi erilaiset lääkeaineet, esimerkiksi psyke-, kipu- ja rauhoittavat lääkkeet. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 67-68.)

Alle yhden promillen päihtymystila yleensä rentouttaa henkilöä sekä kohottaa hänen mielialaansa, ja tämän myötä sosiaalisuus lisääntyy sekä monimutkaisten tehtävien suorittaminen muuttuu haastavammaksi. Veren alkoholipitoisuuden noustessa yli yhden promillen, henkilön puhe muuttuu kuulon heiketessä äänekkäämmäksi, sekä reagointi että suorituskyky eri tilanteisiin vaikeutuu sekä hidastuu. Veren alkoholipitoisuuden noustessa yli kahden promillen, henkilön kipukynnys ja väsymys lisääntyvät, sekä puheen tuottamisessa alkaa esiintyä vaikeuksia. Yli kolmen promilleen alkoholipitoisuuksissa, henkilön tajunnantaso laskee edelleen ja useimmiten henkilö lisäksi sammuu. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 68.)

Alkoholin ja muiden päihteiden, sekä alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö lisää monesti henkilön aggressiivisuutta ja väkivaltaisuutta. Sekakäytön aiheuttama häiriötila henkilössä johtuu keskushermoston, itsekontrollin ja henkisen suorituskyvyn heikkenemisestä. Sekakäyttö on yleisesti pidetty vaarallisena ilmiönä sen aiheuttamien arvaamattomien seurausten vuoksi. Henkilön väkivaltaiseen käytökseen ei välttämättä voida varautua ennalta, koska väkivaltainen käytös on paljolti riippuvainen erilaisista tilannetekijöistä, esimerkiksi metelistä, turhautumisesta jonotukseen tai vuorovaikutuksessa saatuun väärinkäsitykseen. Tilannetekijät yhdessä persoonallisuustekijöiden kanssa saattavat tehdä henkilöstä arvaamattoman. Henkilöä voidaan profiloida ennakkoon mahdollisen väkivaltaisuuden varalta palvelutilanteessa, jolloin on hyvä kiinnittää huomiota myös siihen, millainen hoitotyöntekijän oma käytös tilanteessa on, sillä häiriöksi olevat asiakkaat saattavat lisäksi vaikuttaa ristiriita- ja uhkatilanteiden syntymiseen. (Ellonen 2008, 4.)

Erilaisilla huumausaineilla on hyvin erilaisia vaikutuksia potilaan käyttäytymiseen. Huumausaineet aiheuttavat käytetystä aineesta riippuen henkilössä muun muassa euforiaa, ylienergisyyttä, itsevarmuutta sekä voimallistumisen ja hyvänolon tunnetta. Pitkäaikaisen käytön myötä usein myös henkilön sietokyky huumausainetta kohtaan kasvaa ja täten annosmäärät usein myös kasvavat. Pitkäaikaisen käytön ja annosmäärien kasvamisen myötä henkilön huumausaineelta tavoittelemat vaikutukset jäävät vähäisemmiksi ja kuvioihin ilmestyvät huumausaineen ei-toivotut sivuvaikutukset, kuten sekavuus, aisti- ja luuloharhat, unettomuus, hengityksen tai sydämen sykkeen tihentyminen, sekä mahdollisesti myös

psykoosi. Ei-toivottujen sivuvaikutusten myötä henkilön persoonallisuus ja käyttäytyminen saattavat muuttua kontrolloimattomaksi, ärtyisäksi tai vihamieliseksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Päihteiden käytön jälkeinen vieroitus tila vaikuttaa myös päihdepotilaiden käyttäytymiseen. Alkoholin aiheuttamat yleisimmät vieroitusoireet ovat muun muassa univaikeudet, ahdistuneisuus, vapina, sekavuus ja pahoinvointi. Runsaamman tai pitkäaikaisen alkoholin käytön seurauksena vieroitusoireina saattaa esiintyä lisäksi näkö- ja kuuloharjoja tai jopa psykoottista käyttäytymistä. (Kylmänen 2016.) Delirium tremens, eli juoppohulluus on neurologinen sairaus, jonka taustalla on yleensä pitkään kestänyt runsaamman alkoholin käyttö ja sen yhtäkkiäinen lopettaminen. Juoppohulluustilassa henkilön ajan- ja paikantaju voi olla hyvin vääristynyt, mutta hänen puheensa ja toimintansa saattaa aluksi ulkopuolisen silmin vaikuttaa johdonmukaiselta, vaikka taustalla onkin hyvin voimakas sekavuus tila. Tutussa lähiympäristössä tällainen sekavuus tila tulee kuitenkin hyvin nopeasti ilmi, sillä sairaustilasta kärsivän henkilön maailmankuva puheissaan ja käytöksessään on normaalista lähes täysin poikkeava. Juoppohulluustilassa henkilö ei välttämättä aina käyttäydy aggressiivisesti tai hänen sen hetkiset näkö-, kuulo- tai harha-aistimukset eivät tule suoraan hänen käyttäytymisensä ilmi, jolloin juoppohulluus tila saattaa jäädä aluksi ulkopuoliselta huomaamatta. Delirium tremens, eli juoppohulluus on hoitamattomana hengenvaarallinen tila, ja hoidettunakin 5-10 prosenttia tapauksista johtaa kuolemaan. (Huttunen 2016.)

Huumausaineiden aiheuttamat vieroitusoireet saattavat olla käytetystä huumausaineesta riippuen hengenvaarallisia. Amfetamiinin tapakäyttäjillä vieroitusoireiden ensimmäinen, eli haastavin vieroitusoirevaihe alkaa noin 12 tuntia amfetamiinin käytön lopettamisen jälkeen, joka on pahimmillaan noin 48-96 tunnin jälkeen lopettamisesta. Vieroitusoireiden haastavimmassa vaiheessa henkilön käyttäytyminen muuttuu usein aggressiiviseksi sekä väkivaltaiseksi, mikä on seurausta erilaisista alkuvaiheen vieroitusoireista, esimerkiksi ahdistuneisuudesta, väsymyksestä ja univaikeuksista, sekä tapakäytön tuomasta voimakkaasta amfetamiinin himosta, joka myöhemmässä vieroitusoirevaiheessa saattaa muuttua lääkehimoksi. Opiaattien tapakäyttäjillä haastavin vieroitusoirevaihe ilmenee voimakkaana opiaattihimona, sekä ärtyisyytenä tai ahdistuneisuutena noin 6-24 tuntia viimeisen annoksen jälkeen, joka on huipussaan noin 48-72 tunnin jälkeen. (Huttunen 2015.) Sekakäyttäjien tyypillisimpänä ominaispiirteenä on päihtymystila, jossa henkilö on usein puheiltaan ja eleiltään hyvin sekava, sekä käyttäytyy aggressiivisesti tai väkivaltaisesti kohdatessa. Vieroitusoirevaiheessa sekakäyttäjä on usein kiihtynyt ja aggressiivinen sekä vaatii hanakasti itselleen tarpeelliseksi kokemaansa lääkitystä, jota ei välttämättä voida toteuttaa. (Aho, Salaspuro & Savolainen 2006.)

5 Vuorovaikutus

Tutkimusten mukaan hoitosuhdetyöskentelyn on todettu edistävän asiakkaiden terveyttä ja hyvinvointia huomattavasti. Asiakslähtöinen hoitosuhde käsitteenä kuvaa asiakkaan ja hoitotyöntekijän välistä vuorovaikutussuhdetta, joka perustuu tasa-arvoon sekä vastavuoroisuussuhteeseen, jossa molemmat osapuolet suhtautuvat yhdenveroisesti toisiaan kohtaan. Vuorovaikutustilanteessa kohtaavat vähintään kaksi osapuolta, joilla on omat kulttuuritaustansa ja arvonsa. Vuorovaikutus itsessään perustuu kahteen eri tapaan, sanalliseen ja sanattomaan viestintään, josta suurin osa osapuolten välillä perustuu sanattomaan viestintään, ja vain pieni osa viestinnästä toteutuu osapuolten välillä sanallisesti. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 11-14.)

Sanallisessa vuorovaikutuksessa esiintyy monia ongelmia, jotka liittyvät sekä puhujaan että kuulijaan. Ihmiset kokevat sanojen merkityksen eri tavoin, myös henkilöiden ilmaisukyky saattaa vaihdella huomattavasti eri yksilöiden välillä. Hoitotyöntekijän ja asiakkaan välisessä vuorovaikutustilanteessa hoitotyöntekijä saattaa tulkita asiakkaan tunnetilaa pelkän puheen sisällön perusteella. Vuorovaikutustilanteessa hoitotyöntekijän tulisi huomioida asiakkaan suullisen kertoman lisäksi myös ohessa esiintyvä sanaton viestintä, kuten asiakkaan ilmeet, eleet, sekä äänensävy ja -paino. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 14.)

Sanattoman viestinnän merkitys korostuu erityisesti osapuolten välisen vuorovaikutuksen alkuvaiheessa, jolloin osapuolten huomio kiinnittyy aluksi vastapuolen ilmeisiin ja eleisiin, ja vasta tämän jälkeen osapuolet kiinnittävät huomionsa toistensa puheen sisältöön sekä merkitykseen. Hoitotyössä sanaton viestintä nousee erityisen tärkeään asemaan hoitotyöntekijän kohdatessa uuden asiakkaan, jolloin osapuolet muodostavat toisistaan mielikuvan lähinnä sanattoman viestinnän perusteella. Useissa eri yhteyksissä on esitetty osapuolten välisessä vuorovaikutuksessa sanojen vaikuttavan vain seitsemän prosentin osuudella, kun ääni on puolestaan vaikuttanut 38 prosentin, sekä ilmeet ja eleet 55 prosentin osuudella. (Silvennoinen 2004, 27.)

Puheviestinnän on sanottu muodostavan vain pienen osan ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta, puheviestintä kuitenkin on ydinasemassa ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Puheviestinnällä tarkoitetaan sanoja ja niiden merkitystä, sekä millaisia sanavalintoja tehdään ja onko keskustelu sanojen vai termien käyttöä. Merkitystä on myös sillä, miten keskustelukumppanit ymmärtävät keskustelussa käytettäviä sanoja ja termejä. Äänensävyllä ja -painolla on suuri merkitys keskustelussa, vaikka ne luetaankin sanattoman viestinnän piiriin. Puheviestinnän avulla tuodaan esiin informaatiota, sanojen merkityksiä sekä erilaisia tunnetiloja, ja sen avulla tulee esille myös puhujien tunteet ja tunnelmat, sekä puhujien persoonallisuudet ja energisyys, jotka erottuvat äänensävyissä, -painoissa sekä -väreissä. Kehittävässä vuorovaikutuksessa sanojen valinta on hyvin keskeisessä asemassa, ja

usein puhujan ajatukset tulevat ulos sanoina ilman erityistä miettimistä. (Dunderfelt 2016, 18-19.)

Hoitotyössä vuorovaikutustilanteessa puhuja on yleensä läsnä ja tämän vuoksi puheen merkityksen aistiminen ja sanat välittyvät kuulijalle samanaikaisesti. Sanattoman ja sanallisen vuorovaikutuksen tärkeimmät tekijät eivät muodostu pelkästään sanoista, ilmeistä ja eleistä, vaan niiden taustalla olevista ja esille tulevista merkityksistä, ideoista sekä keskittymisestä tilanteeseen. Vuorovaikutus toteutuu siis monilta osin vaistonvaraisella tasolla, jonka toimiessa hyvin keskustelussa se luo helpon keskusteluyhteyden, jolloin vuorovaikutus on vapautunutta, eivätkä mielipide-erot tai ristiriitatilanteet luo haasteita vuorovaikutustilanteeseen. Vaistonvaraisessa vuorovaikutuksessa välittyy lisäksi merkityksellisiä asioita, esimerkiksi luottamusta, arvostusta ja kunnioitusta keskustelukumppania kohtaan. (Dunderfelt 2016, 28-29.)

5.1 Kohtaaminen ja ensivaikutelma

Kohtaaminen on taito, ja se on lisäksi sosiaali- ja terveysalan ammattikuntien yksi tärkeimmistä osaamisedellytyksistä hoitotyössä, ja se usein katsotaan jo itsestäänselvyydeksi. Kohtaamistilanne on kuitenkin joka kerta erilainen, joten siihen ei voida täysin valmistautua. Aitoon kohtaamistilanteeseen voidaan osaksi valmistautua erilaisin oppimis- ja harjoitusmenetelmin, mutta tilanteiden ennustamattomuuden vuoksi ei koskaan voida ennakoida tilanteiden kulkua täysin. Kohtaamistilanteessa hoitotyöntekijän on hyvä olla avoin sekä aistia tilannetta ja sen muutoksia. Kohtaamistilanne syntyy uutta asiakasta kohdatessa aina uudelleen, mikä tekee siitä ainutlaatuisen kokemuksen. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 7.)

Asiakkaan kohtaaminen ensimmäistä kertaa aloitetaan usein tervehtimällä sekä lyhyellä esittäytymiskeskustelulla, jolla varmistetaan asiakkaan ja hoitotyöntekijän välisen viestinnän toimivuus. Tämän myötä saadaan muodostettua asiakkaasta ensivaikutelma, joka antaa lisäksi tärkeää tietoa vuorovaikutustilanteeseen liittyvistä mahdollisista ongelmatekijöistä. Turvallisuustekijöiden kannalta tulee sairaanhoitajan huomioida asiakkaan rentous tai kiihtymystila, ulkoasu, sanaton viestintä, sekä puheen sisältö ja äänensävy. Ensivaikutelma pohjautuu pääosin ihmisen luontaiseen vaistoon, ei niinkään tietoisesti tehtyihin havaintoihin, ja se saattaa lisätä työntekijän valmiustilaa epämääräisenkin uhan tai ahdistavan tunnetilan alla, ja täten ohjata kääntämään vuorovaikutustilannetta turvallisuuspainotteisemmaksi. Hoitotyöntekijä saattaa vuorovaikutustilanteessa mahdollisesti tulkita asioita väärin, muun muassa omien aiempien kokemusten tai oman menneisyytensä vuoksi. Tavanomaisten palveluperiaatteiden unohtaminen vuorovaikutustilanteen alkuvaiheessa saattaa heikentää palvelun laatua, mutta toisinaan se saattaa myös vaikuttaa hoitotyöntekijän omaan turvallisuuteen. (Ellonen 2008, 6.)

Vuorovaikutustilanteessa ensivaikutelma ja ennakkokäsitykset muovaavat odotuksen, joka tahtoo toteutua. Hoitotyöntekijän toiminta voi häiriintyä luulosta tai uskomuksesta, jossa haastavalta vaikuttavat asiakkaat koetaan vihamielisinä itseä kohtaan. Hoitotyöntekijän kohdatessa mielestään haastavan asiakkaan, saattaa hän virheellisen tulkinnan perusteella vastata puolustusreaktiona asiakkaalle samalla mitalla takaisin, jolloin perusta ristiriitatilanteelle on syntynyt. Hoitotyöntekijän yrittäessä peitellä tunteitaan, ne saattavat kuitenkin ilmentyä erilaisina eleinä, äänensävynä tai muunlaisena sanattomana viestintänä, joka saattaa vaikuttaa myös asiakkaan käyttäytymiseen. Asiakaspalvelutyössä välttyminen kielteisiltä reaktioilta tai tunteilta on lähes mahdotonta, koska asiakkaan oikeuksiin kuuluu esittää kielteiset tunteensa sekä näkemyksensä ilman, että se kohdistuisi suoraan henkilökohtaisesti hoitotyöntekijään. Hoitotyöntekijän velvollisuuksiin puolestaan kuuluu selvittää negatiivisten kokemusten syitä, mikäli nämä syyt liittyvät tai vaikuttavat asiakaspalveluun. Syiden selvittämisen perusteella on mahdollista saada tärkeää asiakaspalautetta, jonka avulla puolestaan voidaan kehittää hoitotyötä entisestään. (Ellonen 2008, 7.)

