

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Sairaanhoitaja

2010

Laura Maasalo & Piia Pitkäpaasi

SAIRAANHOITAJIEN KOKEMUKSET PÄIHDEHOITOTYÖSTÄ

- Asenteiden, työnohjauksen ja koulutuksen
merkitys



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidaja

Joulukuu 2010 | 45

Maika Kummel

Laura Maasalo & Piia Pitkäpaasi

SAIRAAHOITAJIEN KOKEMUKSET PÄIHDEHOITOTYÖSTÄ – asenteiden, työnohjauksen ja koulutuksen merkitys

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia sairaanhoitajien kokemuksia päihdehoitotyöstä ja miten asenteet, työnohjaus ja koulutus vaikuttavat niihin. Tutkimuksen tavoitteena on osana ImPrim-projektia vertailla sairaanhoitajien asenteita päihdepotilaita kohtaan ja työnohjauksen sekä koulutuksen riittävyyttä kansainvälisellä tasolla. Aihe on erittäin ajankohtainen hoitoalalla alati lisääntyvien päihdepotilaiden määrän kasvun vuoksi. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitajien päihdekoulutuksen kehittämisessä sekä työmotivaation ja asenteiden muokkaamisessa.

Tutkimuksen aineisto on kerätty teemahaastattelulla. Haastateltavina olivat ImPrim-projektiin liittyvään intensiivikurssiin Suomessa osallistuneet kahdeksan sairaanhoitajaa, jotka olivat kotoisin Virossa, Liettuasta, Latviasta, Valko-Venäjältä, Venäjältä ja Ruotsista. Sairanhoitajat työskentelivät hoitotyön eri aloilla.

Haastattelun aineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä. Haastattelurunko rakennettiin aiempiin tutkimuksiin pohjautuen, joiden mukaan määriteltiin pääosa-alueet. Näitä olivat koulutustausta, sairaanhoitajien omat asenteet, henkilökohtaiset kokemukset ja työnohjaus.

Tutkimuksen keskeisimmiksi tuloksiksi nousivat työnohjauksen puute, negatiivinen ja pelokas asenne päihdepotilaita kohtaan, koulutuksen kesto suhteessa työn vaativuuteen ei ole riittävää eikä heillä ole tarpeeksi kokemusta päihdepotilaiden kohtaamisesta. Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat käsitystä siitä, että sairaanhoitajille tulee tarjota riittävästi ja ajankohtaista koulutusta päihdepotilaiden kohtaamiseen.

Sairanhoitajien työnkuva on monipuolinen ja vaativa, joten erityisosaamisen kehittämiseksi ja ylläpitämiseksi on jatkuva tarve. Viitaten aikaisempiin tutkimuksiin sekä tämän tutkimuksen tuloksiin työnohjaukseen kiinnitetään liian vähän huomiota suhteessa sen tarpeeseen. Hoitajat kokevat työympäristön tuen ja yhteiset toimintaohjeet tärkeimmiksi työmotivaatiota ylläpitäviksi ja tukeviksi tekijöiksi.

ASIASANAT: sairaanhoitaja, koulutus, asenne, päihteet, työnohjaus

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nursing | Bachelor of Health Care

December 2010 | 45

Maika Kummel

Laura Maasalo & Piia Pitkäpaasi

NURSES' EXPERIENCES OF CARE OF ALCOHOL ABUSE - The meaning of attitudes, clinical supervision and education

The aim of this study was to explore nurses' experiences of substance abuse nursing actions and how attitudes, clinical supervision and education effects to that experience. The aim of this study was also to compare nurses' attitudes towards substance users and the sufficiency of clinical supervision and education on international level as a part of ImPrim-project. Topic is very current in a field of nursing due to the on-going increase of substance users as patients. The results of this study can be used to evolve nurses' substance abuse education and also to modify work motivation and attitudes.

The material of this study is collected by using theme interviews. Nurses' interviews were part of the ImPrim intensive course in Finland and those eight nurses who were interviewed were from Estonia, Lithuania, Latvia, Belarus, Russia and Sweden. Nurses work in different fields of nursing.

Material gathered by interviewing was analyzed by using content analysis. Frame of the interview was built based upon previous studies and the main fields were determined. These main fields were educational background, nurses' own attitudes, personal experiences and clinical supervision.

The main results of this study were the lack of clinical supervision, negative and fearful attitude towards substance users, duration of education is not adequate enough in terms of the jobs demands and nurses' don't have adequate experience to confront substance users. Results of this study confirm the viewpoint that nurses should be offered enough and up-to-date education for encountering substance users.

Nurses' job description is diverse and demanding, so there is a constant need to improve special knowledge and to maintain the level reached. Referring to previous studies and to the results of this study, too little attention is paid to clinical supervision. Nurses experience that the support of work environment and mutual policies are the main factors to maintain and support work motivation.

KEYWORDS: nurse, education, attitudes, substances, clinical supervision

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 SAIRAAHOITAJA	9
2.1 Sairaanhoitajan määritelmä	9
2.2 Sairaanhoitaja eettisenä toimijana	10
2.3 Ammatillinen kasvu	10
2.4 Työnohjaus	11
3 ASENTEET	13
3.1 Asenne	13
3.2 Asenteen merkitys	13
3.3 Ennakkoluulo	14
4 PÄIHTEET	14
4.1 Alkoholi	15
4.2 Huumeet	16
4.3 Tupakka	17
4.4 Päihdekulttuuri Suomessa	18
4.5 Päihteet Itä-meren maissa	19
4.6 Päihteiden käyttö hoitohenkilökunnan keskuudessa	20
5 PÄIHDEHOITOTYÖ	21
5.1 Mitä on päihdehoitotyö?	21
5.2 Sairaanhoitaja päihdehoitotyössä	21
5.3 Päihdekoulutus	22
5.4 Hoitohenkilökunnan asenteet päihdepotilaita kohtaan	22
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	25
7 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	26
7.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu	26
7.2 Aineiston analyysi	27
7.3 Haastattelun toteutusjärjestys	27
8 TUTKIMUSTULOKSET	27

8.1 Haastateltavien taustatiedot	27
8.2 Koettu sairaanhoitajan toimenkuva	28
8.3 Työssä viihtyvyys	28
8.4 Sairaanhoitajakoulutuksen erot tutkimusmaissa	29
8.5 Koulutukselliset valmiudet päihdepotilaan kohtaamiseen	29
8.6 Henkilökohtainen asenne päihdepotilaita kohtaan	30
8.7 Mahdollisuus työnohjaukseen	31
9 POHDINTA	32
9.1 Luotettavuus	32
9.2 Eettisyys	34
9.3 Tulosten tarkastelua	35
10 JOHTOPÄÄTÖKSET	38
LÄHTEET	39
LIITTEET	43
KAAVIOT	44

Error! No table of figures entries found.

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelurunko

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aihe ”Sairaanhoitajien kokemukset päihdehoitotyöstä” on osa kansainvälistä ImPrim-projektia, jonka tarkoituksena on kehittää Itämeren maiden itäisten osien perusterveydenhuoltoa. Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia sairaanhoitajien kokemuksia päihdehoitotyöstä ja miten asenteet, työnohjaus ja koulutus vaikuttavat niihin. Projektissa ovat mukana Suomi, Ruotsi, Viro, Latvia, Valko-Venäjä, Venäjä ja Liettua. Projektin lyhenne ImPrim tulee englanninkielisistä sanoista Improvement of Public Health by Promotion of Equitably Distributed High Quality Primary Healthcare System, joka tarkoittaa kansanterveyden edistämistä perusterveydenhuollon laatua ja saavutettavuutta kehittämällä. (Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being 2010.)

Päihteidenkäyttäjien jatkuvasti kasvava määrä potilasryhmänä asettaa terveydenhuollollisten näkökulmien lisäksi paineita myös hoitohenkilökunnan erityisosaamisen kehittämiseksi ja työssä jaksamiselle. Kansainvälisten tutkimusten mukaan terveydenhoitohenkilökunnan asenteilla puolestaan on olennainen merkitys päihdepotilaiden tunnistamisessa ja hoitoon ohjaamisessa. Lisäksi henkilökohtaisilla asenteilla ja päihdehoitotyötä tukevilla toimilla on erittäin suuri merkitys hoitajien työssä jaksamiselle ja työmotivaatiolle. Aikaisemmissa tutkimuksissa olennaisiksi tekijöiksi hoitajien jaksamiseen ja halukkuuteen työskennellä päihdepotilaiden kanssa vaikuttavat työympäristön ja johdon tuki sekä selkeät toimintaohjeet. Ilman edellä mainittuja tekijöitä täydentävällä koulutuksella ei ole juurikaan vaikutusta hoitajien halukkuuteen työskennellä päihdepotilaiden parissa. (Kelleher 2007; Lovi & Barr 2009.)

Päihteeksi kutsutaan kemiallista ainetta, yhdistettä tai luonnontuotetta, kun sitä käytetään piristys-, päihtymis- tai huumaustarkoituksessa (Saarelainen ym. 2003, 40). Päihdehoitotyöllä tarkoitetaan päihteidenkäyttöä ja siitä johtuvia haittoja ehkäisevää ja korjaavaa sekä terveyttä edistävää päihdetyötä (Havio ym. 2008, 11). Tässä tutkimuksessa ei ole käsitelty eri päihteitä yksittäisinä tekijöinä, vaan päihteidenkäyttöä yleisenä ongelmana sinänsä.

Päihteidenkäytöllä on laajoja kansanterveydellisiä ja kansantaloudellisia vaikutuksia, ja niiden jatkuvasti lisääntyvä käyttö tekee aiheesta alati ajankohtaisen ja kokonaisvaltaisesti merkityksellisen (Aalto ym. 2009, 7).

Kansainvälisesti hoitajien asenteita päihteidenkäyttöön ja päihdepotilaita kohtaan on tutkittu maittain hyvin vaihtelevasti. Esimerkiksi Australiassa ja Amerikassa toteutettuja tutkimuksia löytyi runsaasti, kun taas tutkimukseemme osallistuneista jäsenmaista ei löytynyt ainuttakaan aihealueeseen sopivaa tutkimusta.

Aikaisempia tutkimuksia aiheesta haimme sähköisesti seuraavista tietokannoista: CINAHL, OVID, PubMed ja MEDIC sekä Turun Ammattikorkeakoulun Nelli-portaalin kautta eri kirjastojen sähköisistä tietokannoista. Informaatikon avulla saimme tukea hakujen täsmentämiseen ja oikeiden hakusanojen käyttöön, sillä aikaisempi etsintämme oli tuottanut huonosti tuloksia. Hakusanoina käytimme eri yhdistelmin seuraavia: hoitaja (nurse), hoitotyö (nursing, nursing practise), päihteiden väärinkäyttö (substance abuse), alkoholi (alcohol), huumeet (drugs), tupakka (tobacco/smoking), terveyden edistäminen (health promotion), terveystkasvatus (health education), ennaltaehkäisy (prevention), asenne (attitude) ja työnohjaus (clinical supervision). Rajasimme hakuja myös maakohtaisesti Baltianmaihin, mutta saimme tämän jälkeen vain nollassa kolmeen osumaa, jotka eivät kuitenkaan sisällöllisesti vastanneet hakemaamme aihetta. Myös sanan asenne (attitude) yhdistäminen muihin asiasanoihin, kuten terveyden edistäminen (health promotion) ja päihteiden käyttö (substance abuse) tuotti usein heikosti tai ei lainkaan sopivia tuloksia.

Sanojen ennaltaehkäiseminen (prevention), päihteiden käyttö (substance abuse) ja hoitotyö (nursing) yhdistäminen tuotti sen sijaan useimmista tietokannoista kymmeniä tai jopa satoja tuloksia. Hoitohenkilökunnan asenteita eri päihteitä käyttäviä potilaita ja heidän hoitamistaan kohtaan on yleensäkin tutkittu niukasti ja tämä on myös mainittu kyseisissä tutkimuksissa. Amerikassa, Etelä-Amerikassa, Australiassa ja Euroopassa tehtyjä tutkimuksia osui haaviimme 17, Baltian maissa tehtyjä emme löytäneet yhtäkään täysin

aihettamme vastaavaa ja Suomestakin löytyi vain yksi. Aihetta sivuavia tutkimuksia sen sijaan löytyi useampia myös Pohjoismaista. Kaiken kaikkiaan valikoimme tutkimuksista tähän työhön 23.

