



SAIRAANHOITAJAOPISKELIJOIDEN ASENTEET PÄIHDEASIAKKAITA KOHTAAN JA KOULUTUKSEN ANTAMAT VALMIUDET

Anna Hirvonen ja Katariina Rutanen

**Opinnäytetyö
Toukokuu 2009**



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Hyvinvointiyksikkö

Tekijä(t) HIRVONEN, Anna RUTANEN, Katariina	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 69 + 42	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus Salainen <input type="checkbox"/> saakka	
Työn nimi SAIRAAHOITAJAOPIKELIJOIDEN ASEENTEET PÄIHDEASIAKKAITA KOHTAAN JA KOULUTUKSEN ANTAMAT VALMIUDET		
Koulutusohjelma Hoitotyö		
Työn ohjaaja(t) OITTINEN, Pirkko PALOVAARA, Marjo		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän ammattikorkeakoulu		
Tiivistelmä <p>Terveydenhuollon kaikilla sektoreilla kohdataan ja hoidetaan päihdeasiakkaita, minkä vuoksi päihdehoitotyön koulutus osana hoitotyön perusopintoja ja -koulutusta korostuu (Havio, Inkinen ja Partanen 2008, 235). Päihdeasiakkaisiin kohdistuvat negatiiviset asenteet johtuvat osittain riittämättömistä päihdehoitotyön tiedoista ja taidoista (Seppä 2003, 93–94). Päihdehoitotyön koulutuksella voidaan vaikuttaa tulevien sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteisiin päihdeasiakkaita kohtaan.</p> <p>Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Jyväskylän ammattikorkeakoulun hyvinvointiyksikön 50 sairaanhoitajaopiskelijaa, jotka aloittivat vaihtoehtoiset ammattiopinnot tammikuussa 2009. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteita päihdeasiakkaita kohtaan ja sitä, mikä asenteisiin vaikuttaa. Lisäksi selvitettiin millaisia valmiuksia hoitotyön opinnot ovat antaneet sairaanhoitajaopiskelijoille päihdeasiakkaan kohtaamiseen ja hoitamiseen.</p> <p>Tutkimus oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Tutkimusaineiston keräämiseen käytettiin survey - tutkimusmenetelmää. Tutkimus toteutettiin kyselynä Digium Enterprise - ohjelman avulla. Kysely sisälsi väitteitä ja muutaman avoimen vastauskohdan. Tutkimusaineisto kerättiin helmikuun 2009 aikana. Kysely toteutettiin osana opiskelijoiden ammatillisen kasvun tunteja ja sähköpostitse. Kyselyyn vastasi 27 sairaanhoitajaopiskelijaa, joten vastausprosentiksi tuli 54.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajaopiskelijat pitävät päihdeasiakkaiden hoitamista vaikeampana kuin muiden asiakkaiden hoitamista ja esimerkiksi päihdeidenkäytön puheeksi ottaminen asiakkaiden kanssa tuntuu sairaanhoitajaopiskelijoista hankalalta. Tutkimustulosten perusteella suurin osa sairaanhoitajaopiskelijoista koki päihdehoitotyön osaamisensa suhteellisen hyväksi, vaikka valtaosa sairaanhoitajaopiskelijoista kaipasi enemmän opintoja päihdehoitotyöstä. Erityisesti päihdehoitotyön opintoja kaivattiin osaksi hoitotyön perusopintoja.</p> <p>Tutkimuksen myötä Jyväskylän ammattikorkeakoulu saa tietoa sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteista päihdeasiakkaita kohtaan. Jyväskylän ammattikorkeakoulu voi halutessaan käyttää tutkimuksen tuloksia suunnitellessaan ja kehittäessään hoitotyön koulutusohjelman päihdehoitotyön opintoja.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Asenteet, päihdehoitotyö, päihdehoitotyön opinnot, sairaanhoitajaopiskelija		
Muut tiedot		

Author(s) HIRVONEN, Anna RUTANEN, Katariina	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 69 + 42	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title ATTITUDES OF NURSING STUDENTS TOWARDS MENTAL HEALTH AND ADDICTION CUSTOMERS AND THE SKILLS THAT EDUCATION PROVIDES		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) OITTINEN, Pirkko PALOVAARA, Marjo		
Assigned by JAMK University of Applied Sciences		
Abstract Mental health and addiction customers are confronted and attended in the all sectors of Health Care. The role of Education on the mental health and addiction nursing awareness among nursing students is important (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 235). Negative attitudes towards mental health and addiction customers are partly due to insufficient knowledge of addiction nursing (Seppä 2003, 93–94). By developing the education of the addiction nursing, it is possible to influence nursing students' attitudes towards addiction customers. The target group of this study was 50 nursing students from the School of Health and Social Studies of JAMK University of Applied Sciences who began their alternative studies in January 2009. The purpose of this study was to survey the attitudes of nursing students towards mental health and addiction customers and find out the reasons of these attitudes. It was also defined how ready and prepared nursing students are to confront and attend mental health and addiction customers. This study was a quantitative one. Survey-method was used to obtain the research data. Digium Enterprise - program was used in this study. Questionnaire included claims and few open questions. Data was collected during February 2009. Questionnaire was held during students' normal lessons and by email. 50 questionnaires were sent via email and 27 were returned. Based on our results, nursing students consider the nursing of mental health and addiction customers more difficult than nursing other customers. For example asking about customer's alcohol or drug use is considered difficult among the nursing students. Based on our results, most of the nursing students consider their knowledge of addiction nursing quite good although most of the nursing students thought that teaching of addiction nursing is insufficient these days. Especially the teaching of addiction nursing was wanted as a part of basic nursing studies. By this study, JAMK University of Applied Sciences will have information of the attitudes of the nursing students towards the mental health and addiction customers. It is possible to JAMK University of Applied Sciences to use the results of this study to planning and developing the education of addiction nursing studies as a part of Bachelor of Nursing-degree.		
Keywords Attitudes, addiction nursing, nursing student, addiction nursing studies		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	6
2 PÄIHDEASIAKAS HOITOTYÖN HAASTEENA.....	8
2.1 Päihdeasiakas ja päihderiippuvuus.....	8
2.2 Päihdehoitotyö.....	12
2.3 Päihdeasiakkaan kohtaaminen.....	15
2.4 Päihteiden käytön ottaminen puheeksi.....	17
2.5 Motivointi päihdehoitotyön menetelmänä.....	19
3 PÄIHDEASIAKKAISIIN LIITTYVÄT ASENTEET.....	20
3.1 Asenteiden muodostumiseen vaikuttavat tekijät.....	21
3.2 Hoitajien asenteet päihdeasiakkaita kohtaan.....	23
3.3 Hoitajien osaaminen suhteessa asenteisiin.....	26
3.4 Päihdehoitotyössä tarvittavat taidot.....	29
4 PÄIHDEHOITOTYÖN KOULUTUKSEN HAASTEET.....	31
4.1 Päihdehoitotyön osaamisen tarve ammattikorkeakoulun opetuksen lähtökohtana.....	32
4.2 Päihdehoitotyön opetus Jyväskylän ammattikorkeakoulussa.....	35
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT...37	
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	37
6.1 Tutkimusmenetelmät.....	38
6.2 Kysely tiedonkeruumenetelmänä.....	38
6.3 Mittarin laadinta.....	40
6.4 Aineiston analysointi.....	43
6.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	44
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	47
7.1 Sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteet päihdeasiakkaita kohtaan.....	47
7.2 Sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteisiin vaikuttavat tekijät.....	50
7.3 Hoitotyön opintojen antamat valmiudet kohdata ja hoitaa päihdeasiakkaita.....	52
8 POHDINTA.....	55
8.1 Tulosten pohdinta.....	55
8.2 Johtopäätökset.....	57

8.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheita	59
8.4 Opinnäytetyöprosessin pohdinta.....	60
10 LÄHTEET	62
LIITTEET	
LIITE 1: Tutkimuslupahakemus	69
LIITE 2: 1. Sairaanhoidajaopiskelijoille suunnattu kysely ja sen saatesanat ...	72
LIITE 3: 2. Sairaanhoidajaopiskelijoille suunnattu kysely ja saatekirje	82
LIITE 4: Ammatillisen kasvun tunnit	93
LIITE 5: Kyselyn tulokset.....	94
LIITE 6: Kyselyn testaajille osoitetut sähköpostit 1 ja 2	109
1. sähköposti:.....	109
2. sähköposti:.....	110

1 JOHDANTO

Suomessa käytetään päihteitä yhä enemmän ja sen myötä tarve päihdehoitotyön osaamiselle ja osaajille kasvaa (Päihdetilastollinen vuosikirja 2007, 17). Suurin osa hoitotyöntekijöistä tulee todennäköisesti kohtaamaan päihdeasiakkaita uransa aikana huolimatta siitä, missä hoitoalalla työskentelee. Päihdeasiakkaita hoidetaan niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Päihderiippuvuuden syntyyn vaikuttavien tekijöiden ymmärtäminen sekä päihdehoitotyön perusteiden hallitseminen auttavat sairaanhoitajaa päihdeasiakkaan kohtaamisessa ja hoitamisessa. Päihdehoitotyön laadusta vastaa omalta osaltaan jokainen hoitaja, joten koulutuksen, erityisesti peruskoulutuksen merkitys, on äärimmäisen tärkeä (Havio, Inkinen ja Partanen 2008, 235).

Päihdeasiakkaan hoitotyöhön on aina liittynyt erilaisia asenteita ja ennakkoluuloja vallitsevan kulttuurin ja ajan hengen mukaan. Sepän (2003) mukaan asenteilla on merkittävä vaikutus siihen, kuinka päihdehoito onnistuu. Potilaan asenne ratkaisee hoitoon hakeutumisen ja hoitavan henkilön asenne vaikuttaa hyvin paljon siihen kuinka hoito toteutuu. Tutkittaessa asenteita, koulutuksen merkitys korostuu, sillä parhaiten päihdeasiakkaita koskeviin asenteisiin voidaan vaikuttaa tiedolla. Sairaanhoitajaopiskelijoiden kohdalla tieto tarkoittaa koulutusta, erityisesti perusopintoja. Kaikilla sairaanhoitajilla tulisi olla riittävät perusvalmiudet kohdata ja hoitaa päihdeasiakkaita koulutuksen jälkeen huolimatta siitä mitä valitsee vaihtoehtoisiksi ammattiopinnoiksi ja vaikka ei koskaan työskentelisi päihdehoitotyöhön erikoistuneessa työpaikassa. (Seppä 2003, 91.)

Opinnäytetyöllä kartoitettiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteita päihdeasiakkaita kohtaan ja mikä asenteisiin vaikuttaa. Lisäksi selvitettiin millaisia valmiuksia hoitotyön opinnot ovat antaneet päihdeasiakkaiden kohtaamiseen ja hoitamiseen. Opinnäytetyö toteutettiin kyselynä. Kyselyn kohderyhmänä olivat Jyväskylän ammattikorkeakoulun hyvinvointiyksikön sairaanhoitajaopiskelijat, jotka aloittivat opintojensa viimeisen vaiheen, vaihtoehtoiset ammattiopinnot,

tammikuussa 2009. Ajatus opinnäytetyön aiheesta syntyi kiinnostuksesta päihdehoitotyötä kohtaan sekä uteliaisuudesta päihdehoitotyöhön liittyviä asenteita kohtaan. Aiheen valintaan vaikutti osaltaan myös Jyväskylän ammattikorkeakoulun päihdehoitotyön opinnot.

2 PÄIHDEASIAKAS HOITOTYÖN HAASTEENA

Jotta voidaan tutkia sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteita päihdeasiakkaita kohtaan ja asenteisiin vaikuttavia tekijöitä, sekä hoitotyön opintojen vaikuttavuutta, on hyvä selvittää päihdehoitotyöhön ja päihdeasiakkuuteen liittyviä asioita. Seuraavissa kappaleissa käsitellään päihderiippuvuutta, päihdehoitotyötä, sekä päihdeasiakkaan kohtaamista ja päihteiden käytön puheeksi ottamista. Eri lähteissä käytetään päihdehoitotyön ja päihdetyön käsitteitä rinnakkain. Myös tässä työssä käytetään kyseisiä ilmaisuita rinnakkain. Tässä tutkimuksessa päihdeasiakkaalla tarkoitetaan ihmistä, joka on riippuvainen päihteistä. Joissakin lähteissä käytetään päihderiippuvaisesta ihmisestä ilmaisua päihdeongelmainen. Tässä työssä ilmaisua päihdeongelmainen on pyritty välttämään sen negatiivisen kaiun vuoksi, mutta lähdelainauksissa sana saattaa esiintyä.

2.1 Päihdeasiakas ja päihderiippuvuus

Päihteillä tarkoitetaan kemiallisia aineita tai yhdisteitä tai luonnon tuotteita joita käytetään päihtymis-, piristys- tai huumaustarkoituksessa (Saarelainen 2003, 40). Toisin sanoen päihteeksi luokitellaan alkoholin ja tupakan lisäksi päihtymistarkoitukseen käytettäviä lääkkeitä ja liuottimia, huumausaineita, sekä kahvia. Kaikille päihteille yhteistä on se, että ne saavat aikaan psyykkisen kokemuksen, päihtymykseksi kutsutun tietoisuuden muuttumisen, eli vaikuttavat keskushermostoon (Soikkeli 2002). Päihteestä riippuen vaikutus on keskus- ja ääreishermostoa kiihdyttävä tai lamaava (Simonen 2000). Salme Ahlströmin (2003, 22) mukaan päihteiden sosiaalinen asema ja arvostus vaihtelevat paitsi kulttuurista toiseen myös ajankohdasta toiseen. Päihteiden sosiaaliseen asemaan vaikuttaa se, missä määrin niiden käyttö on yhteiskunnassa hyväksyttävää, missä määrin niitä yhteiskunnassa tuotetaan, missä määrin niiden käyttö on kiinnittynyt sosiaaliseen elämään sekä millaiset ovat yhteiskunnan sosiaaliset rakenteet. (Ahlström 2003, 22; Saarelainen 2003, 40–44; Simonen 2000, 9; Soikkeli 2003, 14)

Vuonna 2006 aikuisväestöstä 88 prosenttia ilmoitti käyttävänsä alkoholia. Näistä suurkuluttajia arvioidaan olevan 6 – 12 prosenttia. Alkoholin kulutuksen pitkään jatkunut kasvu on ennakoanut alkoholiin liittyvän sairastavuuden ja alkoholikuolemien määrän kasvua. Vuonna 2006 sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla kirjattiin 36 463 alkoholiin liittyvää hoitojaksoa (Päihdetilastollinen vuosikirja 2007). Päihteen vaikutuksen tarve on erilainen jokaisella ihmisellä. Kaikista kokeilijoista ei tule riippuvaisia. Keskeisintä on, miten suuri merkitys päihteillä on jokapäiväisessä elämässä. Kun ihmisellä on pakonomainen tarve johonkin päihteeseen eikä hän hallitse käyttöönsä, on kyse päihderiippuvuudesta. Viihdekäyttö ja ongelmakäyttö ovat kansainvälisesti jokseenkin vakiintuneita termejä. Viihdekäyttöä määrittää käytön motiivi, esimerkiksi juhliminen, yhdessäolo ystävien kanssa tai erottautuminen. Sitä määrittää myös käyttäjän elämäntapa ja sosioekonominen asema, sillä tutkijoiden mukaan viihdekäyttäjä on tyypillisesti työssäkäyvä tai opiskelija. Lisäksi viihdekäyttö määritellään usein hallituksi. Määritelmänä viihdekäyttö on saanut kritiikkiä, koska se saattaa luoda vääränlaisen turvallisuuden ja hallinnan tunteen päihteiden käytöstä. Ongelmakäyttö voidaan nähdä ensisijaisesti huume politiikkaan ja päihdetyöhoitotyöhön liittyvänä terminä, joka aiheuttaa yhteiskunnalle kustannuksia. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2007, 17; Poikolainen 2003, 76–77; Seppälä & Mikkola 2004, 33.)

Päihderiippuvuusoireyhtymän ja päihteiden haitallisen käytön kriteerit perustuvat ICD-10- ja DSM-IV-tautiluokituksiin (Poikolainen 2003, 76 -79). Päihderiippuvuuden muotoja ovat: psyykinen-, fyysinen- ja sosiaalinen riippuvuus. Yleensä psyykinen riippuvuus alkaa ennen fyysistä riippuvuutta. Psyykkisesti päihteestä riippuvainen ihminen kokee päihteen hyvinvoinnilleen välttämättömäksi. Fyysisessä riippuvuudessa päihteen käyttämättömyys johtaa elintoiminnan häiriöihin, eli vieroitusoireisiin. Sosiaalinen riippuvuus on kytköksissä toisten ihmisten seuraan, jossa päihteiden käytöllä on suuri rooli. Päihteitä käytettäessä niiden sietokyky kasvaa, eli toleranssi nousee, mikä tarkoittaa, että ihmisen on saatava päihdettä yhä enemmän saadakseen aiemman kaltaisen vaikutuksen. Tähän pohjaa käsitys ”hyvästä viinapäästä”. Päihderiippuvuudelle on tyypillistä, että aluksi päihteiden käyttö tuo mielihyvää, mutta toleranssin noustua käyttäjä tarvitsee suuremman annoksen

päihdettä kokeakseen mielihyvää ja lopulta päihteiden käyttö tuottaa hyvin vähän tai ei lainkaan mielihyvää, vaan ehkäisee ainoastaan vieroitusoireita. (Poikolainen 2003, 76–77.)

Ihminen saattaa yrittää hoitaa päihteillä mielenterveyden ongelmia, kuten alkoholilla masennusta tai uniongelmiä, jonka myötä voi syntyä päihderiippuvuus. Päihderiippuvuus voi ilmetä ahdistuneisuusoireina, mielialan laskuna ja uniongelmina, jolloin voi olla vaikeaa todeta onko alun perin ollut päihde- vai mielenterveyden ongelma. Päihderiippuvuutta on tutkittu erilaisten selitysmallien kautta. Esimerkiksi lääketiede tutkii päihteiden käytön aiheuttamia sairauksia ja elimellisiä haittoja, psykiatria tutkii päihderiippuvuutta persoonallisuushäiriöinä. Päihderiippuvuutta voidaan tarkastella myös aivojen välittäjäaineiden ja mielihyväkeskuksen pohjalta. Sosiaalipsykologia painottaa puolestaan mm. opittua elämäntapaa, vuorovaikutussuhteita ja selviytymisstrategioita. Päihderiippuvuuden syntyyn vaikuttavat useat tekijät, esim. fysiologiset vaikutukset ihmisessä ja päihteiden käyttäjän yksilölliset ominaisuudet, persoonallisuus, psyyke, sekä yhteisölliset ja kulttuuriset tekijät. (Aarnisalo & Karvonen 2003, 99–101; Havio, ym. 2008, 42–44; Granström ja Kuoppasalmi 2003, 32.)

Yksi syy, miksi päihdeongelmaiset eivät välttämättä itse hakeudu hoitoon on se, että lähes kaikki päihderiippuvaiset ihmiset uskovat alussa pystyvänsä itse lopettamaan päihteiden käytön, ilman hoitoa. Kuitenkin monet näistä päihteidenkäytön lopettamisyrityksistä epäonnistuvat eikä niistä ole pitkäkestoista apua. Tutkimusten mukaan pitkäaikainen päihteiden käyttö aiheuttaa merkittäviä muutoksia aivojen toiminnassa: muutoksia, jotka vaikuttavat vielä pitkään päihteiden käytön lopettamisen jälkeenkin. Nämä muutokset saattavat näkyä muun muassa ihmisen käytöksessä. Riippuvuuden ymmärtäminen myös biologisena ilmiönä auttaa ymmärtämään päihderiippuvaisen ihmisen vaikeuksia selviytyä päihteistä eroon ilman asianmukaista hoitoa. Relapsit ovat yleisiä: psyykinen kuormitus, kuten työstressi ja perheongelmat saattavat johtaa repsahduksiin. Myös sosiaalinen ympäristö, kuten entisten ystävien näkeminen yhteisestä päihdehistoriasta, jopa jokin yksittäinen haju saattaa laukaista mielihalun päihteidenkäyttöön ja

aiheuttaa relapsin. (Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide.)