5.2 Sairaanhoidajan ja potilaan välinen vuorovaikutus

Vuorovaikutus asiakkaan kanssa on osa asiakaspalvelua ja hoitotyötä.

Vuorovaikutustilanteeseen vaikuttavat hoitotyöntekijän sekä asiakkaan lisäksi myös vuorovaikutuksen perusta, olosuhteet ja itse käsiteltävä asia. Hoitotyöntekijä ja asiakas usein ennakoivat vuorovaikutustilannetta luomalla siitä erilaisia odotuksia, uskomuksia ja mielikuvia, sekä kokemuksia positiivisesta tai negatiivisesta asiakaspalvelutilanteesta. Vuorovaikutustilanteen osapuoliin vaikuttavat muun muassa kyseessä olevan hetken henkinen tila sekä vireystaso, ja molempien osapuolten elämäntilanne. Vuorovaikutustilanteessa käsiteltävä asia voi osapuolten näkökulmasta olla hyvinkin erilainen. Asiakas voi kokea käsiteltävän asian olevan hänelle hyvin tärkeä ja erikoinen tapahtuma tai tilanne, joka saattaa vaikuttaa suoraan hänen elämäänsä ja tulevaisuuteensa. Hoitotyöntekijä voi puolestaan nähdä saman tapahtuman tai tilanteen pelkkänä rutiinina jokapäiväisessä hoitotyössä, tai se saattaa näkyä hoitotyöntekijän näkökulmasta myös haastavana, mikä tekee tapauksesta erityisen kiinnostavan. Häiriötilanteet ja haastavat asiakkaat luovat hoitohenkilöstölle turhautumisen ja riittämättömyyden tunteita, sekä ylimääräistä rasitetta, muun muassa haastavat asiakastilanteet ja -tapaukset, sekä muut hoitotyön arjesta selkeästi poikkeavat tilanteet, jotka jäävät mieleen työpäivän päätteeksi. Ristiriita- ja konfliktitilanteet ovat haastavimpia vuorovaikutustilanteita asiakaspalvelussa, ja ne vaativat hoitotyöntekijältä hyviä vuorovaikutustaitoja, jotta ristiriitatilanne saadaan purettua turvallisesti sekä yhteisen edun mukaisesti. (Ellonen 2008, 6.)

Vuorovaikutustilanteessa aistimme toisen osapuolen tunnetiloja sekä ympäristön ilmapiiriä. Tunneviestintään vaikuttavat tilanne, puheenaiheet ja vuorovaikutustilanteessa olevien

keskustelukumppanien persoonallisuudet. Sanattomassa tunneviestinnässä tulevat esiin keskustelukumppanien rooliasetelmat ja opitut keskustelumallit, sekä tunteenilmaisutavat, jotka tulevat esiin tunneviestinnän kautta. Ihmiset kokevat erilaisia tunteita ja jokainen suhtautuu niihin eri tavoin, sillä tunnetila on aina henkilökohtainen kokemus tietynlaisista asioista tai ilmiöistä. Tunnetilat eivät ole ongelma, vaan jokaisella on oikeus tuntea vapaasti erilaisia tunteita, koska niihin on aina syynsä. (Dunderfelt 2016, 67-70.)

Tunneviestintä vuorovaikutuksessa sisältää osapuolten tunnelatausta, henkilökohtaista suhtautumista toisiinsa sekä asiasisältöön, ja se on yksinkertaisuudessaan tunnelman ja erilaisten tunnetilojen välittämistä sekä vaistoamista, joita ei välttämättä ilmaista sanoin. Tunneviestintä eroaa puheviestinnästä siten, että vuorovaikutustilanteessa voidaan keskustelukumppania tukea muun muassa kannustaen erilaisilla myönteisillä sanoilla tai eleillä, vaikka puhujan tunnelataus on keskustelukumppania kohtaan samanaikaisesti täynnä epäilyä ja negatiivisuutta. Molemmat osapuolet voivat vuorovaikutuksen aikana olla hyvin tietoisia tällaisen kaksoisviestinnän merkityksestä, vaikka eivät uskaltaisikaan ottaa sitä puheeksi. (Dunderfelt 2016, 62-63.)

Välittömässä tunnereaktiossa henkilö ajoittain kokee salamannopeasti yhteyksiä menneisyyteensä, mistä hän ammentaa tulkintoja, uskomuksia ja epäilyjä. Tunneviestinnässä tapahtuu runsaasti huomaamatonta tulkintaa, ja on hyvin haastavaa aistia keskustelukumppanin todellisia tunnetiloja. Jokaisella ihmisellä on opittuja reaktio- ja toimintamalleja, joiden mukaan hän toimii tietynlaisissa tilanteissa tietynlaisten ihmisten parissa, eli asettuu tietynlaiseen rooliin tutussa tilanteessa. Erilaisissa kasvuympäristöissä henkilöiden persoonallisuus sekä toimintamallit muodostuvat erilaisiksi ja muodostavat tulkintasuodattimia, eli skriptejä. Skriptit helpottavat pärjäämistä arjessa ja sisältävät monipuolisesti erilaisia aiemmin opittuja toimintamalleja, joita ei välttämättä kyetä sellaisenaan hyödyntämään nykyhetkessä. On tunnistettava omat skriptit ja osattava käyttää niitä hyödyksi uusissa tilanteissa ja ympäristöissä, sekä muokata niitä tarvittaessa tilanteen mukaan. (Dunderfelt 2016, 72-75.)

Ihmisen perususkomukset ovat sääntöjä, teorioita ja erilaisia ajatusmalleja, joista hänen maailmankuvansa koostuu ja jotka toimivat suodattimina, eli auttavat päätöksenteossa sekä vaikuttavat asenteisiin ja asioiden kokemiseen. Uskomukset ovat merkittävässä asemassa, koska niiden avulla henkilö kykenee muuttamaan omaa asennoitumistaan tietoisesti, mutta hän saattaa myös odottaa toisen osapuolen muuttuvan tai muuttavan omaa asennettaan vuorovaikutustilanteessa. Ihmisen asenteella on suuri merkitys, miten hän tulkitsee sekä havainnoi ympäristöään, ja vuorovaikutustilanteessa molemmat osapuolet tulkitsevat omia uskomuksiaan, asenteitaan sekä muita väärintulkintoja itsessään ja toisissaan.

Väärintulkintoja voivat olla muun muassa täydellisyden tavoittelu tilanteessa, tilanteen alitai yliarviointi, sekä tunnepohjainen kateus. (Silvennoinen 2004, 94-101.)

Vaistonvaraisen keskusteluyhteyden saavuttamista voi estää keskustelukumppanin sanomasta, ulkonäöstä tai olemuksesta luotu johtopäätös. Vaistonvaraisen yhteyden puuttuessa tai sen jäädessä puutteelliseksi saattaa vuorovaikutus osapuolten välillä häiriintyä. Vaistonvaraisen vuorovaikutuksen ei tarvitse muodostua satunnaisesti, vaan siihen voidaan myös päästä tietoisesti yrittämällä. Vaistonvarainen vuorovaikutus on hyvin merkityksellinen tekijä, joka kertoo vastaanottajan kuuntelu- ja keskittymiskyvystä puhujalle. (Dunderfelt 2016, 32-35.)

5.3 Päihdepotilaan kohtaaminen ja vuorovaikutus

Tilastojen mukaan sosiaali- ja terveysalalla suurin hoitotyöntekijöiden kohtaama uhka johtuu alkoholista päihtyneistä asiakkaista, omaisista ja saattajista, mutta myös huumeisaineista päihtyneiden aiheuttamat uhkatilanteet ovat yleistyneet kuluneen vuosikymmenen aikana. Uhkatilanteiden vakavuus vaihtelee sen mukaan mitä päihteitä henkilö on käyttänyt, sillä eri päihteet vaikuttavat eri tavoin henkilön aggressiivisuuteen. Suurimpana ongelmana ovat sekakäyttäjät, joiden sen hetkisestä päihtymystilasta ei yleensä saada tarkkaa tietoa johtuen heidän käyttämistään päihteistä tai niiden yhdistelmistä. Haastavista potilasryhmistä toinen on opiaattiriippuvaiset, jotka ovat usein kiihtyneitä ja käyttäytyvät aggressiivisesti johtuen hyvin voimakkaista opiaattien vieroitusoireista. Opiaattiriippuvainen tässä vieroitusoirevaiheessa on valmis tekemään periaatteessa mitä tahansa saadakseen uuden annoksensa, ja voi muun muassa uhkailemalla vaatia hoitohenkilökunnalta lääkkeitä tai reseptiä vieroitusoireisiinsa. Delirium tremens, eli juoppohulluuspotilaat saattavat myös muiden päihdekäyttäjien tavoin olla yhtä arvaamattomia sairaustilansa aikana. (Soisalo 2011, 140.)

Hoitotyöntekijä kohtaa monesti hoitotyössä päihdeongelmaisia asiakkaita, sekä havainnoi ja hoitaa päihteiden käytöstä ilmenneitä seurauksia. Asiakas on voitu vastaanottaa hoitoon muun muassa tapaturman, haimatulehduksen tai vaikean infektion vuoksi, joiden taustalla on pitkäaikainen päihteiden, yleensä alkoholin, käyttö tai toistuvat päihteiden käytöstä johtuneet sairaudet. Asiakkaan päihteiden käyttö ei saa olla este hoidon toteutumiselle, ja tämän vuoksi hoitotyöntekijä voi vastaanottaessaan asiakkaan luoda hoitotyön periaatteiden mukaisesti hyvän sekä toimivan vuorovaikutus- ja hoitosuhteen. Lyhytaikainenkin hoitosuhde mahdollistaa tunteen hyvästä hoidosta ja kokemuksesta, jos asiakkaalle välittyy hoitotyöntekijän aito kiinnostus sekä välittäminen. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1994, 178-179.)

Asiakkaan ja hoitotyöntekijän välisessä vuorovaikutuksessa molempien osapuolten tunnereaktiot aktivoivat aiemmat kokemukset vastaavista vuorovaikutustilanteista, ja

keskustelukumppanit saattavat muistuttaa toisilleen jotain läheistään tai tuttua henkilöä tämän menneisyydestä. Toisinaan asiakas voi laukaista tunnereaktion hoitotyöntekijässä ja näin liukua tahtomattaan työntekijän vastuualueelle vaatien varsinaisen hoitosuunnitelman ulkopuolista palvelua, mikä puolestaan saattaa käynnistää hoitotyöntekijässä puolustusreaktion. Tutut asiakkaat tai asiakastapaukset saattavat myös ennalta herättää erilaisia odotuksia kohtaamisesta sekä tunnereaktioita hoitotyöntekijässä. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 33.)

Tutkimusten mukaan hyvän hoitosuhteen on havaittu vähentäneen uhka- ja väkivaltatapauksia sosiaali- ja terveysalalla. Mitä parempi on hoitotyöntekijän ja asiakkaan välinen vuorovaikutus sekä hoitosuhde, sitä epätodennäköisempää on uusien uhkatilanteiden syntyminen. Uusien uhka- ja väkivaltatilanteiden ehkäisyyn vaikuttavat suuresti hyvän hoitosuhteen luominen ja sen ylläpitäminen, asiakaslähtöinen palvelute sekä ennaltaehkäisevä pohdinta, millä keinoilla voidaan arvioida ja kehittää hoitotyöntekijöiden sekä asiakkaiden välisiä hoitosuhteita. (Soisalo 2011, 129.)

6 Hoitotyöntekijöiden suhtautuminen päihdepotilaisiin

Viiteteoksessa kerrotaan, että useiden tutkimusten mukaan hoitotyöntekijöiden asenteet ja suhtautuminen päihdepotilaita ja päihdehoitotyötä kohtaan ovat olleet ja ovat edelleen negatiivisia, epäileviä sekä tuloksettomia, minkä vuoksi on tarpeellista käydä läpi päihdepotilaan hoitosuhteen kehityskulkua ja etsiä erilaisia yhteisiä ratkaisuja sekä toimintamalleja, jotka toimisivat ymmärrettävästi hoitotyön ympäristöissä. Hoitotyöntekijän tehtävänä on luoda tietoisesti hyvä hoitosuhde päihdepotilaaseen. Hoitosuhteessa hoitotyöntekijä ja päihdepotilas reagoivat toistensa sanalliseen ja sanattomaan viestintään toisistaan ja tilanteesta luomiensa mielikuvien perusteella. Hyvän hoitosuhteen syntymisen kannalta on erityisen tärkeää tuoda esiin sanallisen ja sanattoman vuorovaikutuksen eri keinoin hoitotyöntekijän asiallisuutta, motivaatiota ja kiinnostusta päihdepotilasta sekä tämän ongelmia kohtaan. Hyvän hoitosuhteen syntymisen lisäksi sen ylläpitäminen vaatii hoitotyöntekijältä ennakkoluulottomuutta päihdepotilasta ja tämän ongelmia kohtaan sekä kunnioitusta ja empatiaa. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 30-31.)

Hoitotyöntekijän asennoituminen hänen kohdatessaan hoitotyössä päihdeongelmaisen asiakkaan on ratkaisevaa, ja sillä on myös vaikutus hoitotyöntekijän omaan jaksamiseen. Hoitotyöntekijä voi itse vaikuttaa ongelmatilanteen syntymiseen omalla asennoitumisellaan, uskomuksillaan ja ajattelutavallaan. Päihdeongelmaisen asiakkaan päihteiden käytön taustalla saattaa olla esimerkiksi merkittävä negatiivinen tapahtuma tai tekijä, mikä on johtanut päihteiden käyttöön. Hoitotyöntekijä voi mahdollisesti nähdä tilanteen eri perspektiivistä ja saattaa tulkita päihdeongelmaisen maailmakuvan väärin tai tehdä johtopäätöksiä esimerkiksi

omista kokemuksistaan muun muassa lapsuudestaan tai lähipiiristään. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1994, 181-182.)

Päihdepotilaita kohtaava hoitotyöntekijä joutuu ajoittain hoitotyötä tehdessään uransa aikana käymään läpi omaa sekä läheistensä mahdollista päihteen käyttöä ja omaa suhtautumistaan päihteen käyttöön. Myös hoitotyöntekijän läheisten keskuudessa saattaa olla tai ollut joskus joku, jolla on taustallaan ollut päihdeongelmia. Päihdeongelmat hoitotyöntekijän henkilökohtaisessa ympäristössä saattavat peilautua hoitotyöntekijän suhtautumiseen tai asenteisiin päihdepotilaita kohtaan, jolloin hoitotyöntekijä saattaa mahdollisesti suhteuttaa hoitotyössä kohdattujen päihdepotilaiden ongelmia omaan lähipiiriinsä, mikä puolestaan saattaa hankaloittaa potilaan hoitotyötä ja vaikeuttaa hyvän hoitosuhteen syntymistä. Hoitotyössä erityisen tärkeää on hoitotyöntekijän tunnistaa oman lähipiirinsä mahdollisen päihteenkäytön ongelman ja käsitellä se ajan kanssa, jotta lähipiirissä ilmenevä tai aiemmin ilmennyt ongelma ei peilaudu jatkossa uusiin hoitosuhteisiin. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 184.)