2 SAIRAANHOITAJA

2.1 Sairaanhoidajan määritelmä

Sairaanhoidajat ovat korkeimmin koulutettuja hoitotyön ammattilaisia, ja he tekevät vastuullista ja itsenäistä työtä, joka perustuu hoitotieteeseen. Sairaanhoidajien tehtävänä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja hoitaminen, sekä kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoidajan työ on monipuolisesti terveyttä edistävää toimintaa, jolla pyritään lisäämään ihmisten kykyä hoitaa itseään. Työssään sairaanhoitaja toimii itsenäisesti ja toteuttaa potilaan kokonaishoidon ohella lääkärin ohjeiden mukaista lääketieteellistä hoitoa. Työympäristössään sairaanhoitajat toimivat yhteistyössä potilaiden omaisten ja muiden läheisten kanssa sekä vahvistavat näiden osallistumista potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. Hoitotyön osaaminen edellyttää sairaanhoitajalta monipuolista, kattavaa ja ajantasaista hoitotieteen, farmakologian ja lääketieteen, yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden sekä muiden terveystieteiden tuottamaan tutkimustietoon perustuvan tiedon hallintaa. Tietotaidot on hallittava niin, että niitä pystyy soveltamaan käytännön tilanteisiin. Kaiken kaikkiaan sairaanhoitajat edustavat hoitotyötä hyvin laajoilla osa-alueilla. Maailmanlaajuisesti sairaanhoitajat kantavat vastuuta niin terveydellisten kuin sosiaalistenkin elinolojen kehittämisestä. (Sairaanhoidajaliitto 2010.)

Suomessa sairaanhoidajakoulutus kestää kolme ja puoli vuotta ja on laajuudeltaan 210 opintopistettä. Opiskelu tapahtuu ammattikorkeakouluissa. Koulutus perustuu Euroopan unionin asettamiin direktiiveihin ja on samanlaista vaatimuksiltaan Euroopan eri maissa. (Sairaanhoidajaliitto 2010.) Sairaanhoitaja on laillistettu ammattihenkilö, joka Suomen lain mukaan on suorittanut valtioneuvoston asetuksella säädettyyn ammattiin johtavan koulutuksen (Finlex 2010). Suomessa Valvira myöntää hakemuksesta oikeuden harjoittaa

terveydenhuollon ammattia sekä Suomessa että ulkomailla koulutetuille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Valvira myös ylläpitää valtakunnallista terveydenhuollon ammattihenkilörekisteriä, Terhikkiä, ja myöntää hakemuksesta laillistuksen ammatissa toimimiseen. (Valvira 2010.)

2.2 Sairaanhoidaja eettisenä toimijana

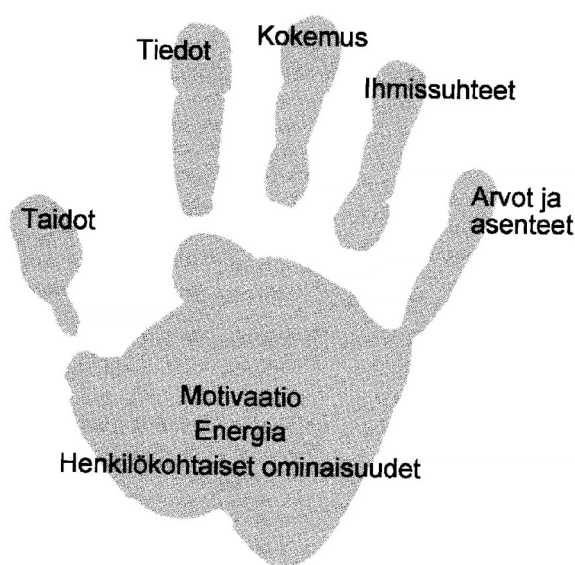
Hyvä sairaanhoidaja on henkilö, jolla on integroitunutta eettistä tietoa (teoreettinen tieto, tilannetieto, toimintatieto ja henkilökohtainen eettinen tieto). (Sarvimäki A. 2009, 87-91.) Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa on kirjattu seuraavasti: ”Sairaanhoidaja toimii tehtävässään oikeudenmukaisesti. Hän hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta.” (Sairaanhoidajaliitto 1996). Aina työntekijä ei pysty toimimaan eettisesti kohdatessaan potilaan ja tämä osaltaan vaurioittaa hoitaja-potilas suhdetta. Ne tekijät, jotka eivät kuulu työntekijän eettisyyteen, on nimetty työntekijän likaiseksi tusinaksi. Näitä ovat mm. kiristys, väheksyminen, kaikkitietävyys, oman roolin ja persoonan korostaminen sekä uhkailu. Omaan työhön liittyvän eettisyyden sanotaan kasvavan seuraavista tekijöistä: terve itsetunto, vastuun saaminen ja antaminen, itsekritiikin kehittäminen, oman arvon tunteminen ja samaistumisen taito. (Vuori-Kemilä 2007, 173.)

2.3 Ammatillinen kasvu

Ammatillista kasvua pidetään jatkuvana, koko elämänkaaren kestäväenä prosessina. Se käsittää ne kehittämistoimet, joilla ylläpidetään ammatillista osaamista, mutta myös lisätään sitä. Ammatillista osaamista kehitetään mm. uuden tiedon hankkimisella, tekniikoiden ja tietojen kehittämisellä ja sillä, että työntekijä kasvattaa arvostustaan toisten silmissä. Kehittymisen kannalta rajoittaviksi ja kannustaviksi tekijöiksi nousevat seuraavat seikat sekalaisessa järjestyksessä: esimies-alais -suhteet, organisaation ilmapiiri, työn luonne ja

työn järjestelyt, johtamistavat ja johtamiskäytännöt. Tärkeimmäksi em. seikoista on nostettu ihmisten kokemukset työympäristöstä. (Hilden 2002, 33.)

Kompetenssilla tarkoitetaan ammatillista pätevyyttä eli kykyä suoriutua tehtävästä hyvin sekä ihmisen itsensä että muiden arvioimana. Se voi olla joko tietoista tai tiedostamatonta. Tietoisella tasolla toimiessaan henkilö sekä tuntee taitonsa että suoriutuu tehtävistä hyvin. Tiedostamaton kompetenssi sitä vastoin tarkoittaa, että henkilö harjoittaa taitojaan, tietojaan tai kykyjään miettimättä asioita, vaistomaisesti. Kompetenssi voidaan jakaa ydin- tai erikoispätevyyteen, sekä potilaan hoitoon liittyväksi pätevyudeksi. Jälkimmäistä kutsutaan yleispätevyudeksi. (Hilden 2002, 33.) Seuraavassa kaaviossa on kuvattu tekijöitä, joista yksilön pätevyys muodostuu.



Kuva 1. Yksilön pätevyys (Hilden 2002)

2.4 Työnohjaus

Hoitaja saa työpaikan kautta välineitä kasvuun työntekijänä. Näitä välineitä ovat työryhmän ja esimiehen tuki, itsereflektio, työnohjaus, koulutus ja konsultaatio. (Vuori-Kemilä 2007, 171.)

Edellä mainituista ammatilliseen kasvuun vaikuttavista tekijöistä merkittäväksi työväliseksi on muodostunut työnohjaus. Työnohjauksen tavoitteena on työntekijän ammatillinen kasvu, työssä jaksaminen ja ammattitaidon ylläpito. Näin työnantaja huolehtii työntekijöidensä ammattipätevyydestä ja jaksamisesta. Työnohjausta voidaan tarkastella kolmesta näkökulmasta: työn laatu, tuen antaminen työntekijän sietokyvyn näkökulmasta sekä opetuksellinen näkökulma tarvittavaan tietoon. (Vuori-Kemilä 2007, 171.) Työnohjausta toteutetaan joko ryhmässä tapahtuvana tai yksilötason ohjauksena. Yksilöohjauksen etuna on avun saaminen juuri itseä koskeviin kysymyksiin. Kun on kyse vielä ammattiuran alkutaipaleella olevasta hoitajasta, suositaan yksilöohjausta. Ryhmäohjauksessa oppiminen tapahtuu huomattavasti monimuotoisempana mm. roolipelien kautta. Ryhmään on kuitenkin helppo piiloutua, jolloin ohjauksen merkitys on hyvin pieni yksilön kannalta. (Saarelainen ym. 2003, 204.) Ryhmätyönohjauksessa paikalla on työnohjaaja (joskus jopa kaksi työnohjaajaa), sekä esimerkiksi kaikki kyseisen työyhteisön työntekijät. Tapaamiset tapahtuvat säännöllisin väliajoin. Tällöin painopistealue on työyhteisön toimivuuden kehittämisessä ja/tai työilmapiirin parantamisessa. (Hilden 2002, 83.)

Edelliseen kappaleeseen viitaten, työnohjaukseen liittyvät tapaamiset tapahtuvat säännöllisin väliajoin. Tätä sanotaan myös prosessiluonteiseksi toteutustavaksi. Tapaamiset voivat toteutua esimerkiksi kolmen viikon välein vuoden ajan. Tämä tarkoittaa kuitenkin myös sitä, että ohjauksen tulee olla riittävän pitkäkestoista, jotta sillä saataisiin selkeitä, merkittäviä tuloksia. Itse ohjauksen toteuttamisessa käytetään kahta eri muotoa: suora ja välillinen työnohjaus. Välillisellä tarkoitetaan tilanteita, jotka tapahtuvat asiakasistuntojen ulkopuolella. Tällöin myös palaute itse työssätoimimiseen saadaan viiveellä. Suoran työnohjauksen etuna on, että palaute tulee välittömästi asiakkaan läsnäollessa. (Saarelainen ym. 2003, 204.)

3 Asenteet

3.1 Asenne

Asenteiden avulla jäsenämme ympäröivää maailmaa ja annamme sille merkityksen. Niillä tarkoitetaan lieviä tai voimakkaita, opittuja toimintojen tai tunteiden malleja. Se, miten asennoidumme lajitovereihimme tai tilanteisiin ja ajatuksiin, on asenteiden muokkaama tapa toimia. (Vilkko-Riihelä 1999, 690.)

Asenne voi olla joko kielteinen tai myönteinen ja se tulee selkeimmin esille moraalisisissa ja eettisissä kysymyksissä. Yksi positiivisen asenteen ilmenemismuoto on pitäminen. Se, pidämmekö kohteen jostain ominaisuudesta, tuttuudesta tai sen palkitsevuudesta riippuu siitä, onko kohteella jokin side meihin itseemme. Mikäli asiayhteys löytyy, vahvistaa se varmasti positiivisen asenteen muodostumisesta. (Vilkko-Riihelä 1999, 690.)

Asenteen muuttuminen voi tapahtua joko tietoisesti ja tahallisesta (propaganda, mainonta, monenlainen suostuttelu). Myös kasvatusta muovaava asenteita. Jotkut asenteista kuitenkin muuttuvat myös itsestään eli spontaanisti ja tällöin muutoksen havaitseminen on vaikea huomata. Asenteen muutos voidaankin rinnastaa tiedon muuttumiseen. (Vilkko-Riihelä 1999, 696.)

Mielipidettä pidetään asenteen ilmaisemiskeinona. Mielipide voidaan jakaa yksilölliseen tai yhteisössä yleisesti vallitsevaan käsitykseen jotain asiasta. (Vilkko-Riihelä 1999, 690.)