Kari Poikolainen toteaa teoksessa Päihdelääketiede (2003), että päihderiippuvuusdiagnoosi tiivistää parhaimmillaan potilaan ongelmien pääpiirteet, kertoo etiologiasta, määrää hoidon tai auttaa sen valinnassa, kertoo ennusteesta ja helpottaa kommunikaatiota. Päihderiippuvuusdiagnoosi viestittää selvästi, että potilaalla on vaikeuksia hallita päihteen käyttöä. Päihderiippuvuusdiagnoosia on kritisoitu siitä, että päihderiippuvaisiksi diagnosoidut potilaat ovat heterogeeninen ryhmä ja ettei diagnoosilla ole merkitystä hoidon valinnassa. Yksi diagnoosi ei yleensä vielä riitä yksiselitteiseen hoidon määräämiseen. Päihderiippuvuuden hoitoon, kuten muidenkin sairauksien hoitoon, tarvitaan lisätietoja. Esimerkiksi alkoholin päihdekäytön taustalla voi olla primaari vaikea masennushäiriö, ahdistushäiriö tai antisosiaalinen persoonallisuushäiriö, jotka vaikuttavat olennaisesti hoitoon. Päihderiippuvuusdiagnoosi antaa näin ollen hoidolle suuntaa, kertoo mihin suuntaan pitää mennä, mutta ei yleensä yksinään riitä hoidon määräämiseen. (Poikolainen 2003, 81.)

Lääketieteellisestä näkökulmasta alkoholia käyttävät henkilöt voidaan jakaa kolmeen ryhmään: kohtuukäyttäjät, suurkuluttajat ja alkoholistit. Siirryttäessä kohtuukäytöstä alkoholin hallitsemattomaan väärinkäyttöön ja riippuvuuteen, alkoholi muodostuu ongelmaksi. Päihteen käyttö aiheuttaa erittäin haitallista sosiaalisia ja terveydellisiä seurauksia paitsi päihteenkäyttäjälle itselleen, myös hänen läheisilleen ja ympäristölleen (Sutinen 2005). Seppä (2003, 57) toteaa artikkelissaan Alkoholiongelmaisen varhaistoteaminen, että alkoholin suurkulutus on varsin yleinen ongelma, johon liittyy yleensä häpeilyä ja salailua, jonka vuoksi potilaat eivät välttämättä kerro juomistavoistaan rehellisesti. Terveystieteiden henkilöstön tehtävänä onkin kysyä alkoholinkäytöstä aktiivisesti, mutta asiallisesti ja hienotunteisesti. (Seppä 2003, 57; Sutinen 2005, 3.)

2.2 Päihdehoitotyö

Päihdehoitotyön tavoitteena on edistää terveyttä, ehkäistä päihteiden käyttöä ja vähentää päihdehaittojen riskejä, hoitaa ja kuntouttaa yksilöä ja hänen perhettään. Keskeisimpiä tarkoituksia päihdehoitotyössä on saada asiakas tietoiseksi päihteiden käytöstään. Terveystieteiden huollossa päihdetyötä tehdään ehkäisevässä terveydenhuollossa, hoitoonohjauksessa ja itse hoidossa. Koulu- ja työterveyshuollolla on tärkeä osuus ehkäisevässä työssä. Sekä terveyskeskuksissa että työterveyshuollossa on kehitetty viime vuosina mini-interventiotoimintaa erityisesti alkoholin suurkuluttajien tunnistamiseksi ja tueksi. (Seppä 2003, 84–86).

Päihdetyö jaetaan ehkäisevään ja korjaavaan päihdetyöhön. Edelleen ehkäisevä päihdetyö jaetaan yleiseen ehkäisyyn ja riskiehkäisyyn. Yleistä ehkäisyä on esimerkiksi koko väestön päihteiden käytön ehkäiseminen. Riskiehkäisyä ovat esimerkiksi pistämällä huumeita käyttävien terveysneuvonta ja pistosvälineiden vaihto ja alkoholin suurkuluttajien mini-interventiot. Ehkäisevällä päihdetyöllä pyritään vähentämään päihteiden kysyntää ja tarjontaa, vaikuttamaan päihteiden saatavuuteen, sekä vähentää päihteiden käytöstä esiintyneitä haittoja. (Havio, ym. 2008, 104 – 105; Warsell & Vertio 2003, 51.)

Ehkäisevällä päihdetyöllä tarkoitetaan terveyden-, turvallisuuden-, päihteettömien elämäntapojen- ja hyvinvoinnin edistämistä, sekä päihdehaittojen ehkäisyä ja vähentämistä. Lisäksi ehkäisevän päihdetyön tavoitteena on lisätä ymmärrystä päihdeilmiöstä ja edistää perus- ja ihmisoikeuksia päihteisiin liittyvissä asioissa. Ehkäisevää päihdetyötä tulisi jokaisen hoitajan tehdä, sillä hoitajan työssä päihteitä käyttäviä ihmisiä ja heidän läheisiä kohtaa kaikilla terveydenhuollon osa-alueilla. Viime vuosina mini-interventiotoimintaa erityisesti alkoholin suurkuluttajien tunnistamiseksi ja tueksi on kehitetty terveyskeskuksissa ja työterveydenhuolloissa. (Havio ym. 2008, 12–13, 108–109.)

Jan Holmbergin mukaan korjaavaa päihdehoitotyötä ovat: päihdehaittoihin tai niihin johtaneeseen käyttöön kohdistuvat palvelut, ongelmakäytön tai

päihderiippuvuuden hoitopalvelut, päihdeongelman uusiutumisen ehkäisy sekä ongelmakäytön ja päihderiippuvuuden haittojen vähentäminen ja niiden pahenemisen ehkäisy (Holmberg 2008, 57). Korjaavaa päihdehoitotyötä tehdään erityisesti päihdehuollon erityispalveluissa ja lisääntyvästi myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluissa toimii sairaanhoitajia, joiden työ keskittyy päihdehoitotyöhön ja siinä pääasiassa päihdeongelmaisten potilaiden hoitoon tai neuvontaan. Perinteisesti sosiaalitoimen alaisuudessa olevissa erityispalveluissa työskentelevistä sairaanhoitajista suuri osa työskentelee A- klinikoilla, katkaisu-, vieroitus- tai kuntoutusyksiköissä. Merkittävä osa huumeiden käyttäjille kohdennetuista palveluiden työntekijöistä on sairaanhoitajia. Sairaanhoitajan työnkuva päihdehuollon erityispalveluissa on monipuolinen ja vaihteleva. Merkittävä osa hoitotyöstä toteutuu omien asiakkaiden, usein pitkäkestoisissakin hoitosuhteissa. Näiden lisäksi erityispalveluissa on myös paljon lyhytkestoisia hoitosuhteita: päivystysluonteisia, ajoittain käyviä ja jälkipoliklinisia asiakkaita. Hoitoon liittyvää moniammatillista yhteistyötä toteutetaan parityönä, tiimin kanssa tai yhteisöhoidossa sekä verkostopalavereissa tai hoitoneuvotteluissa. Työhön sisältyy myös läheisten tukemista tai hoitoa, yhteistyötä perheen kanssa ja asiakkaan tukiverkoston rakentamista. Hoitotyöhön kuuluu usein myös erilaisten ryhmien ohjaamista ja joskus myös kotikäyntejä ja kenttätöitä. Yhteistyötä tehdään jatkuvasti erilaisten tahojen kanssa, erityisesti muiden päihdehoitoon erikoistuneiden, mielenterveys- ja psykiatristen, sosiaalityön yleisten ja perusterveydenhuollon palveluiden työntekijöiden kanssa. (Havio ym. 2008, 12–13, 108–109; Holmberg 2008, 57.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää järjestettävän jokaiselle Suomessa pysyvästi asuvalle henkilölle ilman syrjintää hänen terveydentilansa vaativan terveyden- ja sairaanhoidon niiden voimavarojensa rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on myös oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon siten, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Jos tarvittavaa hoitoa ei voida heti antaa, on potilas ohjattava hoitoon muualle tai ohjattava hoitoon pääsyä. Potilaalla on oikeus saada tieto terveydentilastaan sekä hoitovaihtoehtoista ja myös oikeus tarkistaa itseään koskevat tiedot potilasasiakirjoista. Hoito on toteutettava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Päihdeongelmaisen

kanssa lain kirjaimen noudattaminen vaatii hoitohenkilökunnalta asiallista asennetta. Lisäksi on hyvä huomioida, että osa huumeongelmaisista hakeutuu hoitoon aluksi esimerkiksi terveyskeskukseen. Sen vuoksi hoitohenkilökunnan on tunnettava yhteydet päihdehuollon erityishoitoon. Somaattisen terveydenhuollon, psykiatrisen tietämyksen ja päihdehuollon erityisyksikön yhteistyön tulee olla niin saumatonta, että hoitovastuu potilaasta ei pirstoudu. Kohdatessa potilaita, hoitoalalla työskentelevän tulisi etsiä päihdeongelmaa aktiivisesti, varsinkin riskiryhmistä. Erityisesti perusterveydenhuollossa potilaskontakteja on runsaasti ja potilaan esittämän oireiston taustalle voi kätkeytyä päihdeongelma. Sen esille saaminen vaatii ongelman muistamista, tietoa sen oireista ja ilmenemismuodoista, hienotunteisuutta ja päättäväisyyttä. (Seppä 2003, 84–86; Alkoholiongelmaisen käypä hoito 2005; Huumeongelmaisen käypä hoito 2006).

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kunnan velvollisuutena on järjestää sosiaali- ja terveydenhuoltoon sijoitettuja päihdehuoltopalveluja, jotka vastaavat määrältään ja laadultaan kuntalaisten tarpeita. Kunnat velvoitetaan myös tukemaan asiakkaiden oma-aloitteellisuutta, toimimaan yhteistyössä eri viranomaisten kesken, tukemaan avohoitoa ja antamaan palveluita henkilön ja hänen läheistensä tuen ja hoidon tarpeen perusteella. Päihdehuoltolain (41/1986) mukaisesti henkilö voidaan myös määrätä tahdostaan riippumattomaan hoitoon joko terveysvaaran tai väkivaltaisuuden takia. Sekä terveysvaaran että väkivaltaisuuden vuoksi voidaan henkilö määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon enintään viideksi vuorokaudeksi. Päätös henkilön tahdosta riippumattomasta hoidosta on tehtävä sosiaali- ja terveysministeriön vahvistaman käytännön mukaisesti. (Seppä 2003, 84–86).

Päihdeongelmaisten pakkohoitoa koskee kolme eri lakia: mielenterveyslaki, päihdehuoltolaki ja lastensuojelulaki. Mielenterveyslain mukaan pakkohoito on perusteltua silloin kun henkilö on mielisairautensa (alaikäisen kohdalla vakavan mielenterveyden häiriön) vuoksi välittömän mielisairaalahoidon tarpeessa siten että hän on vaarallinen itselleen tai muille tai että hoitamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan (alaikäisen kohdalla sairautta) eivätkä avohoidon keinot ole riittäviä. Päihdehuoltolaki (41/1986) mahdollistaa tahdosta riippumattoman hoidon terveysvaaran perusteella

yleissairaalassa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. Hoitava lääkäri voi määrätä päihteiden käyttäjän terveysvaaran perusteella hoitoon. Väkivaltaisuuden perusteella voi kotikunnan sosiaalijohtaja määrätä päihdepotilaan tahdosta riippumattomaan hoitoon päihdehuoltolain nojalla, jos potilas vakavasti vaarantaa perheensä jäsenen tai muun henkilön terveyden, turvallisuuden tai henkisen kehityksen. Lastensuojelulain mukaan velvollisuus huostaanottoon on, jos puutteet lapsen huolenpidossa tai muut kodin olosuhteet uhkaavat vakavasti vaarantaa lapsen terveyttä tai kehitystä tai lapsi vaarantaa vakavasti omaa terveyttään tai kehitystään käyttämällä päihteitä. (Niemelä & Laine 2000, 82- 83.)

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä (2006) sanoo huumeongelmaisen hoidosta seuraavaa: ”Huumeriippuvuus aiheuttaa merkittäviä uhkia terveydelle. Huumeiden käyttöön kietoutuu usein mielenterveysongelmia, ja niiden hoidossa tarvitaan psykiatrasta asiantuntemusta. Huumeongelman hoidossa ja haittojen ehkäisyssä tarvitaan ennakkoluulotonta, neutraalia ja tuomitsematonta otetta. Huumeongelmaisen hoitaminen tulee yhteiskunnalle halvemmaksi kuin hoidotta jättäminen. Hoitotakuu koskee myös huumeongelmaisten hoitoa.” (Huumeongelma käypä hoito 2006.)

2.3 Päihdeasiakkaan kohtaaminen

Työntekijän ja asiakkaan kohtaaminen ja heidän välinen vuorovaikutuksensa on keskeinen osa hoitotyötä. Kahden henkilön kohtaamisessa ovat mukana molempien taustat eli elämäkokemuksen, koulutuksen ja sosiaalisen ympäristön muovaamat arvot ja asenteet. Työntekijälle eettinen tietoisuus on keskeinen elementti ammatillisen vuorovaikutuksen ja ammatti-identiteetin rakentumisessa. Sosiaali- ja terveysalan ammattikunnille on laadittu eettisiä ohjeita, joiden tarkoitus on herättää tämä työntekijän eettinen tietoisuus työssään ja auttaa häntä arjen päätöksenteossa ja eettisissä ristiriitatilanteissa. Sosiaalialalla ja julkisen sektorin toiminnassa työn perustana on lainsäädäntö. Laillisuus ei kuitenkaan tarkoita samaa kuin eettisyys, eikä lainmukaisuus aina takaa oikeudenmukaisuutta. Ratkaisuissa

etiikka tukee valintoja ja arvojen merkitys korostuu. Hoitotyö on usein tunteita herättävää ja työntekijän omat traumat ja menetykset saattavat nousta pintaan potilaan kokemusten kautta. Jos asiat ja tunteet tulevat liian lähelle ja hoitaja samaistuu liikaa potilaan tilanteeseen, ammatillinen hoitaminen katoaa. (Lappalainen – Lehto, Romu & Taskinen 2008, 240–244).

Ammatillisessa päihdetyössä työntekijän tuleekin kyetä rajaamaan asioita: tietyt asiat kuuluvat hoitosuhteeseen eikä kaikkia asioita tehdä puolesta vaan potilasta itseään tuetaan kantamaan vastuuta teoistaan ja valinnoistaan. Esimerkiksi hyvin nuorten päihdepotilaiden ja raskaana olevien päihdeongelmaisten hoitaminen on tunteita herättävää. Esiin tulee epätoivoa, järkytystä, vihaa, ahdistusta sekä myös vahva halu auttaa ja turvata nuoren tai syntyvän lapsen hyvinvointi. Perheiden hoitotyössä joutuu pohtimaan sekä moraalisia että eettisiä kysymyksiä ja tekemään erilaisia ikäviäkin valintoja. Tehtävät valinnat ja linjaukset ovat kuitenkin usein sopivia tai ainoita mahdollisia vaihtoehtoja kiireellisessä tai kriisiytyneessä tilanteessa. (Lappalainen – Lehto, ym. 2008, 240–244).

Kirsi Levänen (2006) on tutkinut Pro Gradu- tutkielmassaan päihdetyötä tekevän sairaanhoitajan toivoa. Tutkielmassa todetaan, että päihderiippuvaisten potilaiden tilanne voi näyttäytyä hoitajalle toivottomana, mikäli hoitajalla ei ole kokemusta siitä, että potilaat voivat kuntoutua. Päihdehoidon arkipäivää on, että asiakas kieltäytyy tarjotusta avusta ja hoidosta. Asiakas voi olla usein työntekijän kanssa eri mieltä siitä, mikä on hänen elämälleen hyväksi. Asiakkaan kieltäytyminen voi tuntua työntekijästä turhauttavalta. Työntekijä ei kuitenkaan voi tehdä asiakkaan valintoja. Työntekijä joutuu mukautumaan asiakkaan ratkaisuun. Hyvä päihdehoito pyrkii edistämään asiakkaan hyvää elämää. Asiakkaalla on mahdollisuus osallistua hyvän elämänsä määrittelyyn. On kuitenkin olennaista, että hoitoa antavalla ammattilaisella on näkemystä hyvää elämää tuottavasta päihdehoidosta. Hoidon suunnitelma syntyy asiakkaan ja työntekijän vuoropuhelussa. Arvostava kohtaaminen vahvistaa asiakkaan kokemusta täysiarvoisesta ihmisyydestään. Päihdeongelman sitkeys, elämänhallinnan vaikeus tai syrjäytynyt elämäntapa eivät kavenna ihmisen arvoa eivätkä hänen oikeuttaan saada tarkoituksenmukaista hoitoa ja tulla kohdelluksi hyvin.

Työssä heräävien tunteiden ja olojen totuudellinen kohtaaminen ja työstäminen edellyttävät työntekijältä riittävästi itsetuntemusta ja voimavaroja. Työnohjaus on olennainen osa päihdetyöntekijän työssä jaksamista (Levänen 2006, 48; Mattila 2007, 59–60).

2.4 Päihteiden käytön ottaminen puheeksi

Kun potilaan alkoholinkäyttö on siinä määrin runsasta, että terveys vaarantuu, on terveydenhuollon henkilöillä velvoite kertoa tästä potilaalle ja tukea muutosta, mutta myös hyväksyä potilaan yksilölliset ratkaisut. Erityisesti alkoholin käytöstä kysyminen on välttämätöntä, kun kyseessä on terveystarkastus tai uusi hoitosuhde. Alkoholin käytöstä tulisi kysyä varsinkin jos potilaalla ilmenee jotain seuraavista oireista: toistuvia vaivoja, infektoita tai sairauslomiamia, trauma, kroonisia kipuja tai särkyjä, vatsavaivoja, unihäiriötä, ahdistusta, masennusta, uupumusta, metabolinen oireyhtymä, epätasapainossa oleva diabetes, kohonnut verenpaine, rytmihäiriöitä tai INR-arvojen vaihtelu. Alkoholin suurkuluttajia arvioidaan Suomessa oleva noin 500 000. Kaija Seppä (Raitasalo, Alho, Lindeman, Roine ja Tigerstedt 2005) toteaa alkoholi- ja huumeetutkimuksen vuosikirjassa, että perusterveydenhuollon palveluita käyttävistä työikäisistä naisista noin joka kymmenes ja miehistä noin joka viides on alkoholin suurkuluttajia. Yleinen pelko on, että potilaat loukkaantuvat ja hoitosuhde kärsii, jos alkoholin käyttö otetaan terveydenhuollossa puheeksi. Suomalaistutkimusten mukaan tiedetään, että noin 98 prosenttia terveyskeskukseen hakeutuvista potilaista suhtautuu positiivisesti tai neutraalisti alkoholikeskusteluun. Kuitenkin vain muutama prosentti potilaista tekee aloitteen. Tästä syystä aloite on ammattilaisten vastuulla. Sepän (Raitasalo, ym. 2005) mukaan hoitohenkilökunnan tulisi aktiivisemmin tehdä mini-interventioita. Koulutukselle olisi tarvetta ja koulutuksen tehtävänä olisi myös hälventää luuloa mini-intervention terapialuonteesta ja korostaa sen helppoutta ja luontevuutta etenkin perusterveydenhuollon toimintaympäristössä (Raitasalo, ym. 2005, 20, 25; Gröhn 2008).

Alkoholin suurkuluttajien mini-interventioista ja niiden vaikuttavuudesta on olemassa paljon sekä kansainvälistä että suomalaista tutkimustietoa. Tutkimusta on tehty niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin, mutta erityisesti työterveyshuoltoa koskevaa tutkimustietoa on vielä melko vähän. Työterveyshuoltojen mini-interventio toimintaa on seurattu osana Työterveyshuolto Suomessa-tutkimusta vuosina 1997, 2000 ja 2004. Tällä seitsemän vuoden aikavälillä mini-interventiota joskus toteuttaneiden työterveyshuoltojen osuus on kasvanut 31 prosentista 55 prosenttiin. Tutkimustiedot ovat yksikkökohtaisia, eivätkä ne kerro yksittäisten lääkäreiden ja hoitajien mini-interventioaktiivisuudesta. Tutkimuksissa ilmoitettujen lukumäärien perusteella mini-interventioiden määrä on tutkimusvuosina ollut varsin pieni. Tehtyjen interventioiden ja hoitoonohjausten lukumäärästä voidaan päätellä, että painopiste on ongelmiin puuttumisessa eikä alkoholihaittojen ennaltaehkäisyssä (Heljälä, Jurvansuu & Kuokkanen 2007, 41).