Hoitotyöntekijä saattaa kokea päihdeongelmaisen asiakkaan hoitamisen työlääksi tai turhauttavaksi, koska päihdeongelmainen useasti laiminlyö omaa terveyttään muutoinkin kuin pelkällä päihteen käytöllä. Hoitotyöntekijä usein kokee päihdeongelmaisen asiakkaan hoidon monin tavoin haasteellisenä ja ulkoisesti päihdepotilas saattaa myös vaikuttaa hoitotyöntekijästä epämiellyttävältä. Päihdeongelmainen voidaan hoitotyön piirissä lukea haastavaksi hoidettavaksi ja hänen toipumismahdollisuutensa voi olla myös heikko. Hoitotyöntekijä ei välttämättä kykene käsittelemään kielteisiä tunteitaan hoitotilanteessa, ja tilanne helpottuu, mikäli hoitotyöntekijä kykenee käsittelemään tunteitaan aidosti ja avoimesti. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1994, 181-182.)

Hoitotyöntekijän tunteet päihdepotilasta kohtaan saattavat vaihdella laidasta laitaan. Hoitotyöntekijä saattaa tuntea syvää yliempaattisuutta potilasta kohtaan tai tuomita potilaan elämäntavat ja -tyylin täysin, mikä saattaa luoda uhan hyvän hoitosuhteen muodostumiselle. Hoitotyöntekijä voi työssään huomata edellä mainitun kaltaisia haasteita päihdepotilaiden kohtaamisessa ja voi täten työstää suhtautumistaan päihdeongelmiin ja -ongelmasta kärsiviin, jolloin hoitosuhteen muodostaminen muuttuu yhdenveroiseksi suhteessa muihin potilasryhmiin. Hoitotyöntekijän tunnistaessa omat tunteensa ja tullessa tietoiseksi suhtautumisensa syistä, hän kykenee jatkossa toimimaan päihdepotilaita kohdatessaan tietoisesti asianmukaisemmin. Päihdeongelmainen usein vaistoa nopeasti hoitotyöntekijän asenteen ja suhtautumisen tämän käyttäytymisestä, joka mahdollisesti voi myös vaikuttaa päihdepotilaan omaan käyttäytymiseen ja tämän myötä päihdepotilaan kuntoutuminen saattaa muuttua haasteellisemmaksi.

Aggressiivisesti käyttäytyvät päihdepotilaat voivat ajoittain herättää uhan ja pelon tunteita hoitotyöntekijöissä ja muissa potilaissa, jonka vuoksi työryhmän kesken on hyvä keskustella ennakoivasti mahdollisista tulevista tilanteista, sekä esimerkiksi suullisten raportointien yhteydessä purkaa syntyneitä haastavia tilanteita. Haastavia tai mahdollisesti jopa uhkaavia tilanteita varten on hyvä luoda selkeät yhteiset toimintatavat ja -mallit lisäämään myös hoitotyöntekijöiden turvallisuutta sekä turvallisuuden tunnetta. Päihdepotilaan kohtaamisessa selkeä ja johdonmukainen asennoituminen, sekä näkemys oman työn sisällöstä on hyvin tärkeässä roolissa hyvän hoitosuhteen syntymiselle. Hyvän hoitosuhteen syntyminen hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välille vaatii usein myös enemmän aikaa ja kärsivällisyyttä, mihin työnantajan on hyvä järjestää riittävästä ajasta, resursseista sekä koulutusta tarpeen mukaan. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1994, 182-184.)

7 Opinnäytetyöprosessi, tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyöprosessi käynnistyi keväällä 2017, jolloin Laurea-ammattikorkeakoulun ONT-torilla oli tarjolla Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tilaama aihe päihdepotilaan hoito somatiikan osastolla. Aihe oli saanut alkunsa tarpeesta tukea henkilökunnan osaamista päihdepotilaan hoidosta. Päihdepotilaan hoito on hyvin tavanomaista somatiikan vuodeosastoilla, mutta henkilökunnan päihdeosaaminen ei ole aina hyvällä tasolla. Päihdehoitotyötä opetetaan vaihteleva määrä eri kouluissa.

Opinnäytetyön aiheen valitsin sen mielenkiintoisuuden ja merkittävyyden vuoksi. Päihdepotilaita hoidetaan vuosittain valtakunnallisesti useissa eri somatiikan hoitoyksiköissä, ja hoitosuhde päihdepotilaaseen olisi hyvä olla tasolla, jossa päihdepotilaan kokonaisvaltainen hoito sekä mahdollinen jatkohoito toteutuisivat päihdepotilaan etujen mukaisesti. Päihdepotilaan kohtaamisessa olen kokenut erityisen merkittäväksi hoitotyöntekijän ja potilaan välisen hoitosuhteen laadun, jonka muodostumisessa vuorovaikutus on avainasemassa. Opinnäytetyön aihe rajautui erikoissairaanhoitoyksikön tilaamaan aiheen, sekä oman mielenkiintoni ja kokemani aiheen tärkeyden mukaan koskemaan sairaanhoitajien kokemuksia päihdepotilaan kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta somatiikan osastolla.

Opinnäytetyö on luonteeltaan tutkielmallinen ja sen tarkoituksena oli tehdä laadullinen haastattelututkielma liittyen sairaanhoitajien kokemuksiin ja näkemyksiin päihdepotilaiden kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta hoitoyksikön sisätautien osastoilla, joilla hoidetaan äkillisesti sairastuneita erikoissairaanhoitoa tarvitsevia yleissisätautien sekä sydän- ja verenkiertoelimestön sairauksien potilaita.

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada haastattelun avulla sairaanhoitajilta reaaliaikaista näkökulmaa päihdepotilaan hoitoon liittyvistä haasteista, onnistumisista ja keinoista, sekä kehitystarpeista, jota voidaan mahdollisesti myöhemmin hyödyntää hoitotyön kehittämisessä.

Opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivista menetelmää käyttäen teemahaastattelujen muodossa, joissa haastateltujen sairaanhoitajien kokemuksista ja näkemyksistä saatiin merkittävää tietoa, jota voidaan tarvittaessa mahdollisesti hyödyntää päihdepotilaan kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyvissä kehitystarpeissa. Haastattelu toteutettiin puolistrukturoituna teemahaastatteluina, ja opinnäytetyön teemoiksi valikoituivat:

- Sairaanhoitajien kokemukset
- Onnistumiset ja keinot
- Koulutustarpeet ja kehittämisideat

Haastattelun kohderyhmänä olivat sattumanvaraisesti arvotut neljä sairaanhoitajaa yhdestä Uudenmaan alueen erikoissairaanhoidon yksiköstä, ja heillä oli hoitotyön kokemusta taustallaan vähintään vuosi, sekä kokemusta päihdepotilaan kohtaamisesta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa päihdepotilaan hoitoon liittyvistä haasteista hoitosuhdetta luodessa, sekä onnistumisista ja keinoista, jotka ovat edesauttaneet hyvän hoitosuhteen syntymisessä ja sen ylläpidossa. Tietoa haluttiin saada myös päihdepotilaan kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyviin koulutustarpeisiin ja kehittämisideoihin.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisäksi koota esittely haastattelun tuloksista, sekä esitellä tulokset PowerPoint-diaesityksen muodossa hoitoyksikön sisätautien osastoilla, joiden on mahdollista hyödyntää haastatteluista saatuja tuloksia haluamallaan tavalla kehittäessään osaston toimintaa.

7.1 Tutkimusympäristö

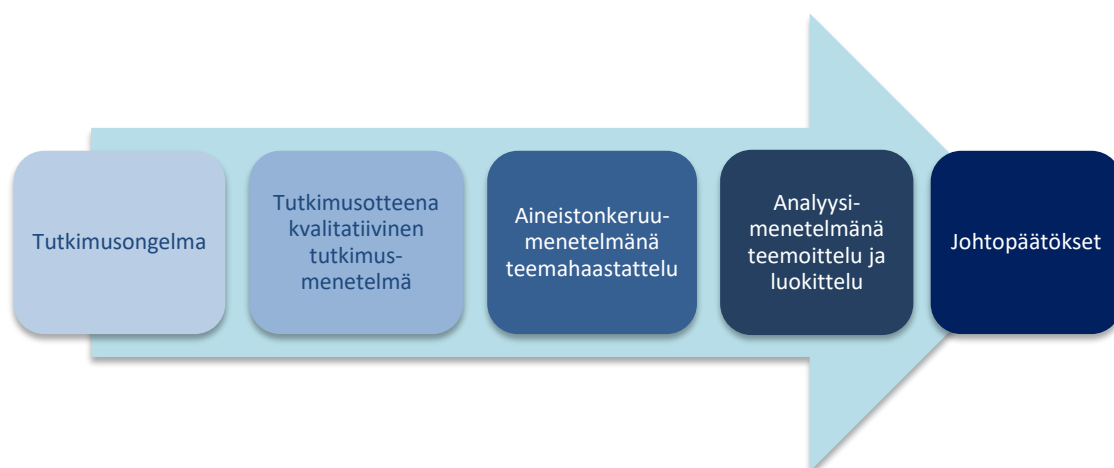
Opinnäytetyön haastattelut toteutettiin Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiiriin kuuluvan hoitoyksikön sairaanhoitajille, jotka työskentelevät sisätautien vuodeosastoilla. Tämän hoitoyksikön sisätautien vuodeosastoilla hoidetaan erikoissairaanhoidon vaatimia potilaita, jotka ovat joutuneet sairaalaan äkillisen sairauden vuoksi, sekä erikoissairaanhoidon vaatimia sairauksia, kuten infektioita, keuhkokuumetta, ruusua, sepsistä, maksan vajaatoimintaa sekä ruoansulatuselinten toimintahäiriöitä. Sisätautien osastoista toinen on lisäksi erikoistunut hematologisten potilaiden hoitoon ja osastolla hoidetaan sekä tutkitaan muun muassa luusyöpään sairastuneita potilaita. Osastoilla on myös elektiivisiin tutkimuksiin ja toimenpiteisiin muun muassa biopsiaa sekä täyhystyksiä varten saapuneita potilaita.

Sisätautien vuodeosastolla potilaat ovat yleensä yleissisätautien potilaita tai potilaita, jotka ovat joutuneet sairaalaan rintakipujen, sydäninfarktin tai vaikeutuneen sydämen vajaatoiminnan seurauksena sekä vaativat erikoissairaanhoidollista jälkiseurantaa. Molemmilla osastoilla toimii noin 20 sairaanhoitajaa sekä muutama lähihoitaja. Potilaiden keskimääräinen hoitoaika osastoilla on noin neljä vuorokautta. Osastoilla toimivat hoitajat kuuluvat sijaispooliin, joka on itsessään oma yksikkönsä, ja minkä sisällä hoitajat sijoittuvat

seitsemälle eri osastolle sekä kahdelle poliklinikalle. Sijaispoolin hoitajat ovat erikoistuneet vähintään kahteen hoitotyön erikoisalaan sekä toimivat omien osaamisalueittensa mukaisilla osastoilla ja poliklinikoilla. Sairaanhoidajat kohtaavat osastoilla usein päihdepotilaita, jotka ovat hoidettavana esimerkiksi maksan vajaatoiminnan tai huumeaineiden aiheuttamien infektioiden vuoksi.

8 Kvalitatiivinen tutkimus

Opinnäytetyö koostuu useista eri vaiheista, jotka muodostavat kokonaisvaltaisen kuvan tutkittavasta ilmiöstä. Opinnäytetyön vaiheina ovat tutkimusongelma, kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä, tiedonkeruumenetelmä, teemoittelu ja luokittelu analyysimenetelmänä, sekä johtopäätökset. (Eskola, J. & Suoranta, J. 2000, 5-6.) Tutkimusongelman tiedostaminen määrittää millainen tutkimusote sopii parhaiten tutkittavaan ilmiöön. Opinnäytetyössä tarkoituksena on yleisesti saada tutkittavasta ilmiöstä tietoa, joka on tulkittavissa määrällisesti, tai tietoa, jossa tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan seikkaperäisemmin ja syväluotaavasti. (Anttila, P. 2006, 230-233.) Opinnäytetyöni aiheeseen valitsin tutkimusotteeksi kvalitatiivisen, eli laadullisen tutkimusmenetelmän. Alla (Kuvio 1) on kuvattu opinnäytetyöprosessin kulku vaiheineen, joista rakentuu opinnäytetyön kokonaiskuva.



Kuvio 1: Opinnäytetyöprosessin kulku

Puolistrukturoitu aineistonkeruumenetelmä toteutui teemahaastattelujen muodossa, jossa haastateltavilta odotetusti oli kartoittaa tarkasteltavaa ilmiötä syväluotaavasti, yksityiskohtaisesti sekä mahdollisimman monipuolisesti. Tarkasteltavasta ilmiöstä löysin niukasti tutkittua tietoa, jonka vuoksi kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä tuli valituksi opinnäytetyöni tutkimusotteeksi.

Kvalitatiivisen, eli laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on usein keskittyä pieniin otoksiin, joita pyritään tarkastelemaan mahdollisimman monipuolisesti eri näkökulmista. Laadullisessa tutkimuksessa edellytyksenä ei tieteellisestä näkökulmasta niinkään ole aineiston määrä vaan

sen laatu, jossa käsitteiden luomisen merkitys korostuu. Haastattelijan tavoitteena on yhdistää tutkimuskohde yhteiskunnalliseen yhteyteen ja antaa sen avulla tarkka kuva tutkittavasta ilmiöstä. Hankinnanvarainen otanta määrittyy tutkijan taidoista luoda omaan katsaukseensa tukeva teoreettinen pohja, joka antaa suuntaa lähdetiedon hankinnalle. Laadullinen tutkimus on mahdollista aloittaa ilman ennalta määriteltyjä teesejä, eli sen tarkoitus onkin alkaa teoreettisen aineiston keräämisellä sekä johtopäätösten tekemistä aineistolähtöisen tarkastelun avulla, ja tämän vuoksi aineiston rajaaminen nousee tärkeään asemaan opinnäytetyötä laatiessa. Aineistolähtöinen tarkastelu on suuressa roolissa erityisesti silloin, kun etsitään perustietoa tutkittavan ilmiön laadusta. Laadusta puhuttaessa on määriteltävä tutkittava kohde, sen laatu ja mitä se kokonaisuudessaan on. Hypoteesittomuus laadullisessa tutkimuksessa merkitsee sitä, ettei tutkijalla ole selkeää ennakoarviota tarkasteltavasta ilmiöstä tai siitä saaduista tuloksista, ja tämän vuoksi on tärkeää huomioida tutkijan aiemmat havainnot ja kokemukset ilmiöstä. Aiemmat havainnot ja kokemukset eivät kuitenkaan saa vaikuttaa ennalta suunniteltuun tutkimuslinjaan, joten tutkijan on tärkeä tiedostaa omat ennakoarvionsa ilmiöstä, ja ottaa ne huomioon ennako-oletuksena. Teoreettisen pohjan muodostamisen kannalta on tärkeää pohtia erilaisia niin sanottuja työhypoteeseja, eli tietynlaisia ennakoarvioita opinnäytetyön tuloksista. (Eskola & Suoranta 2005, 18-20.)

8.1 Aineistonkeruumenetelmä

Tutkimusmenetelmän avulla voidaan päätellä, millaisia aineistonkeruumenetelmiä tarvitaan tutkittavan ilmiön selvittämiseksi. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytettyjä tavanomaisimpia aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelut, havainnointi, videot, tai simulointi. Kvantitatiivinen tutkimus pohjautuu tyypillisemmin muun muassa erilaisiin mittauksiin, lukuihin sekä testauksiin (Innokylä 2013.)