3.2 Asenteen merkitys

Asenteilla on merkitys jokapäiväisissä toiminnoissamme. Omaksumme niitä asenteita, jotka palvelevat tarpeitamme parhaiten. Niiden sanotaan antavan tietoa ja samalla ne myös palkitsevat, jos olemme ympäristön kanssa samaa mieltä jostain tietystä asiasta. Sitä voidaan pitää myös arvostuksen ilmaisuna joko vähättelemällä tai arvostamalla toisia ihmisiä. Asenteet voivat myös suojella omaa egoamme, jolla tasapainotetaan psyyken toimintaa. Usein

negatiivinen asenne muun muassa jotain tiettyä väestöryhmää kohtaan suojelee meitä peloilta, että itsestä voisi löytyä samoja piirteitä. (Vilkko-Riihelä, A. 1999, 695-696.)

3.3 Ennakkoluulo

Asenteihin tärkeästi liittyvä ominaisuus on ennakkoluulo. Ennakkoluulot ovat joko jotain asiaa tai esimerkiksi tiettyä ihmisryhmää kohtaan tunnettua, normaalisti negatiivisia asenteita. Ennakkoluulot ilmenevät erotteluna eli diskriminointina. Kohteena tälle asenteihin vaikuttavalle ilmiölle voi olla esimerkiksi rotu tai asuinpaikka. Medialla on merkittävä vaikutus sekä asenteisiin että ennakkoluulojen muodostumiseen. Negatiivinen seikka yhtä ihmistä kohtaan voi helposti leimata koko ryhmän. Tietämättömyyttä ja ymmärtämättömyyttä voidaan poistaa tiedon jakamisen ja kouluttamisen kautta. (Vilkko-Riihelä 1999, 691.)

4 Päihteet

Kun kemiallista ainetta tai yhdistettä tai luonnontuotetta käytetään piristys-, päihtymis- tai huumaustarkoituksessa, kutsutaan sitä päihteeksi (Saarelainen ym. 2003, 40). Terveystieteiden tutkimuskeskus tekee säännöllisin väliajoin tilastointia siitä, mikä on päihteiden käytön tila Suomessa. Vuonna 2009 Suomessa arvioitiin olevan muun muassa 300 000-600 000 alkoholin suurkuluttajaa (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, 15).

Päihteiden käyttömuodot voidaan jakaa kokeiluihin, satunnais-, tapa- ja suurkäyttöön. Äärimmäinen muoto päihteidenkäytön seurauksista on riippuvuuskäyttö. Kokeilut tapahtuvat yleensä ryhmätilanteissa ja nuoruusiässä. Monet näistä kokeiluista päättyvät, kun nuori huomaa vaikutuksen olevan epämiellyttävä tai elimistö ei siedä käytettyä ainetta. Satunnaiskäytöstä on kyse silloin, kun käyttö on tilannesidonnaista tai käyttöä tapahtuu päihdettä ollessa tarjolla. Tapakäyttö on sidoksissa sosiaaliseen käyttäytymiseen. Perusominaisuutena tapakäytölle on toistuvuus. Tapakäyttö on suosittu muoto

eurooppalaisena juomismuotona, ja näin ollen sidoksissa kyseiseen kulttuuriin. Tällöin esimerkiksi työpäivän päätteeksi kokoonnutaan lasilliselle tai parille ystävien kanssa ja käyttö nivoutuu kiinteästi sosiaaliseen yhdessäoloon. (Saarelainen ym. 2003, 40-42.)

Suurkäyttö on sananmukaisesti päihteiden hyvin runsasta käyttöä, mutta se ei vielä täytä riippuvuuden kriteerejä. Tavanomaisimpia piirteitä suurkäytölle ovat omaehtoinen käyttämisen lopettaminen, käyttömotiivi on yleisimmin sosiaalinen (rentoutuminen, hauskanpito, tapahtumien juhlistaminen ja ihmisten tapaaminen) ja käyttäjä kykenee säätelemään kulutuksensa määriä. Suurkäytön ja riippuvuuden välinen raja on kuitenkin hyvin häilyvä, sillä suurkäytössä sietokyky nousee määrien kasvaessa. (Saarelainen ym. 2003, 40-42.)

4.1 Alkoholi

2000-luvun aikana alkoholin kulutuksen kasvua on voitu peilata alkoholikuolemien kasvuna sekä alkoholiperäisten sairauksien määrän nousuna. Tilastoituna kasvu on ollut 2000-luvun alusta vuoteen 2009 mennessä 6 %, jota voidaan pitää merkittävänä kasvuna. Tätä kuvastaa myös se, että vuonna 2008 myrkytykset ja alkoholiperäiset sairaudet olivat yleisin työikäisten naisten ja miesten kuolinsyy. Samana vuonna 90 % aikuisväestöstä ilmoitti käyttävänsä alkoholia. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, 15.) Alkoholin kulutus suhteessa muihin päihteisiin on huomattavasti suurempi, sillä sen osuus on 94 % kaikista päihteistä (lääkeaineet 23 %, kannabis 9 %, muut huumeet 7 %) (Saarelainen ym. 2003, 40).

Alkoholin käyttö lisää terveystekijöiden ohella myös rikollisuutta. Väkivaltarikollisuus, rattijuopumus- ja liikennetrikokset sekä säilöönnotot lisääntyvät alati kasvavan alkoholiongelman johdosta. Päihdetilastollisen vuosikirjan mukaan vuonna 2008 väkivaltarikosten määrä, jossa osatekijänä oli alkoholi, oli 35 298 tapausta. 50-70 % edellä mainituissa tapauksista pystyttiin toteamaan alkoholin käyttö yhdeksi taustatekijäksi. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, 20.)

WHO (World Health Organization) julkaisi vuonna 2005 kansainvälisen alkoholinkulutusvertailun, jossa arvioitiin yli 15-vuotiaiden kansalaisten puhtaan alkoholin kulutusmääriä vuositasolla. Virossa keskimääräinen luku oli 16,2 litraa per henkilö vuodessa, Suomessa 10 litraa, Latviassa 10,2, Liettuassa 12,5, Ruotsissa 6,6 ja Valkovenäjällä 11,2 litraa henkilöä kohden. Koko Euroopan keskiarvoksi sama kulutusvertailu sai 9,5 litraa henkilöä kohden ja kaikkien vertailumaiden (186) keskiarvoksi tuli 4,4 litraa. Vertailua oli lisäksi tehty tulotasojen mukaan, minkä perusteella matalatuloinen kansalainen kulutti huomattavasti vähemmän puhdasta alkoholia vuodessa, 1,6 litraa, verrattuna korkeatuloisempaan kansalaiseen, joka kulutti alkoholia 9,4 litraa vuodessa. (WHO 2009.)

4.2 Huumeet

Huumeita voidaan luokitella niiden rauhoittavuuden, piristävyiden tai hallusinogeenien mukana. Rauhoittavia huumeita ovat opiaatit, joista esimerkkinä heroini ja piristävinä amfetamiinit, crack ja kokaiini. Hallusinogeeniä eli psykedeleejä ovat muun muassa ekstaasi, LSD ja marihuana. Käyttömuodot ovat moninaiset. Ne joko hengitetään, poltetaan, nuuskataan, pureskellaan tai käytetään suonensisäisesti. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Yleinen asenne huumeiden käyttöä kohtaan on tilastollisesti katsottuna löyhentynyt 2000-luvun alusta vuoteen 2007. Vuonna 2007 75 % suomalaisista arvioi, että huumausaineiden käyttö on joko vakava tai erittäin vakava ongelma, kun taas vuonna 2001 vastaava luku oli 90 %. Siihen, että arviot ovat lieventyneet, on vaikuttanut se, että huumausaineiden läsnäolo on totuttu. Kokonaisuudessaan huumausaineiden kokeilu ja käyttö on selkeästi lisääntynyt 1990-luvulla. Ensimmäiset signaalit kasvuvauhdin pysähtymisestä havaittiin vuosituhannen vaihteessa ja nyt tilanne on siis vakiintunut. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, 22).

Vuonna 2006 naisista 11 % ja miehistä 16 % ilmoitti kokeilleensa kannabista jossain vaiheessa elämäänsä. Samaan aikaan voidaan sanoa, että 25-34-

vuotiaiden kannabiskokeilut lisääntyivät, kun taas 15-24-vuotiaiden keskuudessa kokeilujen määrä vähentyi. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, 22.) Päihdeteiden käyttöindikaatiot ovat jo vuosisatojen aikana liittyneet ajatuksiin, mielialaan ja käyttäytymiseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

4.3 Tupakka

Vaikka tupakoinnin sanotaan vähentyneen, on Suomessa edelleen miljoona tupakoivaa henkilöä. Tupakoinnin lopettaminen on yksi tärkeimmistä väestön terveyttä edistävästä tekijöistä. Tilastojen mukaan 59 % päivittäin tupakoivista henkilöistä haluaisi lopettaa tupakoinnin ja 39 % ilmoitti yrittäneensä vakavasti lopettaa tupakoinnin edellisen vuoden aikana. 82 % ilmoitti olevansa huolissaan tupakoinnin terveyshaitoista. Tupakoinnin lopettamisella on useita terveysvaikutuksia, kuten sydäninfarktiin sairastumisen riskin väheneminen, mutta myös samalla riski krooniseen keuhkoputken tulehdukseen ja keuhkosyöpään vähenee. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.)

WHO:n alkoholinkulutusta vastaavassa kansainvälisessä vertailussa on tutkittu myös tupakoitsijoiden määrää yli 15-vuotiaan aikuisväestön keskuudessa prosentuaalisesti. Vuonna 2006 julkaistun tilaston mukaan Valko-Venäjällä miehistä tupakoi 64,4 % ja naisista 21,6 %, Virossa miehistä 47,8 % ja naisista 25,4 %, Suomessa miehistä 33,3 % ja naisista 23 %, Latviassa miehistä tupakoi 53,4 % ja naisista 24,1 %, Liettuassa miehistä 49,9 % ja naisista 21,7 %, kun taas Ruotsissa suhdeluvut olivat päinvastaiset kuin muissa maissa sukupuolien suhteen eli miehistä 17,3 % ja naisista 23,3 % tupakoi. Koko Euroopan tasolla 44,6 % miehistä ja 24,3 % naisista tupakoi. Tulotaso vaikutti tupakointiin miesten keskuudessa niin, että matalatuloisemmista miehistä 30,9 % ja korkeatuloisemmista 33,1 % harrasti säännöllistä tupakointia. Naisten keskuudessa vastaavat suhdeluvut olivat 4,8 % matalatuloisten parissa ja 19,8 % korkeampituloisten keskuudessa. (WHO 2009.)

4.4 Päihdekulttuuri Suomessa

Kussakin kulttuurissa päihteillä on erilainen asema. Päihteiden sosiaalinen asema on riippuvainen niiden tuotannosta, päihteistä saatavasta hyödystä, niiden merkityksestä sosiaalisessa elämässä ja siitä, miten päihteet hyväksytään osana kulttuuria. Kun vertaillaan huumeiden käyttöä ja alkoholia huumaavana aineena, suomalaista kulttuuria voidaan pitää huumeiden lisääntyvästä kulutuksesta huolimatta alkoholikulttuurina. Alkoholilla on hyväksytty merkitys vapaa-ajanvieton ja rentoutumisen muotona ja alkoholista kietäytymistä pidetään jopa poikkeuksellisenä käyttäytymisenä suomalaisten aikuisten keskuudessa. Asenteessa on kuitenkin tapahtunut muutosta siirryttäessä 1990-luvulta 2000-luvulle. Vuonna 2004 uudistettiin alkoholin vero- ja tuontirajoja, jolloin suomalaisten alkoholiasenteet tiukkenivat edelliseen vuosikymmeneen verrattuna. Kun tilannetta tarkastellaan prosentuaalisesti, tiukennusta kannatti vuonna 2006 61 % vastanneista, kun vastaava luku oli vuonna 2000 54 %. (Havio ym. 2008, 93.)