Kun alkoholin kulutuksen kasvun uhka vero- ja tuontimuutosten takia lisääntyi, käynnistettiin Sosiaali- ja terveysministeriön rahoituksella vuonna 2004 kaksi valtakunnallista juurruttamishanketta: valtakunnallinen perusterveydenhuollon mini-interventiohanke VAMP sekä työterveyshuollon ”Alkoholin suurkuluttajien mini-interventio työterveyshuollon jokapäiväiseen käyttöön” -hanke. Nelivuotiset hankkeet ovat yhteistyössä pyrkineet siihen, että alkoholin käytön kysymisestä ja mini-interventiosta tulee osa terveydenhuollon ammattilaisten rutiinotoimintaa, jonka sekä henkilöstö että palvelujen käyttäjät hyväksyvät. Hankkeiden tulokset tulevat ilmi Sosiaali- ja terveysministeriön ”Teoriasta toimivaksi käytännöksi: Mini-intervention jalkautuminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon” -julkaisussa vuodelta 2008. Julkaisusta käy ilmi, että osalla terveyskeskusten henkilökunnasta on edelleen vaikeuksia mini-intervention kohderyhmän tunnistamisessa, riskirajojen muistamisessa ja alkoholin kulutuksen laskemisessa. Lisäksi edelleen tarvitaan motivointia mini-interventioiden tekemiseen sekä asenteiden muuttamista myönteisemmäksi alkoholin käyttöön puuttumiseen ja mini-interventioiden tekemiseen, sillä jokaisella terveydenhuollon työntekijällä tulisi perustutkinnon jälkeen olla motivaatio, valmiudet, taito ja tieto mini-intervention toteuttamiseksi työssään. Opetuksen tulisi olla tavoitteiltaan

yhdenmukaista maamme oppilaitoksissa ja asenteiden kannalta olisi toivottavaa, että opetus olisi siroteltu koulutuksen eri vaiheisiin. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2008.)

2.5 Motivointi päihdehoitotyön menetelmänä

On tärkeää että sairaanhoitaja hahmottaa ja ymmärtää päihderiippuvuutta mahdollisimman monimuotoisesti, sillä se vaikuttaa hoitajan hoidollisen lähestymistapaan (Havio, ym. 2008, 44). Sairaanhoitajan on myös hyvä tuntea ihmisen riippuvuuskäyttäytymistä ja sitä kautta tunnistaa asiakkaan muutoksen vaiheita, jotka muutoksenvaihemallin mukaan ovat: Esiharkintavaihe, harkintavaihe, päätösvaihe, toimintavaihe, ylläpitovaihe ja mahdolliset retkahdukset. Mahdolliset retkahdukset tulisi nähdä oppimistilanteina. (Havio, ym. 2008, 44–48).

William Miller toteaa teoksessa ”Kohti muutosta - motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin” kuinka muutosmotivaation puutetta on pidetty perinteisesti asiakkaan vikana. Hoitomotivaatio on käsitetty asiakkaan myöntövyvydeksi tai haluksi noudattaa päihdetyöntekijän tai ohjelman tarjoamia toipumisohjeita. Hoito- ohjeisiin myöntövästi suhtautuvaa ”alkoholistin” tai ”narkomaanin” leiman hyväksyvää asiakasta on pidetty hoitoon motivoituneena, kun taas asiakasta, joka on vastustanut diagnoosia tai kieltäytynyt noudattamasta hoito- ohjeita, on pidetty motivoitumattomana. Motivaatiota on totuttu pitämään nimenomaan asiakkaan eikä niinkään hoitajan vastuualueeseen kuuluvana asiana. Miller korostaa, että hoitajan tehtävä ei ole vain opettaminen ja ohjeiden antaminen vaan pikemminkin hän auttaa ja rohkaisee asiakasta tunnistamaan ongelmakäyttäytymistä ja näkemään päihdeistä luopumisen hänen omien etujensa mukaiseksi. Hoitaja myös auttaa asiakasta tekemään muutossuunnitelman, aloittamaan sen toteutuksen ja jatkamaan sellaisten strategioiden käyttöä, jotka ehkäisevät paluun ongelmakäyttäytymiseen. Siinä missä päihdetyössä aiemmin keskityttiin asiakkaiden puutteisiin ja rajoituksiin, on nykyään painoarvo asiakkaan voimavarojen- ja kykyjen tunnistamisessa ja voimistamisessa. Aikaisemmin, erityisesti lääketieteellisen mallin piirissä, asiakkaat on nähty hoidon passiivisina vastaanottajina. Nykyään hoito ymmärretään tavallisesti

yhteistyöksi, jossa asiakas ja päihdetyöntekijä sopivat hoidon tavoitteista ja kehittävät yhdessä keinoja niiden saavuttamiseksi. Asiakas nähdään aktiivisena kumppanina hoidon suunnittelussa. (Koski - Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 17, 21 - 23.)

3 PÄIHDEASIAKKAISIIN LIITTYVÄT ASEENTEET

”Jokaisella hoitajalla tulisi olla ymmärrystä ja tietämystä kohdata päihdeongelmainen potilas...Paljon on myös asenneongelmia joita voitaisiin välttää riittävällä tiedolla ja ymmärryksellä.” – Kyselyn 3. avoin kohta, 3. vastaus.

Asenteella tarkoitetaan henkilön myönteistä tai kielteistä suhtautumista asioihin tai asiakokonaisuuksiin. Asenteisiimme vaikuttavat monet tekijät kuten: perheen arvot, henkilökohtaiset elämäkokemukset ja ympäröivä kulttuuri. Asenteet pohjautuvat tiedon lisäksi moniin tunnetekijöihin, joita esimerkiksi ovat: mieltymykset, uskomukset ja epäilykset. Asenteet voivat muuttua olosuhteiden muuttuessa. Asenteisiimme vaikuttavat monet tekijät joista osa voi olla tiedostamattomia. Asenteisiin voi silti vaikuttaa, kunhan aluksi tulee tietoiseksi omista asenteistaan. (Seppä 2003, 91.)

Aikuisista suurin osa suhtautuu alkoholin kohtuukäyttöön myönteisesti. Asenteet alkoholin käyttöä kohtaan ovat Suomessa kaksijakoiset: Toisaalta ihannoidaan ihmistä, joka kestää suuria määriä alkoholia mutta jonka elämä muutoin on mallillaan. Samalla kuitenkin halveksitaan ihmistä joka alkoholin käytön myötä on mahdollisesti menettänyt perheensä ja työnsä. Edellä mainitun kaltaiset asenteet luovat riskejä alkoholin liialliselle käytölle, mutta synnyttävät samalla myös esteitä hoitoon hakeutumiselle. Anna Kulmala on tarkastellut tutkimuksessaan (2006) mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden sekä asunnottomien kokemuksia identiteetin leimaamisesta ja toiseudesta. Kulmalan tutkimuksen mukaan luokitteluilla on todellisia vaikutuksia ihmisen elämään, minkä vuoksi olisi äärimmäisen tärkeää että auttamistyön ammattilaiset olisivat tietoisia kategorisoimisesta ja tunnistaisivat sen

merkitykset. Jos esimerkiksi kategoria on negatiivinen ja liittyy ihmiseen kielteisiä ennakkokäsityksiä, kuten esimerkiksi käsite päihdeongelmainen, voi todeta että päihteitä käyttävän ihmisen on rakennettava henkilökohtaista identiteettiään suhteessa leimattuun identiteettiin. (Kulmala 2006, 66–67; Seppä 2003, 91.)

Asenteiden muodostumiseen saattaa myötävaikuttaa positiiviset mutta myös negatiiviset kokemukset. Esimerkiksi erilaiset pelot ja turvallisuutta heikentävät tunteet ja kokemukset voivat muokata asenteita. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuonna 2008 tekemän selvityksen mukaan yli puolta suomalaisista (56 %) haittaa humalaisten ihmisten näkyminen arkisissa elinympäristöissä kodin ulkopuolella. Kolmella suomalaisella kymmenestä on ollut viimeisen vuoden aikana kokemuksia tilanteista, joissa heidän oma turvallisuudentunteensa on muiden alkoholinkäytön vuoksi heikentynyt. Vaikka asenteet alkoholisäännöksiä kohtaan opiskelijoilla ovat keskimääräistä löyhemmät, heitä humalaisten näkyminen arkisissa elinympäristössä häiritsee usein. Myös turvallisuudentunnetta uhanneita tilanteita on ollut heillä keskimääräistä enemmän. Kyselyn mukaan lähes kolmannes suomalaisista on kokenut turvallisuudentunteen vähentyneen muiden ihmisten alkoholinkäytön seurauksena edellisten 12 kuukauden aikana ja naisilla oli negatiivisia kokemuksia enemmän. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen alkoholinkäytön koskevat tiedustelut ja neuvot kuuluvat valtaosan mielestä osaksi vastaanottokäyntiä, eikä neuvonnan koeta omallakaan kohdalla olevan haitaksi. (Laari, Opari & Varamäki 2008, 7, 20.)

3.1 Asenteiden muodostumiseen vaikuttavat tekijät

Asenteet voivat syntyä ja kehittyä informaation-, suoran kokemuksen-, klassisen ehdollistumisen-, väline-ehdollistumisen-, havainto-oppimisen-, sosiaalisen vertailun- ja perinnöllisyyden kautta. Tekijät jotka vaikuttavat asenteiden syntymiseen ja kehittymiseen, vaikuttavat myös asenteiden muuttumiseen. **Informaation vaikutus** asenteisiin perustuu siihen näkemykseen, että jos vaikutetaan uskomuksiin, vaikutetaan todennäköisesti myös asenteisiin. Yksinkertaisimmillaan asenteesta saadaan suoraa

informaatiota ja muodostetaan asenteita sen perusteella. Informaation vaikutus asenteisiin voi tapahtua henkilöiden välisessä viestinnässä, tai joukkotiedotusvälineiden kautta. Tälläkin hetkellä kiistellään, onko joukkoviestimillä vaikutusta aggressiivisiin asenteisiin. **Suoran kokemuksen** vaikutus asenteisiin on esimerkiksi trauma: Koirapelko voi saada alkunsa koiran hyökkäyksen kohteeksi joutumisesta. Eräs suoran kokemuksen muoto on yksi yksinkertaisimpia asenteita synnyttävä tekijä: Asenteen kohteen runsas läsnäolo, eli tuttuus. Todellinen kontakti asenteen muodostumisessa on voimakas tapa hankkia informaatiota asenteen kohteesta ja voi yhtä hyvin lisätä valmiiksi negatiivista asennetta kuin muuttaa sitä. (Erwin 2005, 31–40.)

Klassinen ehdollistuminen vaikuttaa asenteisiimme tutkimusten mukaan eniten: Mitä samankaltaisempia asenteita toisessa ihmisessä on, sitä myönteisemmäksi henkilöarvio muodostuu. Samanlaiset asenteet ovat ehdottomia ärsykeitä ja niiden herättämä myönteinen arvio on ehdoton reaktio. Ehdollistunut ärsyke on henkilö, jolla on samanlaiset asenteet kuin itsellä. Häntä kohtaan kehittyvä pitäminen on ehdollistunut reaktio, joka on asenteiden samanlaisuudesta seuraavan myönteisen arvostuksen osatekijä. Monet asenteet muodostuvat hyvin mutkikkaiden ehdollistumiskaavojen mukaan. Asenteisiin voidaan myös vaikuttaa ärsykekynnyksen alittavalla ehdollistumisella, mutta eri asia on voidaanko siten muuttaa asenteita. **Väline-ehdollistumisessa** käyttäytymistä ja asenteita vahvistetaan palkitsemalla. Kun esimerkiksi lasta kiitetään tai hänelle annetaan konkreettinen palkinto jostakin myönteisestä teosta, niin todennäköisesti vahvistetaan kyseistä käyttäytymistä ja siihen liittyvää asennetta. Joskus on vaikeaa ennakoita mikä yksilöä palkitsee tai pitääkö esimerkin lapsi vanhempien suututtamista palkitsevampana kuin kiitosta. **Havainto-oppiminen** (=malli-/sijaisoppinen) on teoria siitä, kuinka asenteita ja käyttäytymistä opitaan havainnoimalla toisen, eli mallin, asenteita tai tekoja ja niiden seurauksia. **Sosiaalisen vertailun** teoria perustuu väittämään, että ihmisillä on sisäinen vietti arvioida asenteitaan ja kykyjään. Pyrkimys sosiaaliseen vertailuun näyttäisi olevan voimakkaampi niillä elämänalueilla joilla yksilö ei ole varma asemastaan. (Erwin 2005, 40–54.)

3.2 Hoitajien asenteet päihdeasiakkaita kohtaan

Kun ihminen myöntää itselleen olevansa riippuvainen päihteistä tai että päihteet ovat ongelma, voi se sysätä kohti päihteettömyyttä, mutta se tuottaa myös häpeää ja masentaa ihmistä ja voi yhtä hyvin saada ihmisen käyttämään yhä enemmän päihteitä. Päihdeongelmaisen leimaa ei kukaan vähääkään itsetuntoa omaava ihminen halua, joten hoitotyöntekijänä ei saa vaatia ihmistä tunnustautumaan päihdeongelmaiseksi. Tärkeintä on miten ihminen itse näkee tilanteensa ja että on hakenut apua. Ihmistä tulee kuunnella aidosti ja kokonaisuutena, mikä on asiakaslähtöisyyttä. Asiakaslähtöisyyttä ei ole ihmisen negatiivinen kategorisointi, kuten päihdeongelmaiseksi luokittelu, eikä se auta ihmisen hyvinvointia tai avunsaantia muissa auttamistyön paikoissa. Päihdeongelmainen kärsii monin tavoin tilanteestaan ja kärsimystä lisääviä tekijöitä ovat muun muassa potilaan/asiakkaan rooliin joutuminen ja ylipäättään autettavana oleminen, läheisten suhtautuminen päihteiden käyttöön, sekä yhteiskunnalliset ja kulttuuriset asenteet. Päihdeongelmien syntyhistoria on usein pitkä ja sidoksissa ihmisen kehityshistoriaan: psyykkiseen kehitykseen, ympäristötekijöihin ja varhaisiin vuorovaikutussuhteisiin. Samoin toipuminen vie aikaa ja ongelmista selviytyminen on pitkäjänteistä, joka vaikuttaa ihmiseen kokonaisvaltaisesti. Hoitajan on tärkeää ymmärtää monipuolisesti päihderiippuvuutta, sillä se vaikuttaa hänen hoidollisen lähestymistavan valitsemiseen. Lähestymistapoja ovat esim. sairauskeskeinen, oireita korostava, kasvatuksellinen, valistuksellinen, terveyttä edistävä ja itsehoitoa korostavat mallit. (Vuori-Kemilä 2003, 66–70; Havio, ym. 2008, 128, 43–44; Kulmala 2006, 81 – 83.)

Knuuti (2007) haastatteli 32 huumeiden käytön lopettanutta ihmistä. Knuutin mukaan olisi hyvä muistaa, että kaikki huumeiden käytön lopettaneet ihmiset eivät löydä päihteettömän elämän mielekkyyttä lainkaan tai he voivat kadottaa sen välillä, mutta se ei poissulje sitä, etteivätkö he olisi vakuuttuneita siitä, että muutosta on kannattanut lähteä tavoittelemaan. Haastatteluissa tuli ilmi kuinka yhteiskunnan asenteellisuus vaikeuttaa huumeikierteestä irtautumista, toisaalta haastateltavat korostivat kuinka yhteiskunnan asenteellisuus ”täytyy

jaksaa kantaa” ja miten moni asia on itsestä kiinni. Knuuti kuitenkin painottaa kuinka kaikki ei ole itsestä kiinni: ”Yhteiskunnallisia toimenpiteitä tarvitaan estämään leimaavan toiminnan syntymistä ja syrjäytymistä sekä edistämään yhteiskuntaan integroitumista luomalla vetovoimaisia ja realistisia vaihtoehtoja rakentaa muutoksen jäkeistä elämäntapaa.” (Knuuti, 2007, 187–188.)

Perinteisesti terveydenhuollossa on hoidettu alkoholiongelmasta silloin, kun alkoholi on aiheuttanut vakavan elinkomplikaation, esimerkiksi äkillisen haimatulehduksen tai maksakooman, kun potilas on murtanut nilkkansa, kouristelee tai on ajautumassa deliriumiin. Tällöinkin on vain harvoin puututtu taustalla olevaan syyhyn. Terveydenhuollossa saatetaan nähdä päihdeongelmainen välttämättömänä pahana, joka tulee kiireellisenä päivystysosastolle muiden potilaiden väliin ja vaatii osastolla pitkän ja kalliin hoitajakson, usein turhaan. Päihdeasiakkaat nähdään toivottomina tapauksina, eikä tulla ajatelleeksi, ettei kaikista muistakaan sairauksista välttämättä heti parannuta. Paranemiset eivät terveydenhuollossa näy: parantuneet potilaat eivät tule takaisin. Sen sijaan mieleen jäävät usein ne tilanteet, jolloin esimerkiksi sama potilas toistuvasti hakeutuu päivystykseen juomistaan vähentämättä. Päihdeongelman on ajateltu kuuluvan muualle kuin terveydenhuoltoon: päihdehuoltoon, sosiaalitoimistoon tai poliisille. (Dahl & Hirschovits 2002,1.)

Kiireen, turhautumisen ja tiedon puutteen lisäksi asenteiden syynä voi olla myös henkilökunnan vaikeus tunnistaa omat asenteensa alkoholiin ja sen käyttöön (Seppä 2003). Päihdeongelmaisia pidetään helposti hankalina, huonosti motivoituneina potilaina. Hoitohenkilökunnan kannalta potilaan toistuva hoidon keskeyttäminen saattaa lopulta johtaa uskon menettämiseen ja kyynisyyteen. Hoidon keskeyttämisistä huolimatta hoito voi silti olla tuloksellista, sillä useidenkin retkahdusten jälkeen potilas saattaa lopulta kyetä irrottautumaan päihteestä. (Seppä 2003, 91–93.)

Helsingin Diakonissalaitoksen huumevieroitusosaston lääkäri Maarit Rauhalan mukaan päihteenkäyttäjä on ei-toivottu potilas terveyskeskuksen vuodeosastolla. Päihdeongelma tulkitaan itse aiheutetuksi, eikä se ole helposti paran-

nettavissa. Käynnit painottuvat päivystysaikaan, jolloin jatkohoitopaikan järjestäminen on hankalaa. Päivystyksessä päihdepotilas tarvitsee usein valvontaa ja sitoo henkilökuntaa. Hoitohenkilökunnan keskuudessa on havaittu esimerkiksi seuraavia negatiivisia asenteita: ”ei kannata hoitaa”, ”ei kuulu meille” ja ”ei osata”. Rauhalan mukaan päihdeongelmaiset kokevat usein olevansa toisen luokan kansalaisia ja kokevat ajoittain tylyäkin kohtelua sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. (Rauhala 2008.)

Huumeongelmaisen käyvän hoidon suosituksissa on erikseen arvioitu huumehoitopaikan laatua. Suositusten mukaan terveydenhuollon henkilökunnan, myös työpaikan johdon, tulisi olla koulutettu ja motivoitunut hoitamaan huumeongelmaista ja että hoito-ote olisi kokonaisvaltainen ja moralisoimaton. Suosituksissa todetaan myös, kuinka potilas vaistoaa herkästi hoitohenkilöstön kielteisen tai moralisoivan asenteen. Suositusten mukaan asennetta voidaan muuttaa jatko- ja täydennyskoulutuksella sekä keskusteluilla. (Huumeongelmaisen käypä hoito 2006.)

Päihdetyötä on tutkittu jonkin verran asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmista. Rutanen ja Tenosalmi – Vänskä (2002) tutkivat oppinäytetyössään ”Katkaisu ei ole ratkaisu, mutta se on alku” päihdeidenkäyttäjän motivointia ja hoitoon sitoutumista. Rutanen ja Tenosalmi – Vänskän mukaan motivointi on keskeisin auttamismenetelmä päihdehoitotyössä, johon vaikuttaa myös hoitajien asenteet päihdeidenkäyttäjien hoitoa kohtaan. Halonen ja Paakeli – Kurronen ovat tutkineet Pro gradu – tutkielmassaan päihdehoitotyön auttamismenetelmiä katkaisuosastolla hoitajien ja asiakkaiden kuvaamana (2006). Halosen ja Paakeli – Kurrosen mukaan hoitajat näkivät tärkeimmäksi arvoksi elämän kunnioittamisen ja ihmisarvon ja että ammatillinen suhtautuminen päihdeongelmaan edistää myönteisen hoitosuhteen muodostumista. Asiakkaat puolestaan painottivat asiallista ja ymmärtäväistä suhtautumista. Asiakkaiden mukaan se madalsi kynnystä tulla hoitoon. Myös se, ettei asiakkaita syyllistetty, antoi tunteen oikeudesta päihdehoitoon. Koivisto puolestaan on tutkinut Pro gradu – tutkielmassaan (2004) huumeiden käyttäjien perhettä, elämäntapaa ja hoitoa. Hänen työssään haastatellut hoitajat kaipasivat koulutusta päihdeasiakkaan kohtaamiseen ja eniten heitä

kiinnosti oman suhtautumisen ja työskentelytapojen muuttaminen. (Rutanen & Tenosalmi - Vänskä 2002, 24, 27; Halonen & Paakeli – Kurronen 2006, 36 – 38; Koivisto 2004, 43.)