Opinnäytetyössäni käytin teemahaastattelua aineistonkeruumenetelmänä, joka pohjautui puolistrukturoituun teemahaastattelumuotoon, jossa esitin haastateltaville samat teemakysymykset yhdenmukaisessa järjestyksessä, lisäksi käyttäen vapauksia haastattelijana esittää lisäkysymyksiä tarvittaessa. Haastateltavat saivat vastata teemakysymyksiin vapaasti ilman, että teemakysymyksiin olisi annettu valmiita vastausvaihtoehtoja. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 47-48.)

8.2 Puolistrukturoitu teemahaastatteluprosessi

Teemahaastattelu lukeutuu muodollisuudessaan lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välille ja sitä tehdessä huomioidaan haastateltavien tulkinnat ja heidän merkityksenantonsa. Puolistrukturoidussa teemahaastattelussa haastateltaville annetaan tilaa vastata kysymyksiin vapaasti, mutta teemoista ja niiden esitys järjestyksestä kiinni pitäen. Teemahaastattelu on

luonteeltaan keskustelunomainen, jossa käydään läpi ennalta suunnitellut teemat. Teemahaastattelussa teemojen käsittelyjärjestys on vapaa, eikä kaikkien haastateltavien kanssa toteuteta haastattelua yhtä laajasti. Haastattelijan tavoitteena on keskittyä itse keskusteluun vähäisten muistiinpanojen turvin. Teemat voidaan luetella esimerkiksi ranskalaisin viivoin sekä lisäksi voidaan kirjata ylös apukysymyksiä tai avainsanoja haastattelun kulun tukemiseksi. Teemahaastattelun tarkoituksena ei ole esittää tarkkoja kysymyksiä tarkoin määrätystä järjestyksessä lomakkeen avulla. Haastattelun tarkoituksena on keskustella teemoista ja niiden alateemoista vapaamuotoisesti. (Eskola & Suoranta 2005, 86-87.)

Teemahaastattelut toteutettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yhdessä tulosityksikössä, jossa haastateltavat neljä sairaanhoitajaa oli satunnaisesti arvottu kaikkien vapaaehtoisten joukosta. Teemahaastattelu toteutettiin kyseisen tulosityksikön tiloissa nimettöminä, sekä sukupuolesta riippumattomina yksilöhaastatteluina, joiden kesto yhtä haastateltavaa kohden oli keskimäärin noin kahdeksan minuuttia. Ennen varsinaisen haastattelun alkua jokainen haastateltava sai ennalta luettavakseen saatekirjeen, jossa selitettiin lyhyesti tulevan haastattelun kulku sekä teemat, joista haastattelija esittäisi kysymykset. Lisäksi kerroin jokaiselle haastateltavalle suullisesti miten haastattelun kulku toteutuu, mihin tarkoitukseen haastattelu tulee, mihin tallennan haastattelun, miten käsittelen sitä haastattelun jälkeen ja kerroin, että tallenteet sekä niiden litterointi tuhoetaan, kun tulokset on saatu analysoitua. Saatekirjeessä jokainen haastateltava tuli tietoiseksi, että kyseinen haastattelu toteutetaan nimettömästi, sukupuoli, ikä, henkilön asema osastotyössä tai tarkempi ammattikokemus ei tule opinnäytetyössä myöskään ilmi. Saatekirjeessä kerrottiin lisäksi, että kaikki haastattelut tallennetaan digisanelimelle myöhempää purkua varten, jonka päätteeksi kaikki haastatteluun liittyvät tallenteet tuhoetaan.

Haastatteluissa keskityttiin tarkastelemaan, onko osaston henkilökunta havainnut haasteita päihdepotilaiden kohtaamisessa, sekä hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksessa päihdepotilaiden kanssa, ja miten mahdollisesti havaitut haasteet ovat osastolla ilmenneet. Haastatteluissa lisäksi tarkasteltiin, olivatko haastatellut sairaanhoitajat onnistuneet kohtaamis- ja vuorovaikutustilanteissa päihdepotilaiden kanssa ja millaisin keinoin, sekä millaiset toimintatavat olivat tulleet hyväksi havaituiksi päihdepotilaiden kohtaamis- ja vuorovaikutustilanteissa. Kolmas teema käsitteli koulutustarpeita ja kehittämisideoita päihdepotilaiden kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyen. Haastatteluissa kysyttiin kokivatko haastatellut saaneensa riittävästi koulutusta, ohjausta tai informaatiota päihdepotilaiden kohtaamisesta sekä pyydettiin esittämään kehittämisideoita sekä näkemyksiä siitä mitä tulisi kehittää päihdepotilaiden ja sairaanhoitajien välisessä

kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa. Haastattelut toteutuivat teemarungon mukaisesti, ja joidenkin kysymysten kohdalla esitin myös tarvittaessa tarkentavia lisäkysymyksiä.

Teemahaastattelu etenee valmiiksi mietittyjen ja muotoiltujen kysymysten pohjalta, mutta vapaammin kohdentuen ennalta suunniteltuihin teemoihin. Teemahaastattelu on avointa haastattelua jäsennellympi, ja siinä haasteltava vastaa hänelle esitettyihin kysymyksiin, jotka on muodostettu aiempien tutkimusten ja aiheeseen tutustumisen perusteella.

Teemahaastattelu ei noudata lomakehaastattelun tavoin tarkkojen ja yksityiskohtaisten kysymysten kulkua, vaan on lomakehaastattelua joustavampi haastattelumuoto.

Teemahaastattelun kulku puolestaan vaihtelee jossain määrin haastateltavien välillä, vaikka teemat pysyvätkin samoina. Teemahaastattelijan on perehdyttävä haastattelun aihepiiriin ja haastateltavien tilanteisiin huolellisesti, jotta haastattelu olisi mahdollista kohdentaa tarkkoihin teemoihin.

Sisältö- ja tilanneanalyysi on teemahaastattelun kannalta hyvin tärkeässä roolissa.

Haastateltavat valitaan yleensä harkinnanmukaisesti sekä haastateltavien määrä on hyvä suunnitella etukäteen riittäväksi. Teemahaastattelun ideana on antaa oikeus haastateltavan vastaamisen vapaudelle, mikä puolestaan tekee teemahaastattelusta suositun sekä helposti analysoitavan tutkimusmenetelmän. Haastattelutulosten analysointi ei välttämättä aina tuo esille samoja teemoja, mitä aineistoa analysoimalla on saatu jo ennalta selvitettyä.

Teemahaastattelun tulokset on mahdollista analysoida esimerkiksi kokonaisuudessaan määrällisesti tai määrällisyyttä ja laadullisuutta yhdistäen. Kielellisten tarkastelutapojen käyttö on riippuvainen tutkimusongelmasta, eikä teemahaastattelua välttämättä tarvitse analysoida määrätyn konseptin mukaisesti tai edes käyttäen haastattelussa käytettyjä teemoja. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 47-48.)

8.3 Teemahaastattelun laadun ja luotettavuuden varmistaminen

Haastatteluvaiheessa aineistonkeruu voi ajoittain osoittautua haastavaksi, koska se vaatii ilmiötä tutkivalta henkilöltä omakohtaista läsnäoloa sekä toimivaa vuorovaikutusta tutkijan ja haastateltavan välillä. Haastateltava on kohdattava kasvokkain, ja tämä ei välttämättä ole valmis käsittelemään tutkijan antamia teemoja sillä tasolla kuin tutkija itse toivoisi, koska teemat voivat kytkeytyä henkilökohtaisen elämän ja nimettömyydensuojan alle.

Loukkaamattomuuden suojaus on sovittava haastateltavan kanssa ennen haastattelua.

Haastattelun yhteydessä voi mahdollisesti esiintyä ymmärtämisvaikeuksia, tai kielellisiä haasteita vuorovaikutuksen aikana. Haastateltava ei myöskään ole välttämättä täysin sopeutunut keskustelemaan teemoista odotetulla tasolla ja kuvailemaan ilmiötä ymmärrettävästi. Haastateltava ei välttämättä kykene hahmottamaan teemojen yhteyttä käytännön tilanteisiin, tai omaan toimintaympäristöönsä kytkeytyen. Haastattelijan tulisi ilmiötä tutkiessaan hallita erityisiä ominaispiirteitä, kuten kuuntelu- ja yhteistyökykyä,

luotettavuuden osoittamista, kysymyshallintaa sekä vuorovaikutuksen kulun johtamista. Tutkimusaineiston keruun haasteina ovat erilaiset virhetekijät, joita haastattelijan olisi hyvä hallita. Virhetekijöitä saattavat olla muun muassa haastateltavan hermostuminen haastattelutilanteessa, vastausten jääminen puutteelliseksi, ennakkokäsitysten ohjaavuus haastattelutilanteessa tai tutkijan ja haastateltavan välinen heikko vuorovaikutus. (Anttila 2006, 200.)

9 Tutkimustulokset ja analysointimenetelmät

Teemahaastatteluvastausten luokittelu, analysointi sekä esiintuonti ovat kolme yhteneväistä osa-aluetta, jotka muodostavat yhden kokonaisuuden, vaikka käytännössä tehtävänänsä nämä eivät keskenään liity toisiinsa, silti aineiston käsittelijä ei voi välttyä käyttämästä kyseisiä kolmea aineiston tulkintamenetelmää. Edellä mainitut osa-alueet voivat vaihdella eri tutkimuksissa tutkimuksen tarpeista ja ilmiöstä riippuen. Kyseiset kolme eri vaihetta on kuitenkin tarpeen hallita, koska luokittelu itsessään ei ole välttämättä riittävä menettely aineiston analysoimiseksi. Luokittelu käsittää suurimmalta osin hankitun aineiston ymmärtämistä. Analysointivaiheita ovat lisäksi aineiston järjestäminen, luokittelu ja ilmiöiden löytäminen, sekä analyysi eli teemojen ilmiöiden vertailu ja tulkintasääntöjen muodostaminen sekä tulosten koonti ja koettelu aineiston ulkopuolelle. (Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2014, 11-12.)

9.1 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Sisällönanalysilla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä menetelmää, jolla on mahdollista tuottaa toistettavia sekä luotettavia johtopäätöksiä kerätyn haastatteluaineiston yhteydestä koko tutkimusaineistoon. Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla voidaan luoda ajantasaista tietoa, näkemyksiä, sekä esiintuoda taustatekijöitä. (Anttila 2006, 292.)

Laadullisen aineiston analyysivaihe käynnistyy yhtäaikaaisesti aineiston hankkimisen yhteydessä. Analyysin tekeminen on luontevinta haastattelun suorittaneelle henkilölle, sillä haastattelun suorittanut henkilö on ollut läsnä tulkitsemassa ja havainnoimassa keskustelun kulkua, sekä osallistunut siihen kysymysten ja lisäkysymysten muodossa. Tutkimusongelman, termistön sekä määritteiden asettaminen, sekä niiden muotoilu tarvittaessa haastatteluprosessin aikana on keskeinen osa opinnäytetyön teema-analyysiä, vaikka kyseiset osa-alueet tarkentuvat vasta yleensä vastausten käsittelyvaiheessa. (Anttila 2006, 278.)

Haastattelu toteutui puolistrukturoidun teemahaastattelun muodossa, johon osallistui yhteensä neljä sairaanhoitajaa. Teemahaastattelut litteroitiin digisanelimelta sanatarkasti, ja jokaisen haastatellun vastaukset kirjattiin omaan Word-tiedostoonsa. Haastateltujen vastaukset koottiin Excel-tiedostoon, jossa jokainen kysymys omalle välilehdelleen, ja

jokainen vastaus omaan soluunsa siten, että kunkin haastatellun vastaukset olivat aina yhdessä pystysarakkeessa kysymyksittäin omilla taulukkovälilehdillään, josta teemakohtainen vertailu onnistui luontevimmin. Excel-taulukkoon kirjattiin myös haastattelujen aikana kysytyt lisäkysymykset sanatarkasti. Taulukoinnin jälkeen jokaisen neljän haastatellun vastauksista luokiteltiin värikoodaten samankaltaiset vastaukset teemakohtaisesti lajitellen. Jokaisen neljän sairaanhoitajan vastauksista poimittiin tarkimmin tutkittavaan ilmiöön kohdistuneet vastausten osat, joista yhteneväiset teemakohtaisesti asiayhteyteen liittyvät eri haastateltujen vastaukset yhdistettiin pelkistämällä asiayhteys yksinkertaisempaan ilmaisumuotoon. Vastausten pelkistämisen myötä haastateltujen teemakohtaiset pelkistetyt vastaukset jälleen yhdistettiin yhdeksi yhteneväiseksi asiayhteydeksi, jotka muodostivat täten yhdessä yhden alaluokan tutkimusongelman ratkaisemiseksi.

Pelkistetyistä vastauksista oli havaittavissa yhteneväisyyksiä kohdistuen teemakohtaisiin aiheisiin, ja näistä yhteneväisyyksistä muodostui jokaisesta teemasta omat alaluokkansa. Teemakohtaisten alaluokkien keskiarvosta oli pääteltävissä teemakohtaiset yläluokat, ja täten niiden keskiarvosta yksi pääluokka, johon varsinainen teemakohtainen tutkimustulos päättyy. Kyseistä vaiheita varten yksinkertaistetuista haastatteluvastauksista johdetut alaluokat siirrettiin PowerPoint grafiikkaobjekteja (Kuviot 2, 4 ja 6) apuna käyttäen ylä- ja pääluokkien muodostamista helpottavaan graafiseen muotoon.

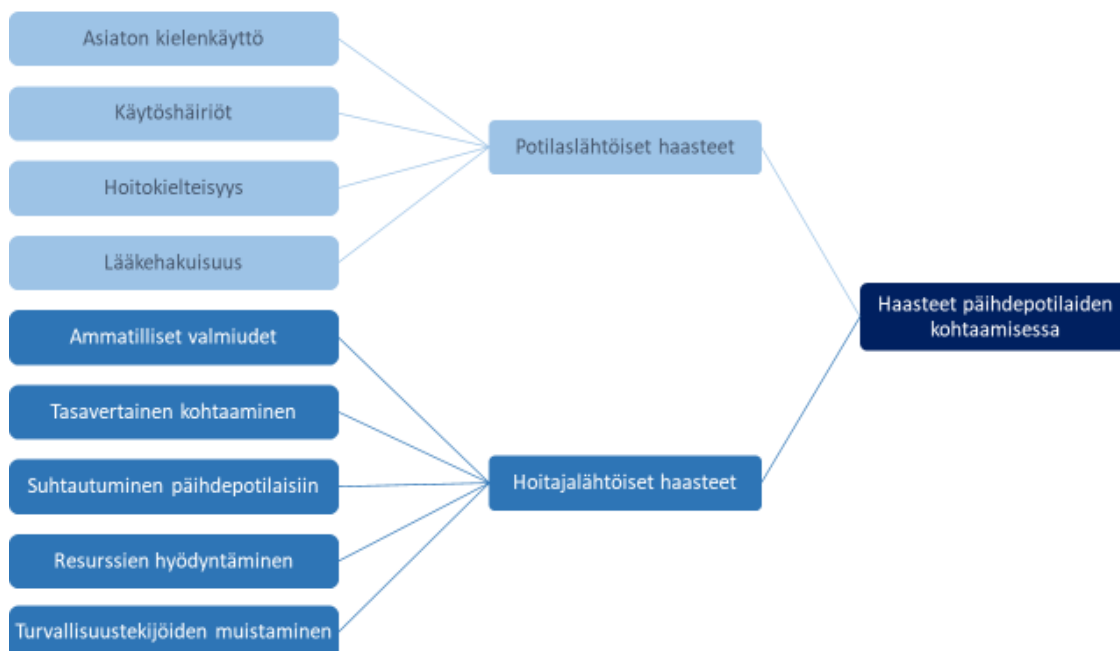
9.2 Teemahaastattelutulokset

Tarkastelin teemaosioissa haastatteluissa esiin nousseita haastatteluvastauksia teemakohtaisesti. Jokaisesta teemasta esitettiin suunnitelman mukaisesti kaksi pääkysymystä, sekä lisäksi tarvittaessa tarkentavia lisäkysymyksiä. Haastatteluista teemakohtaisiin pääkysymyksiin saadut vastaukset oli luontevinta koota yhteen, sillä teemakohtaiset vastaukset liittyivät vahvasti toisiinsa, vaikka näkökulmat kysymysten välillä erosivatkin. Haastattelutulosten yhteyteen on liitetty suoria siteerauksia haastateltujen sairaanhoitajien antamista vastauksista.