Ensisijaisena alkoholin käyttötarkoituksena pidetään edelleen humaltumistarkoituksellisuutta. Tätä voidaan myös kutsua alkoholin sietokykyä ihannoivaksi juomiseksi. Tyypillisimmillään alkoholin kulutuksen kohteena ovat mallasjuomat ja väkevät alkoholijuomat (Kaavio 2). (Havio ym. 2008, 94.)

Huumeiden käyttöön suomalaiset suhtautuvat pääosin kielteisesti. Sitä pidetään mm. alakulttuuriin rajoittuvana ilmiönä ja sitä ei haluta nähdä rinnastettavana valtaväestön normaaleihin jäseniin. Huumeiden asemalla on kuitenkin eroavaisuuksia aikuis- ja nuorisoväestöryhmiä vertaillen. 1990 -luvulla syntyi uusia alakulttuureja nuorten juhlimiskulttuurin muutosten myötä. Kannabiskulttuurin rinnalle liitettiin esimerkiksi ekstaasin käyttäminen energialähteenä tanssimisessa. Näin muodostui kokeilu- ja ongelmakäytön rinnalle uusi käsite, ”huumeiden viihdekäyttö”. (Havio ym. 2008, 93-95)

Kaiken kaikkiaan suomalaisten asenteet huumeiden käyttöä kohtaan ovat lieventyneet. Vuonna 2005 78 % suomalaisista piti huumaussaineiden käyttöä

vakavana tai erittäin vakavana ongelmana, kun vastaava luku vuodelta 2001 oli 90 %. (Havio ym. 2008, 95.)

4.5 Päihteet Itä-meren maissa

Päihteisiin, ja varsinkin alkoholinkäyttöön, liittyvät ongelmat ovat olleet jatkuvan keskustelun alaisena entisissä Neuvostoliiton maissa liiton hajoamisen jälkeisellä siirtymäkaudella. Vastaavasti Pohjoismaissa on Euroopan Unioniin liittyminen tuonut paineita muutoksiin myös alkoholipolitiikkaa koskien. Luotettavia ja verrattavissa olevia tilastollisia tietoja päihteidenkäytöstä eri itämeren alueen maissa on kuitenkin melkein mahdotonta löytää – siinä missä esim. Pohjoismaat, kuten Suomi, Ruotsi ja Tanska ovat tilastoineet alkoholinkulutustaan tarkasti jo vuosikymmeniä, ovat entisistä Neuvostoliiton maista (esim. Venäjä, Viro, Latvia, Liettua) saadut tilastolliset tiedot herättäneet suuria epäilyksiä luotettavuuden suhteen kansainvälisten tutkijoiden keskuudessa. (Simpura ym. 1998.) Suomessa julkistettu tilasto ”Päihdetilastollinen vuosikirja 2009” on kuitenkin listannut mm. alkoholin osalta käytön jakaantumista väkevien ja mietojen alkoholijuomien välillä myös osissa Baltian maita. Onkin todettava, että esimerkiksi Latviassa väkevien alkoholijuomien osuus on merkittävä mietoihin verrattuna (Kaavio 3).

Zaborskis ym. (2006) tutkivat Virossa, Latviassa ja Liettuaassa, nuorten aikuisten alkoholinkäyttöä vuosina 1993-2002. Tutkimuksen tulosten mukaan olut oli nuorten parissa suosituin juoma, ja kokonaisuudessaan alkoholijuomien kulutuksen määrä kasvoi kahdeksan vuoden tutkimuksen välisenä aikana huomattavasti. Säännöllinen alkoholinkäyttö oli kaksi kertaa yleisempää poikien keskuudessa, kun taas satunnainen juominen oli suositumpaa tyttöjen keskuudessa. Mielenkiintoista tutkimuksen tuloksissa oli, että varakkaammista perheistä kotoisin olevat nuoret käyttivät selvästi useammin säännöllisesti alkoholia kuin köyhemmistä perheistä tulevat nuoret.

Lagerspetz ja Moskalewicz (2002) tutkivat Neuvostoliiton hajoamisen jälkeen huumeidenkäyttöä Virossa, Latviassa, Liettuaassa ja Puolassa. Luotettavan tilastollisen tiedon saaminen huumeidenkäytön lisääntymisestä ja siihen

liittyvistä terveydellisistä ja sosiaalisista ongelmista osoittautui erittäin hankalaksi muuttuneiden terveydenhuolto- ja tilastoimisjärjestelmien takia. Siitä huolimatta kaikki saatavilla oleva todistusaineisto osoitti laittomien huumeiden käytön kasvaneen räjähdysmäisesti kaikissa neljässä maassa Neuvostoliiton hajoamisen jälkeen, ja sen olevan tutkimuksen toteuttamisen ajankohtana jo muun Euroopan tasolla.

4.6 Päihteiden käyttö hoitohenkilökunnan keskuudessa

Terveydenhoitohenkilökunnan asenteita päihteitä kohtaan on tutkittu vaihtelevasti eri näkökulmista. Itse hoitohenkilökunnan omasta päihteidenkäytöstä ja sen vaikutuksesta työn suorittamiseen sekä asenteisiin löytyi useampiakin tutkimuksia (Hughes 1995; Griffith 1999; Lillibridge ym. 2001; Raistrick ym. 2008). Suomessa tutkittua tietoa sairaanhoitajien päihteidenkäytöstä ei ole toistaiseksi tehty, sen sijaan lääkäreiden alkoholin- ja päihteidenkäyttöä on selvitetty vuonna 1988. Kyseisen tutkimuksen mukaan naislääkäreistä joka 20. käytti suurkulutusta vastaavan määrän alkoholia ja mieslääkäreistä joka viides. (Havio ym. 2008, 184.)

Raistick ym. toteavat *Journal of Substance use* -lehden artikkelissaan (2008) tutkimansa terveydenhoitohenkilökunnan raportoineen alkoholin, tupakan ja muiden päihteiden käytön määrien vastaavan muun väestön keskiarvoja. Griffith taas toteaa artikkelissaan "Substance abuse disorders in nurses" (1999) jopa 10-20 %:lla amerikkalaisesta hoitohenkilökunnasta olevan päihteidenkäytön kanssa ongelmia. Näistä 14 % on riippuvaisia alkoholista ja 7,5 % muista huumeista tai riippuvuutta aiheuttavista lääkkeistä. Tonda L. Hughesin artikkelissa "Chief nurse executives' responses to chemically dependent nurses" (1995) todetaan huumeista/lääkkeistä riippuvaisten hoitajien syyllistyvän todennäköisemmin laittomuuksiin, kuten työpaikalta lääkkeiden varastamiseen, alkoholista riippuvaisiin kollegoihinsa verrattuna. Myös työtovereiden asenteissa oli suuria eroja riippuen siitä, oliko työntekijä riippuvainen alkoholista vai muista huumeista, tai jos työkyvyn heikkeneminen johtui muista henkisistä ongelmista.

Alkoholista riippuvaiset hoitajat raportoivat saavansa enemmän tukea työpaikaltaan kuin muista päihteistä riippuvaiset hoitajat. Muita huumeita käyttävien hoitajien työsuhde myös lopetettiin ongelman paljastumisen myötä todennäköisemmin kuin vain alkoholia käyttävien hoitajien, vaikka nämä olisivat suorittaneet työtehtäviään alkoholinvaikutuksen alaisina. Lillibridge ym. (2002) taas kuvaavat haastattelututkimuksensa tuloksissa hoitajien omasta päihteidenkäytöstä syntynyttä pelkoa paljastumisesta ja sosiaalisesta leimautumisesta ”narkkariksi” huolimatta siitä, oliko käytetty päihde laillinen vai laiton. Tulosten mukaan aiheeseen liittyvä negatiivinen leimautumisen pelko myös hidasti hoitajien hakeutumista hoitoon tai esti sen kokonaan.

5 Päihdehoitotyö

5.1 Mitä on päihdehoitotyö?

Päihdehoitotyöllä tarkoitetaan päihteidenkäyttöä ja siitä johtuvia haittoja ehkäisevää ja korjaavaa, sekä terveyttä edistävää päihdetyötä (Havio ym. 2008, 11). Päihdehoitotyötä toteutetaan itsenäisissä asiantuntijapaikoissa, mutta samalla myös lähes kaikissa terveydenhuoltoalan toimipaikoissa osana muuta hoitotyötä. Puhuttaessa moniammatillisuudesta päihdehoitotyö on siitä erinomainen esimerkki. (Sairaanhoitajaliitto 2010.)

5.2 Sairaanhoitaja päihdehoitotyössä

Sairaanhoitajalla toimii päihdehoitotyössä sekä asiantuntija- että toteuttajan roolissa. Toimintaympäristönä voi olla kotihoito, vuodeosasto, avopalveluyksikkö, erikoissairaanhoidon vuodeosasto, kotisairaala tai päihdehuollon ja psykiatrian erillinen palveluyksikkö. Hoitajan toimenkuva voidaan myös nähdä hyvin moninaisena otettaessa huomioon, että päihdehoitoa vaativa ryhmäkin on hyvin sekalainen (suurkuluttajat, kokeilukäyttäjät, satunnaiset ensikertalaiset). Toimenkuvia ovat muun muassa terveyden edistäjä, terveystottumuksiin vaikuttaja, neuvoja, ohjaaja, tiedonantaja, motivoija ja tukija sekä kehittäjä. Tukijana hoitajan tehtävänä on

tarjota turvallinen, kunnioittava, hyväksyvä ja tukea antava hoidollinen suhde. Tämä takaa turvallisen maaperän päihdepotilaalle tarkastella elämäntilannettaan ja samalla ponnistella positiivisen muutoksen eteen. (Havio ym. 2008, 11-12.)

5.3 Päihdekoulutus

Tutkimuksia hoitotyöntekijöiden päihdekoulutuksesta ja sen riittävydestä löytyi runsaasti. Useiden tutkimusten perusteella koulutus ja tieto ovat riittämättömiä, mutta myös hoitohenkilökunnan halu osallistua lisäkoulutuksiin on vähäistä. (Rassool & Villar-Luis 2004; Kelleher 2007; Rassool & Rawaf 2008; Ford ym. 2008.) Myös terveydenhoitoalan ammattilaisten koettu kyky auttaa päihdepotilaita sekä heidän koulutuksensa taso ja riittävyys kyseisellä alueella on ollut usean tutkimuksen kohteena (Happell ym. 2002; Happell & Taylor 2000). Ford ym. (2007) toteavat tutkimuksessaan yksin työpaikan päihdekoulutuksen olevan riittämätöntä ja tehotonta muuttamaan hoitohenkilökunnan asenteita päihdepotilaita kohtaan sekä tukemaan heidän rooliaan päihdehoitotyössä. Rassool ja Rawaf (2008) sitä vastoin kuvaavat hoitotyön opiskelijoiden asenteiden, halukkuuden sekä kykyjen päihdepotilaiden hoitamiseen kehittyneen selvästi lisäkoulutuksen myötä. Nkowane ja Saxena (2003) ehdottavat tutkimuksessaan myös päihdetyön lisäämistä hoitajien koulutusvaatimuksiin, mutta kehottavat lisäksi työpaikkoja kehittämään ennaltaehkäisevää ja terapeuttista interventiotyötä sekä tiimityötä. Hoitajat itsekin kokevat päihdehoitotyön koulutuksen puutteen tai riittämättömyyden olevan yksi olennaisimpia syitä haluttomuuteen kohdata ja hoitaa päihdeongelmaisia potilaita. (Nkowane & Saxena 2003; Ford ym. 2007.)

5.4 Hoitohenkilökunnan asenteet päihdepotilaita kohtaan

Eriyisesti terveyskeskuksien ja ensiavun terveydenhoitohenkilökunta kohtaa työssään jatkuvasti potilaita, joilla on eriasteisia ongelmia eri päihteiden käytön kanssa. He ovat ensisijaisessa asemassa tunnistamaan nämä potilaansa ajoissa ja tarjoamaan heille hoitovaihtoehtoja. Kuitenkin S. Kelleherin (2007)

Irlannissa tekemän tutkimuksen mukaan jopa 25-50 % näistä potilaista jää kokonaan tunnistamatta ja päihdeongelma diagnosoimatta. Useammassakin tutkimuksessa todetaan terveydenhoitohenkilökunnan tiedon puutteen ja asenteiden vaikuttavan negatiivisesti päihdepotilaiden hoitoon ja hoitoon ohjaamiseen (Kelleher 2007; Lovi & Barr 2009; Tran ym. 2009; Ford ym. 2009).