3.3 Hoitajien osaaminen suhteessa asenteisiin

Kaikkia hoitajia, niin sairaanhoitajia, terveydenhoitajia kuin kätilöitä, ohjaavat sairaanhoitajan eettiset ohjeet, jotka Suomen sairaanhoitajaliitto on laatinut (1996). Sairaanhoitajan eettiset ohjeet ovat perustana myös päihdehoitotyössä. Sairaanhoitajan tehtävästä sanotaan ohjeissa muun muassa seuraavaa: Sairaanhoitaja edistää väestön terveyttä ja ylläpitää sitä, ehkäisee sairauksia sekä lievittää kärsimyksiä. Sairaanhoitajan ja potilaan suhteesta eettisissä ohjeissa sanotaan muun muassa seuraavaa:

Sairaanhoitaja on toiminnastaan ensisijaisesti vastuussa niille potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Hän huomioi hoidossa yksilön arvot, vakaumuksen ja tavat. Sairaanhoitaja kohtelee potilasta lähimmäisenään. Avoin vuorovaikutus, luottamus ja oikeudenmukaisuus korostuvat. Hän hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan. Potilaiden samanarvoinen ja inhimillinen kohtelu on osa sairaanhoitajan ammatillisuutta. Sairaanhoitajan on kyettävä hyväksymään erilaisia ihmisiä. Sairaanhoitajaliitto on tehnyt kuvauksen sairaanhoitajan työstä, joka sisältää omana kohtana inhimillisyyden, johon painotetaan kuuluvan muun muassa seuraavia asioita: ihmisläheisyys, oma persoona työvälteenä, tunteiden käsittely, omien henkisten voimavarojen huolto ja työn vaihtelevuus. (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2008; Suomen sairaanhoitajaliitto ry 1996.)

Työskentely päihdeongelman ja päihdeongelmaisten parissa vaatii moniammatillista tietoa ja osaamista. Varsinkin työympäristössä, joissa päihdeongelma ei ole varsinainen asiakkaan hoidon syy, työntekijät tarvitsevat tietoa ja tukea päihdeongelmaisten kohtaamiseen. (Lappalainen-Lehto, ym. 2008.) Päihteistä riippuvaisen ihmisen hoidossa nöyryys on ensisijaisesti sairaanhoitajan kykyä hyväksyä se, että päihteenkäyttäjä voi aloittaa päihteenkäytön uudelleen hyvistä yhdessä laadituista suunnitelmista ja päihteenkäyttäjän päätöksistä ja lupauksista huolimatta. Tämän lisäksi sairaanhoitajan omien itsetunto-ongelmien, voimakkaiden kielteisten

tunteiden, kaikkivoipaisuuskuvitelmien, liiallisten tehokkuusvaatimusten ja täydellisyyden tavoittelun tunnistaminen ovat edellytyksiä paitsi hoidolliselle kohtaamiselle myös sairaanhoitajan ammatti-identiteetin syvälliselle omaksumiselle ja lopulta työssä kehittymiselle ja jaksamiselle.

Päihteenkäyttäjän tyytymättömyys kohdistuu joskus hoitavaan henkilöön, jonka suhtautuminen hoidettavaan saa helposti henkilökohtaisia sävyjä.

Nöyryys auttaa sairaanhoitajaa hyväksymään oman rajallisuutensa työntekijänä. Oman rajallisuuden tajuaminen on osa ihmiselämän ja sen raadollisuuden hyväksyvää asennetta (Havio, ym. 2008, 29; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 271.)

Päihdehoitotyötä tekevän sairaanhoitajan on hyvä pohtia omaa ja läheistensä päihteiden käyttöä. Päihteiden käyttö vaikuttaa sairaanhoitajan asenteisiin päihteiden käyttäjää kohtaan sekä päihdehoitotyön tekemiseen ja asiakkaiden kohtaamiseen. Useimmilla sairaanhoitajilla on sukulais- tai tuttavapiirissä joku, jolla on ollut ongelmia päihteiden käytössä. Oman tai läheisen päihteen käytön tunnistaminen ja käsitteleminen on tärkeää, jotta sairaanhoitaja kykenee antamaan ammatillista apua päihteiden käyttäjille. Kansainvälisten tutkimusten mukaan hoitajat, joilla on ongelmia päihteiden käytön kanssa, ovat kasvaneet perheessä jossa on ollut päihde/riippuvuusongelmia ja heistä on kasvanut erinomaisesti menestyneitä vastuunkantajia. Lisäksi Havion mukaan (2008) päihdeongelmaiset hoitajat työskentelevät usein erityisen kuormittavilla hoitotyön alueilla, esimerkiksi leikkaushoidossa.

Päihdeongelmaisen sairaanhoitajan kohdalla menetellään kuten muidenkin vastaavasta ongelmasta kärsivien muiden työntekijöiden kanssa. Alla olevassa kuviossa on kysymyksiä, joita Havion mukaan jokaisen, myös sairaanhoitajan, olisi hyvä miettiä. (Havio, ym. 2008, 183–184.)

Kysymyksiä, joita jokaisen olisi hyvä miettiä Havion, ym. (2008) mukaan:

Mitä alkoholin tai muun päihteen käyttö minulle merkitsee?
 Miten päihteenkäyttö kuuluu elämäni kokemusmaailmaan?
 Miksi en käytä pähteitä?
 Mihin perustan päihteenkäyttöön liittyvät henkilökohtaiset päätökseni?
 Käytänkö pähteitä rentoutumiseen, yksinäisyyteen, stressin poistoon vai unilääkkeeksi?
 Juonko ystävien kanssa seurustellessani, juhlissa, ruokailutilanteissa vai käytänkö alkoholia tai muuta päihdettä johonkin tiettyyn tarpeeseen?
 Ovatko käyttämäni määrät vähäisiä, kohtuullisia, runsaita vai ongelmia tuottavia?
 Mitä seurauksia päihteen käytöstäni on itselleni tai ympäristölleni?
 Onko päihteen käytössäni tapahtunut vuosien aikana muutoksia? Jos on, niin millaisia?
 Herättääkö oma tai läheisten päihteenkäyttö tarvetta salailuun, valehteluun tai torjuntaan?

KUVIO 1. Havion, ym. (2008) kysymyksiä sairaanhoitajille.

Kaija Sepän (2003) mukaan hoitohenkilöstön asenteisiin ei voida vaikuttaa lyhyillä kursseilla. Terveystieteiden henkilöstön peruskoulutukseen tulisi sisältyä myös päihdeongelmien kohtaamisessa tarvittavien hyvien kommunikaatiotaitojen opiskelua. Niitä ei omaksuta hetkessä. Edellytyksenä on kliinisiä kontakteja opintojen aikana aluksi sellaisen henkilön opastuksella, jolla on kokemusta päihdealalla työskentelystä. Opiskelun aikana tulisi myös perehtyä omiin alkoholinkulutustapoihin sekä alkoholiodotuksiin ja -asenteisiin. Sepän mukaan negatiiviset asenteet päihdeongelmaisia kohtaan johtuvat osaltaan myös riittämättömistä tiedoista ja huonoista käytännön taidoista. Tiedon lisääminen on asenneilmapiirin muuttamisessa helpointa, jos ongelma on tiedostettu työntekijöiden keskuudessa. Tietoa on helppo antaa lyhyillä luennoilla. Ongelmana on tavoittaa ne työntekijät, jotka kielteisten asenteidensa vuoksi eivät lainkaan puutu potilaidensa päihdeongelmiin. Pitkäjänteisen perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen myötä voidaan tulevina vuosina odottaa muutosta asenteisiin päihdeongelmia kohtaan (Seppä 2003, 93–94).

3.4 Päihdehoitotyössä tarvittavat taidot

Päihdehoitotyöntekijät eivät toimi yksin vaan monien ammattilaisten kanssa tiiviissä yhteistyössä. Päihdeala koostuu monista erikoisaloista, kuten lääketieteestä, psykologiasta, sosiaalityöstä, psykiatriasta, politiikasta ja oikeustieteestä. Päihdetyötä tekevän on oltava tietoinen hallitsevista luonteenpiirteistään, sillä ne vaikuttavat työhön. Kyky havainnoida itseään ei ole automaattista vaan sitä voi ja kannattaa harjoitella. Muita työhön vaikuttavia tekijöitä ovat ammattiasenteet, jotka kertovat suhtautumisesta työtä, asiakkaita, organisaatiota ja koko maailmaa kohtaan. Asenteet ja persoonallisuus vaikuttavat siihen, kuinka päihdehoitotyöntekijä käsittelee asiakkaita ja kuinka ylipäätään tekee hoitotyötä. Päihdehoitotyössä tarvitaan myös teknisiä taitoja, jotka tulevat osin jo peruskoulutuksen myötä. Kaikkia taitoja on mahdollisuus oppia, mutta niitä täytyy pitää myös yllä. (Osseman & Buisman 2004, 22 - 25.)

Sosiaali- ja terveysministeriön päihdepalvelujen laatusuosituksissa (2002) painotetaan asiakaslähtöisyyttä, mikä tarkoittaa että päihdepalveluja toteutetaan asiakkaan omia ja hänen läheistensä voimavaroja vahvistaen ja tukien. Vuorovaikutus päihdeasiakkaan kanssa tulee olla kunnioittavaa, empaattista ja asiakasta motivoivaa. Asiakassuhde perustuu luottamuksellisuuteen. Päihdehoidossa ja – kuntoutuksessa tulee käyttää tieteelliseen näyttöön tai laajaan käytännön kokemukseen perustuvia hoitomenetelmiä, jotka täyttävät myös eettiset kriteerit. Hoidossa hyödynnetään moniammatillisuutta ja verkostotyön mahdollisuuksia. Naisten hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät erityistarpeet tulee huomioida. Samoin vammaisten erityistarpeet on huomioitava ja asiakkaan läheisten tarvitsema tuki on otettava huomioon. Lisäksi on tarvittaessa järjestettävä perhetapaamisia. Päihdeperheen lasten hoito ja tuki on aina selvitettävä. Perheettömien ja vailla sosiaalisia suhteita olevien asiakkaiden sosiaalisen tuen tarve on kartoitettava. Lisäksi asiakkailta kerätään palautetta, kuinka he ovat kokeneet saamansa palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 20–21.)

”Jokainen on hyvä jossain” on vanha pätevä sanonta ja sopii hyvin myös päihdehoitotyöhön: Ei jokainen hoitaja koe sopivansa työskentelemään päihdehoitotyöhön erikoistuneessa yksikössä, mutta se ei tarkoita sitä, ettei päihdehoitotyön osaamista tarvitsisi muussa hoitotyössä. Juuri muista hoitoalan

paikoista, yleensä perusterveydenhuollon yksiköistä, päihdeasiakkaat lähetetään ja/tai neuvotaan päihdehoitoon erikoistuneisiin yksiköihin. Päihteitä käyttävät ihmiset käyttävät ja tarvitsevat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluita siinä missä muutkin ihmiset. On hoitajista ja muista terveydenhuollon ammattilaisista kiinni, tunnistetaanko päihteiden käytön ja mahdollisen riippuvuuden oireita, otetaanko päihteiden käyttö asiakkaan kanssa rakentavalla tavalla puheeksi ja mietitäänkö mahdollisia hoito- tai muita palveluvaihtoehtoja asiakkaan avuksi ja tueksi. Hoitaja on terveydenhuollon ammattilaisista yleensä eniten potilaan/asiakkaan vierellä, jolloin päihdehoitotyön perusosaaminen korostuu. A - Klinikkasäätiön kouluttajan työkalupakki (Osseman & Buisman 2004, 22 – 25) tarjoaa valikoiman menetelmiä, jotka soveltuvat koulutuksen kysynnän ja opiskelijoiden tarpeiden ja odotusten kartoittamiseen. Työkalupakissa on eritelty päihdehoitotyön yleiset taidot ja erityistaidot). Yleiset ja erityistaidot on esitelty kuviossa 2. Hyvä yleisten taitojen pohja luodellu tyksen erityistaitojen oppimiselle. (Osseman & Buisman 2004, 22 - 25.)

Päihdehoitotyön yleis- ja erityistaidot:	
Yleiset taidot	Erityistaidot
Päihdetieto	Ymmärrys riippuvuutta potevan henkilön ongelmista
Fyysisten oireiden varhainen havaitseminen	Kyky arvioida asiakkaiden suoriutumiskykyä
Psyykkisten oireiden varhainen tunnistaminen	Empatian osoittaminen riippuvuutta potevia kohtaan
Kyky motivoida asiakkaita	Kyky tulla toimeen erilaisten ja keskenään riippumattomien ryhmien kanssa
Kyky käyttää motivoivia haastattelutekniikoita	Kyky viestiä tehokkaasti
Kyky soveltaa käyttäytymisterapiamenetelmiä	Kyky neuvotella
	Kyky asettaa rajoja asiakkaiden käyttäytymiselle
	Kyky hallita sosiaalipalveluiden verkostoja
	Kyky asianmukaiseen hoitoonohjaukseen
	Kyky palveluohjaukseen
	Kyky tulla toimeen poikkiammatillisissa tiimeissä

KUVIO 2. Päihdehoitotyön yleiset ja erityistaidot A-klinikkasäätiön mukaan.

4 PÄIHDEHOITOTYÖN KOULUTUKSEN HAASTEET

Ammattikorkeakouluissa sosiaali- ja terveysalan tutkintonimikkeitä on yhteensä yli 18. Sairaanhoidajan koulutusta säätelevät Euroopan unionin direktiivit ja vähimmäisvaatimukset sairaanhoidajan koulutuksesta. Suomalainen sairaanhoidajakoulutus on 30 opintopistettä laajempi kuin muissa Euroopan unionin maissa. Suomessa hoitajan koulutusta säätelevät seuraavat lait: Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä ja laki ammattikorkeakouluista, sekä opetus- ja sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. Sairaanhoidajan koulutukseen sisältyy opetusta teoriassa ja käytännön harjoittelujaksoilla. Sairaanhoidajan työ on terveyden edistämistä, sairauksien ehkäisyä, sairaiden hoitoa ja tukemista, kuntoutusta sekä auttamista. Lisäksi työhön sisältyy tiedonhallintaa, viestintää, opettamista, johtamista ja työn kehittämistä. Sairaanhoidaja myös ohjaa ja opastaa potilaan omaisia ja tukee heidän selviytymistään. Moniammatillinen yhteistyö muiden asiantuntijoiden kanssa on merkittävä osa sairaanhoidajan työtä. (Opetusministeriö 2006, 70; Opetusministeriö 2007, 36.)

Ammattikorkeakoulujen koulutusten sisällöt ja rakenteet vaihtelevat riippuen oppilaitoksista, mutta kaikissa koulutusohjelmissa on kaikille saman alan opiskelijoille yhteisiä opintoja sekä valinnaisia ja vapaasti valittavia opintoja. Ei ole olemassa (tällä hetkellä) valtakunnallista linjaa, joka takaisi alalle valmistuville yhtenevät päihdetyön tiedot ja osaamisen. Opetusministeriön nimeämän päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon kehittämistyöryhmän mukaan (2007) opettajien valinnoilla näyttäisi olevan eniten vaikutusta opintojen yksityiskohtaisiin sisältöihin ja niiden jakautumiseen opintojaksoissa ja – kokonaisuuksissa. Opettajien painotuksista riippuen päihdetyötä käsitellään esimerkiksi moniammatillisen yhteistyön, palvelujärjestelmän, kuntoutumisen, vahvistamisen, vuorovaikutuksen ja asiakkaan kohtaamiseen liittyvien opintokokonaisuuksien yhteydessä. Laajiten päihdetyö tulee esille terveyden edistämisen ja mielenterveysopintojen yhteydessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön opetukseen kuuluu päihdelainsäädäntö ja joissakin oppilaitoksissa myös päihdepalvelujen laatusuositukset. Kokonaan päihdetyöstä koostuvia opintojaksoja on perusopinnoissa yleisesti korkeintaan

1-3 opintopisteen laajuisina. Tällä hetkellä opetus jää opettajien laatimien painotuksien varaan, jonka vuoksi ratkaisuksi on ehdotettu, että jokaisen päihdetyötä koskehtavan aiheen yhteyteen kirjataan opetussuunnitelman myös päihdetyön näkökulma ja määritellään päihdetyön osaamisen perustaso. Tällöin päihdetyön osaamisen perustaso olisi konkreettisesti osoitettavissa. Ehdotusta on kritisoitu, koska opetussuunnitelmaan kirjatusta tavoitteista huolimatta opettajat valitsevat lopulliset opintosisältöjen painotukset itsenäisesti. (Opetusministeriö 2007, 36–38.)

4.1 Päihdehoitotyön osaamisen tarve ammattikorkeakoulun opetuksen lähtökohtana

”...Päihdeopintoihin tulisi perusopinnoissa kiinnittää entistä enemmän huomiota, koska päihteiden käyttö lisääntyy ja päihteidenkäyttäjää tavataan jokaisella osastolla aina leikkausosastoa myöten.” – Kyselyn 3. avoin kohta, 1. vastaus.

Päihdehoitotyön haasteet muuttuvat jatkuvasti ja päihteiden käytöstä johtuvat haitat yleistyvät. Vuonna 2006 Suomessa työikäisten ihmisten (15–64 -vuotiaat) yleisin kuolinsyy oli alkoholisyöy (Päihdetilastollinen vuosikirja 2007, 17). Alkoholinkäytön ja terveyshaittojen välillä on kiistaton yhteys: Kulutuksen kasvaessa haitat lisääntyvät (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Alkoholilaisissa on yhdeksi tavoitteeksi nimetty alkoholihaittojen vähentäminen. Kaikki sairaanhoitajat ovat omalta osaltaan avain asemassa tässä tavoitteessa. Päihdehoitotyön perusosaaminen kuuluu jokaisen sairaanhoitajan työhön. Päihdeopetuksen sisältö ja määrä vaihtelevat eri oppilaitoksissa ja eri koulutusasteilla. Havion mukaan vaihtelu riippuu muun muassa siitä, onko oppilaitoksessa aiheesta kiinnostunutta opettajaa, päihdetyölle määrättyä vastuuopettajaa tai omaa päihdetyön tutkimusta (Havio, ym. 2008, 235). Annettava opetus vastaa päihdeosaamisen tarvetta vain osassa oppilaitoksia. Tietoa tarvitaan hoitohenkilökunnan osaamisen takaamiseksi, päihteidenkäyttäjien ja heidän omaisten hyvän hoidon mahdollistamiseksi, sekä hoitajien töissä jaksamisen tueksi. Hoitoalan

koulutus takaa hyvät perusvalmiudet ihmisen kohtaamiseen, vuorovaikutukseen ja hoitamiseen, mutta niiden soveltaminen päihdehoitotyöhön ei ole itsestään selvää. Päihdehoitotyön laadusta vastaa omalta osaltaan jokainen hoitaja, joten koulutuksen, erityisesti peruskoulutuksen, merkitys on äärimmäisen tärkeä. (Havio, ym. 2008, 235; Päihdetilastollinen vuosikirja 2007, 17; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Ammattikorkeakoulujen tehtävänä on antaa ammatillisiin asiantuntijatehtäviin valmistuville työelämän ja sen kehittämisen vaatimusten sekä tutkimuksen lähtökohtiin perustuvaa korkeakouluopetusta (Ammattikorkeakoululaki 351/2003). Ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveystieteiden koulutusohjelmien antaman osaamisen tulee perustua väestön ajankohtaisiin ja ennakoitavissa oleviin terveyden ja hyvinvoinnin tarpeisiin. Sairaanhoidajan ammattiin kouluttautuminen tarkoittaa omistautumista väestön laadukkaalle terveyden edistämiseksi ja terveyshaittojen ehkäisemiseksi sekä sairauksien hoidolle ja hyvälle hoivalle. Ammattikorkeakouluissa opiskelee noin 31 000 nuorta ja aikuista. Tilastollisesti heidänkin joukossaan on useita, joiden päihteidenkäyttö on tai voi olla riski heidän oman terveytensä, heidän läheistensä, tulevien potilaidensa ja työyhteisöjensä kannalta, mutta myös opintojen sujumisen kannalta. Siksi oppilaitosten omat hyvinvointiohjelmat ja niiden osana päihdestrategiat ovat tärkeitä hyvinvointirakenteita tuleville terveystieteiden työntekijöille ja opettajille. Niiden toteutuksen on tärkeää olla linjassa annettavan päihdetyön opetuksen kanssa. (Havio & Holmberg 2008).

Hoitotyön opetuksen on ammattikorkeakoululain mukaan seurattava aikaansa. Sen tulee noudattaa kliinistä ja tutkittua tietoa väestön terveydentilasta sekä tuen, tiedon ja avun tarpeista. Opetuksen takaaminen kaikille sairaanhoitajille noudattaa lakia potilaan oikeuksista, kansallisia ja kansainvälisiä, terveyden edistämisen sekä päihdetyön ohjelmia ja sopimuksia sekä laadukkaan hoitotyön suosituksia. Päihdehoitotyön opetuksen kattava tehostaminen on kansantaloudellisesti ja –terveydellisesti järkevä ja kannattava toimenpide. (Havio & Holmberg 2008, 41).