Sairanhoitajien kokemukset

Ensimmäinen teema käsitteli sairaanhoitajien kokemuksia päihdepotilaiden kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta, sekä niissä ilmenneitä haasteita. Haastatelluilta sairaanhoitajilta kysyttiin ensimmäisenä pääkysymyksenä miten nämä olivat kokeneet päihdepotilaan kohtaamisen ja vuorovaikutuksen suhteessa potilaisiin, jotka eivät ole päihdepotilaita. Toisena pääkysymyksenä kysyttiin, olivatko haastatellut kokeneet tai havainneet haasteita päihdepotilaiden kohtaamisessa tai vuorovaikutuksessa, ja miten mahdolliset haasteet olivat ilmenneet. Haastatellut sairaanhoitajat nimesivät kaikki antamissaan vastauksissa haasteita, joita olivat kokeneet päihdepotilaiden kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa. Haastatteluista saadut vastaukset jakautuivat luokitteluvaiheessa selkeimmin potilas- sekä hoitajalähtöisiin

haasteisiin, jonka vuoksi analyysivaiheessa asiaa oli myös luontevinta tarkastella kahdesta eri lähtökohdasta. Alla (Kuvio 2) on kuvattu sairaanhoitajien kokemukset päihdepotilaiden kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa.



Kuvio 2: Haasteet päihdepotilaiden kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa

Potilaslähtöisissä haasteissa puolet haastatelluista toivat ilmi päihdepotilaan asiattoman kielenkäytön, sekä käytöshäiriöt sairaanhoitajia kohtaan. Myös päihdepotilaiden hoitokielteisyys sekä lääkehakuisuus nousivat esille haastatteluissa. Edellä mainitut tekijät vaikeuttavat kaikki hoitosuhteen luomista päihdepotilaaseen.

Erilaiset käytöshäiriöt sekä päihdepotilaiden asiaton kielenkäyttö mainittiin haasteena yhteensä kymmenen kertaa kysyttäessä haastatelluilta sairaanhoitajilta, millaisia haasteita nämä olivat kokeneet päihdepotilaiden kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa. Epäasiallisessa tai karkeasta kielenkäytöstä mainitsi puolet haastatelluista neljästä sairaanhoitajasta, ja näissä kielenkäyttöä kuvailtiin muun muassa haistatteluksi, jota esiintyy erityisesti kohtaamisvaiheessa. Päihdepotilaiden mainittiin myös ärtyvän nopeasti ja olevan niin puheissaan, kuin käytökseltäänkin arvaamattomia, äkkipikaisia sekä lyhytpinnaisia. Haastatelluista sairaanhoitajista kaksi kuvaili päihdepotilaiden olevan usein aggressiivisia, sekä kaksi mainitsi päihdepotilailta esiintyvän hoitosuhteen alussa erilaisia oireita, sekä deliriumia, jolla tässä yhteydessä tarkoitetaan päihdepotilaan alkoholin aiheuttamaa sekavuustilaa tai puhekielessä usein juoppohulluutta, eli delirium tremensiä, joka vaikuttaa päihdepotilaan käyttäytymiseen. (Huttunen 2016). Yksi haastatelluista sairaanhoitajista koki myös päihdepotilaiden lääkehakuisuuden haasteena, sekä toinen sairaanhoitaja kertoi kokeneensa päihdepotilaiden olevan muita potilaita hoitokielteisempiä. Päihdepotilaiden

kuvailtiin olevan sitoutumattomia hoitoon, itsepäisiä ja omaehtoisia, sekä vähemmän vastaanottavaisia niin hoitoa, kuin vuorovaikutustakin kohtaan.

Haastatellut sairaanhoitajat kertoivat vastauksissaan myös haasteista, joita voidaan pitää hoitaja- tai organisaatiolähtöisinä. Tällaisia syitä mainittiin sairaanhoitajien kokemuksista kysyttäessä yhteensä kahdeksan kertaa. Suoraan hoitajiin liittyvinä haasteina nousivat

haastatteluissa esille sairaanhoitajien ammatilliset valmiudet, suhtautuminen päihdepotilaisiin, sekä potilaiden tasavertainen kohtaaminen. Organisaatiolähtöisenä

”Meilläkin henkilöhälyttimet on, mut niit ei muisteta pitää mukana ja sitten se, jos muistetaan pitää mukana, niin muistetaanko sit, miten sitä käytetään”

haasteena haastatellut nostivat esille turvallisuustekijöiden muistamisen sekä yksi haastatelluista koki, ettei sairaanhoitajakoulutus anna riittävästi valmiuksia päihde-potilaiden kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen. Potilaiden tasavertainen kohtaaminen nousi esille kolmen sairaanhoitajan vastauksissa, joissa nämä kertoivat kohtaavansa tai pyrkivänsä kohtaamaan kaikki potilaat samanarvoisina keskenään. Haastatellut kertoivat niin omista kokemuksistaan, kuin osastoilla näkemistään potilastilanteista, ja kaksi haastatelluista koki, ettei sairaanhoitajilla ole aina ymmärrystä päihdepotilaiden elämäntilanteeseen tai sen hetkiseen tilaan, ja nämä saattavat provosoitua vuorovaikutustilanteessa päihdepotilaan kanssa.

”Metsä vastaa niin kuin sinne huudetaan välillä, vaikkakin ei sais vaikuttaa”.

Päihdepotilaiden ja hoitohenkilökunnan väliseen kohtaamiseen liittyi lisäksi sairaanhoitajien suhtautuminen päihdepotilaisiin, erityisesti kohtaamistilanteessa, minkä puolet haastatelluista oli kokenut

”...se voi olla vähän sellaista, että no, ittepähan olet itses tähän ajanut ja, ja että koitas nyt vaan yrittää ”

lähtökohtaisesti negatiiviseksi. Eräs haastatelluista sairaanhoitajista koki, ettei osastoilla aina osata tai muisteta hyödyntää käytettävissä olevia resursseja, ja mainitsi lisäksi osaston aikaresurssin olevan riittämätön. Resurssien hyödyntämisestä kerrottiin, ettei jatkoapua muisteta tai osata aina tarjota päihdepotilaalle, vaan se usein jää sosiaalihoitajan tehtäväksi, koska osaston sisäinen hoitohenkilökunta ei ole aina tietoinen, millaista jatkoapua päihdepotilaalle on mahdollista tarjota.

”...sit sosiaalihoitaja kutsutaan keskustelemaan ja antamaan niit vaihtoehtoja, mut ett’ me hoitajana ei sitten välttämättä edes tiedetä, ett sit se on sosiaalihoitaja, joka kysyy sitä halukkuutta, jatkoa ja sitä kautta...”

Turvallisuustekijöistä mainittiin, että kohdatessa potilaita tasavertaisesti ei aina muisteta, että välillä olisi syytä muistaa varautua myös mahdollisiin uhkatilanteesiin. Haastatellun sairaanhoitajan mukaan turvahälyttimiä ei muisteta aina pitää mukana, ja vaikka se

muistettaisiinkin pitää mukana, ei sen käyttö ole kaikille hoitohenkilökuntaan kuuluville tuttua, eikä hälyttimiä välttämättä muisteta

”Väkivallan uhkaa ei välttämättä oo.. tai sanotaanko näin, ett sitä ei muista ett’ se saattaa kuitenkin olla.”

käyttää turvallisuusuhkatilanteen sattuessa. Alla (Kuvio 3) on kuvattu vastaukset määrällisesti sairaanhoitajien kokemuksista päihdepotilaiden kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa.



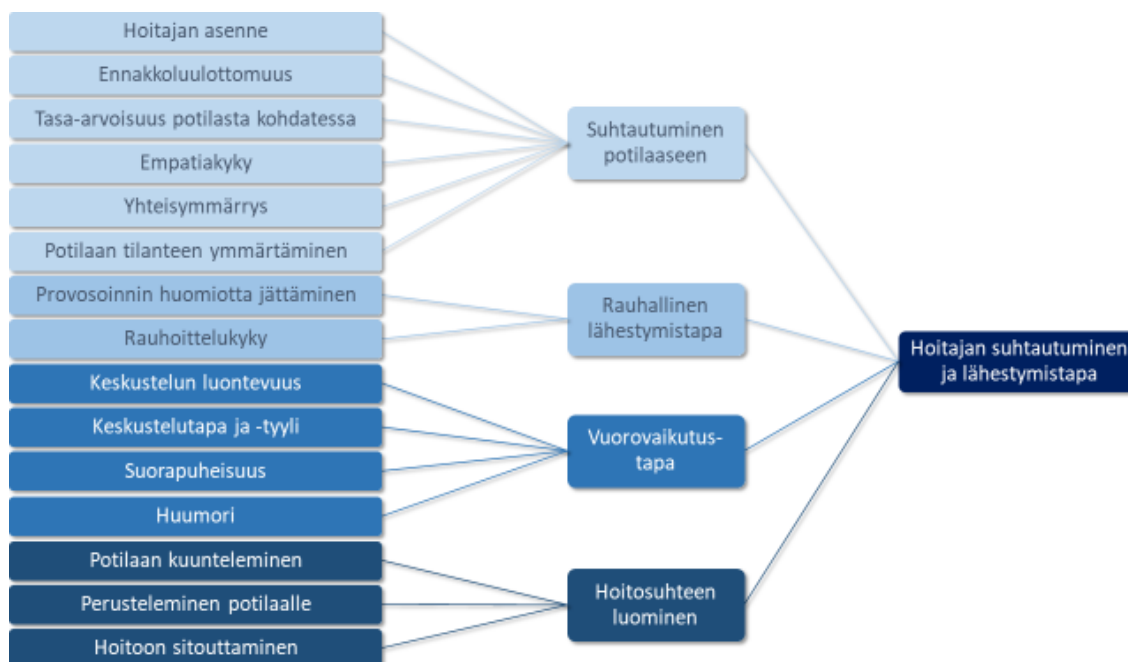
Kuvio 3: Määrälliset vastaukset haasteista ja kokemuksista

Onnistumiset ja keinot

Toinen opinnäytetyön teemoista oli sairaanhoitajien onnistumiset ja keinot, joiden avulla haluttiin selvittää miten ja missä haastatellut sairaanhoitajat olivat kokeneet onnistuneensa kohdatessaan päihdepotilaita, ja ollessaan näiden kanssa vuorovaikutuksessa, sekä millaisia keinoja haastatellut olivat kokeneet toimiviksi päihdepotilaita kohdatessaan. Teeman ensimmäisenä pääkysymyksenä kysyttiin, missä asioissa haastateltu oli kokenut onnistuneensa päihdepotilaiden kohtaamisessa. Toisena pääkysymyksenä kysyttiin, minkä tekijöiden haastateltu oli kokenut tai havainnut auttavan tai helpottavan tilannetta kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa päihdepotilaiden kanssa. Haastatelluilta sairaanhoitajilta kysyttiin tarvittaessa myös lisäkysymyksiä vastausten tarkentamiseksi.

Haastateltujen antamista vastauksista pääluokaksi muodostui sairaanhoitajien suhtautuminen ja lähestymistapa päihdepotilaisiin. Yläluokkia tähän teemaan muodostui yhteensä neljä, jotka ovat suhtautuminen potilaaseen, rauhallinen lähestymistapa, vuorovaikutustapa sekä hoitosuhteen luominen. Muun muassa yläluokka suhtautuminen päihdepotilaaseen muodostui haastateltujen näkemyksestä, jonka mukaan muun muassa sairaanhoitajan asenne,

ennakkoluulottomuus, tasa-arvoisuus suhteessa päihdepotilaaseen sekä yhteisymmärrys päihdepotilaan kanssa liittyivät hyvin keskeisesti sairaanhoitajan sekä päihdepotilaan väliseen vuorovaikutukseen. Teeman muut yläluokat muodostuivat samalla periaatteella suoraan haastateltujen antamiin vastauksiin perustuen. Alla (Kuvio 4) on kuvattu sairaanhoitajien onnistumiset ja keinot päihdepotilaiden kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa.



Kuvio 4: Keinot ja onnistumiset päihdepotilaiden kohtaamisessa

Suhtautuminen päihdepotilaaseen on tärkeässä asemassa hoitosuhdetta luotaessa, ja kolme neljästä haastatellusta sairaanhoitajasta kertoikin kohtaavansa tai vähintään pyrkivänsä kohtaamaan päihdepotilaat tasa-arvoisina niin muihin potilaisiin kuin itseensäkin verraten. Eräs haastateltu kertoi pyrkivänsä kohtaamaan potilaat näiden tasolla, eikä niinkään asettumaan auktoriteettiasemaan kohdatessaan päihdepotilaita. Toinen haastateltu kuvaili pyrkivänsä näkemään henkilön päihteidenkäytön takana, ja kolmas kuvaili yrittävänsä asettua samalle aaltopituudelle päihdepotilaiden kanssa. Kolme haastatelluista mainitsi lisäksi sairaanhoitajan asenteen hyvän hoitosuhteen syntymistä edistävänä tekijänä.

Myös kolme haastatelluista sairaanhoitajista kertoi yhteistyön päihdepotilaan kanssa olevan vuorovaikutusta edistävä tekijä. Yksi haastatelluista kuvaili saattavansa esimerkiksi pohtia yhdessä päihdepotilaan kanssa, miten tämän päihteiden ongelmakäyttö saataisiin loppumaan. Toinen haastateltu kuvaili

”Omat ennakkoluulot kannattaa heittää pois, ett’ menee sen ihmisen luo ilman ennakkoluuloja, ett’ niin on paljon helpompaa, kun ei oo semmonen vihamielinen suhtautuminen jo heti lähtökohtasesti.”

pyrkivänsä menemään päihdepotilaan kanssa yhteistyössä tämän hoitopolussa eteenpäin, ja tekevänsä tarvittavia päätöksiä yhteistyössä päihdepotilaan kanssa, jonka avulla potilaan päihdehoidossa edistyttäisiin. Kolmas haastateltu kertoi löytävänsä melko helposti yhteisymmärryksen päihdepotilaiden kanssa. Päihdepotilaan tilanteen ymmärtäminen ja empatiakyky tätä kohtaan nousivat myös vuorovaikutussuhdetta helpottavina tekijöinä esille haastateltujen antamissa vastauksissa.

Yläluokista toiseksi muodostui sairaanhoitajan rauhallinen lähestymistapa. Kaksi haastatelluista koki myös sairaanhoitajan rauhallisen lähestymistavan ja rauhoittelukyvyyn olevan tärkeässä asemassa hoitosuhteen luomisessa. Toinen haastatelluista kuvaili onnistumiseksi sitä, etteivät päihdepotilaat käy päälle tai osoita hyökkäävää käyttäytymistä. Toisen haastatellun mielestä päihdepotilaalta tulevan provosoinnin huomiotta jättämistä ja provosoitumattomuutta voidaan pitää keinona onnistua päihdepotilaan kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa.