Tutkimusten mukaan yksi merkittävä syy hoitajien haluttomuuteen kohdata ja hoitaa päihdepotilaita on työympäristön tuen puute. Koulutuksellinen päihdehoitotyön rooliin valmistaminen koetaan usein myös liian vähäiseksi, mutta sitäkin olennaisemmaksi tutkimukset osoittavat hoitajien kollegoiltaan ja ylemmältä taholta tulevan tuen ja työnohjauksen. Puutteita koetaan erityisesti olevan muun muassa johdon tuessa, yleisissä toimintaperiaatteissa ja käytännön toimintamalleissa. Osa hoitajista kokee myös olevansa uhattuna ja haavoittuvaisia hoitaessaan päihdepotilaita. (Ford ym. 2009.) Ford ym. kirjoittavat lisäksi artikkelissaan viitaten Pidd ym. 2004 toteuttamaan tutkimukseen, jossa arvellaan, että jopa 80-90 %:lla lisäkoulutuksista ei ole mitään vaikutusta hoitajien käytännön toimintaan ilman työympäristön käytänteiden tukea ja kehitystä koulutuksen ohjesisällön mukaiseksi. Pelkästään käytännön suositusten ja lyhyiden potilaskyselyiden, kuten AUDIT-lomakkeen (Alcohol use disorders identification test) käyttöönotolla potilaskohtaamisten ja terveysneuvonnan yhteydessä ennen ja jälkeen ei todettu olevan merkittävää vaikutusta päihdepotilaiden tunnistamiseen ja hoitoon ohjaamiseen (Tran ym. 2009).

Pinikahana ym. (2002) ja McLaughlin ja Long (1996) toteavat hoitohenkilökunnan yleensä kokevan päihdeongelmista kärsivien potilaiden hoitamisen olevan hankalaa, epäkiitollista ja epämiellyttävää. Asteet ovat usein yleisesti ottaen kielteisiä ja muodostuvat stereotyyppisistä ennakkoluuloista. Haluttomuus hoitaa päihdepotilaita perusterveydenhuollon puolella myös kuormittaa liiallisesti päihdehoitotyöhön erikoistunutta osaluuetta, kun terveydenhoidon ammattilaiset ohjaavat turhan hätäisesti kaikki vähänkin päihteen kanssa tekemisissä olevat potilaansa näiden erikoishoidon piiriin (McLaughlin & Long, 1996). Suomalaisessa Lappalainen-Lehdon ym.

(2005) tekemässä tutkimuksessa sekä hoitajat että lääkärit taas arvioivat päihdepotilaiden hoitotyössä suurimmiksi heikkouksiksi sekä tiedon että ajan puutteen.

Lovi ja Barr (2009) toteavat hoitohenkilökunnan negatiivisten asenteiden vaikuttavan myös sijaisten saamiseen päihdepotilaisiin erikoistuneille osastoille, ja jos henkilökuntaa määrättiin ylemmältä taholta näihin sijaisuuksiin, saapuivat he usein työvuoroonsa ennakolta vihamielisellä asenteella sekä potilaita että vakituista henkilökuntaa kohtaan. Tutkimuksen tulosten mukaan päihdeongelmaiset nähtiin usein potilaina, jotka "eivät oikeasti ole sairaita" ja ovat itse aiheuttaneet ongelmansa, eivätkä ole näin ollen oikeutettuja saamaan käyttäytymiseensä ja terveysongelmiinsa hoitoa. Toisaalta Markey (1994) tutki hoitohenkilökunnan asenteita päihteiden käyttöä kohtaan sekä henkilökunnan että väestön keskuudessa ja totesi asenteiden olevan pääasiassa positiivisia. Tutkimukseen osallistunut henkilökunta koki päihteiden käytön enemmän sairautena kuin heikkoutena, suhtautui kannustavasti eri hoitomuotoihin ja oli tietoinen ongelman olemassaolosta myös terveydenhoitohenkilökunnan keskuudessa.

Eryteisesti henkilökunnan asenteita on tutkittu mielenterveystyön puolella, ja myös asenteiden tutkimiseen käytettävien kyselylomakkeiden toimivuutta ja luotettavuutta on testattu (Watson & Co 2006; Pinikahana 2002). Tutkimustuloksissa on ristiriitaisuuksia eri maiden välillä, ja samassa tutkimuksessa eri etnisten ihmisryhmien sekä sukupuolten välillä on todettu eroja asenteissa sekä tietotaidoissa päihdeongelmaisten kohtaamisessa ja auttamiskyvyissä sekä haluissa (Foster & Co 2003). Pääsuuntaisesti tulokset jakautuvat positiivisiin asenteisiin, mutta samalla koettu tietotaito ja koulutuksellinen valmius sekä yhteiskunnan tarjoamat tukimahdollisuudet koettiin huonoiksi tai riittämättömiksi. Toisaalta asenteet saattoivat jo entuudestaan olla negatiivisia tai sellaisiksi muodostuneita, ja osa alan ammattilaisista myönsi antavansa vähemmän terveydellistä ja ennaltaehkäisevää neuvontaa ja kasvatusta kuin mihin ehkä olisi ollut mahdollisuus. (Richmond & Foster 2003; Watson & Co 2006.)

6 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia sairaanhoitajien kokemuksia päihdehoitotyöstä ja miten asenteet, työnohjaus ja koulutus vaikuttavat niihin.

1. Millaisia asenteita liettualaisilla, ruotsalaisilla, virolaisilla, venäläisillä ja valko-venäläisillä sairaanhoitajilla on päihdepotilaita kohtaan?
2. Minkälaista koulutusta sairaanhoitajat ovat saaneet päihdepotilaan kohtaamiseen?
3. Minkälaista päihdehoitotyön työnohjausta sairaanhoitajat ovat saaneet?

7 Tutkimuksen empiirinen toteuttaminen

7.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmä koostui Itä-meren maiden itäisten osien (Viro, Valko-Venäjä, Liettua, Latvia, Venäjä) kahdeksasta sairaanhoitajista, sekä yhdestä ruotsalaisesta sairaanhoitajasta. Haastattelu toteutettiin teemahaastatteluna (ryhmähaastattelu), Haastattelukielenä toimi englanti ja kieliongelmien vähentämiseksi paikalla oli myös venäjän-, englannin- ja ruotsin kielen taitoinen tulkki.

Haastatteluun osallistuvilta pyydettiin kirjallinen suostumus, jonka ymmärtäminen varmistettiin suullisesti. Ymmärtäminen varmistettiin myös tulkin avulla. Haastattelut nauhoitettiin tulosten purkamisen helpottamiseksi. Nauhoittamisella varmistettiin myös tutkimuksen luotettavuus, koska keskusteluita oli mahdollista käydä nauhoilta läpi myöhemmin sisällön tarkastamiseksi ja oikean tulkinnan varmistamiseksi.

Teemahaastattelu määritellään tutkimusmuodoksi, jossa tutkittavaa ilmiötä lähestytään tiettyjen teemojen puitteissa. Tällöin haastattelijan ”johdatteleva rooli” saadaan poistettua ja haastateltavan itse asioille antamat merkitykset ja tulkinnat saadaan paremmin esille. Teemahaastattelussa ei haastateltavilta edellytetä kokeellisesti aikaansaattua yhteistä kokemusta tutkittavasta ilmiöstä, vaan korostetaan yksilöiden omaa elämysmaailmaa ja määritelmiä asiasta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48.)

Haastattelututkimuksen suurin etu on, että tilanteessa ollaan kielellisessä vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa. Haastattelun aikana voidaan luontevasti kohdentaa tiedonhankintaa tarvittavaan suuntaan ja tehdä mahdollisesti tarkennuksia sekä tuoda esiin motiiveja, joita vastausten taustalla mahdollisesti on. Teemahaastattelu on myös hyvä työväline silloin, kun kohteena on vaikea tai arka aihe tai silloin, kun vastaukset perustuvat

haastateltavan omiin kokemuksiin tai kun ei tiedetä, millaisia vastauksia tullaan saamaan. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 34-35.)

7.2 Aineiston analyysi

Aineiston käsittely tapahtui laadullisesti. Haastatteluja ei litteroitu eli puhtaaksikirjoitettu, vaan päätelmät ja koodaukset tehtiin niistä tallennetuista aineistoista, joita oli käytössä (Hirsjärvi & Hurme 2000, 138). Tutkimuksemme kohdalla tämä tarkoitti kirjallista (kovalevylle tallennettua) ja nauhoitettua materiaalia. Materiaali nauhoitettiin kahdella nauhurilla ja niiden sisältö jäsenneltiin kotitietokoneelle. Tallenteet kuunneltiin läpi pienissä pätkissä, joista aineisto käännettiin englannista suomeksi tekstinkäsittelyohjelmaan. Tallenteista valikoitiin se tieto, mikä oli tutkimuksemme kannalta olleista.

7.3 Haastattelun toteutusjärjestys

Haastattelu toteutettiin istuen ympyrämuodostelmassa. Vastaaminen tapahtui istumajärjestyksessä, jolla pyrittiin helpottamaan vastausten tulkitsemista nauhoitteista. Lisäksi haastattelijat pysyivät haastateltavia aloittamaan puheenvuoronsa nimeämällä kotimaansa. Haastateltavat järjestäytyivät siten, että eniten tulkkausta tarvitsevat istuivat lähinnä tulkkia. Haastattelijat esittivät kysymykset vuorotellen.

8 Tutkimustulokset

8.1 Haastateltavien taustatiedot

Haastatteluun osallistui kahdeksan sairaanhoitajaa. Seitsemän heistä tuli Itämeren maiden itäisistä osista (Venäjä, Valko-Venäjä, Viro, Liettua, Latvia) ja yksi Ruotsista. Maittain osallistujat määräytyivät seuraavasti: Venäjä kaksi hoitajaa, Valko-Venäjä kaksi hoitajaa, Viro yksi hoitaja, Liettua yksi hoitaja, Latvia yksi hoitaja ja Ruotsi yksi hoitaja. Sairaanhoitajat olivat hyvin vaihtelevilta

hoitotyön alueilta ja heillä oli työkokemusta 5-30 vuotta. Ikäjakauma oli myös hyvin laaja, nuorin haastateltavista oli 30 vuotta, vanhin 47 vuotta. Työkokemus oli väliltä 5-30 vuotta ammatissa.

8.2 Koettu sairaanhoitajan toimenkuva

Itämeren maiden itäisten osien sairaanhoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että alalla vallitsee hoitajapula ja alalle kouluttautuneet nuoret valitsevat mieluiten työpaikkansa yksityiseltä sektorilta tai aivan toiselta alalta. Ongelmaksi koettiin myös allalla vallitseva palkkataso, joka on alhainen. Tämä ero koettiin suureksi erityisesti yksityisen ja julkisen sektorin välillä, ollen julkisella puolella heikompi. Toisissa maissa hoitoalan kokonaistilannetta pidettiin huomattavasti heikompana. Eräässä maassa tilannetta on pyritty korjaamaan hallituksen myöntämällä lisärahoituksella. Lisärahoitus on tarkoitettu toisen sairaanhoitajan palkkaamiseksi entiseen yhden sairaanhoitajan ja lääkärin tiimiin. Tätä resurssia ei ole kuitenkaan pystytty hyödyntämään tarkoituksen mukaisella tavalla. Rahoitusta on myös kohdennettu aikaisempaa enemmän ennaltaehkäisevään työhön. Toisissa maissa teknologian nopeampi kehitys lisää paineita koulutuksen päivittämiseksi ja lisää työn vaativuutta. Kansalaisten asenne hoitoalan henkilökuntaa kohtaan koetaan yleisesti kunnioittavaksi.