Opetusministeriön nimeämä päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmä (2007) on laatinut päihdeosaamisen lisäämiseksi, perusosaamisen takaamiseksi ja kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen

tukemiseksi päihdetyön koulutuksen minimisisällön. Työryhmä on laatinut päihdetyön minimisisällön käytettäväksi päihdetyön koulutuksen suunnittelun ja toteutuksen pohjana kaikilla koulutusasteilla ja kaikilla soveltuvilla koulutusaloilla tarvittaessa alakohtaisin painotuksin ja täydennyksin. Työryhmä korostaa että päihdetyön koulutuksen minimisisällön toteuttamiseksi ei välttämättä tarvitse luoda uusia kursseja tai opintojaksoja. Kysymys on työryhmän mukaan siitä, että oppilaitoksissa ymmärretään käytännön työssä vastaantuleva päihdetyön osaamisen tarve, johon voidaan vastata päihdetyön näkökulman huomioon ottamisella jo olemassa olevien kurssien sisällöissä. Siten vastataan myös laissa (ammattikorkeakoululaki 351/2003, 4§; laki ammatillisesta koulutuksesta 630/1998, 2§) määriteltyihin tavoitteisiin siitä, että opetuksen tulee vastata ympäristön ja väestön tarpeisiin. (Opetusministeriö 2007, 49.)

Minimisisällön tavoitteena on, että opiskelija ymmärtää päihdeiden käyttöön liittyvät haitat kansanterveyttä heikentäväksi tekijäksi. Hän ymmärtää myös että laadukas moniammatillinen päihdehaittojen ehkäisy ja haittojen minimointi vähentävät yksilöiden ja perheiden inhimillisiä kärsimyksiä, parantavat yhteisöjen ja väestön hyvinvointia ja työ- ja toimintakykyä, lisäävät yhteiskunnan turvallisuutta ja vähentävät yhteiskunnalle aiheutuvia kustannuksia. Kokonaisuudessaan päihdetyön koulutuksen minimisisältö on laajempi ja se koostuu kolmesta osa-alueesta (ammatillinen asenne, tiedot ja taidot). Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän (Opetusministeriö 2007) laatimat päihdetyön koulutuksen minimisisällön keskeiset asiat on esitelty kuviossa 3. (Opetusministeriö 2007, 50.)

Päihdetyön koulutuksen minimisisällössä on keskeistä, että opiskelija:

1. Hallitsee perustiedot päihteistä, niiden käytöstä ja niiden käyttöön liittyvistä riskeistä ja haitoista.
2. On tietoinen omista asenteistaan päihteiden käyttöön ja pystyy suhtautumaan avoimesti ja ammatillisesti päihdeongelmiin ja niistä kärsiviin.
3. Tuntee vähintään oman alaansa koskevan päihteisiin liittyvän lainsäädännön ja oman alueensa moniammatillisen päihdetyön palveluverkoston sekä alueellisen ja paikallisen monialaisen päihdetyön perusteet niin, että kykenee osallistumaan siihen.
4. Osaa tunnistaa ja kohdata päihteiden riski- ja ongelmakäyttäjän ja hänen läheisensä.
5. Tietää varhaisen puuttumisen merkityksen ja osaa soveltaa työssään varhaisen puuttumisen menetelmiä.
6. Osaa auttaa ja tukea asiakkaita oman ammattikuvansa puitteissa ja ohjata heitä tarvittaessa eteenpäin päihdetyön palvelujärjestelmässä.
7. Ymmärtää päihdehaittojen ehkäisymerkityksen työympäristössä ja osaa puuttua päihteiden käyttöön omassa työyhteisössään.

KUVIO 3. Päihdehoitotyön minimisisältö Opetusministeriön (2007) mukaan.

4.2 Päihdehoitotyön opetus Jyväskylän ammattikorkeakoulussa

”Koulussa saisi olla enemmän opetusta päihdeasiakkaista ja heidän kohtaamisestaan. Etenkin ennaltaehkäisevä päihdehoitotyö tulisi nostaa suurempaan rooliin; kuinka tunnistaa päihteiden ongelmakäyttäjät?, varhaiset varomerkit?, kuinka puuttua asiaan jo varhaisessa vaiheessa?...”

– Kyselyn 3. avoin kohta, 6. vastaus.

Jyväskylän ammattikorkeakoulun Internet - sivuilta löytyy kuvaus soveltuvuudesta sosiaali- ja terveysalalle, jossa käsitellään sairaanhoidon opiskelun vaatimia valmiuksia. Valmiuksina pidetään aktiivista otetta opiskeluun, kykyä elää muutoksessa, aitoa kiinnostusta ihmisläheiseen alaan ja taitoa työskennellä erilaisten ryhmien jäsenenä. Soveltuvuuteen sisältyy myös terveys, joka ei ole esteenä alan opiskelulle. Terveystä painotetaan

seuraavia asioita: hyvä henkinen tasapaino, sairaudet, jotka voivat paheta opintojen aikana tai työelämässä ovat kuvauksen mukaan: tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet, krooniset ihottumat, sekä allergiat. Veriteitse tarttuva tauti voi rajoittaa työhön sijoittumista. Lisäksi ala ei sovi päihteiden käyttäjille (huumeiden käyttö, lääkkeiden väärinkäyttö tai alkoholin suurkulutus). (Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2008.)

Tätä opinnäytetyötä tehdessä Jyväskylän ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajan koulutusohjelman perusopintoihin sisältyi mielenterveys- ja kriisihoitotyön opinnot, jotka sisälsivät jonkin verran päihdehoitotyön opintoja. Mielenterveys- ja kriisihoitotyön opintojen laajuus on ollut 9 opintopistettä, josta teorian osuus on ollut 3 opintopistettä. Perusopintojen jälkeen sairaanhoitajaopiskelijan opinnot koostuvat vaihtoehtoisista ammattiopinnoista. Kuudesta eri vaihtoehdosta voi valita esimerkiksi mielenterveys- ja päihdehoitotyön opinnot, mutta tällä hetkellä päihdehoitotyötä lähinnä sivutaan opetuksessa. Vaihtoehtoisten ammattiopintojen laajuus on 30 opintopistettä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun vapaasti valittavissa opinnoissa on vuonna 2008 ollut kolme päihdehoitotyöhön liittyvää kurssia, joilla käsitellään päihdetyön tiimoilta päihdeasiakkaan kohtaamista, päihteitä ja niiden torjumista, sekä moniammatillisuutta päihdetyössä. Päihdehoitotyötä on sivuttu jonkin verran muiden hoitotyön opintojen yhteydessä, kuten mielenterveyshoitotyön opinnoissa. Varsinaisia työvälineitä päihdeasiakkaan kohtaamiseen ja hoitamiseen koulutus ei tällä hetkellä anna samalla tavalla kuten esimerkiksi mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen ja hoitamiseen. Päihdeasiakkaita kohdataan kaikilla hoitotyön sektoreilla, joten tarvetta ammatilliselle osaamiselle on. Tällä hetkellä on opiskelija voi hankkia lisää tietoa ja osaamista päihdehoitotyöstä esimerkiksi vapaasti valittavien kurssien keinoin, yksittäisten tehtävien avulla, harjoittelupaikkojen myötä tai opinnäytetyön teon muodossa. (Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2008.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteita päihdeasiakkaita kohtaan ja mikä asenteisiin vaikuttaa. Lisäksi tavoitteena oli selvittää millaisia valmiuksia hoitotyön opinnot ovat antaneet sairaanhoitajaopiskelijoille päihdeasiakkaiden kohtaamiseen ja hoitamiseen. Opinnäytetyön myötä Jyväskylän ammattikorkeakoulu saa tietoa sairaanhoitajaopiskelijoita koskien ja voi käyttää työn tietoja päihdehoitotyön opetusta kehittäessä.

Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

- 1 Millaisia asenteita sairaanhoitajaopiskelijoilla on päihdeasiakkaita kohtaan?
- 2 Mitkä seikat ovat vaikuttaneet sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteisiin?
3. Millaisia valmiuksia hoitotyön opinnot ovat antaneet päihdeasiakkaiden kohtaamiseen ja hoitamiseen?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön suunnittelu aloitettiin toukokuussa 2008. Aihe syntyi omasta ajatuksesta ja tarkentui ohjaajien kanssa käydyissä keskusteluissa. Opinnäytetyön aihe hyväksyttiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun aiheseminaarissa toukokuussa 2008. Tutkimussuunnitelmaa työstettiin syksyn 2008 ja tammikuun 2009 ajan. Kyselylomake testattiin tammikuussa 2009. Kyselyn testaukseen osallistuneille lähetetyt sähköpostit ovat liitteenä (liite 6). Tutkimuslupa Jyväskylän ammattikorkeakoululta saatiin helmikuussa 2009 (liite 1). Kyselyn kohderyhmänä olivat Jyväskylän ammattikorkeakoulun 50 sairaanhoitajaopiskelijaa, jotka aloittivat vaihtoehdotiset ammattiopinnot

tammikuussa 2009. Kysely toteutettiin helmikuussa 2009, osana opiskelijoiden normaalia opetusta, sekä sähköpostitse niille opiskelijoille, jotka eivät vastanneet kyselyyn tunnilla. Sähköpostitse opiskelijoilla oli aikaa vastata kyselyyn kaksi päivää. Tutkimuksen lopullista raporttia ja tulosten analysointia kirjoitettiin kevään 2009 ajan.

6.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimusmenetelmäksi valittiin määrällinen, eli kvantitatiivinen, tutkimus. Hirsjärvin (2007, 136) mukaan kvantitatiivisen tutkimuksen keskeisiä piirteitä ovat aiheeseen liittyvät aikaisemmat teoriat ja aikaisemmista tutkimuksista tehdyt johtopäätökset, sekä käsitteiden määrittely. Kvantitatiivisen tutkimuksen aineiston on sovelluttava määrälliseen mittaamiseen ja tutkimuksen analysoinnin tulee soveltua tilastolliseen muotoon. Lisäksi kvantitatiivisesta tutkimusaineistosta pystyy hyvin ottamaan numeraalista tietoa, jonka avulla pystyy tekemään luotettavamman määrällisen kuin laadullisen tutkimuksen. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2007, 136.)

Survey – tutkimukselle on tyypillistä, että se on suunnitelmallinen haastattelu- tai kyselytutkimus, joka toteutetaan tietyin kriteerein valitulle otokselle joukosta ihmisiä. Kun vastaajia on paljon, on survey – tutkimus hyvä valinta kerätä tietoa. Tutkimuksessa käytettiin survey – tutkimusmenetelmää, koska tutkimuksessa on tarkoitus kuvailla, vertailla ja selittää ilmiötä kerätyn aineiston perusteella. Lisäksi survey-tutkimusmenetelmä sopi työhön, koska tutkimusaineisto kerättiin itse ja tutkimuksen kohderyhmä valittiin tutkimusongelmien pohjalta. (Heikkilä 1999, 17 – 18; Hirsjärvi 2007, 130.)

6.2 Kysely tiedonkeruumenetelmänä

Tiedonkeruumenetelmäksi valittiin kysely, koska anonyymi kyselylomake soveltuu hyvin arkaluonteisten tietojen, kuten asenteiden, arvojen, mielipiteiden ja käsitysten keräämiseen. Vilkan (2007, 28) mukaan kysely soveltuu aineiston keräämiseen tavaksi, kun tutkittavia on paljon ja tutkittavat

asiat ovat henkilökohtaisia, esimerkiksi terveystyötyminen (Vilka 2007, 28). Lisäksi kysely on kvantitatiivisen tutkimuksen tyyppinen aineisto ja kysely-muotoisen tutkimuksen tulokset ovat helposti tilastoitavissa. Kysely oli www-kyselyn muodossa, joka toteutettiin Digium Enterprise – ohjelmalla. Digium Enterprise- ohjelma on Internet - pohjainen tiedonkeruun ja palautteenhallinnan ohjelmistopalvelu, jonka avulla voidaan toteuttaa lomakekyselyn tiedonkeruu sekä tulosten keskeinen analysointi automaattisesti. Digium Enterprise on käytettävissä missä tahansa Internet-selaimen välityksellä, eikä se vaadi erillisiä ohjelmistoasennuksia, laiteinvestointeja tai ylläpitoa. Kerätty tieto säilytetään tietoturvallisesti ja varmennettuna vain valittujen henkilöiden saatavilla. Kysely toteutettiin valitulle joukolle sairaanhoitajaopiskelijoita ja se oli samanlainen kaikille vastaajille. Kysely toteutettiin 16.2.2009, osana opiskelijoiden normaalia opetusta, ammatillisen kasvun tunneilla. Tunnilla vastuksia tuli 17 kappaletta. Ammatillisen kasvun tuntien ohjelma on liitteenä (liite 4). Alhaisen vastausmäärän vuoksi kysely lähetettiin myös sähköpostitse ja opiskelijoilla oli mahdollisuus vastata kyselyyn 18–20.2.2009 välisenä aikana. Sähköpostin saaneista opiskelijoista 10 vastasi kyselyyn. Kaikenkaikkiaan kyselyyn vastasi 27 sairaanhoitajaopiskelijaa. Kyselyt ovat liitteenä (liitteet 2 ja 3). Myös kyselyn vastaukset ovat liitteenä (liite 5). (Digium 2008; Heikkilä 1999, 18–19, 48 – 49; Hirsjärvi, ym. 2007, 192; Vilka 2007, 28).

Kysely kohdistettiin sairaanhoitajaopiskelijoille, jotka aloittivat vaihtoehtoiset ammattiopinnot tammikuussa 2009. Edellä mainituilla opiskelijoilla on tietoa ja kokemuksia päihdeasiakkaista vähintään teoriaopintojen osalta, harjoittelujaksoilta ja mahdollisesti myös hoitoalan töistä, sekä mahdollisesti vapaasti valittavien päihdeopintojen osalta. Opinnoissaan normaalisti edenneillä opiskelijoilla on loppuvaiheessa suoritettuna ainakin yksi opintojakso mielenterveys- ja kriisihoitotyön teoriaopintoja, sekä yksi harjoittelu mielenterveys- tai päihdehoitotyön puolella. Kyselyn toteuttamisen hetkellä Jyväskylän ammattikorkeakoulussa opiskeli 50 loppuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijaa, jotka aloittivat tammikuussa 2009 vaihtoehtoiset ammattiopinnot.

Ennen varsinaisen kyselyn toteuttamista, kysely testattiin. Heikkilän (1999) mukaan 5-10 henkilöä riittää lomakkeen testaamiseen, kunhan vastaajat ovat aktiivisia ja tuovat esiin mahdollisia parannuksia vaativia seikkoja, koskien kysymysten ja ohjeiden selkeyden ja yksiselitteisyyden, vastausvaihtoehtojen sisällön toimivuuden ja lomakkeen vastaamisen raskauden, vastaamiseen kuluvan ajan, sekä onko jotain olennaista jäänyt kysymättä tai onko mukana turhia kysymyksiä. (Heikkilä 1999, 60.)

Kyselyn testattiin viidellä Jyväskylän ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijalla, jotka eivät olleet kyselyn kohderyhmää. Kyselyn testaamiseen osallistuneet opiskelijat olivat testauksen hetkellä suorittaneet vaihtoehtoisten ammattiopintojen teoriaopinnot ja osittain vaihtoehtoisten ammattiopintojen harjoittelut. Kyselyn testauksesta saadun palautteen perusteella kysymykset olivat selkeitä ja olennaisia eikä kyselyyn ollut liian raskasta vastata. Lisäksi vastaajien mielestä kyselyn ohjeet olivat selkeät. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että kysymykset olivat sopivan lyhyitä ja ytimekkäitä. Yhden vastaajan mielestä yksi kysymys oli vaikeasti ymmärrettävissä, joten kysymys poistettiin. Yksi vastaajista ehdotti mitä kyselyssä voisi vielä mahdollisesti kartoittaa ja sen perusteella tehtiin muutama kysymys lisää. Vastaajien mukaan kyselyyn vastaaminen kesti noin 5-15 minuuttia. Osa vastaajista kaipasi tarkempaa selitystä termille ”päihde”, joten saatesanoihin määriteltiin, mitä kyselyssä tarkoitetaan termeillä ”päihde” ja ”päihdeasiakas”. Avoimiin vastauskohtiin kaivattiin otsikkoa siitä, mitä aihealuetta avoimet kysymykset käsittelevät, joten jokaisen avoimen vastauskohdan otsikko muokattiin tutkimusongelmaan sopivaksi.

6.3 Mittarin laadinta

Mittarin laadinnassa ei käytetty valmista mallia. Jyväskylän seudun Päihdepalvelusäätiön kehittämissyksikön kehittämispäällikkö Eero Pirttijärvi auttoi mittarin laadinnassa tuomalla esille tärkeitä yhteiskunnallisia näkökulmia koskien päihdeongelmia ja päihdehoitotyötä. Yksi näkökulma oli, onko sairaanhoitajaopiskelijoiden henkilökohtaisella suhtautumisella päihteisiin ja

päihteiden käyttöön vaikutusta opiskelijan asenteisiin päihdeasiakkaita kohtaan? Pirttijärvi pohti myös eroavatko sairaanhoitajaopiskelijat asenteillaan muusta väestöstä ja kuinka yleinen asenteiden kovuus yhteiskunnassamme heijastuu sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteisiin? Teoriasta nousivat myös asiat koskien hoitajien kokemuksia päihteistä ja päihteiden käytöstä. Lisäksi asenteisiin vaikuttavat tekijät, erityisesti negatiivisten asenteiden syntyyn vaikuttavat tekijät, nousivat teoriasta. (Pirttijärvi 2009.)

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat asenteet, päihdehoitotyö, päihdehoitotyön opinnot ja sairaanhoitajaopiskelija. Päihdehoitotyö - käsite koostuu käsitteestä päihteiden käyttäjien hoito ja ilmiöstä päihderiippuvuus. Asenteet - käsite koostuu asenteiden muodostumiseen vaikuttavista tekijöistä ja hoitajien asenteista päihteiden käyttäjiä kohtaan. Käsitteellä sairaanhoitajaopiskelija tarkoitetaan tässä yhteydessä Jyväskylän ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita, jotka ovat aloittaneet vaihtoehtoiset ammattiopinnot tammikuussa 2009. Käsitteiden operationalisointi tarkoittaa teoreettisten käsitteiden muuttamista arkikielen tasolle ja mitattavaan muotoon (Vilkkä 2007, 36). Vilkan (2007) mukaan operationalisointi on välttämätöntä kyselylomakkeen kysymysten ja vastausvaihtoehtojen suunnittelussa. Operationalisointi vaikuttaa tutkimustulosten pätevyyteen ja luotettavuuteen. Operationalisoinnilla hahmotetaan, rajataan ja määritellään tutkimusongelmien kannalta keskeiset käsitteet. Lisäksi selvitetään mistä osa-alueista käsitteet muodostuvat, muodostuvatko osa-alueet vielä pienemmistä osa-alueista. Arkikielen tason vastaavuutta verrataan teoreettisen kielen tasoon, operationalisointi testataan ja virheet korjataan. (Vilkkä 2007, 36–44.)

Hirsjärvin (2007) mukaan kyselylomakkeessa kannattaa välttää epämääräisyyttä sillä pätevät vastaukset tulevat selkeisiin kysymyksiin vastaamisesta. Lisäksi spesifit kysymykset ovat parempia kuin yleiset, koska yleisellä tasolla olevaan kysymykseen sisältyy enemmän tulkinnan mahdollisuutta. Lyhyet kysymykset puolestaan ovat parempia kuin pitkät, koska ne on helpompi ymmärtää. Kysymyksiin, joissa on kaksoismerkityksiä, on vaikea vastata. Vastaukseksi kannattaa tarjota vaihtoehto mielipiteen sijasta, sillä ihmiset vastaavat Hirsjärvin (2007) mukaan tällöin helpommin.

Kysymysten määrään ja järjestykseen kannattaa myös kiinnittää huomiota: Yleiset ja helpot kysymykset on hyvä laittaa kyselyn alkuun, spesifit kysymykset loppuun. Sanojen valinta ja käyttö on myös tärkeää: ammattikieltä ei tulisi käyttää ja kieli tulisi valita kohderyhmän mukaan. Lisäksi tulisi huomioida, etteivät kysymykset saa olla johdattelevia, jotta tutkimus on luotettava. (Hirsjärvi, ym. 2007, 130, 197–198.)