”Välillä itsenikin yllättää, että ett’ mä huomaan työpäivän päätteeksi, ett’ mä oon kyennyt koko päivänä hyvin asiallisesti niinkun käyttäytymään, vaikka ei välttämättä se käytös ollut mua kohtaan niin asiallista.”

Vuorovaikutustapa päihdepotilaan kanssa nousi myös yhdeksi teeman yläluokaksi sairaanhoitajien ja päihdepotilaiden välisen vuorovaikutuksen keinoja ja onnistumisia kysyttäessä. Vuorovaikutustavoista esille nousivat sairaanhoitajan ja päihdepotilaan välisen keskustelun luontevuus ja suorapuheisuus, kolmen haastatellun vastauksissa keskustelutapa- ja tyyli, sekä kahden haastatellun vastauksissa myös huumori. Sairanhoitajan ja päihdepotilaan välisen keskustelun kuvattiin olevan luontevaa, kun päihdepotilaan kanssa pääsee keskustelussa samalle tasolle, ja yhteistyö sujuu vuorovaikutustilanteessa joustavasti. Kolmen haastatellun vastauksista esille nousivat keskustelutapa ja -tyyli, ja hyvänä keskustelutapana pidettiin rauhallista keskusteluetettä, päihdepotilaan kuuntelemista sekä potilaalta kyselemistä, ja toisaalta myös päihdepotilaalla perustelemista. Myös toinen haastateltu kertoi vastauksessaan rauhallisen keskustelutavan olevan oleellinen, ettei sairaanhoitaja itse provosoidu päihdepotilaan välillä karkeastakin kielenkäytöstä, tai käytöksestä. Eräs vastaajista koki hyvänä keskustelutapana myös asioiden rohkeaa esille tuomista, ja jopa suorapuheisuutta päihdepotilaan kanssa. Vastaajan mukaan päihdepotilas tällöin huomaa, ettei päihdeongelmaa tarvitse peitellä tai salata, vaan siitä voi keskustella totuudenmukaisesti ja vapautuneesti. Tällainen suorapuheinen keskustelutapa saattaa

”...mutta se, ett’ kun sen ottaa heti esille sen asian, niin siit pystyy keskustelee, ja sit potilaskin huomaa, että täähän on niinkun.. ett’ kun tästä kerta puhutaan näin suoraan, niin sit mäkin voin puhuu suoraan, eikä tarvii olla niinkun semmonen, että vähäsen nyt välillä otan kaljaa.. ja näin.”

haastatellun sairaanhoitajan mukaan järkyttää joitakin päihdepotilaita, mikä ei ole välttämättä huono asia päihdepotilaan hoidon edistymisen kannalta.

Kahden haastatellun sairaanhoitajan antamista vastauksista nousi esille myös huumori keinona päihdepotilaiden kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa. Haastatelluista eräs koki huumorin olevan päihdepotilaiden kohdalla keino luoda ja ylläpitää vuorovaikutussuhdetta, vaikka se ei välttämättä kaikkiin päihdepotilaisiin toimikkaan samalla tavoin. Haastateltu kuvaili päihdepotilaiden olevan usein hyvin huumorintajuisia.

”...heijän kanssa aika helposti sitten löytyy se yhteisymmärrys, tietysti riippuu ihmisen persoonastakin noin muuten, mutta hehän on aika usein aika herkkiä ja huumorintajuisia.”

Keinona ja onnistumisena sairaanhoitajan ja päihdepotilaan hoitosuhteen luomiseen liittyen haastatellut kertoivat hoitotoimien ja päätösten perustelemisen sekä päihdepotilaan hoitoon sitouttamisen olevan asioita, joissa oli onnistuttu ja jotka helpottivat vuorovaikutussuhdetta päihdepotilaisiin. Päihdepotilaan kuuntelu ja tämän tahdon toteuttaminen auttoivat erään haastatellun mielestä myös hoitosuhteen luomisessa. Alla (Kuvio 5) on kuvattu vastaukset määrällisesti sairaanhoitajien keinoista ja onnistumisista päihdepotilaiden kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa.

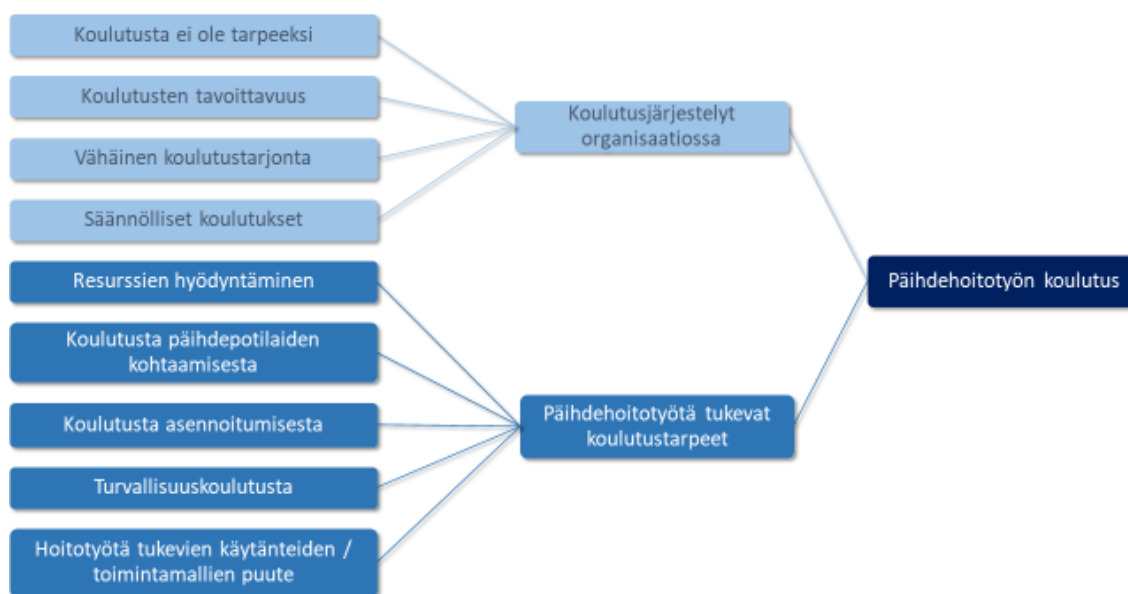


Kuvio 5: Määrälliset vastaukset onnistumisista ja keinoista

Koulutustarpeet ja kehittämisideat

Opinnäytetyön kolmantena teemana olivat koulutustarpeet ja kehittämisideat. Haastatelluilta sairaanhoitajilta kysyttiin teeman pääkysymyksinä, kokevatko haastatellut, että aiheesta on

järjestetty tarpeeksi informaatiota, ohjausta tai koulutusta päihdepotilaiden kohtaamisesta, sekä onko haastatelluilla kehittämisideoita tai näkemystä, mitä tuli kehittää päihdepotilaiden kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa. Sairaanhoitajien antamat vastaukset jaettiin kahteen selkeästi toisistaan eriyvään osa-alueeseen, joista muodostui teeman yläluokat: koulutusjärjestelyt organisaatiossa sekä päihdehoitotyötä tukevat koulutustarpeet. Alla (Kuvio 6) on kuvattu koulutustarpeet ja kehittämisideat päihdepotilaiden kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa.



Kuvio 6: Koulutus- ja kehittämistarpeet päihdepotilaiden kohtaamisessa

Organisaation koulutusjärjestelyistä kerättiin monipuolisesti vastauksia, ja saadut vastaukset olivat jopa yllättävän yksimielisiä. Kaikki haastatellut sairaanhoitajat toivat vastauksissaan esille, että järjestetyn koulutuksen määrä päihdepotilaiden kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyen on riittämätön, ja liian harva pääsee koulutuksiin. Kaksi haastatelluista kertoi, että jotain koulutusta aiheesta on järjestetty, mutta haastatellut pitivät kuitenkin saadun päihdepotilaisiin liittyvän koulutuksen määrää liian vähäisenä. Yksi haastatelluista jopa kertoi, ettei ole osallistunut kertaakaan päihdepotilaiden hoitoon liittyviin koulutuksiin. Kolmen haastatellun vastauksista tuli selkeästi esille, että vain harva sairaanhoitaja pääsee koulutuksiin. Haastatellut myös totesivat vain kahden tai kolmen, yleensä vastuuhoidajan, pääsevän koulutuksiin

”Tuota meilläkin on toki ihmisiä, ihmisiä käy koulutuksissa, mutta ne on aina yks tai kaks, kun sinne pääsee, ja sitten kuinka heiltä siirtyy se tieto taas sinne muulle henkilökunnalle, niin ei välttämättä ole

”Mä en henkilökohtaisesti ole osallistunut yhteenkään koulutukseen, joka olis liittynyt päihdepotilaiden hoitoon ja kumminkin siis aika paljon näitä hoidetaan”

ja tiedon kulkevan vaihtelevasti koulutuksissa käynneiltä eteenpäin osastoille, esimerkiksi osastotunneilla, joihin myöskään kaikki eivät aina pääse osallistumaan. Yksi haastatelluista toivoi, että koulutukset saataisiin järjestettyä siten, että jokainen sairaanhoitaja osallistuisi saman sisältöiseen koulutukseen.

Kahden haastatellun vastauksista nousi esille, että koulutusta on tarjolla noin kerran vuodessa, mikä oli vastaajien mielestä liian harvoin. Erään haastatellun mukaan koulutuksia on tarjolla harvakseltaan muun muassa ilmoitustaululla, mutta näistä ei kuitenkaan puhuta osastoilla. Vastaajan mukaan

koulutuksiin hakeutumiseen vaikuttaa myös sairaanhoitajan oma mielenkiinto koulutusta kohtaan. Myös toinen haastateltu kertoi oman mielenkiinnon olevan ratkaisevaa koulutuksiin hakeutumisessa ja toivoi, että

”Se on vähän vastuualueitten mukaan jakautuu ja sen oman.. niinkun työntekijän omankin mielenkiinnon, ett’ kiinnostaa, niin sen mukaan. Tarkoitus olisi, ett’ he sitten tuo sitä tietoa ja näin toki tapahtuukin, mutta että eihän sinne osastotunnillekaan sitten pääse, kun muutama ihminen.”

koulutuksia tarjottaisiin enemmän. Kaikkien

haastateltujen vastauksista oli ymmärrettävissä, ettei koulutuksiin hakeuduta, koska ajatellaan ettei niihin kuitenkaan päästä osallistumaan. Haastatelluista kaksi toivoi säännöllistä koulutusta ja koulutuksen toivottiin myös tavoittavan kaikki hoitotyöntekijät tavalla tai toisella. Aiemmin saadut koulutukset oli koettu hyödyllisiksi ja käytännönläheisyyttä toivottiin myös tulevilta koulutuksilta. Päihdehoitotyötä tukevista

koulutustarpeista haastatellut

kertoivat myös hyvin kuvailevasti.

Kolme haastateltua vastasi resurssien hyödyntämiseen liittyen, ettei käytettävissä olevia resursseja osata tai muisteta aina hyödyntää.

Moniammatillisen yhteistyön muistamisessa olisi kahden vastaajan mukaan parantamisen varaa. Yksi

”...sieltä päihdepuolelta, tuleeko sieltä jotain vinkkejä tai muuta sitten. Et niinku näkee ja jos on töissä päihdepuolella, niin enemmänkin on niitten ihmisten kanssa tekemisissä, että pystyy varmaan antaa sitä vinkkiä niinku tänne hoitopuolellekin sitten, että.. mä luulisin ainakin, että heillä on semmosta kokemusta enemmän.”

haastatelluista toivoi, että moniammatillisen työryhmän jäsenet voisivat antaa vinkkejä päihdehoitotyöhön ja päihdepotilaiden kohtaamiseen. Eräs haastatelluista toivoi, että olisi mahdollista hyödyntää kokemusasiantuntijaa, joka olisi aiemmin ollut osastolla hoidossa, ja osaisi kokemuksiinsa perustuen kertoa saamastaan hoidosta potilasnäkökulmasta, sekä miten tämä on kokenut sairaanhoitajan ja päihdepotilaan välisen vuorovaikutuksen osastolla.

Haastatelluista nousi esille myös selkeitä aiheita, joista haastatellut sairaanhoitajat toivoivat saavansa koulutusta. Tällaisia aiheita olivat juuri päihdepotilaan kohtaaminen ja vuorovaikutus, mutta myös asennoitumisesta ja ammatillisuuden ylläpidosta toivottiin

koulutusta. Sairaanhoidajilta saatujen vastausten perusteella myös säännöllisille turvallisuuskoulutuksille olisi tarvetta ja muitakin aiheita toivottiin kerrattavan yleisesti vastausten perusteella noin kerran vuodessa. Eräs haastatelluista kertoi toivovansa lisää tietoa erilaisista päihteistä ja niiden vaikutuksista päihdepotilaiden käyttäytymiseen. Alla (Kuvio 7) on kuvattu vastaukset koulutus ja kehittämistarpeista määrällisesti.

”Niin just semmoinen mieleen palauttaminen aina sitten päihdepotilaidenkin kohdalla, että he on potilaita, me ollaan täällä töissä ja asioita ei tarvii niinkun kantaa kotiin tai ottaa henkilökohtaisesti, että pysyis se ammatillisuus kans koulutuksen myötä yllä.”



Kuvio 7: Määrälliset vastaukset koulutustarpeista ja kehittämisisideoista

9.3 Johtopäätökset

Tämän laadullisen opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia päihdepotilaan kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta somatiikan osastolla sekä niissä esiintyviä haasteita. Johtopäätökset on käsitelty järjestyksessä teemoittain, ja ne pohjautuvat haastatteluista saatuihin tuloksiin, tukena käytettyyn aiemmin tutkittuun teoretiseen päihdepotilaiden kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta, sekä tuloksista esiin tulleisiin ilmiöihin, jotka näkyvät edelleen hoitotyön arjessa, ja joihin tarvitaan ratkaisukeinoja hoitotyössä esiintyviin päihdepotilaisiin liittyviin haasteisiin.

Teemoista ensimmäinen käsitteli sairaanhoitajien kokemuksia päihdepotilaiden kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta. Teemakohtaisesta tuloksesta tulee selkeästi esiin osastoilla esiintyvät haasteet päihdepotilaita kohdatessa, mihin liittyvät vahvasti päihdepotilaiden negatiivinen suhtautuminen ja asenne sairaanhoitajaa kohtaan, sekä ajoittain esiintyvä hoitokielteisyyttä.

Opinnäytetyön tuloksista voidaan päätellä, että asiaton kielenkäyttö ja erilaiset käytöshäiriöt ovat päihdepotilaiden hoitosuhteen alkuvaiheessa yleisimpiä haasteita, joihin ei ole toistaiseksi löydetty selkeitä ja toimivia ratkaisumalleja. Viittauksia löytyy lisäksi osastoilla piileviin uhkatilanteiden mahdollisuuksiin, joita ei välttämättä osata ennakoida riittävästi päihdepotilaita kohdatessa.

Osastoilla päihdepotilaat kohdataan yleisesti tasavertaisina suhteessa muihin potilaisiin, jolloin sairaanhoitajan auktoriteetti ei tavallisesti välity päihdepotilaalle negatiivisesti. Negatiivista suhtautumista päihdepotilaisiin esiintyy osastoilla ajoittain, koska sairaanhoitajien hoitotyötilanteissa kokema päihdepotilaiden hoitamisen haasteellisuus ei vastaa sairaanhoitajien näkemystä päihdepotilaiden sen hetkisestä tilasta tai elämäntilanteesta. Näin ollen sairaanhoitajan virheellinen tulkinta saattaa herkästi luoda tämän ja päihdepotilaan välille ristiriitatilanteen, jonka korjaaminen voi vaatia lisäponnistelua. (Ellonen 2008, 7). Negatiiviseen suhtautumiseen liittyvät myös osastolla käytettävissä olevat resurssit, kuten ajankäytön sovittaminen päihdepotilaiden lisäksi muihin potilaisiin. Sairaanhoitajilta saaduista vastauksista voidaan päätellä, että toimintamallit päihdepotilaiden hoidossa osastoilla ovat puutteelliset, koska päihdepotilaiden jatkohoitoon ohjauksessa esiintyy sairaanhoitajien keskuudessa myös epätietoisuutta.