8.3 Työssä viihtyvyys

Kysyttäessä hoitajilta heidän mielipidetään työstään tai että haluaisivatko he vaihtaa työpaikkaansa, valtaosa hoitajista oli tyytyväisiä nykyiseen työpaikkaansa. Työkavereilla koettiin olevan suuri merkitys työn viihtyvyyden lisäämisessä. Työssä viihtyvyyttä koettiin lisäävän työn vaihtelevuus ja työn tarjoama jatkuva uuden oppimisen tarve. Merkittäväksi viihtyvyyttä lisääväksi tekijäksi koettiin myös nuori, joustava ja vahva tiimityöyhteisö.

Yleisimpiä syitä huonoon viihtyvyyteen nykyisessä työssä olivat heikko varustetaso, vanhat työvälineet, julkisen puolen huono palkkaus ja liiallinen työmäärä hoitajapulasta johtuen. Eräs haastateltava totesi omassa työssään

kuormittavaksi sen, että lääkärit painostavat sairaanhoitajia tekemään osia omista työtehtävistään.

8.4 Sairaanhoitajakoulutuksen erot tutkimusmaissa

Koulutustaso on hyvin vaihteleva riippuen maasta. Haastattelussa jäi epäselväksi eräiden maiden sairaanhoitajien koulutuksen rakenne siltä osin, valmistuuko sairaanhoitajia sekä keskiasteen oppilaitoksista että korkeakouluista, vai oliko kyse hoitajista yleensä. Toisissa maissa koulutuksen kesto on hoitajien mielestä liian lyhyt eikä se anna tarvittavia valmiuksia toimia sairaanhoitajan työssä. Taas vastaavasti toisissa maissa koulutustaso hyvin korkea ja vastaa EU-standardia. Näissä maissa on myös mahdollisuus jatkokouluttautua työn vaatimusten mukaisesti. Täydennyskoulutusta on mahdollisuus saada sekä maksullisena että ilmaisena.

Erään maan hoitajat kertovat aiemmin käytössä olleen työhön ohjauksen puutteen johtaneen siihen, että vastavalmistuneet sairaanhoitajat työllistyvät mieluummin muille paremmin palkatuille aloille. Tämän tyyppisellä työnohjauksella hoitajat tarkoittivat, että hoitajilla oli velvollisuus työllistyä koulutustaan vastaavalle alalle. Eräs kätilöksi valmistunut totesi, ettei hänelle ollut valmistuttuaan oman alansa töitä, joten hän työllistyi alkuun sairaanhoitajana, josta hän ei pitänyt. Lisäksi toinen sairaanhoitaja totesi heidän koulutuksessaan olevan seuraavanlainen ero: heiltä valmistuu sairaanhoitajia sekä peruskoulu- että lukiopohjaisella koulutuksella. Hän kokee hoitajien väliseksi eroksi kyvyn kohdata potilaita. Peruskoulupohjaisen koulutuksen saaneilla hoitajilla on potilaslähtöisempi ote työhön kuin korkeammin koulutetulla hoitajalla. Epäselväksi jäi onko kyse samasta ammattinimikkeestä eri koulutustasoilla (lähihoitaja – sairaanhoitaja).

8.5 Koulutukselliset valmiudet päihdepotilaan kohtaamiseen

Toisissa maissa erikoistumisopinnot ja kouluttautumismahdollisuudet on tarkoitettu pääosin niille hoitajille, jotka työskentelevät kunkin erityisryhmän kanssa. Työssään päihdepotilaita kohtaavat sairaanhoitajat voivat osallistua

aihetta käsitteleviin koulutustilaisuuksiin. Kaikki sairaanhoitajat totesivat joutuneensa kohtaamaan päihdepotilaita työssään hyvin vähän. Kaikissa maissa oli yhteisenä käytäntönä osallistuminen pääasiassa oman erikoisalalan luentoihin ja jatkokoulutukseen.

8.6 Henkilökohtainen asenne päihdepotilaita kohtaan

Kaikilla haastateltavilla oli pääasiassa negatiivinen asenne päihdepotilaita kohtaan. Tuomittavimmaksi päihteidenkäyttö koettiin yhtämielisesti silloin, jos käytöllä on vaikutuksia muihin, esimerkiksi raskaana oleva nainen. Eräät hoitajat mainitsivat varsinkin nuorten odottavien äitien päihteidenkäytön lisääntyneen huolestuttavasti. Hoitajat kokivat tällaisten potilaiden olevan vailla tulevaisuutta ja heidän lastensa joutuvan huostaanotetuiksi ennemmin tai myöhemmin. Maassa on otettu käyttöön huomattavasti tiukemmat kauppojen aukiolokäytännöt kuin aiemmin 80-luvulla, jolloin alkoholi oli vapaamassa jakelussa. Tämä ei kuitenkaan ole vaikuttanut alkoholi-ongelman määrään.

Erään tutkimusmaan sairaanhoitajat olivat pahoillaan päihdepotilaiden puolesta, mutta kokivat, että omassa työssään heillä on mahdollisuus auttaa edellä mainittua potilasryhmää. He totesivat myös, että heidän maassaan alkoholi on suurempi ongelma kuin huumeet. Eräskin sairaanhoitaja koki päihteidenkäyttäjät potilaina siinä missä muutkin siitä huolimatta, että ei henkilökohtaisesti hyväksykään käyttöä. Hän totesi näkevänsä työssään hyvin päihteidenkäytön vaikutukset koko perheeseen, ja kokevansa usein avuttomuutta ja turhautuneisuutta näissä tilanteissa. Päihteidenkäyttäjille on kuitenkin järjestetty toisissa maissa tukitoimia, kuten päihdekliniikoita, joista on mahdollista saada puhtaita ruiskuja. Kaikki hoitajat totesivat, että alkoholi on edelleen tänäpäivänä liian yleisesti hyväksyttävä asia. Kustannukset yhteiskunnalle nousevat korkeiksi. Eräs vastaajista totesi, että hän säälii päihdepotilaan perheen lapsia ja että ongelma on samankaltainen riippumatta sosiaaliluokasta. Hänen mukaansa hoidon onnistumiseksi päihdepotilaan on kuitenkin ensisijaisesti itse haluttava sitoutua hoitoon, sen sijaan että sitä vain ulkopuolelta tuputetaan potilaalle.

Sairaanhoitajat kertoivat avoimesti tilanteista, joissa he olivat olleet työuransa aikana. Päihdepotilaiden kanssa välikohtauksiin joutuneet hoitajat kokivat tilanteiden kehittäneen heidän kykyään vaistota mahdollisesti väkivaltaiset ja uhkaavat potilaat ja tilanteet. Tämä osaltaan vahvisti heidän itsevarmuuttaan toimia vastaavissa tilanteissa. Vastanneista hoitajista ainoastaan yksi hoitajista ei ole henkilökohtaisesti kohdannut uhkaavasti käyttäytyvää päihdepotilasta.

Osa hoitajista totesi, että heillä on olemassa hätänumero, johon he voivat olla yhteydessä, jos tilanne käy uhkaavaksi. Kaksi hoitajista puolestaan totesi, ettei heillä ole mahdollisuutta hälyttää apua uhkaavissa tilanteissa. Toinen heistä kertoi avoimesti omakohtaisesta kokemuksesta, miten uhkaavasti käyttäytyvää potilasta ei voi aina tunnistaa päällepäin ja miten turvalliseksi koettu henkilö voikin osoittautua suurimmaksi uhaksi.

Kaikki vastaajat kertoivat myös toivovansa, etteivät koskaan joudu väkivaltaisiin tai uhkaaviin tilanteisiin. Yli puolet hoitajista koki omalla asenteella voivan olla vaikutusta tilanteiden kehittymiseen tai niiden ehkäisemiseen. Hoitajat totesivat, että uhkaavissa tilanteissa tulee pysyä rauhallisena ja on tärkeää olla provosoimatta aggressiivista potilasta.

8.7 Mahdollisuus työnohjaukseen

Hoitajista kaksi koki, että työpaikka ei järjestä minkäänlaista keskusteluapua vaikeiden tilanteiden läpikäymiseen. Loput sairaanhoitajista kokivat voivansa keskustella asioista työtovereidensa kanssa. Yksi hoitaja kertoi osastonsa johtavan hoitajan tarjoavan tarvittaessa keskusteluapua. Kyseisellä hoitajalla oli myös paljon kokemusta vastaavien tilanteiden kohtaamisesta.

Vain yhdessä maassa hoitaja raportoi heillä olevan mahdollisuus käyttää spesialisteja vaikeiden tilanteiden synnyttämien tunteiden ja pelkojen läpikäymiseen.

Virallisen haastattelun jälkeen ryhmässä syntyi vapaata keskustelua muun muassa siitä, mistä päihdeongelmat eri maissa johtuvat. Tärkeimmiksi syiksi kaikkien maiden osanottajat totesivat seuraavat tekijät satunnaisessa

järjestyksessä: työttömyys, sosiaaliset syyt, masennus, eristäytyneisyys ja psyykkiset ongelmat.

9 Pohdinta

9.1 Luotettavuus

Haastattelumuotoisessa menetelmässä tutkimuksen luotettavuuden tarkkailu tapahtuu jokaisessa tutkimusvaiheessa. Pohjana laadukkuudelle on hyvä teemahaastattelurunko ja se, että teemoja on ennen toteutusta syvennetty ja mietitty mahdollisia lisäkysymyksiä teemoja tarkentamaan. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 184.)

Haastattelijoina toimivat tutkimuksen tekijät. Se, että molemmat haastattelijat ymmärtävät teeman ja haastattelurungon samalla tavalla, takaa laadullisesti korkeatasoiset tulokset. Näin myös tulosten analysointi helpottuu. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 184.)

Koska haastattelut nauhoitetaan, lisää tämä osaltaan tulosten luotettavuutta (Hirsjärvi & Hurme 2000, 184). Tutkimuksessa haastattelun tulokset purettiin teemoittain haastattelijoiden yhteistyönä, jolloin teemoihin soveltuvat osuudet pysyivät samana, jolloin poikkeavuuksilta vältytään (Hirsjärvi & Hurme 2000, 185). Nauhoitepohjaisessa menetelmässä keskeistä roolia näyttelee välineistön toimivuus (nauhuri, nauhat, kannettava tietokone, varaparistot).

Tutkimuksen käytännön toteutuksen luotettavuuteen vaikuttivat oleellisesti kieliongelmat. Vastaajista neljä ei kyennyt kommunikoimaan lainkaan yhteisellä haastattelukielellä, joka oli englanti. Heille oli tulkattava kaikki erikseen. Haastattelurunko oli käännetty haastattelijoiden toimesta englanniksi, minkä lisäksi avasimme kysymyksiä tulkille suomeksi edelleen tulkkausta tukemaan. Tulkki käänsi kysymyksiä ja keskustelua haastattelun aikana venäjäksi, ruotsiksi ja englanniksi. Erehtymisen vaara oli myös siinä, että tulkki ei aina ymmärtänyt kysymyksiämme oikein.

Toinen luotettavuutta ja laatua heikentävä ja samanaikaisesti kuitenkin parantava tekijä oli haastattelun nauhoitus. Äänen laadun kannalta ajateltuna toinen mikrofoni oli sijoitettu tulkin läheisyyteen ja toinen lähemmäs haastateltavia. Tulkkia lähinnä oleva tallennin oli kuitenkin hyödytön purkuvaiheessa muiden puheiden purkua ajatellen, koska tulkin jatkuva kääntäminen/puhe sekoitti muun puheen taustalla.