Heikkilän (1999) mukaan mielipidetiedusteluissa on usein strukturoitujen kysymysten muodossa esitettyjä väittämiä, joihin otetaan kantaa asteikkotyypisin vastausvaihtoehdoin ja etuna asteikkotyypisten kysymysten käyttämisessä on, että niiden avulla saadaan paljon tietoa vähään tilaan. Strukturoidut kysymykset mahdollistavat vastaajan ilmaista helpommin negatiivisiakin tunteita. Asenteita, arvoja ja mielipiteitä mitattaessa on korostettava sitä, että vastaajat vastaavat kysymyksiin sen mukaan, mitä todella asiasta ajattelevat. Yleensä esitetään useita samaa asiaa koskevia väitteitä, jolloin vastausten välisten korrelaatioiden perusteella saadaan selville, kuinka johdonmukaisia vastaajat ovat olleet. (Heikkilä 1999, 50 – 54, Hirsjärvi, ym. 2007, 195–196.)

Koska kysely käsittelee asenteita, joihin vaikuttavat mielipiteet ja kokemukset, asenteiden mittaamisessa käytettiin Likertin asteikkoa. Likertin asteikossa on tavallisesti 5- tai 6- portainen järjestysasteikon tasoinen asteikko, jossa on eri vastausvaihtoehtoja väliltä: täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä. Vastaaja valitsee asteikolta parhaiten omaa käsitystään vastaava vaihtoehto. Likertin asteikon laadinnassa huomioitiin seuraavia asioita: Kuinka monta arvoa asteikolle asetetaan, kuinka asteikon arvot ilmaistaan sanallisesti, millä vaihtoehdolla aloitetaan ja kuinka muotoillaan asteikon keskikohta vai jätetäänkö se pois. Kyselyssä käytettiin 5-portaista asteikkoa, jossa eri numerot kuvaavat seuraavia vaihtoehtoja: 1. Täysin samaa mieltä, 2. Osittain samaa mieltä, 3. Ei samaa eikä eri mieltä, 4. Osittain eri mieltä, 5. Täysin eri mieltä. Vastaajalle annettiin mahdollisuus vastata ”Ei samaa eikä eri mieltä”, koska tutkimuksen luotettavuus olisi kärsinyt jos vastaaja olisi pakotettu valitsemaan eri vaihtoehtojen väliltä. Kyselylomakkeen kysymykset jaettiin kolmeen ryhmään tutkimusongelmien mukaan. Jokaisen kysymys-ryhmän jälkeen vastaajilla oli mahdollisuus vastata kysymyksiin kirjallisesti tai tuoda

ilmi muita asioita, esimerkiksi mielipiteitä, kysymyksiä koskien. Avoimet tilat kysymysten lopussa mahdollistivat vastaajan ilmaista itseään omin sanoin. Avoimet vastaukset kertoivat mikä vastaajan mielestä on keskeistä ja tärkeää, sekä antoi kuvan kuinka vastaaja on kysymykset ymmärtänyt. Lisäksi avoimista vastauksista kävi ilmi vastaajan tunteiden voimakkuus kysymyksiin liittyen. (Heikkilä 1999, 50 – 54, Hirsjärvi, ym. 2007, 195–196.)

Varsinaisen kyselylomakkeen lisäksi laadittiin saatesanat tunnilla toteutettuun kyselyyn, sekä saatekirje sähköpostitse toteutettuun kyselyyn. Aluksi tarkoituksena oli, ettei kyselylomakkeen osana ole varsinaista saatekirjettä, koska kyselyn toteuttamisen hetkellä oli mahdollisuus antaa vastaajille hyvä suullinen ohjeistus kyselyn suhteen. Koska tunnilla vastanneiden vastaajien osuus jäi vähäiseksi (n17), kysely toteutettiin myös sähköpostitse, jolloin luotiin saatekirje sähköpostikyselyn yhteyteen. Saatesanojen ja saatekirjeen tarkoituksena oli kertoa vastaajalle selkeästi mistä tutkimuksessa on kyse ja ohjeistaa vastaajaa kyselyn täyttämisen helpottamiseksi. Parhaimmillaan hyvät saatesanat motivoivat vastaajan vastaamaan kyselyyn. Saatesanat ovat hyvä lisä suullisen ohjeistuksen lisäksi ja varsinainen saatekirje hyvä silloin kun ei ole mahdollisuutta antaa suullisesti tietoa ja ohjeita kyselyn suhteen. Sairaanhoidajaopiskelijoille suunnatut kyselyt ja kyselyjen saatesanat sekä saatekirje ovat liitteenä (Liitteet 2 ja 3). (Heikkilä 1999, 60).

6.4 Aineiston analysointi

Tutkimusaineiston kerääminen, käsittely, analysointi ja tulkinta ovat erillisiä vaiheita määrällisessä tutkimuksessa. Aineiston analysoinnin tarkoituksena on saada vastaukset tutkimusongelmiin. Tutkimusongelmat ja tutkimuksen teoriaan pohjaava viitekehys ohjaavat tutkimuksen empiiristä työtä. Tutkimusongelmien ja tutkimusmenetelmien pohjalta analyysitapamme on selittävä. Lisäksi (Heikkilä 1999, 139; Vilkkä 2007, 106.)

Digium Enterprise ohjelma tulkitsi vastaukset automaattisesti pylväsdiagrammiin kertoen vastaajien määrän ja vastausten prosenttimäärät. Tulosten analysointia vaikeutti se, että tunnilla toteutetun kyselyn tulokset ja

sähköpostitse vastanneiden tulokset muodostuivat omiksi vastauksiksi. Tämän vuoksi tulosten vastausprosentit tuli laskea uudelleen. Digium Enterprise - ohjelmassa ilmeni yksi virhe vastausten suhteen: Digium ilmoitti vastausprosentiksi yhdessä kohdassa 100 %, vaikka vastaajia ei kyseisessä kohdassa ollut 100 %. Virheen vuoksi vastaukset tarkistettiin kohta kohdalta. Avoimia vastauksia tuli kyselyn kaikilta kolmelta aihealueelta. Avoimet vastaukset laskettiin käsin ja niiden sisällöistä on tehty yhteenvedot kunkin aihealueen vastausten analysoinnin yhteyteen.

Osa tutkimuksen tuloksista on selitetty myös graafisesti. Tulosten esittämisessä on käytetty makaavaa pylväsdiagrammia. Pylväsdiagrammeihin on valittu tutkimuksen kannalta keskeisimmät väitteet ja kuviot on nimetty tutkimusongelmien mukaan kuten kyselyn kysymysryhmät.

Pylväsdiagrammeissa on esitetty kutakin tutkimusongelmaa kohden useampi vastausjakauma. Väitteet pylväsdiagrammeihin on valittu tutkimuksen teorian pohjalta. Tulosten analysoinnissa käytetty grafiikka on tehty Excel – ohjelmalla. Kyselyn kaikki tulokset sellaisenaan ovat työn liitteenä (Liite 5). (Heikkilä 1999, 154–155, 160–161.)

6.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimus on onnistunut jos sen avulla saadaan luotettavia vastauksia tutkimusongelmiin. Hyvä tutkimus on tehty rehellisesti, puolueettomasti ja siten, ettei vastaajalle ole aiheutunut tutkimuksesta haittaa. (Heikkilä 1999, 28.)

Tutkimuksen pätevyys eli validiteetti, riippuu pitkälti siitä mittaako tutkimus sitä mitä oli tarkoitus selvittää. Vilkan (2007) mukaan validius tarkoittaa sitä, kuinka hyvin tutkija on onnistunut operationalisoimaan teoreettiset käsitteet arkikielen tasolle eli miten onnistuneesti tutkija on kyennyt siirtämään tutkimuksessa käytetyn teorian käsitteet ja ajatuskokonaisuuden lomakkeeseen eli mittariin. (Vilka 2007, 150.) Jos tutkimukselle ei ole asetettu selkeitä ja täsmällisiä tavoitteita, on vaarana tutkia väärinä asioita. Tutkimuksen validiutta on hankala tutkia jälkikäteen. Validiteetti on

varmistettava etukäteen suunnittelun ja tiedonkeruumenetelmän valinnan avulla. Lisäksi luotettavuuteen vaikuttaa se, ymmärtävätkö vastaajat kyselyn kysymykset samalla tavalla kuten tutkija. (Heikkilä 1999, 28 – 29; Hirsjärvi 2007, 226; Vilkka 2007, 150.)

Tutkimuksen luotettavuus eli reliabiliteetti, selviää tutkimuksen tulosten tarkkuudesta. Tarkkuus tarkoittaa, ettei tutkimukseen sisälly satunnaisvirheitä. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa tulosten toistettavuutta (Hirsjärvi 2007, 226). Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa perehtyneisyys aiheeseen esimerkiksi kirjallisuuden ja koulutuksen kautta. Tutkimuksen luotettavuutta mittaa myös kyselylomakkeen huolellinen suunnittelu ja laadinta, sekä kyselyn testaus. Tutkimuksen luotettavuutta on parantanut kyselyn kohderyhmän selkeä rajaaminen, joka tarkentui prosessin aikana. Huolellisuus ja kriittisyys tutkimuksen kaikissa vaiheissa sekä tulosten tulkitseminen oikein ovat luotettavuuden lähtökohtia. Lisäksi luotettavien tulosten saamiseksi on otoskoon oltava riittävän suuri. Kyselyn kysymykset on laadittu teoriassa käsiteltyjen asioiden pohjalta ja kysely testattiin. (Heikkilä 1999, 28 - 29.)

Tutkimuksen reliabelius ja validius muodostavat yhdessä tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Kokonaisluotettavuus on hyvä jos otos edustaa koko perusjoukkoa ja mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä. Tutkimuksen luotettavuus kärsi vastaajien vähäisestä määrästä. Otos oli 50, mutta vastauksia tuli yhteensä 27. Vilkan (2007) mukaan kokonaisluotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi mittauksen uusinnalla. Vilka painottaa myös, kuinka määrällisessä tutkimuksessa ei voi välttyä käsittely-, mittaus-, kato-, ja otantavirheiltä. Tutkijan on oltava rehellinen, tuotava esiin tutkimuksen virheet, arvioitava virheiden vaikutusta tuloksiin ja tulosten hyödyntämiseen ja soveltamiseen. Tutkimuksen tulosten analysointiin liittyviä ongelmia on tuotu esille tarkemmin kappaleessa aineiston analysointi. (Vilka 2007, 152–154.)

Eettisyys on tärkeä osa hoitotyön tutkimusta. Objektiiivisuus on keskeinen osa tutkimuksen eettisyyttä. Tutkimuksen tulokset eivät saa riippua tutkijasta (Heikkilä 1999, 30). Tutkimuksen eettisiksi ongelmakohtiksi voivat nousta tutkimuskohteen valinta, aineiston kerääminen, tutkimusväittämien

oikeellisuus, tutkimustulosten julkaiseminen ja niiden soveltaminen. Tulokset on analysoitu mahdollisimman objektiivisesti ja kriittisesti. Tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kohtelu on selvitystä vaativa tehtävä. Huomio kohdistetaan tiedonhankintatapoihin ja koejärjestelyihin. Kun tutkimus kohdistuu ihmisiin, on erityisesti selvitettävä, miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy. (Hirsjärvi, ym. 2000, 26).

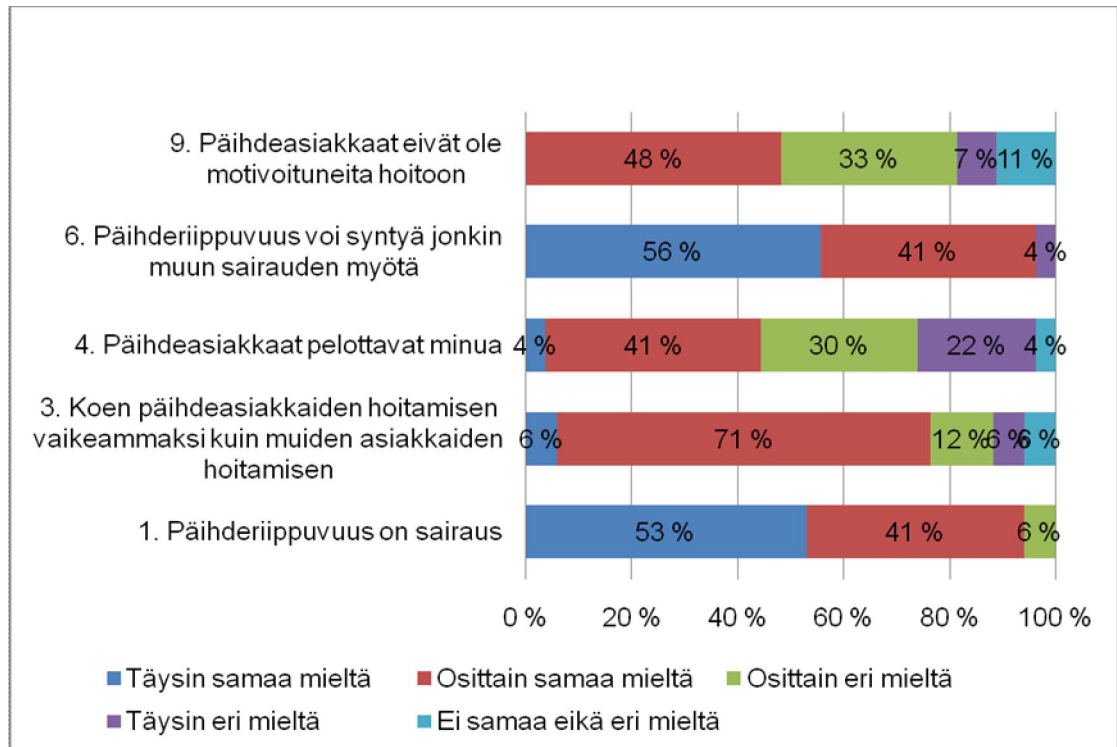
Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, tosin 17 sairaanhoitajaopiskelijaa vastasi kyselyyn ammatillisen kasvun tunneilla. Sähköpostitse, eli täysin vapaaehtoisesti, kyselyyn vastasi 10 sairaanhoitajaopiskelijaa. Yhteensä kyselyyn vastasi 27 sairaanhoitajaopiskelijaa, joten vastausprosentiksi tuli 54 %. Ammatillisen kasvun päivään osallistui odotettua vähemmän opiskelijoita, koska osa opiskelijoista oli saanut suoritusmerkinnän ammatillisen kasvun kurssista ennen vaihtoehtoisia ammattiopintoja. Tämä vaikutti osaltaan alhaiseen vastausprosenttiin. Lisäksi sähköpostitse toteutetussa kyselyssä vastausaika jäi liian lyhyeksi, koska kysely toteutettiin juuri ennen opiskelijoiden talvista etäopiskeluviikkoa. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite kerrottiin opiskelijoille ammatillisen kasvun tunnilla ja samat asiat olivat myös kyselyn alussa. Sähköpostitse lähetetyssä kyselyssä saatesanat olivat sähköpostiviestissä. Kyselyt ovat saatesanoineen liitteenä (Liitteet 2 ja 3). Ennen kyselyyn vastaamista opiskelijoille kerrottiin myös tulosten julkaisusta ja tulosten esittelystä opinnäytetyön esitystilaisuudessa. Kyselyyn vastattiin anonyymisti ja tarkempia taustatietoja (kuten ikää ja sukupuolta) ei selvitetty. Opiskelijoiden henkilöllisyys ei missään tutkimuksen vaiheessa tullut tuloksista esiin. Myös anonyymius selvennettiin opiskelijoille. Opiskelijoille annettiin myös mahdollisuus esittää kysymyksiä tunnilla ja sähköpostikyselyssä kehoitettiin ottamaan tarvittaessa yhteyttä. (Heikkilä 1999, 30.)

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteet päihdeasiakkaita kohtaan

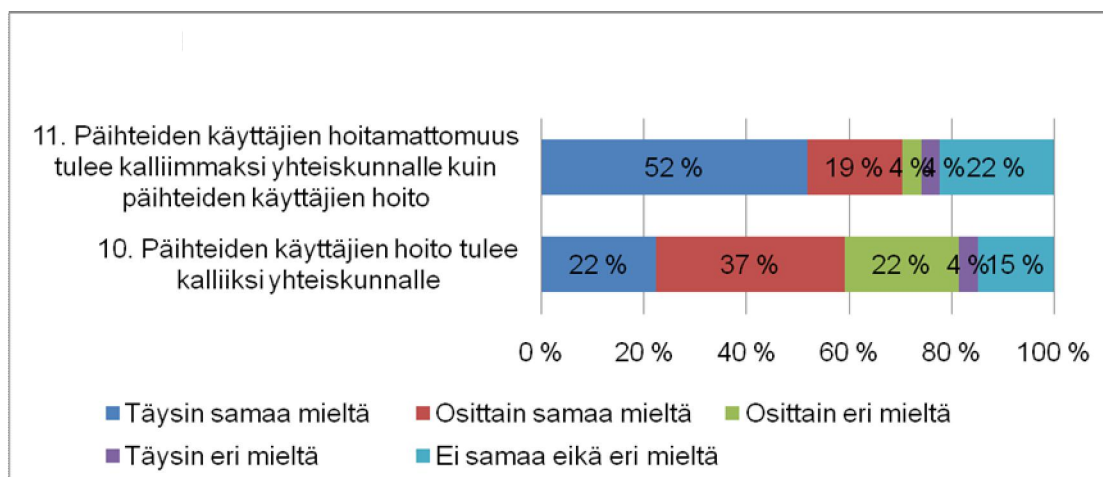
Tutkimusongelmaa ”Millaisia asenteita sairaanhoitajaopiskelijoilla on päihdeasiakkaita kohtaan” vastasivat kyselyn 11 ensimmäistä väittämää, sekä yksi avoin vastauskohta. Kysymyksiin vastasi yhteensä 27 sairaanhoitajaopiskelijaa. Tämän tutkimusongelman tarkoituksena oli kartoittaa millainen käsitys sairaanhoitajaopiskelijoilla on päihderiippuvuudesta sekä päihdehoitotyöstä.

Valtaosa kyselyyn vastanneista sairaanhoitajaopiskelijoista oli sitä mieltä, että päihderiippuvuus on sairaus (väite 1). Kaksi opiskelijaa ei pitänyt päihderiippuvuutta varsinaisesti sairautena (väite 1). Opiskelijat olivat yhtä mieltä siitä, että päihdeasiakkailta on usein ongelmia myös elämänhallinnassa (väite 8). Suuri osa opiskelijoista koki päihdeasiakkaiden hoitotyön vaikeammaksi kuin muiden asiakkaiden (väite 3), joskin osa opiskelijoista ei näe päihdeasiakkaiden hoitamista varsinaisesti vaikeampana muihin asiakkaisiin verrattuna (väite 3). Käsitykset päihdeasiakkaiden hoitoon motivoitumisesta vaihtelevat. Osa opiskelijoista oli sitä mieltä, etteivät päihdeasiakkaat ole motivoituneita hoitoon (väite 9). Osa opiskelijoista taas uskoi, ettei päihdeasiakkailta ole ongelmia hoitoon motivoitumisessa (väite 9). Kuviossa 4 on esitelty edellä mainitut tulokset.



KUVIO 4: Millaisia asenteita sairaanhoitajaopiskelijoilla on päihdeasiakkaita kohtaan?

Hieman yli puolet kyselyyn vastanneista sairaanhoitajaopiskelijoista uskoo, että päihdeiden käyttäjien hoitamattomuus tulee kalliimmaksi yhteiskunnalle kuin päihdeiden käyttäjien hoito (väite 11). Opiskelijoista merkittävä osa uskoo kuitenkin päihdeiden käyttäjien hoidon myös tulevan kalliiksi yhteiskunnalle (väite 10). Nämä tulokset on esitelty kuviossa 5.



KUVIO 5. Millaisia asenteita sairaanhoitajaopiskelijoilla on päihdeasiakkaita kohtaan?

Kyselyn ensimmäiseen avoimeen vastauskohtaan ”Kommentteja ja ajatuksia, esimerkiksi päihdeasiakkaista” vastauksia tuli yhteensä 16. Ensimmäisen avoimen vastauskohdan vastausten perusteella päihdeasiakkaat koettiin haastavina asiakkaina ja päihdeasiakkaiden lisääntyvästä määrästä ollaan huolissaan. Päihderiippuvuus nähtiin sairautena ja päihdeasiakkaat avuntarvitsijoina. Ensimmäisen avoimen vastauskohdan vastausten perusteella esiin nousi myös ehkäisevän päihdehoitotyön merkitys. Päihdeasiakkaiden hoitaminen varhaisvaiheessa nähtiin taloudellisesti kannattavampana kuin vaikeiden päihdeongelmien hoitaminen siinä vaiheessa, kun päihteiden käyttö on jo riistäytynyt käsistä.

”Päihdeasiakkaiden hoitoon motivoiminen voi olla hankalaa, mutta toisaalta niille, jotka hoitoa haluavat, varsinkin huumeiden käyttäjille on liian vähän paikkoja. Usein asiakkaan on käytävä ”pohjalla” ennen kuin on valmis hoitoon. Parasta varmaan interventiot siinä vaiheessa esim. työterveydessä, jolloin alkoholin kohtuukäyttö alkaa lipsumaan liialliseksi.”