Aiemmin tässä opinnäytetyössä esitellyssä teoriatiedossa päihteiden vaikutuksesta potilaiden käyttäytymiseen, löytyy myös opinnäytetyön tuloksista selkeitä yhteneväisyyksiä päihdepotilaiden asennoitumisesta tarvittavaan hoitoon sekä hoitotyöntekijöitä kohtaan, jotka näkyvät tänä päivänäkin päihdepotilaan hoitotyön arjessa. Lisäksi voidaan todeta, että päihteiden käyttö ilmiönä on säilynyt lähes muuttumattomana, koska päihteiden ongelmakäyttöä ei voida pysäyttää välittömästi. Näin ollen ilmiön voidaan todeta jatkuvan tulevaisuudessakin.

Opinnäytetyön toinen teema keskittyi sairaanhoitajien onnistumisiin ja keinoihin päihdepotilaita kohdattaessa. Yhteistyö sairaanhoitajan ja päihdepotilaan välillä osastotyössä on tulosten valossa selkeästi toimiva lähestymismalli, jonka avulla päihdepotilaan ja sairaanhoitajan välille on saatu luotua kestävä yhteys hoitosuhteen alkuvaiheessa. Hoitosuhteen ja yhteistyön syntymisen edistävinä tekijöinä ovat olleet hoitajalähtöiset lähestymistavat, joissa huumori-, rauhallinen-, ja suorapuheinen lähestymistapa päihdepotilasta kohtaan on koettu usein toimivaksi keinoksi. Osastoilla sairaanhoitajien asennoituminen ja ennakkoluulottomuus on helpottanut sairaanhoitajien ja päihdepotilaiden välistä yhteistyötä, sekä vuorovaikutusta, jossa päihdepotilaan taustoihin tutustumien ja niiden ymmärtäminen, sekä rakentava suorapuheisuus päihteiden ongelmakäytöstä on havaittu edistävän sairaanhoitajan ja päihdepotilaan välistä hoitosuhteen laatua. Saadun tuloksen perusteella voidaan tulkita päihdepotilaan sitoutuvan tarjottuun hoitoon

myötämielisemmin, kun heidän ei vuorovaikutuksessa sairaanhoitajien kanssa tarvitse juurikaan peitellä päihdeongelmiaan. Päihdepotilaan kuunteleminen, tahdon toteuttaminen ja tälle perusteleva on osastotyössä myös selkeästi koettu positiivisena onnistumisen kokemuksena päihdepotilaan hoitosuhteen syntymisessä, sekä tämän hoitopolun katkeamattomassa kulussa.

Yhtenä osana toimivaa vuorovaikutussuhdetta on myös kokonaistilanteen havainnointi, jossa sairaanhoitaja on myös potilaan kuuntelemisen ohella lisäksi tarkkaillut päihdepotilaan reaktioita vuorovaikutustilanteen edetessä. Vuorovaikutustilanne kokonaisuudessaan voidaan näin ollen todeta olevan erityisen tärkeä elementti hyvän hoitosuhteen syntymiselle. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 14). Haastattelutulosten perusteella päihdepotilaita kohdellaan osastolla hyvin tasa-arvoisesti suhteessa muihin potilaisiin, sekä sairaanhoitajiin itseensä, jolloin päihdepotilaankin hoidossa saadaan tämä entistä tiukemmin sitoutumaan omaan hoitoonsa, kun päihdepotilas kokee itsensä yhdenveroiseksi hoitoympäristössä. Tasa-arvoisuus vuorovaikutussuhteessa on tällöin tärkeä tekijä hoitosuhteen ylläpitämisen kannalta, koska osapuolet kokevat yhdenveroisuutta kohdatessaan. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 11-14).

Opinnäytetyön viimeinen teema käsitteli koulutustarpeita ja kehittämisideoita päihdepotilaiden kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyen. Teemaan kohdistuvien vastausten perusteella voidaan selvästi todeta päihdepotilaisiin liittyvän koulutusten olevan osastolähtöisesti riittämätöntä. Koulutushalukkuus ja koulutuksiin pääseminen ovat selkeässä ristiriidassa keskenään, sillä päihdepotilaan hoitoon liittyviin koulutuksiin riittäisi halukkaita sairaanhoitajia, mutta organisaatio ei järjestä päihdepotilaan hoitoon liittyvää koulutusta riittävässä määrin, riittävän monille. Osastoilla päihdepotilaan hoitoon kaivattiin runsaasti monipuolisempaa ja syventävämpää koulutusta sekä osaston sisäistä informaatiota aiheesta, kuten yksityiskohtaisempaa päihdetietoutta sekä kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä osastohoidosta, kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta. Käytettävissä olevia resursseja ei ole osattu hyödyntää päihdepotilaan kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyen, myöskään osastojen välinen moniammatillinen yhteistyö aiheeseen liittyen ei ole toiminut.

Päihdepotilaisiin suhtautumiseen ja päihdepotilaiden hoitotyöhön asennoitumiseen haastatellut sairaanhoitajat kokivat selkeän koulutustarpeen, koska vastaavaa koulutusta ei aiemmin ole osastoilla järjestetty. Koulutusta muista aiheista on osastoilla järjestetty, mutta näihin on vain harva päässyt osallistumaan, eikä tiedon jakaminen osastoilla ole sujunut odotetulla tavalla. Osastoille kaivataan päihdepotilaiden kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyvien koulutusten lisäksi koulusta potilaiden kohtaamisesta yleisesti, sekä jo aiemmin järjestetyistä koulutuksista kertausta riittävän usein. Päihdepotilaiden kohtaamisessa ja

vuorovaikutuksessa vastausten perusteella ilmenee lisäksi joitakin puutteita turvallisuustekijöihin liittyen.

Yhteenvetona teemoihin saaduista tuloksista voidaan päätellä, että ratkaisut päihdepotilaiden kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyviin haasteisiin ilmenevät enemmän hoitajalähtöisenä haasteena, koska päihdepotilaiden käyttäytyminen on aina yksilöllistä. Päihdepotilaan kohtaamiseen ja vuorovaikutuksen tulisi kehittää toimivia ongelmaratkaisukeskeisiä toimintamalleja, joita voidaan soveltaa haastavissa kohtaamis- ja vuorovaikutustilanteissa päihdepotilaiden kanssa. Koulutuksia olisi hyvä järjestää lisää, ja mahdollisimman monille, jotta koulutuksesta saatava hyöty näkyisi osastotyössä mahdollisimman laajasti. Resurssien hyödyntämistä olisi myös saatujen vastausten perusteella hyvä kerrata tai muistuttaa mieliin riittävän usein, esimerkiksi osastotuntien yhteydessä.

10 Pohdinta

Opinnäytetyö perustui kolmen teeman ympärille: sairaanhoitajien kokemukset, onnistumiset ja keinot sekä koulutustarpeet ja kehittämisideat. Sairaanhoitajien kokemus -teema käsitteli pääosin näiden kokemuksia haasteista päihdepotilaiden kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa. Hoitotyössä olisi mielestäni erityisen tärkeää löytää profiloiva lähestymistapa päihdepotilaaseen, koska päihdepotilas on muiden potilaiden rinnalla yhdenveroinen ja toisaalta olisi suotavaa tutustua hoitosuhdetta rakentaessa päihdepotilaan taustoihin. Päihdepotilas on, kuten me muutkin, tavallinen ihminen, mutta mahdollinen muutos elämäntilanteessa on saattanut ajaa ihmisen eri kurssille. Mielestäni päihteidenkäyttö on ihmisestä riippuen hyvin yksilöllinen ilmiö, jossa viihdekäyttö ei välttämättä ole ollut aina se ainoa selitys päihteidenkäytölle. Päihteidenkäytön taustalla voi piillä hyvinkin traaginen kokemus elämässä, esimerkiksi oman lapsen tai puolison menetys, avioero tai konkurssi, sairastumisesta puhumattakaan. Päihteet voivat olla jollekin pakokeino päästä hetkeksi ulos elämästä, joka kolhinut jo ihmistä matkan varrella, mutta lieveilmiönä tulee usein kuvaan myös riippuvaisuus päihteestä, jolloin ulkopuolisen avun tarve tulee myös monesti kuvioihin. Enemmän tai myöhemmin tullaan päätyään tilanteeseen, missä sairaanhoitaja ja päihdepotilas kohtaavat ensimmäistä kertaa, ja molemmilla on mahdollisesti täysin erilaiset käsitykset toisistaan, jolloin haasteet hoitotyössä tulevat esiin.

Onnistumiset ja keinot ovat hyvin yksilöllisiä tapoja toteuttaa tai helpottaa hoitotyön laatua ja kulkua, mutta näkemykseni mukaan päihdepotilaita hoidettaessa siihen ei välttämättä löydy yksiselitteistä ratkaisua, joka toimisi jokaisen päihdepotilaan tai sairaanhoitajan kohdalla. Erilaiset ja uudet onnistumisen kokemukset hoitotyössä voivat usein motivoida työntekijää, jolloin hoitotyöntekijä huomaa suorittaneensa oman osuutensa potilaan hoitotyöstä hyvin ja erityisesti, jos hoitotyöntekijä on saanut potilaalta tai muulta henkilökunnan jäseneltä hyvää palautetta hyvin hoidetusta työstä. Sairaanhoitajan saama

palaute voi olla myös yksi tapa saada henkilö motivoitumaan ja innostumaan jonkin potilasryhmän, kuten päihdepotilaiden hoidosta, jolloin motivoitumisen myötä erilaiset hoitokeinot saavat mahdollisuuden syntyä hoitokuvioihin. Mielestäni onnistumisen kokemukset päihde- tai muun potilaan hoidossa myös motivoivat hoitotyöntekijöitä työympäristön ulkopuolella omassa elämässään positiivisesti.

Työ on tavallisesti tärkeä osa ihmisen elämää, joka määrittää suuntaa sille, miten sitä rakennetaan ja mitä kautta unelmia on myös mahdollista saavuttaa. Päihdepotilaan unelmat voidaan pitkän ja ikävän matkan jälkeen nähdä toisesta perspektiivistä, jossa esimerkiksi kuntoutuminen ja työelämä rakentavat päihdepotilaan elämää tai unelmaa uudelleen. Ihmisen elämä ei aina ole yksiselitteistä, ja matkan varrelta tulee löytymään enemmän tai myöhemmin iloa, surua, yllätyksiä ja pettymyksiä. Hoitotyöntekijän yksityisen elämän varjopuolet voivat näyttäytyä hoitotyöympäristössä, mikä voi myös vaikeuttaa hoitotyön kokonaiskuvan hallintaa, jolloin osansa voivat saada myös potilaat. Näkemykseni mukaan hoitotyöympäristössä vallitseva hyvä ja rohkaiseva ilmapiiri auttaa jaksamisen ohella myös innostamaan ihmisiä kehittämään uusia tapoja ja ideoita työympäristöön sekä omaan elämään, jolloin hoitotyöhön voidaan myös löytää toimivia keinoja asioiden edistämiseksi, mikä myös vaikuttaa suoraan tässä yhteydessä päihdepotilaan hoitoon sitoutumiseen, jatkohoidon mahdollisuuteen ja uuteen alkuun kuntoutumisen myötä.

Koulutustarpeet ja kehittämisideat olivat tämän opinnäytetyön viimeinen teema. Hoitotyö on mielestäni jatkuvaa kehittymistä, joka mielestäni myös tekee hoitotyöstä kiinnostavaa ja auttaa todennäköisesti muitakin hoitotyössä työskenteleviä motivoitumaan uusiin haasteisiin, kunhan hoitotyön kulku on toimiva ja turvattu. Näkemykseni mukaan päihdepotilaan hoito tarvitsee myös kognitiivista lähestymistapaa, koska keskustelu ja ymmärtäminen ovat myös suuressa roolissa hoidon edistymisen kannalta. Päihdepotilaan kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen ei mielestäni löydy tulevaisuudessakaan yksiselitteistä keinoa löytää ratkaisua, joka toimisi jokaisessa tilanteessa, vaan tilanne on aina muuttuva. Koulutukset ovat erityisen iso osa hoitotyötä, sillä nämä auttavat keinojen ja informaation saavuttamisen lisäksi myös hoitotyöntekijää tutustumaan itseensä ja auttavat ymmärtämään myös erilaisia ihmiskohtaloita, joissa kaikki ei ole aina sitä, miltä ne päällepäin näyttävät. Jokainen uusi potilas on aina uusi ihminen, joka ei ole koskaan täysin samanlainen kuin muut potilaat, ja siksi hoitotyöntekijän olisi hyvä unohtaa ennakkoluulonsa ja suhtautua aina kohtamistilanteeseen neutraalisti. Työhyvinvointi, motivoituminen ja yhteistyö toimivat oman näkemykseni mukaan silloin, kun hoitotyöntekijän antama panos hoitotyöhön huomioidaan joko palautteen muodossa tai vaikkapa koulutuksiin pääsemisenä. Koulutuksiin pääseminen voi auttaa ihmistä löytämään tunteen, että tämä on arvostettu työyhteisön jäsen, jonka myötä motivoituminen työelämään ja omaan jaksamiseen saa uutta virtaa ja näin myös

hoitotyön ympäristöön saadaan luotua uusia keinoja kohdata haasteita, kuten päihdepotilaan kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa.

10.1 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys oli erityisen merkittävässä asemassa opinnäytetyötä laadittaessa, erityisesti lähdekriittisyys sekä lähteiden luotettavuuden ja niiden soveltuvuuden arviointi opinnäytetyöhön. Lähdekriittisyys opinnäytetyötä laadittaessa tuli esiin muun muassa lähteiden monipuolisessa käytössä ja tiedon etsimisessä erilaisin ajankohtaisin menetelmin. Tietoa käsitteiden avaamiseen opinnäytetyöhön pyrin kokoamaan ajankohtaisimmista luotettavista julkaisuista. Tutustuin ennen opinnäytetyön viitekehyksen laatimista sekä laatimisen aikana kyseisestä aiheesta aiemmin kirjoitettuun tietoon, sekä aiheista tehtyihin tutkimuksiin saadakseni lähdetietoa mahdollisimman monipuolisesti ja kattavasti opinnäytetyötä sekä sen rajaamista varten.

Lähteet opinnäytetyötä laadittaessa valitsin harkinnanmukaisesti ja tarkoin. Opinnäytetyön lähteet on julkaistu pääosin vuosien 2006-2017 välisenä aikana. Opinnäytetyötä laadittaessa on myös käytetty lähteenä Päihteenkäyttäjä hoitotyön haasteena -kirjaa, joka on julkaistu vuonna 1994. Ajankohtaisuutta vanhemman lähteen kohdalla voidaan perustella sen sisältämää tietoa tarkastelemalla. Päihteenkäyttäjä hoitotyön haasteena -kirjaa tarkasteltaessa on havaittavissa tiedon olevan tänä päivänä edelleen yhtä relevanttia kuin kirjan julkaisuvuonnakin. Kirjassa tieto on kohdistetumpaa ja yksityiskohtaisempaa muun muassa päihteenkäyttäjän sekä hoitohenkilökunnan välisen viestinnän ja vuorovaikutuksen osalta, mistä tietoa löytyy niukemmin uudemmassa kirjallisuudesta, ja kirjan tieto on tämän päivän hoitotyössä edelleen ajankohtaista sekä muuttumatonta. Haastattelutuloksia verrattiin myös vanhempiin opinnäytetyössä käytettyihin tietolähteisiin, joissa ilmeni myös selkeitä yhteneväisyyksiä. Tietolähteet ovat osaltaan odotettua vanhempia, mutta niissä ilmenevä tieto päihdepotilaiden kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta peilaantui hyvin nykyhetkeen, jossa aiemmin tutkitut ilmiöön vaikuttaneet määrätyt tekijät elävät edelleen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95-97).