Kolmas laatua ja luotettavuutta heikentävä oleellinen tekijä oli haastatteluun varattu rajoitettu aika sekä haastattelijoiden kokemattomuus. Kokemattomuuden vuoksi haastatteluun käytettävä aika osoittautui liian lyhyeksi. Alkukysymyksiin kului suhteessa liian pitkä aika ja haastattelun loppupuolelle suunnitelluille, tutkimuksen kannalta oleellisimmille kysymyksille jäi liian vähän aikaa. Vapaata keskustelua aiheesta oli myös vaikea saada aikaiseksi kielellisistä ongelmista johtuen. Emme olleet myöskään valmistautuneita kaikkiin haastattelun toteutuksen teknisiin valmisteluihin, jotka veivät turhaan ylimääräistä aikaa, esimerkiksi pöytien järjestely niin, että tallentimet ylsivät pistorasioihin.

Haastattelutilanteen ja tallenteiden avaamisen luotettavuutta haluttiin lisätä pitämällä kiinni vastausjärjestyksestä ja sillä, että vastaaja nimesi kotimaansa ennen vastausvuoroaan. Valitettavasti tämä ei kuitenkaan aina toteutunut. Lisäksi kirjoitimme itsellemme muistiin haastateltavien maanmukaisen istumajärjestyksen sekä omaa työtä helpottavia lyhenteitä muistiinpanoissa käyttämällä.

Haastatteluun valikoitunut ryhmä määrittyi ilmoittautumisten ja kielellisen osaamisen perusteella. Vaatimuksena oli englanninkielen taito, mitä ei kaikilla haastatteluun osallistuvilla ollut. Tutkimuksen aiheen kannalta ryhmään olisi ollut tärkeää saada hoitajia, jotka olisivat säännöllisesti tekemisissä päihdepotilaiden kanssa. Tämä ei kuitenkaan toteutunut toivotulla tavalla, vaan joukossa oli hoitajia, joilla ei ollut toimenkuvassaan juuri minkäänlaista kanssakäymistä kyseisen potilasryhmän kanssa.

Haastattelutilanteissa vastausten luotettavuutta ja rehellisyyttä lisäsi mahdollisesti se, että ryhmä oli toiminut jo neljä päivää yhdessä ja tutustunut toisiinsa. Ryhmän keskinäisessä kanssakäymisessä huomasit vapautuneen ja välittömän ilmapiirin, joka saattoi edesauttaa arkoihinkin kysymyksiin vastaamista.

Haastattelun loppupuolella ulkoiseksi häiriötekijäksi ilmeni haastattelutilan ovella käyvät ulkopuoliset ryhmänjäsenet.

9.2 Eettisyys

Eettistä näkökulmaa tulee pohtia omiin asenteisiin peilaten. Haastattelijana meillä saattaa olla tietty mielipide aiheesta, mutta tämän ei tule näkyä haastattelun aikana. Myös haastateltavilla voi olla pelko tuoda julki omaa näkökantansa, mikäli se on selkeästi vastakkainen yleisesti kannatetun mielipiteen kanssa. Tällöin haastattelurungon luonne ja sisältö nousee merkittävään asemaan. On myös huomioitava, että haastateltaville kerrotaan tutkimuksen tarkoituksesta ja että ketään haastateltavaa ei nosteta tuloksissa esille nimettynä henkilönä. Edellä mainittujen asioiden lisäksi on otettava huomioon ryhmäkoko haastattelutilannetta ajatellen. Myös tämä voi muokata mielipiteitä/asenteita.

Eettisellä tutkimusmenetelmällä tarkoitetaan siis sitä, että työssä noudatetaan yleistä huolellisuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä jokaisessa tutkimusvaiheessa. Tämän lisäksi tutkimustulokset tulee raportoida tieteelliselle tiedolle asetettujen kriteerien vaatimalla tavalla sekä raportoinnin tulee olla yksityiskohtaista. Tutkimuksen tulee olla myös suunniteltu ja toteutettu yhteisten sääntöjen mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2006.)

Koska tutkimus toteutettiin teemahaastatteluna, jolloin tarkoituksena ei ollut purkaa materiaalia sanasta sanaan, on otettava huomioon tulosten tulkinnanvaraisuus (Hirsjärvi & Hurme 2000, 185). Tutkijoina ja haastattelijoina olimme kiinnostuneita rajatun aihealueen vastauksista, mikä on saattanut ohjata raportoitavia tuloksia tahattomasti.

9.3 Tulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia sairaanhoitajien kokemuksia päihdehoitotyöstä ja miten asenteet, työnohjaus ja koulutus vaikuttavat niihin.

Aikaisemmat tutkimukset asenteista päihdepotilaita ja heidän hoitotyötään kohtaan kertoivat hoitohenkilökunnan negatiivisista asenteista (Kelleher 2007; Lovi & Barr 2009; Tran ym. 2009; Ford ym. 2009). Tämän haastattelututkimuksen tulokset vahvistavat käsitystä siitä, että terveydenhoitohenkilökunta kokee päihdepotilaat ja heidän kanssaan työskentelyn enemmän tai vähemmän epäkiitollisena ja pelottavana. Haastateltavat kokivat avuttomuutta ja turhautumista työskennellessään päihdeongelmaisten potilaiden ja varsinkin heidän perheidensä kanssa, mikä nousi olennaisena ongelmana esille myös monissa aikaisemmissa tutkimuksissa (Pinikahana ym. 2002; McLaughlin & Long 1996). Päihdepotilaat koettiin haastateltavien parissa myös enemmän tai vähemmän arvaamattomina tai pelottavina, minkä aiempien tutkimusten mukaan todettiin lisäävän samalla epävihihtyisyyttä ja turvattomuuden tunnetta koko työympäristössä (Ford ym. 2009). Edelleen olennaiseksi puutteeksi haastateltavien hoitajien puolelta nousi myös työnohjaus ja mahdollisuus keskustella tilanteista työtovereiden tai esimiesten kanssa. Varsinaista työnohjausta kertoi työpaikallaan järjestettävän vain yksi sairaanhoitaja, loput kuvasivat keskusteluavun olevan enemmän tai vähemmän epävirallista ja muodostuvan lähinnä vapaamuotoisista lyhyistä juttelutuokioista työtovereiden kesken. Selkeän ohjeistuksen ja työympäristön tuen puute koettiin merkittävällä tavalla työmotivaatiota heikentäväksi tekijäksi myös monissa aikaisemmissa tutkimuksissa, ja siltä osin edeltävät haastattelutulokset tukevat tätä tulosta (Rassool & Villar-Luis 2004; Kelleher 2007; Rassool & Rawaf 2008; Ford ym. 2008).

Henkilökohtaisista näkökannoistaan huolimatta kaikki haastattelemamme hoitajat kertoivat kuitenkin hoitavansa päihdepotilasta samoin kuin muitakin potilaita tarpeen vaatiessa. Suurin osa vastaajista kuvasi alkoholiongelman olevan sairaus siinä missä muutkin ja vaativan siis myös asianmukaista hoitoa, mikäli potilas itse on sitä halukas vastaanottamaan. Nämä näkökulmat

näyttäisivätkin monien eri tutkimusten valossa jakavan hoitohenkilökuntaa selvimmin kahtia niihin, jotka näkevät päihdeongelman hoitoa vaativana ja siihen oikeuttavana sairautena ja niihin, jotka näkevät päihteidenkäytön tuomien terveysongelmien olevan itseaiheutettuja ja sikäli sairaanhoidon ulkopuolella (Kelleher 2007; Tran ym. 2009; Lovi & Barr 2009; Ford ym. 2009). Yksi vastaajista painottikin, että hoidon onnistumisen edellytyksenä on potilaan oma halukkuus sitoutua hoitoon, ja ilman sitä myös hoitajan ponnistelut ovat turhia.

Tällä tutkimuksella lähdimme tutkimaan sairaanhoitajien kokemuksia päihdehoitotyöstä, sekä vastauksia kysymyksiin, onko sairaanhoitajien koulutus riittävä päihdepotilaan ammatilliseen kohtaamiseen sekä onko sairaanhoitajilla mahdollisuus työnohjaukseen. Koska otannan koko oli niinkin pieni kuin kahdeksan hoitajaa, eivät tulokset vastaa yleistettävyydeltään ja luotettavuudeltaan toivomaamme tasoa. Mielenkiintoista oli kuitenkin vertailla maiden välisiä koulutuksellisia ja työolosuhdekohtaisia eroja. Osassa haastatteluun osallistuneista maista terveydenhuolto on kehittynyt merkittävästi viime vuosina. Erään haastateltavan mukaan kehittyneempien naapurimaiden läheisyydellä on asiassa suuri merkitys, muun muassa uusimman teknologian nopealla maahan saapumisella.

Haastattelututkimuksemme tulokset vahvistivat monelta osin aikaisemmista kansainvälisistä tutkimuksista saatuja tuloksia. Päihdepotilaiden kohtaamiseen liittyvät ennakkoluulot ja pelot voivat olla korjattavissa tai ennaltaehkäistävissä tilannekohtaisilla toimintamalleilla ja riittävällä erityisalakohtaisella koulutuksella. Haastattelussa ilmeni, ettei kaikilla ollut käytössään minkäänlaista hälytysjärjestelmää uhkaavien tilanteiden varalta, mikä kasvatti ennalta pelkoa tällaisia tilanteita kohtaan. Työntekijöiden turvallisuudesta huolehtiminen on toisaalta myös arvostuskysymys, mikä vaikuttaa yleiseen ilmapiiriin sekä henkilökunnan että potilaiden keskuudessa.

Jatkotutkimusta ajatellen painopistealueen siirtäminen pelkästään koulutuksellisista näkökulmista työyhteisöstä lähtöisin oleviin tekijöihin voisi olla merkityksellisempää. Työyhteisöön liittyviksi tekijöiksi koettiin johdon tuki, selkeät toimintaohjeet sekä avoin työtovereiden välinen vuorovaikutuksellinen

kanssakäyminen. Koulutus yksin ei siis välttämättä ole ainoa avainasia hoitotyön kehittämiseen sen kaikilla osa-alueilla – kenties ala kaipaisi yksilöllisempää ja arvostavampaa asennetta myös hoitohenkilökuntaa kohtaan.

Suomessa käytössä oleva työnohjausmenetelmä luo pohjan ammatilliselle kasvulle, ja toimii sinänsä työyhteisöä tukevana apuvälineenä. Samankaltaisen järjestelmän luominen ja käyttöönottoaminen myös Itämeren maiden itäisissä osissa voisi tukea työssä jaksamista ja lisätä ammatin arvostusta sekä päättäjien että kansalaisten keskuudessa. Tämä voisi puolestaan vähentää alalla yhtenä ongelmana vallitsevaa työvoimapulaa houkuttelemalla vastavalmistuneita sairaanhoitajia oman alansa töihin.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksemme tulosten perusteella tärkeimmiksi seikoiksi nousivat koulutukselliset ja resurssiperäiset erot:

1. Koulutuksen kesto suhteessa työn vaativuuteen ei ole riittävä. Jatko- ja erityisalakohtaista koulutusta ei ole saatavilla tarpeeksi.
2. Valtaosalla haastateltavista ei ollut riittävästi kokemusta päihdepotilaiden kohtaamisesta.
3. Suurin osa haastateltavista koki jonkin asteista pelkoa päihdepotilaita kohtaan.
4. Hoitajat kokevat, ettei heillä ole mahdollisuutta riittävään työnohjaukseen.
5. Asenne päihdepotilasta kohtaan oli koko ryhmällä negatiivissävytteinen.

LÄHTEET

Aalto, M.; Bäckmand, H.; Haravuori, H.; Lönnqvist, J.; Marttunen, M.; Melartin, T.; Partanen, A.; Partonen, T.; Seppä, K.; Suomalainen, L.; Suokas, J.; Suvisaari, J.; Viertiö, S. & Vuorilehti, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen – Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Yliopistopaino.

Finlex 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 28.6.1994/559. Viitattu 9.11.2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.

Ford, R.; Bammer, G.; Becker, N. 2008. Improving nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: workplace drug and alcohol education is not enough. *International journal on nursing practice* 2009, Vol 15, 112-118.

Ford, R.; Bammer, G.; Becker, N. 2007. The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development. *Journal of clinical nursing* 2008, Vol 17, 2452-2462.