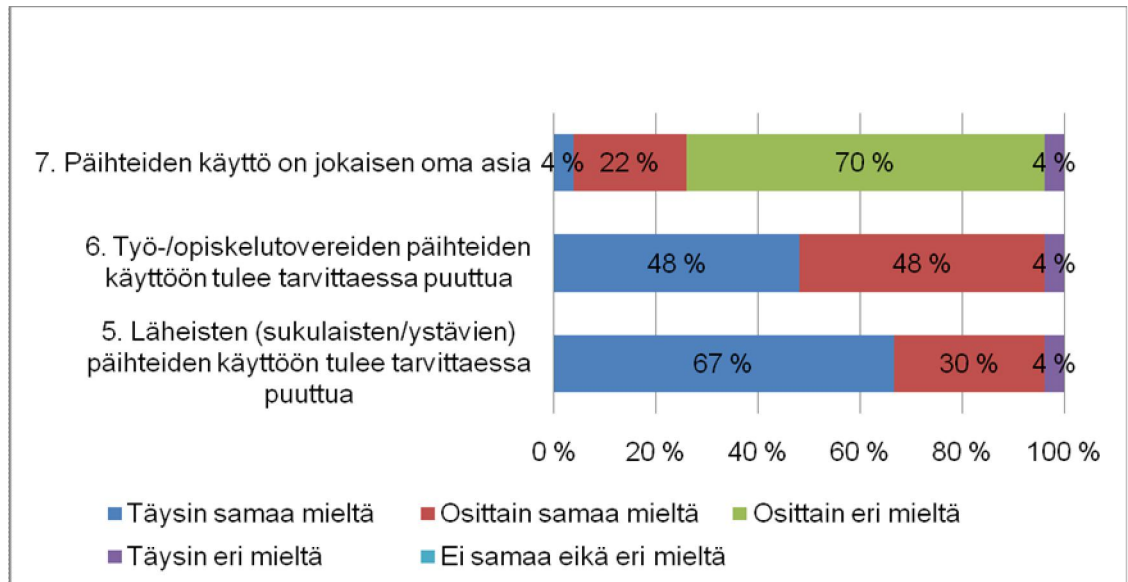
– Kyselyn 1.avoin vastauskohta, 16. vastaus.

7.2 Sairaanhoidajaopiskelijoiden asenteisiin vaikuttavat tekijät

Tutkimusongelmaa ”Mitkä seikat ovat vaikuttaneet sairaanhoidajaopiskelijoiden asenteisiin” vastasivat kyselyn 11 keskimmäistä väittämää, sekä yksi avoin vastausvaihtoehto. Tämän kohdan kysymyksiin vastasi yhteensä 27 sairaanhoidajaopiskelijaa. Kysymyksillä kartoitettiin sairaanhoidajien omaa suhtautumista päihteisiin ja selvitettiin millaisia kokemuksia sairaanhoidajaopiskelijoilla on päihdeasiakkaista ja päihdehoitotyöstä ylipäänsä.

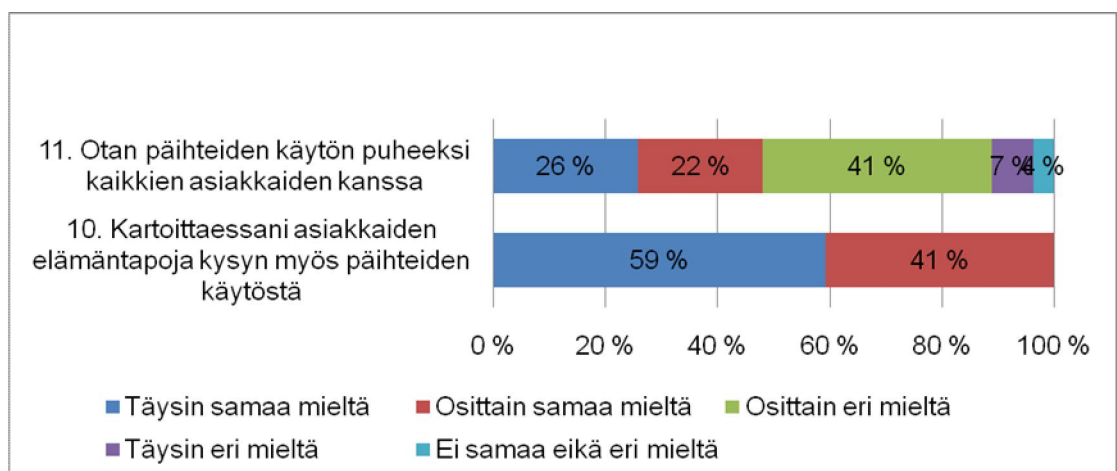
Kyselyyn vastanneista sairaanhoidajaopiskelijoista (n27) lähes kaikki kokivat hallitsevansa oman päihteiden käyttönsä (väite 2). Kukaan opiskelijoista ei pitänyt omaa päihteiden käyttöään hallitsemattomana. Lähes kaikki olivat yhtä mieltä siitä, että sairaanhoidajan tulee hallita oma päihteiden käyttönsä (väite 8). Ainoastaan kahden opiskelijan vastaus poikkesi tästä (väite 8). Edellä mainittuja tuloksia ei ole esitelty erikseen, mutta kaikki tulokset löytyvät tutkimuksen liitteestä 5.

Suurin osa kyselyyn vastanneista sairaanhoidajaopiskelijoista ei usko päihteiden käytön olevan yksiselitteisesti ”jokaisen oma asia” (väite 7). Lähes kaikki kyselyyn vastanneet sairaanhoidajaopiskelijat ovat sitä mieltä, että työ-/opiskelutovereiden päihteiden käyttöön tulee tarvittaessa puuttua (väite 6). Ainoastaan yhden opiskelijan vastaus poikkesi enemmistön vastauksista (väite 6). Lähes kaikki kyselyyn vastanneet opiskelijat ovat myös sitä mieltä, että läheisten (sukulaisten/ystävien) päihteiden käyttöön tulee tarvittaessa puuttua (väite 5). Vain yhden opiskelijan vastaus erosi enemmistön vastauksista (väite 5). Edellä mainitut tulokset on esitelty kuviossa 6.



KUVIO 6. Mitkä seikat ovat vaikuttaneet sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteisiin?

Kyselyn vastausten perusteella yli puolet sairaanhoitajaopiskelijoista otti päihteiden käytön puheeksi kartoittaessaan asiakkaiden elämäntapoja (väite 10). Vain osa opiskelijoista ilmoitti ottaneensa päihteiden käytön puheeksi kaikkien asiakkaiden kanssa (väite 11). Nämä tulokset ovat kuviossa 7.



KUVIO 7. Mitkä seikat ovat vaikuttaneet sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteisiin?

Kyselyn toisen avoimen vastauskohdan ”Kommentteja ja ajatuksia, esimerkiksi päihteiden käytöstä tai asenteista” vastauksia tuli yhteensä 13. Avointen vastausten perusteella opiskelijat ovat sitä mieltä, että hoitoalan ammattilaisen on tärkeää kysyä asiakkaalta päihteiden käytöstä siinä missä esimerkiksi ruokailutottumuksistakin. Päihteiden käytöstä kysyminen koettiin kuitenkin hankalammaksi, pelättiin liiallista tunkeutumista ja toisen osapuolen mahdollista loukkaantumista. Erityisen vaikeaksi opiskelijat kokivat työkaverin päihdeongelmaan puuttumisen.

”Se on hankala asia. Vaikea nostaa esiin läheistenkin kanssa ja hoitotyössä sitä saa olla vielä varovaisempi, työkavereiden päihteiden käytöstä puhumattakaan. Miten puuttua loukkaamatta/suututtamatta? Hoitotyössä ajattelen, että potilaat/asiakkaat saattaa hieman kaunistellakin päihteiden käyttöä.”

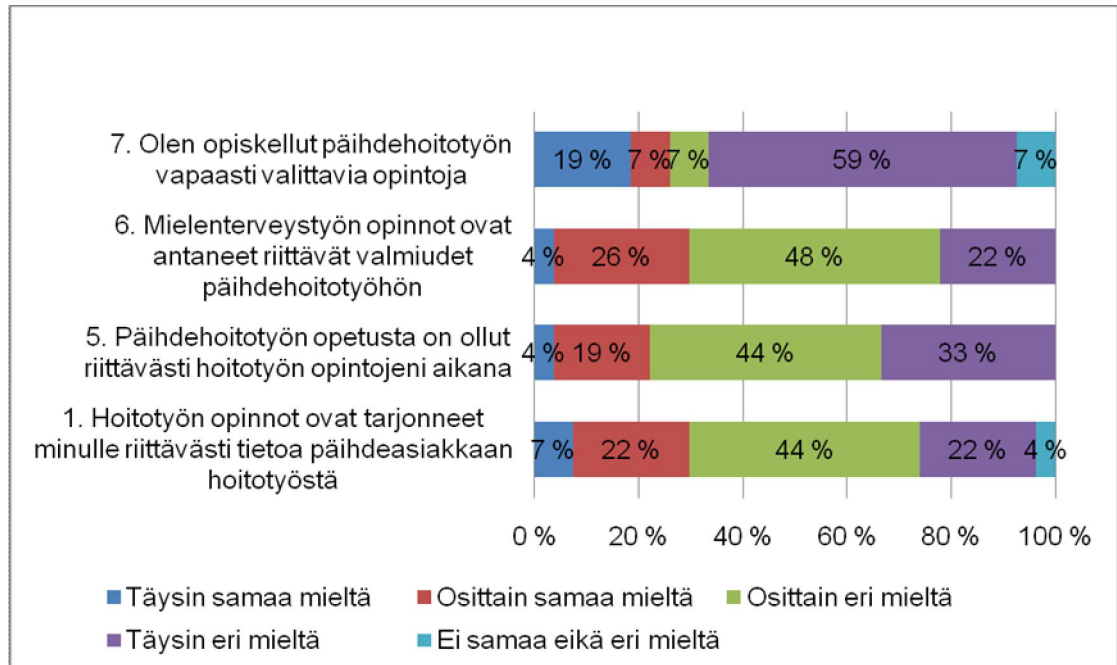
Kyselyn 2. avoin vastauskohta, 9. vastaus.

7.3 Hoitotyön opintojen antamat valmiudet kohdata ja hoitaa päihdeasiakkaita

Tutkimusongelmaa ”Millaisia valmiuksia hoitotyön opinnot ovat antaneet päihdeasiakkaiden kohtaamiseen ja hoitamiseen” vastasivat kyselyn 11 viimeistä väittämää, sekä yksi avoin vastauskohta. Tämän kohdan kysymyksiin vastasi yhteensä 27 sairaanhoitajaopiskelijaa.

Kyselyyn vastanneista sairaanhoitajaopiskelijoista (n27) valtaosa ilmaisi saaneensa liian vähän tietoa päihdehoitotyöstä opintojensa aikana, koska väittämien 1, 5, 6 ja 7 tulokset olivat seuraavat: Väitteen 1 mukaan opiskelijat olivat vastanneet, etteivät hoitotyön opinnot ole tarjonneet riittävästi tietoa päihdeasiakkaan hoitotyöstä. Väitteeseen 5 opiskelijat olivat vastanneet, ettei päihdehoitotyön opetusta ole ollut riittävästi heidän opintojen aikana. Väitteen 6 suhteen opiskelijat olivat vastanneet, etteivät mielenterveystyön opinnot ole antaneet riittäviä valmiuksia päihdehoitotyöhön. Opiskelijoista 16 ei ollut opiskellut päihdehoitotyön vapaasti valittavia opintoja (väite 7), mutta 5

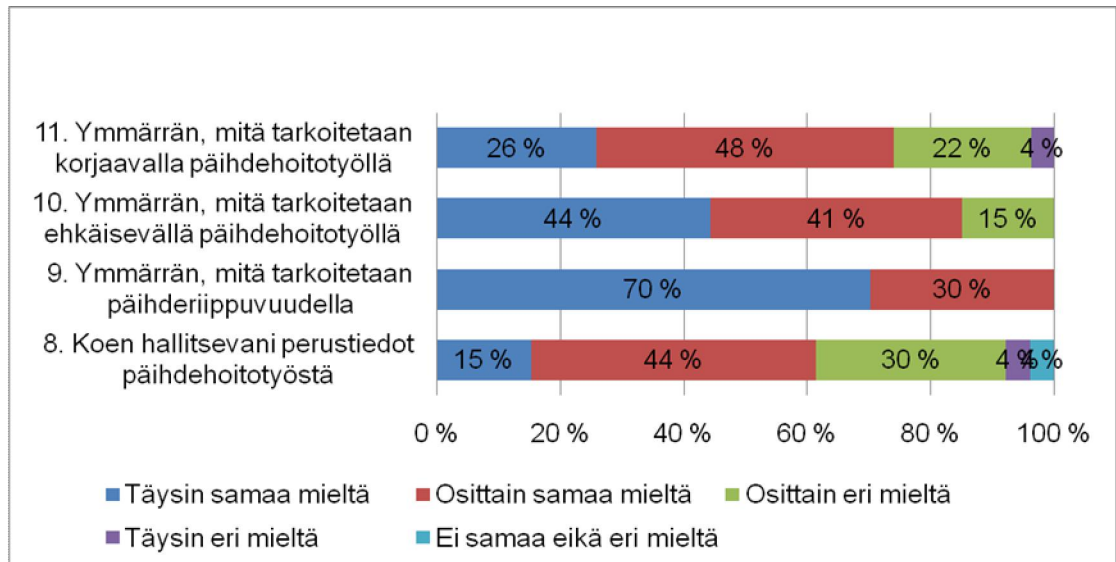
opiskelijaa oli opiskellut päihdehoitotyön vapaasti valittavia opintoja (väite 7). Edellä mainitut tulokset on esitelty kuviossa 8.



KUVIO 8. Millaisia valmiuksia hoitotyön opinnot ovat antaneet päihdeasiakkaiden kohtaamiseen ja hoitamiseen?

Vastanneista sairaanhoitajaopiskelijoista (n27) moni oli hoitanut päihdeasiakkaita opintojen harjoittelujaksojen aikana ja valtaosa opiskelijoista koki päihdeasiakkaan kohtaamisen haastavaksi koska väittämään 2 ja 3 vastattiin seuraavasti: Väitteen 2 mukaan opiskelijoista 26 oli hoitanut päihdeasiakkaita hoitotyön opintojen harjoittelujaksojen aikana. Väitteen 3 mukaan opiskelijoista 22 vastasi päihdeasiakkaiden kohtaamisen olleen haastavaa harjoittelujaksojen aikana. Lisäksi yli puolet opiskelijoista vastasi saaneensa liian vähän ohjausta harjoitteluissa (väite 4). Edellä mainittuja tuloksia ei ole esitelty erikseen, mutta kaikki tulokset löytyvät tutkimuksen liitteestä 5.

Vastanneista sairaanhoitajaopiskelijoista (n27) suurin osa koki omaavansa perustiedot päihdehoitotyöstä opintojensa loppuvaiheessa väitteiden 8, 9, 10 ja 11 perusteella. Kyseisten väitteiden tulokset olivat seuraavat: Opiskelijoista 16 koki hallitsevansa perustiedot päihdehoitotyöstä (väite 8). 9 opiskelijaa ei kokenut hallitsevansa perustietoja päihdehoitotyöstä (väite 8). 17 opiskelijaa vastasi ymmärtävänsä mitä tarkoitetaan päihderiippuvuudella (väite 9). 23 opiskelijaa vastasi ymmärtävänsä mitä tarkoitetaan ehkäisevällä päihdehoitotyöllä (väite 10). 20 opiskelijaa vastasi ymmärtävänsä mitä tarkoitetaan korjaavalla päihdehoitotyöllä (väite 11). Kun taas 7 opiskelijaa vastasi, ettei ymmärrä mitä tarkoitetaan korjaavalla päihdehoitotyöllä (väite 11). Edellä mainitut tulokset on esitelty kuviossa 9.



KUVIO 9. Millaisia valmiuksia hoitotyön opinnot ovat antaneet päihdeasiakkaan kohtaamiseen ja hoitamiseen?

Kyselyn kolmanteen avoimeen kohtaan ”Kommentteja ja ajatuksia, esimerkiksi Jyväskylän ammattikorkeakoulun päihdehoitotyön opinnoista” vastauksia tuli yhteensä 11. 10 vastauksessa oli pohdittu Jyväskylän ammattikorkeakoulun päihdeopintojen vähyyttä ja siihen oltiin tyytymättömiä. Siitä syystä vapaasti valittavien päihdeopintojen tarjontaa kiiteltiin viidessä vastauksessa. Lisäksi

edellä mainittuihin syihin vedoten oman osaamisen puutetta päihdehoitotyön suhteen käsiteltiin kahdessa vastauksessa. Vain yksi vastaaja kertoi olevansa tyytyväinen Jyväskylän ammattikorkeakoulun päihdeopintoihin.

Päihdeasiakkaisiin ja päihdeongelmiin liittyviä asenteita ja niihin vaikuttavia syitä, sekä omia arvoja ja koulutuksen vaikutusta niihin käsiteltiin 2 vastauksessa. Avointen vastausten perusteella Jyväskylän ammattikorkeakoulun päihdehoitotyön opetuksen oltiin pääsääntöisesti tyytymättömiä ja opiskelijat kaipasivat enemmän päihdehoitotyön opetusta perusopintoihin.

”Perusopinnoissa käydään päihdeasiat pintaraapaisuna läpi. Päihdeasioihin tulisi perusopinnoissa kiinnittää entistä enemmän huomiota, koska päihdeiden käyttö lisääntyy, ja päihdeidenkäyttäjiä tavataan jokaisella osastolla aina leikkausosastoa myöten.” – Kyselyn 3. avoin vastauskohta, 1. vastaaja.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteita päihdeasiakkaita kohtaan ja sitä, mikä asenteisiin vaikuttaa. Lisäksi selvitettiin millaisia valmiuksia hoitotyön opinnot ovat antaneet sairaanhoitajaopiskelijoille päihdeasiakkaiden kohtaamiseen ja hoitamiseen. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Jyväskylän ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat, jotka aloittivat vaihtoehtoiset ammattiopinnot tammikuussa 2009.

8.1 Tulosten pohdinta

Kyselyn tulosten perusteella valtaosa sairaanhoitajaopiskelijoista pitää päihderiippuvuutta sairautena, johon liittyvät vaikeudet elämänhallinnassa. Yli puolet (55, 56 %) sairaanhoitajaopiskelijoista uskoo, että päihderiippuvuus voi syntyä jonkin muun sairauden myötä. Kyselyn tulokset tukevat tutkimusta, jonka mukaan riippuvuuden ymmärtäminen myös biologisena ilmiönä auttaa ymmärtämään päihderiippuvaisen ihmisen vaikeuksia selviytyä päihteistä

eroon ilman asianmukaista hoitoa (Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide).

Huomattava osa (48, 15 %) kyselyyn vastanneista sairaanhoitajaopiskelijoista uskoo, että päihdeasiakkailta on vaikeuksia motivoitua hoitoon. Myös Seppä (2003) on havainnut kuinka päihdeasiakkaiden toistuva hakeutuminen hoitoon turhauttaa hoitohenkilökuntaa ja tämän seurauksena hoitohenkilökunta leimaa herkästi päihdeasiakkaat hoitoonsa huonosti motivoituneiksi. Sepän mukaan tulisi muistaa, ettei hyvää hoitotasapainoa saavuteta välittömästi muissakaan sairauksissa (Seppä 2003, 92–93).

Yli puolet (51,85 %) kyselyyn vastanneista sairaanhoitajaopiskelijoista uskoo, että päihteiden käyttäjien hoitamattomuus tulee yhteiskunnalle kalliimmaksi kuin päihteiden käyttäjien hoito. Sairaanhoitajaopiskelijat pitävät päihteiden käyttäjien asianmukaista hoitoa yhteiskunnallisesti merkittävänä ja tuloksista voi päätellä että opiskelijat kokevat ennalta ehkäisevän päihdehoitotyön tärkeäksi ja että siten ehkäistään vakavia päihdeongelmia ja niistä aiheutuvia pitkiä ja kalliita hoitajaksoja. Myös suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä korostaa, kuinka huumeongelman hoitaminen tulee yhteiskunnalle halvemmaksi kuin hoidotta jättäminen (Huumeongelman käypä hoito 2006).