Tutkimusmenetelmäkirjallisuudessa tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan tutkimuksen vahvistettavuuden ja toistettavuuden avulla. Laadullisessa tutkimuksessa kyseisten käsitteiden käyttämistä ei ole katsottu yhtä relevanteiksi kuin määrällisessä tutkimuksessa, jota varten kyseiset käsitteet on alun perin luotu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136.) Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda tarkasteltavasta aiheesta mahdollisimman luotettavasti tarkkaa ja ajankohtaista tietoa hyödynnettäväksi myöhemmin päihdepotilaiden hoitotyön kehittämisessä. Riittävällä haastattelujen määrällä varmistin tiedon luotettavuutta, toistettavuutta ja siirrettävyyttä toiseen vastaavanlaiseen hoitotyöympäristöön. Toistettavuutta vahvistin myös teemakysymysten asettelulla ja haastateltavien

vastausvapaudella. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tueksi haastattelutuloksia vahvistamaan hyödynnettiin lisäksi haastateltujen vastauksia määrällisesti, jolloin haastatteluista saaduille tuloksille saatiin myös lisää luotettavuutta tulosten ollessa toistuvia jo tämän kokoisessa otannassa, kun haastateltujen samanmieliset teemakohtaiset vastaukset koottiin yhteen ja ilmaistiin kokonaisuudessaan.

Teemahaastattelut suoritettiin hoitoyksikön tiloissa neljälle yli vuoden sisätautien osastoilla työskennelleelle sairaanhoitajalle, jotka valittiin sattumavaraisesti vapaaehtoisesti haastateltavaksi ilmoittautuneista. Haastattelut toteutettiin nimettöminä yksilöhaastatteluina. Haastateltavien vastaukset käsiteltiin myös nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisesti. Haastateltujen henkilöllisyys, ikä tai sukupuoli eivät paljastu tuloksissa. Haastattelu nauhoitettiin diginauhurilla ainoastaan opinnäytetyötä varten ja nauhoitteet sekä niiden litterointi tuhottiin opinnäytetyön tulosten analysoinnin ja esittelyn jälkeen. Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi sairaanhoitajien pidempiaikainen kokemus muun muassa päihdepotilaiden hoitotyöstä sekä haastateltavien sairaanhoitajien sattumanvarainen valinta vapaaehtoisesti ilmoittautuneista. Tutkimusaineiston keräämisen kannalta sen kattavuutta lisäsi myös haastattelijan läsnäolo, sekä tarvittaessa esitetyt lisäkysymykset riittävän tiedon keräämisen varmistamiseksi. Opinnäytetyöhön liittyvien haastattelujen tekemiseen anottiin asianmukainen lupa.

Opinnäytetyö oli luonteeltaan laadullinen, mutta analyysivaiheessa käytetty määrällisyysmenetelmä laadullisen menetelmän ohessa vahvasti tutkimustulosta entisestään, sillä mielestäni määrällisyyden osoittaminen jo tämänkin kokoisessa otannassa voidaan katsoa vahvistavan saadun tuloksen luotettavuutta. Opinnäytetyön johtopäätös -kappaleessa luotettavuutta varmentamaan käytettiin myös teoriaohjaavaa näkökulmaa peilaamalla saatuja tuloksia aiemmin tutkittuun tietoon, jossa ilmiöön löytyi selkeitä yhteneväisyyksiä. Näiden avulla haastattelutuloksia voidaan pitää luotettavina sekä myös edelleen nykyhetkessä elävinä suhteessa aiempaan tutkittuun tietoon sekä toistettavina vastaavissa tutkimusympäristöissä.

10.2 Opinnäytetyön hyödyntäminen

Päihdepotilaan kohtaaminen ja vuorovaikutus on aiheena mielestäni moniulotteinen ja hyvin elävä, ja näkemykseni mukaan siihen ei käytännössä ole kehitettävissä yksiselitteistä ratkaisupolkua. Koen päihdepotilaan kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyvät lähestymistapojen kehittämismahdollisuudet hyvänä, koska koen aiheen olevan myös muissa ympäristöissä tärkeä tai vähintään huomioitava, nyt ja tulevaisuudessa. Opinnäytetyöaiheeni ja haastattelutulokset ovat vain osa lähestymismallien kehittämistyötä päihdepotilaan kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa, mutta uskon tämän olevan vahvasti myös osa suuntaa antavaa lähestymiskulmaa, jonka avulla voidaan aiheen saralla kehittyä huomattavasti tulevaisuudessa.

Opinnäytetyöni aihetta ja haastattelutuloksia huomioidessa voidaan havaita tarpeita tai puutteita päihdepotilaan hoitotyössä, jossa vuorovaikutuksella on potilaan kokonaisvaltaisen hoidon kannalta suuri merkitys. Opinnäytetyöni tuloksiin viitaten, aiheesta voidaan muun muassa kirjoittaa oppaita, jotka eivät sinänsä välttämättä sisällä tietoa erilaisista lähestymistavoista päihdepotilasta kohtaan, vaan ehkä enemmän pohtivaa ja ajatuksia herättävää valmennusta päihdepotilaiden kohtaamiseen. Opas voisi esimerkiksi käsitellä päihdepotilaan kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyen erilaisten lähestymistapojen sijaan lukijan suhtautumista päihdepotilaaseen ja luovan valmentavaa itsepohdintaa: mikä on päihdepotilas, mikä teki henkilöstä päihdepotilaan, oliko päihdepotilaan taustalla mahdollisesti jokin traaginen kokemus vai onko se vain elämäntapa, joka muuttui noidankehäksi. Opas voisi myös valmentaa lukijaansa, mikä on lukijan oma suhtautuminen alkoholiin tai muihin päihteisiin esimerkiksi tämän omasta vakaumus- tai kokemusnäkökulmasta. Opinnäytetyöni tuloksista mahdollisesti innostunut taho voisi tulevaisuudessa kehittää tällaista opasta, jonka avulla lukijan olisi mahdollista uudenlaisen ajattelutavan myötä tulla sinuiksi itsensä kanssa ja tämän myötä löytää erilaisia lähestymistapoja kohdata ja ymmärtää päihdepotilaita uuden ajattelutavan valossa.

Opinnäytetyöni tuloksia voidaan myös mahdollisesti tulevaisuudessa hyödyntää koulutusten järjestämisessä. Opinnäytetyön tuloksissa on löydettävissä selkeitä koulutusaiheita laadullisissa vastauksissa ja tuloksia määrällisesti arvioitaessa, voidaan niistä löytää myös ratkaisuja siihen, mitä haastatellut ovat pitäneet tärkeimpinä kehityskohteina. Koulutustarpeisiin ja kehitysideoihin viitaten, tulevaisuudessa voidaan aiheesta myös tehdä tarkempi ja suurempi otanta määrällisin tutkimusmenetelmin, jonka myötä voidaan aiheesta entistä tarkemmin ja luotettavammin löytää erilaisia tarpeita päihdepotilaan hoitotyön kehittämisessä. Uskon uusien ja myös nykyisten opiskelijoiden, jotka opiskelevat jossain määrin aiheen ympärillä, mahdollisesti löytävän opinnäytetyöstäni innostusta ammentaa uutta tietoa omiin tutkielmiinsa ja tämän myötä jälleen kehittää päihdepotilaan kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyvää osaamista.

Lähteet

Painetut lähteet

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Akatiimi Oy. Tallinna: AS Pakett.

Dunderfelt, T. 2016. Läsnaoleva kohtaaminen. PS-kustannus. Juva: Bookwell Oy.

Ellonen, E. 2008. Konfliktien kohtaaminen ja rauhoittaminen. Työturvallisuuskeskus TTK, palveluryhmä. Nykypaino Oy.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen A. 2008. Päihdehoitotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Havio, M., Mattila, R., Sinnemäki, T. & Syysmeri, L. 1994. Päihteenkäyttäjän hoitotyön haasteena. Kirjayhtymä, Hygieia terveyden- ja sairaanhoitajan kirjasto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Helldán, A., Helakorpi, S., Virtanen, S. & Uutela, A. 2013. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 21/2013. Suomen yliopistopaino Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2014. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus Oy. Tallinna, Viro: Tallinna Raamatutrükikoda.

Jääskeläinen, M., Räikkönen, O. & Virtanen, S. 2017. Päihdetilastollinen vuosikirja 2016, alkoholi ja huumeet. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy.

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

Mäkelä, A., Ruokonen T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2014. Haastattelun analyysi. Osuuskunta Vastapaino Oy. Vantaa: Hansaprint Oy.

Silvennoinen, M. 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Talentum Media Oy. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Soisalo, R. 2011. Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla. Suomen Psykologinen Instituuttiyhdistys. Riika, Latvia: Jelgavas Tipografia.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Päihdetilastollinen vuosikirja 2014. Alkoholi ja huumeet. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä, vuorovaikutus ammattitaitona. Kirjapaja. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Sähköiset lähteet

Aalto, M. 2017. Samanaikainen päihde- ja mielenterveyden häiriö. Päihdelinkki.fi. Viitattu 25.10.2018. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/mielenterveys/samanaikainen-paihde-ja-mielenterveyden-hairio>

Aho, T., Salaspuro, M. & Savolainen, A. 2006. Huumeongelman hoito. Käyvän hoidon potilasversiot. Käypähoito. Viitattu 5.1.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00056>

Hakkarainen, P., Metso, L. & Salasuo, M. 2011. Hampuikäpolvi, sekakäyttö ja doping. Vuoden 2010 Huumeenkyselyn tuloksia. Yhteiskuntapolitiikka 76 (4): 397-411. Viitattu 10.11.2017. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102893/hakkarainen.pdf>

Huttunen, M. 2015. Huumeidenkäytön vieroitus hoito. Lääkkeet mielen hoidossa. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 5.1.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00090

Huttunen, M. 2016. Juoppohulluus. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 4.1.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00376

Inkinen, M. & Vilkkonen, T. 2015. Alkoholin terveyshaittojen hoito. Päihdelinkki.fi. Viitattu 25.10.2018. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/alkoholin-terveyshaittojen-hoito>

Innokylä. 2013. Perinteiset aineistonkeruumenetelmät. Toimintamalli. Viitattu 14.9.2018. <https://www.innokyla.fi/web/malli263264>

Kylmänen, P. 2016. Alkoholin aiheuttamat vieroitusoireet. Päihdelinkki.fi. Viitattu 4.1.2018. <https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/alkoholin-aiheuttamat-vieroitusoireet>

Salaspuro, M. 2009. Päihdepotilas päivytyksessä ja hoitoonohjaus. Alkoholihaitat. Duodecim-lehti 8/2009. Viitattu 16.1.2018. <http://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo98004>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Tietoa eri huumeista. Mielenterveys. Mielenterveyden edistäminen. Viitattu 2.1.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elamaraiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/paihteet-ja-peliriippuvuus/huumeet/tietoa-eri-huumeista>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017. Somaattinen erikoissairaanhoidon tilastoraportti 45/2017. Viitattu 20.12.2017. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135642/Tr45_17.pdf?sequence=1

Kuviot

Kuvio 1: Opinnäytetyöprosessin kulku.....	22
Kuvio 2: Haasteet päihdepotilaiden kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa.....	28
Kuvio 3: Määrälliset vastaukset haasteista ja kokemuksista	30
Kuvio 4: Keinot ja onnistumiset päihdepotilaiden kohtaamisessa.....	31
Kuvio 5: Määrälliset vastaukset onnistumisista ja keinoista.....	33
Kuvio 6: Koulutus- ja kehittämistarpeet päihdepotilaiden kohtaamisessa	34
Kuvio 7: Määrälliset vastaukset koulutustarpeista ja kehittämisideoista	36

Liitteet

Liite 1: Haastatteluissa käytettävät teemat	48
Liite 2: Saatekirje.....	49

Liitteet

Liite 1: Haastatteluissa käytettävät teemat

Haastattelussa käytettävät teemat

Kokemukset

- Miten olet kokenut päihdepotilaan kohtaamisen ja vuorovaikutuksen suhteessa potilaisiin, jotka eivät ole päihdepotilaita?
- Oletko kokenut tai havainnut haasteita päihdepotilaiden kohtaamisessa tai vuorovaikutuksessa ja miten ne ovat ilmenneet?

Onnistumiset ja keinot

- Missä asioissa olet kokenut onnistuneesi päihdepotilaiden kohtaamisessa?
- Minkä tekijöiden olet kokenut tai havainnut auttavan/helpottavan tilannetta kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa päihdepotilaiden kanssa?

Koulutustarpeet ja kehittämisideat

- Koetko, että on järjestetty tarpeeksi informaatiota/ohjausta/koulutusta päihdepotilaiden kohtaamisesta?
- Onko sinulla kehittämisideoita/näkemyksiä siitä, mitä tulisi kehittää päihdepotilaiden kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa?

Liite 2: Saatekirje

SAATEKIRJE

pp.kk.2018

Hyvä sairaanhoitaja!

Opiskelen Laurea-ammattikorkeakoulussa xxx yksikössä sosiaali- ja terveystieteiden koulutusohjelmassa sairaanhoitajaksi. Teen opinnäytetyönäni tutkielman sairaanhoitajille aiheenani päihdepotilaiden kohtaaminen ja vuorovaikutus somatiikan osastolla. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää muun muassa sairaanhoitajien kokemuksia päihdepotilaiden kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta sisätautien osastoilla, joista tulokset tullaan esittelemään osaston johdolle/henkilökunnalle niiden kokoamisen jälkeen. Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä tietoa, jonka perusteella hoitoyksikön sisätautien osastojen toimintaa voidaan mahdollisesti myöhemmin kehittää.

Opinnäytetyö toteutetaan teemahaastatteluina, johon kutsun teidät osallistumaan. Tulen haastattelemaan hoitoyksikön tiloissa noin viittä sairaanhoitajaa, jotka ovat työskennelleet sisätautien osastolla vähintään vuoden. Haastattelut tullaan toteuttamaan nimettöminä vapaaehtoisina yksilöhaastatteluina, joiden kesto on noin 15 minuuttia haastateltavaa kohden. Haastattelu tullaan nauhoittamaan ainoastaan opinnäytetyötä varten ja nauhoitteet tullaan tuhoamaan tulosten esittelyn jälkeen.

Haastattelujen tekoon on saatu asianmukainen lupa. Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisesti. Vastaajien tiedot eivät tule paljastumaan opinnäytetyön tuloksissa. Haastateltavat tullaan arpomaan satunnaisesti vapaaehtoisesti haastateltavaksi ilmoittautuneiden sairaanhoitajien joukosta.

Pyydän ilmoittamaan kiinnostuksenne haastatteluun osallistumiseen osastohoitaja xxx kirjallisesti pp.kk.2018 mennessä.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii hoitotyön lehtori xxx Laurea-ammattikorkeakoulusta, sähköposti: xxx

Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan Internetissä osoitteessa www.theseus.fi

Ystävällisin terveisin

Sami Pennanen