Foster, J.H. & Onyeukwu, C. 2003. The attitudes of forensic nurses to substance using service users. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2003, Vol 10, 578-584.

Happell, B. & Taylor, C. 2000. Negative attitudes towards clients with drug and alcohol related problems: Finding the elusive solution. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 2001, Vol 10, 87-96.

Happell, B.; Carta, B. & Pinikahana, J. 2002. Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use: A questionnaire survey. *Nursing and Health Sciences* 2002, Vol 4, 193-200.

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

Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammi.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino

Hughes, T. 1995. Chief executives' responses to chemically dependent nurses. *Nursing Management* 1995, Vol 26, No 3, 37-41.

Griffith, J. 1999. Substance abuse disorders in nurses. *Nursing forum* 1999, Vol 34, No 4, 19-28.

Kelleher, S 2007. Health care professionals' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users. *Accident and emergency nursing* 2007, Vol 15, 161-165.

Lagerspetz, M. & Moskalewicz, J. 2002. Drugs in postsocialist transitions of Estonia, Latvia, Lithuania and Poland. *European addiction research* 2002, Vol 8, No 4, 177-183.

Lappalainen-Lehto, R.; Seppä, K. & Nordback, I. 2005. Cutting down substance abuse – present state and visions among surgeons and nurses. *Addictive behaviours* 2005, 30, 1013-1018.

Lillibridge, J.; Cox, M.; Cross, W. 2001. Uncovering the secret: giving voice to the experiences of nurses who misuse substances. *Journal of advanced nursing* 2002, Vol 39, No 3, 219-229.

Lovi, R. & Barr, J. 2009. Stigma reported by nurses related to those experiencing drug and alcohol dependency: a phenomenological Giorgi study. *Contemporary nurse* 2009, Vol 33, No 2, 166-178.

Markey, BT. 1994. Attitudes of nurses toward substance abuse in nursing and in general population. Pennsylvania state university 1994, doctoral dissertation – research.

McLaughlin, D. & Long, A. 1996. An extended literature review of health professionals' perceptions of illicit drugs and their clients who use them. *Journal of psychiatric & mental health nursing* 1996, Vol 3, No 5, 283-288.

Nkowane, A. & Saxena, S. 2003. Opportunities for an improved role of nurses in psychoactive substance use: review of the literature. *International journal of nursing practice* 2004, Vol 10, 102-110.

Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being 2010. Viitattu 8.10.2010. <http://www.ndphs.org/>

Pidd, K.; Freeman, T.; Skinner, N.; Addy, D.; Shoobridge, J. & Roche, A. 2004. Examination of factors influencing training transfer in the alcohol and other drugs field. Canberra: Department of health and ageing 2004.

Pinikahana, J.; Happell, B. & Carta, B. 2002. Mental health professionals' attitudes to drugs and substance abuse. *Nursing and Health Sciences* 2002, Vol 4, 57-62.

Raistrick, D.; Russell, D.; Tober, G. & Tindale, A. 2008. A survey of substance use by health care professionals and their attitudes to substance misuse patients (NHS staff survey). *Journal of substance use* 2008, Vol 13, No 1, 57-69.

Rassool, GH. & Rawaf, S. 2008. Predictors of educational outcomes of undergraduate nursing students in alcohol and drug education. *Nurse education today* 2008, Vol 28, 691,701.

Rassool, GH. & Villar-Luis, M. 2004. Tackling drug and alcohol misuse in Brazil: priorities and challenges for nurses. International council of nurses, International nursing review 2004, Vol 51, 201-207.

Richmond, I. & Foster, J. 2003. Negative attitudes towards people with co-morbid mental health and substance misuse problems: An investigation of mental health professionals. Journal of Mental Health 2003, Vol 12, Issue 4, 393-403.

Saarelainen, R.; Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2003. Mielenterveys- ja päihdehoitotyö. Porvoo: WSOY.

Sairaanhoitajaliitto 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 7.11.2010.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Sairaanhoitajaliitto 2010. Opiskelu sairaanhoitajaksi. Viitattu 9.11.2010.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/opiskelu_sairaanhoitajaksi/

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita.

Simpura, J.; Tigerstedt, C.; Hanhinen, S.; Lagerspetz, M.; Leifman, H.; Moskalewicz, J. & Törrönen, J. 1998. Alcohol misuse as a health and social issue in the Baltic sea region. A summary of findings from the Baltica study. Oxford Journals 1998, Medicine, Alcohol and alcoholism, Vol 34, No 6, 805-823.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira 2010. Ammattioikeudet. Viitattu 9.11.2010. <http://www.valvira.fi/luvvat/ammattioikeudet>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Päihdetilastollinen vuosikirja 2009 – Alkoholi ja huumeet. Viitattu 26.10.2010.

<http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/paihde/Paihdetilastollinen2009.pdf>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Mitä ovat huumeet? Viitattu 9.11.2010. http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/huumeet/#navi0

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Tupakka. Viitattu 9.11.2010.

http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/tupakka/

Tran, D.; Stone, A.; Fernandez, R.; Griffiths, R. & Johnson, M. 2009. Does implementation of clinical practice guidelines change nurses' screening for alcohol and other substance use? Contemporary nurse 2009, Vol 33, No 1, 13-19.

Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2006. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 15.11.2010. <http://www.tenk.fi/HTK/index.htm>

Vilkko-Riihelä, A. 1999. Psykye – Psykologian käsikirja. Porvoo: WSOY

Vuori-Kemilä, A.; Stengård, E.; Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY

Watson, H.; Maclaren, W. & Kerr, S. 2006. Staff attitudes towards working with drug users: development of the Drug Problems Perceptions Questionnaire. Journal Compilation 2006, Addiction Vol 102, 206-215.

World Health Organization 2009. Global health observatory, world health statistics. Viitattu 11.11.2010. <http://apps.who.int/ghodata/>

Zaborskis, A.; Sumskas, L.; Maser, M. & Pudule, I. 2005. Trends in drinking habits among adolescents in the Baltic countries over the period of transition: HBSC survey results 1993-2002. BMC Public health 2006. Viitattu 10.11.2010. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/67>

LIITTEET

Liite 1.

Interview frame

1. Basic information
 - a. Name
 - b. Age
 - c. Country
 - d. How long has worked as a nurse and in which field of nursing

2. What is your opinion about nursing as a job in your country?

3. Are you satisfied with your current workplace and if not, why?

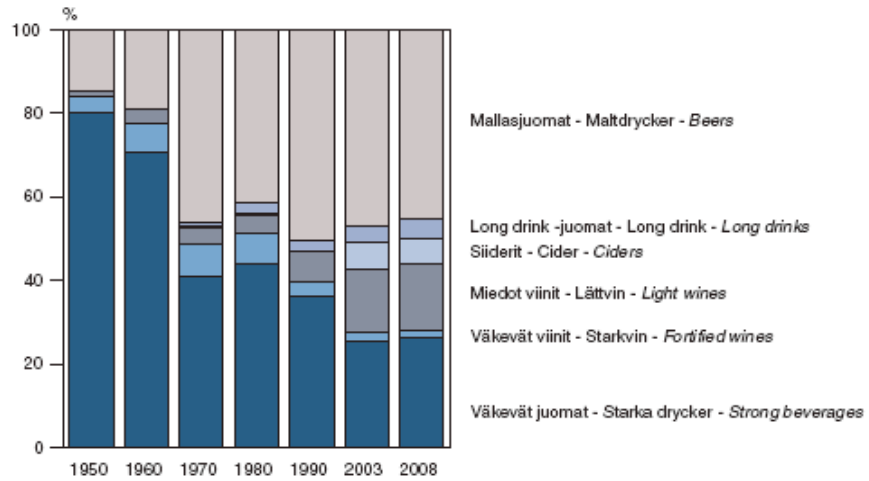
4. Education
 - a. What is the nursing education like in your country?
 - b. Do you have a possibility to attend to specializing studies?
 - c. Do you get training how to encounter substance users in your work? Do you think that your current education and experience is enough when dealing with substance users (recognition etc.)

5. Attitudes
 - a. What is your attitude towards substance users?
 - b. Are you afraid of substance users (sicknesses, behaviour etc.)? If yes, do you think that it affects to your nursing?

6. Attitude progression
 - a. Is there any clinical supervision/supervision of work in your work community? Do you have a chance to talk about different situations dealt with substance users? Do you talk with your colleagues about difficult situations, or with any other person? Are you being supported in these cases in any way?

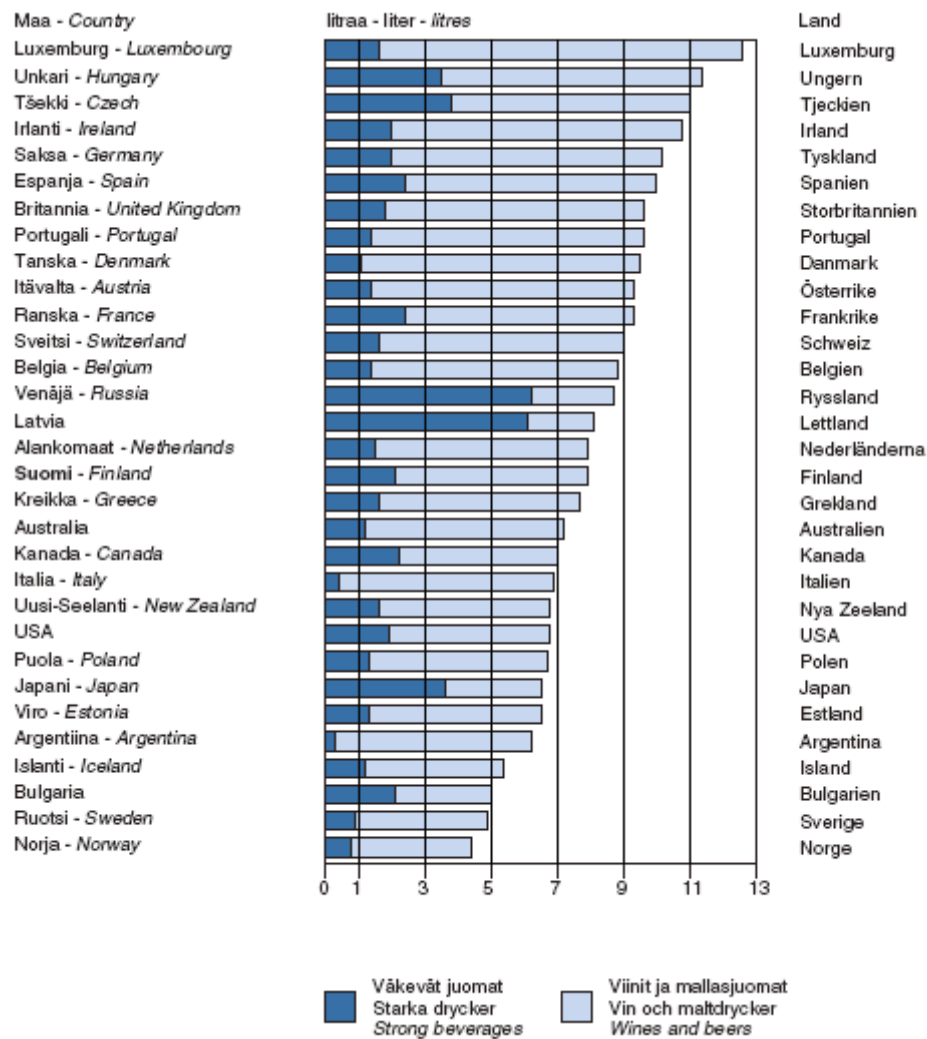
KAAVIOT

Kaavio 1



Kaavio 1. Alkoholijuomien tilastoidun kulutuksen rakenne juomaryhmittäin 100%:n alkoholina 1950-2008 (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009)

Kaavio 2



Kaavio 2. Alkoholijuomien tilastoitu kulutus eräissä maissa 100%:n alkoholina asukasta kohti 2003. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009)