Sairaanhoitajaopiskelijat vastasivat kysyvänsä kaikilta asiakkailta päihteidenkäytöstä kartoittaessaan asiakkaiden elämäntapoja. Silti vain 7 opiskelijaa ilmoitti ottavansa päihteiden käytön puheeksi kaikkien asiakkaiden kanssa. Tulokset tukevat samaa tietoa mistä Seppä on kirjoittanut alkoholi- ja huumeutkimuksen vuosikirjassa (Raitasalo, Alho, Lindeman, Roine ja Tigerstedt 2005): ”Terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilökunta pelkää, että asiakkaat loukkaantuvat ja hoitosuhde kärsii jos alkoholin käyttö otetaan terveydenhuollossa puheeksi, vaikka tutkimusten mukaan 98 % terveyskeskukseen hakeutuvista potilaista suhtautuu positiivisesti tai neutraalisti alkoholikeskusteluun” (Raitasalo, ym. 2005).

Kyselyyn vastanneista sairaanhoitajaopiskelijoista valtaosa ilmaisi saaneensa liian vähän tietoa päihdehoitotyöstä opintojensa aikana. Kyselyn tulokset olivat

tältä osin samansuuntaisia kuin Havion (2008) esittämät näkemykset siitä, kuinka tällä hetkellä päihdehoitotyön opetus vastaa päihdeosaamisen tarvetta vain osassa oppilaitoksia (Havio, ym. 2008, 235). Tästä huolimatta 16 opiskelijaa koki hallitsevansa perustiedot päihdehoitotyöstä, kun taas 9 opiskelijaa ei kokenut hallitsevansa perustietoja päihdehoitotyöstä.

Opiskelijoista 22 vastasi päihdeasiakkaiden kohtaamisen olleen haastavaa harjoittelujaksojen aikana. Yksi selittävä tekijä kyseiselle vastaukselle voi olla se, että yli puolet opiskelijoista vastasi saaneensa liian vähän ohjausta harjoitteluissa. Lisäksi kyselyn kolmannen avoimen kohdan vastausten perusteella on hyvä pohtia myös Jyväskylän ammattikorkeakoulun päihdeopintojen riittävyttä ja mikä vaikutus sillä on sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteisiin. Opiskelijoista 10 käsitteli vastauksissaan Jyväskylän ammattikorkeakoulun päihdeopintojen vähyyttä, vastauksista nousi esiin erityisesti perusopinnot. Hoitotyön perusopintojen päihdehoitotyön osuutta pidettiin liian vähäisinä. Viidessä vastauksessa kiiteltiin vapaasti valittavien opintojen kursseja joilla käsitellään päihdetyötä. Tulokset tukevat opetusministeriön kartoitusta ”Päihdeongelmien ehkäisy ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö” (Opetusministeriö 2007). Mietinnön mukaan kiinnostus päihdetyötä kohtaan on kasvanut ammattikorkeakouluissa sekä sosiaali- että terveysalalla. Mietinnössä tuodaan esiin muun muassa muun muassa ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveysalan kirjavia käytänteitä päihdeopintojen suhteen. Vaikka päihdetyön opetuksesta olisi kirjattu tavoitteita opetussuunnitelmaan, voi opetuksen toteutus jäädä vähäiseksi (Opetusministeriö 2007, 36).

8.2 Johtopäätökset

Tutkimuksen tulosten mukaan vastanneet sairaanhoitajaopiskelijat kokevat päihdeasiakkaat jonkin verran pelottaviksi. Sairaanhoitajaopiskelijoiden mielestä päihdeasiakkaiden hoitaminen on haastavampaa kuin muiden asiakkaiden hoitaminen. Lisäksi sairaanhoitajaopiskelijat kokevat että päihdeasiakkaat eivät ole motivoituneita hoitoon. Sairaanhoitajaopiskelijat kokivat myös päihteen käytön puheeksi ottamisen haastavaksi ja vastausten

mukaan opiskelijat eivät kysy asiakkailta systemaattisesti päihteiden käytöstä elämäntapojen kartoituksen yhteydessä. Toisaalta opiskelijat näkevät ennaltaehkäisevän päihdehoitotyön äärimmäisen tärkeänä päihdeongelmien hoidossa ja että sairaanhoitajan asenteilla on suuri merkitys päihdeasiakkaan hoitotyössä.

Kyselyn toisen avointen vastausten- sekä väitteiden tulosten perusteella sairaanhoitajaopiskelijat ovat sitä mieltä, että päihteiden käyttö on periaatteessa jokaisen oma asia, kunhan päihteiden käytöstä ei ole merkittävää haittaa itselle tai ympäristölle. Ystävien ja sukulaisten liialliseen päihteiden käyttöön puututaan huomattavasti herkemmin kuin työ- tai opiskelutovereiden päihteiden käyttöön. Erityisesti työtovereiden päihteiden käyttöön puuttumista pidetään hankalana, pelätään tunkeiluna ja liiallista puuttumista toisten asioihin. Asenteet voivat kieliä omista tiedostamattomista alkoholiasenteista (Havio, ym. 2008, 183–184; Seppä 2003, 93). Sepän mukaan esteet päihdeongelman kohtaamisessa voivat johtua päihdehoitotyön tietojen ja taitojen puutteesta, omista kielteisistä asenteista, kiireestä ja aikapulasta töissä, hoitosuhteen vaurioittamisen pelosta, sekä työyhteisön- ja työn johdon tuen puutteesta (Seppä 2003, 93).

Kyselyn vastausten perusteella sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteisiin päihdeasiakkaita kohtaan vaikuttavat tiedot ja taidot päihdehoitotyötä koskien. Koulutuksen merkitys nousi myös esiin tutkimuksen teoriaosuudessa. Kyselyyn vastanneet sairaanhoitajaopiskelijat pohtivat avoimissa vastauksissa niin osaamisen kuin asenteiden olevan riippuvaisia päihdehoitotyön opetuksesta ja sen määrästä hoitotyön opinnoissa. Toisaalta osa vastanneista sairaanhoitajaopiskelijoista pohti avoimissa vastauksissa työelämän kartuttavan tietotaitoja päihdehoitotyön suhteen koulutuksen ohella. Tuloksista kävi ilmi, että sairaanhoitajaopiskelijat kaipasivat enemmän opintoja päihdehoitotyöstä ja eniten he kaipasivat kyseisiä opintoja osaksi hoitotyön perusopintoja.

8.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheita

Tämän opinnäytetyön myötä Jyväskylän ammattikorkeakoulu saa tietoa sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteista päihdeasiakkaita kohtaan. Jyväskylän ammattikorkeakoulu voi käyttää tutkimuksen tuloksia suunnitellessaan ja kehittäessään hoitotyön koulutusohjelman päihdehoitotyön opintoja. Tutkimustulosten perusteella sairaanhoitajaopiskelijat kokevat, että Jyväskylän ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opinnot tulisi olla laajemmat päihdehoitotyön osalta. Päihdehoitotyön opinnot voisi sisällyttää osaksi terveyden edistämisen opintoja sekä mielenterveys- ja kriisihoitotyön opintoja. Sairaanhoitajaopiskelijat kaipasivat vastausten mukaan niin konkreettisia tietoja päihdehoitotyöstä kuin omien arvojen ja asenteiden pohdintaa osana päihdehoitotyön opintoja. Tutkimustulosten perusteella päihdehoitotyön opintoja tulisi olla enemmän osana ammatillisia perusopintoja, jotta jokaisella sairaanhoitajalla olisi valmistuttuaan samanlaiset valmiudet kohdata ja hoitaa päihdeasiakkaita riippumatta siitä mitä valitsee vaihtoehtoisiksi ammattiopinnoiksi tai vapaasti valittaviksi opinnoiksi.

Jatkotutkimusehdotuksista nousi ensimmäisenä esiin kyselyn uusiminen jonkin ajan kuluttua. Erityisesti kysely on hyvä uusia kun Jyväskylän ammattikorkeakoulu muuttaa tai kehittää päihdehoitotyön opetusta hoitotyön opintojen osalta. Jatkotutkimusaihe voisi esimerkiksi olla kuinka laajemmat päihdehoitotyön opinnot ovat vaikuttaneet sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteisiin päihdeasiakkaita kohtaan? Lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää millaisia vastauksia asenteita tutkittaessa ilmeni jos tutkimuksen toteutustapa kyselyn sijaan olisi haastattelu? Kysely voitaisiin myös toteuttaa laajemmalle kohderyhmälle, esimerkiksi kaikille Jyväskylän ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoille tai vasta-aloittaneille sairaanhoitajaopiskelijoille ja opintojensa loppuvaiheessa oleville sairaanhoitajaopiskelijoille. Tällöin voitaisiin verrata miten opintojen eri vaiheissa olevien sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteet mahdollisesti eroavat toisistaan. Kysely voitaisiin myös tehdä samalle kohderyhmälle kahdesti: ensiksi opintojen alussa ja uudelleen opintojen loppuvaiheessa.

8.4 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Ajatus opinnäytetyön aiheesta syntyi kiinnostuksesta päihdehoitotyötä kohtaan sekä uteliaisuudesta päihdehoitotyöhön liittyviä asenteita kohtaan. Aiheen valintaan vaikutti osaltaan myös Jyväskylän ammattikorkeakoulun päihdehoitotyön opinnot. Opinnäytetyön aihe oli haastava, koska sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteita päihdeasiakkaita koskien ei juuri ole tutkittu. Hoitajien asenteista päihdeasiakkaita kohtaan ei myöskään löytynyt tietoa. Sen sijaan päihdehoitotyön opetuksesta ja ylipäätään päihdehoitotyöstä löytyi tietoa hyvin. Opinnäytetyön tekeminen oli pitkä prosessi aiheen haastavuuden vuoksi. Työn suunnittelu vei paljon aikaa ja aiheita piti hioa useaan kertaan. Alun perin tutkimus oli tarkoitus toteuttaa erittäin laajana. Opinnäytetyö on tehty alusta alkaen lähinnä sähköpostin, mutta myös puhelimen, Windows Live Messengerin ja Facebookin välityksellä, mikä on ajoittain vaikuttanut negatiivisesti työn tekoon ja keskinäiseen kommunikointiin.

Mittarin laadinnassa vaikeuksia tuotti kysymysten muokkaaminen ja kysymysten rajaaminen aiheita ja mittaria vastaaviksi. Lisäksi kyselyssä käytetty Digium Enterprise – ohjelma määrittä osaltaan millainen kyselyn tuli olla. Kysymysten laadinnassa auttoi ohjaajien lisäksi myös Päihdepalvelusäätiön kehittämispäällikkö Eero Pirttijärvi. Lisäksi kyselyn testaaminen auttoi havaitsemaan ongelmakohtat ja testaajat antoivat perusteellista palautetta.

Kyselyn tekeminen ja toteuttaminen oli mielenkiintoista. Kyselyn vastausten lukeminen oli antoisaa ja oli hienoa huomata, että Jyväskylän ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat vastasivat avoimesti ja perusteellisesti myös kyselyn avoimiin vastauskohtiin. Vastauksista huomasi, että opiskelijat olivat todella panostaneet vastauksiin ja että he kokivat aiheen tärkeäksi. Tämä tuntui palkitsevalta työn edetessä. Kokonaisuudessaan tutkimuksen lopputulos oli tyydyttävä.

Kaikenlaiset asenteet sairaanhoitajaopiskelijoiden keskuudessa ovat ymmärrettäviä, koska sairaanhoitajaopiskelijatkin ovat ihmisiä. Lisäksi opiskelu ammattiin on kesken ja ura hoitoalalla vasta aluillaan.

Terveystieteiden ammattilaisena päihteiden käyttöön puuttumisen tulee olla aktiivista, ennakkoluulotonta ja hienotunteista. Sairaanhoitajan asenteet vaikuttavat siihen kuinka hän toteuttaa päihdehoitotyötä. Koulutuksella voidaan vaikuttaa asenteisiin päihdeasiakkaita kohtaan, mikä taas vaikuttaa muun muassa kuinka kohtaa päihdeasiakkaan, miten ottaa päihteiden käytön puheeksi, sekä siihen millaista päihdehoitotyötä toteuttaa.

10 LÄHTEET

Aarnisalo, P. & Karvonen, P. 2003. Artikkelissa: Biologinen näkökulma päihdetyössä. Teoksessa: Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 3. uudistettu painos. Toim. Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 99–106.

Alkoholiongelmaisen käypä hoito. 24.3.2005. Alkoholiongelmaisen hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu: 23.3.2009
<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50028>.

Ahlström, S. 2003. Artikkelissa: Sosiokulttuurinen tausta ja juomatavat. Teoksessa päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Toim. Salaspuro, K., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 22-32.

Dahl, P. & Hirshcohivits, T. 2002. Tästä on kyse - tietoa päihteistä. 4. uud. p. Helsinki: Hakapaino Oy.

Digium Enterprise käytännössä 2008. Viitattu 15.12.2008.
<http://www.digium.fi/fi/page279.html>.

Erwin, P. (suom. Ahokas, M.) 2005. Asenteet ja niihin vaikuttaminen. Helsinki: WSOY.

Gröhn, E. 2008. Mini- interventio työyhteisön päihdeongelmissa – voimavaralähtöinen puheeksiottaminen – koulutuspäivä 20.2.2008. Jyväskylä. Viitattu 18.9.2008. Luentomateriaali.

Halonen, P. ja Paakeli – Kurronen, P. 2006. Päihdehoitotyön auttamismenetelmät katkaisuhuolto-osastolla – Asiakkaiden ja hoitajien kuvaamana. Pro gradu - tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.). 2008. Päihdehoitotyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Havio, M. & Holmberg, J. 2008. Päihdehoitotyön opetuksen puutteesta tulossa terveysriski. Sairaanhoidaja 9/2008, 40 - 42.

Heikkilä, T. 1999. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Heljälä, L., Jurvansuu, H. & Kuokkanen, M. 2006. Alkoholin riskikäyttäjien mini- interventio työterveyshuollossa. Työterveyslaitos, STM Alkoholiohjelma. Vammalan Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holmberg, J. 2008. Artikkelissa: Mielenterveys- ja päihdehoitotyö haastaa sairaanhoitajan. Teoksessa: Tämä potilas kuuluu meille - Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. ja Agge, E. (toim). Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.

Huumeongelman käypä hoito. 23.1.2006. Huumeongelman hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 23.3.2009.

<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50041>

Jyväskylän ammattikorkeakoulu. 2008. www.jamk.fi _Koulutustarjonta _AMK-
tutkinnot, nuorten koulutus _Sosiaali- ja terveysala_Hoitotyö_hoitotyön
suuntautumisvaihtoehto. Viitattu: 14.9.2008.

<http://www.jamk.fi/koulutus/tutkinnot/nuoret/sosiaalijaterveysala/hoitotyö/hoitotyonsv>.

Järvelä, S. 2004. Kokemuksia alkoholin aiheuttamista vieroitusoireista. Pro gradu – tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Knuuti, U. 2007. Matkalla marginaalista valtavirtaan? - Huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta, yhteiskuntapolitiikan laitos. Helsinki.

Koivisto, L. 2004 Huumeiden käyttäjien perhe, elämäntapa ja hoito. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kulmala, A. 2006. Kerrottuja kokemuksia leimatusta identiteetistä ja toiseudesta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.

Laari, L., Opari, P. & Varamäki, R. 2008. Suomalaisten alkoholiasenteet. Terveysten edistämisen keskuksen julkaisuja 3/2008. Viitattu 1.9.2009. http://www.health.fi/timage.php?i=100468&f=3&name=Suomalaisten_alkoholiasenteet_2008.pdf

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

Levänen, K. 2006. Päihdetyötä tekevän sairaanhoitajan toivo. Pro Gradututkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Mattila, K-P. 2007. Arvostava kohtaaminen arjessa, auttamistyössä ja työyhteisöissä. Jyväskylä: PS- kustannus.

Miller, W. 2008. Teoksessa: Kohti muutosta- motivointimenetelmiä päihde- ja käytäytymisongelmiin. Koski- Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.) Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 17, 21-23

Murto, L. 2003. Artikkelissa: Päihdehuollon suomalainen malli kansainvälistyvässä ympäristössä. Teoksessa: Huumeidenkäyttäjä hyvinvointivaltiossa. Kaukonen, O. & Hakkarainen, P. (toim.) 2003. Helsinki: Yliopistopaino.

Niemelä, O. & Laine, P. 2000. Päihdeongelmainen potilas. Päihteiden aiheuttamat terveyshaitat, tunnistus ja hoito. Ohjekirja. Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 10/ 2000. Oulu: Yliopistopaino.

Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Viitattu: 14.9.2008. www.minedu.fi/Julkaisut Viitattu: 14.9.2008.

Opetusministeriö 2007. Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö. Julkaisusarja: Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2007:17. Viitattu 9.1.2009
[http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2007/liitteet/tr17.pdf?ang=fi](http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2007/liitteet/tr17.pdf?lang=fi)

Osseman, D. & Buisman, W. 2004. Artikkelissa: Päihdetieto terveydenhoidon ammattilaisten koulutuksessa. Teoksessa: Kouluttajan työkalupakki, Transdrug – projekti -Kättä pidempää päihdekoulutuksen kehittämiseen. A-Klinkkasäätiön raporttisarja nro 44, 22–31.

Pirttijärvi, E. 2009. Neuvoja opinnäytetyöhön liittyen. Sähköpostiviestit ajalta 30.5.2008 - 5.1.2009. Vastaanottaja Rutanen, K. Ajatuksia päihdehoitotyöstä ja päihdeongelmista.

Poikolainen, K. 2003. Artikkelissa: Päihderiippuvuuden ja haitallisen käytön diagnostikka. Teoksessa: Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Toim. Salaspuro, K., Kiianmaa, K. & Seppä, K. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 76- 82.

Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide. National Institute of Drug Abuse. Viitattu 23.3.2009
<http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODAT4.html..>

Päihdetilastollinen vuosikirja 2007. Alkoholi ja huumeet. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pönttiö, A. & Vesterinen, V. 2005. Sairaanhoidajien kokemuksia päihtyneiden potilaiden kohtaamisesta Keski-Suomen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala.

Raitasalo, K., Alho, H., Lindeman, J. Roine, R. & Tigerstedt, C. (toim.) 2005. Tommi 2005. Alkoholi – ja huumeetutkimuksen vuosikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.

Rauhala, M. Päihdepotilas perusterveydenhuollossa. PowerPoint- esitys. Viitattu 11.12.2008.

<http://www.fskompetenscentret.fi/index.php?target=File&action=show&cms%5Bid%5D=116>.

Rutanen, S. & Tenosalmi – Vänskä, M. 2002 Katkaisu ei ole ratkaisu mutta se on alku – Päihteidenkäyttäjän motivoimisesta ja hoitoon sitoutumisesta. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala.

Saarelainen, A. 2003. Artikkelissa: Päihteet ja päihteiden väärinkäyttö. Teoksessa: Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 3. uudistettu painos. Toim. Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 39–44.

Seppä, K. 2003. Artikkelissa: Asenteet. Teoksessa: Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Toim. Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 91–94.

Seppä, K. 2003. Artikkelissa: Alkoholiongelman varhaistoteaminen. Teoksessa: päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Toim. Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 57 – 63.

Seppä, K. 2003. Artikkelissa: Päihdelainsäädäntö. Teoksessa: Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Toim. Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 83–90.

Seppälä, P. & Mikkola, M. 2004. Huumeet Internetissä ja nuorisokulttuureissa. Havaintoja huumeiden merkityksistä ja riskikäsitteistä käyttäjäpiireissä. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Simonen, T. 2000. Huumeiden käyttäjien hoitomotivaatioon vaikuttavat ja käytön uudelleen aloittamista ehkäisevät tekijät: Kokemuksia entisten huumeiden käyttäjien, heidän äitiensä ja perheenäkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Soikkeli, M. 2002. Miten puhua huumeista. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) Ehkäisevä päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2002. Päihdepalvelujen laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002: 3. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkautuminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 10.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Sairaanhoitajan liittokokous 28.9.1996. Viitattu: 11.12.2008.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_työ_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_työ/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sairaanhoitajan työ. Viitattu: 19.8.2008.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_työ_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_työ/.

Sutinen, E. 2005. Päihdehoitotyö työterveyshoitajan näkökulmasta. Pro Gradu- tutkielma. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa - Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vuori-Kemilä 2003. Artikkelissa: Asiakassuhde hoidossa ja kuntoutuksessa. Teoksessa: Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 3. uudistettu painos. Toim. Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 66–87.

Warsell, L. & Vertio, H. 2003. Artikkelissa: Päihdehaittojen ehkäisystrategiat ja ehkäisevä päihdetyö. Teoksessa: Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Toim. Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 50–56.

LIITTEET LIITE 1: Tutkimuslupahakemus



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JYVÄSKYLÄ UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tutkimuslupahakemus

1 (3)

Hakijan tiedot	Nimi Katarina Rutanen (KR) Anna Hirvonen (AH)	Henkilötunnus KR: 170183 - AH: 280980
	Katuosoite KR: Kiivärinentaankatu 10, talo 7A9 AH: Puistokaari 15C43	Postinumero KR: 40100 AH: 00200
	Puhelin KR: 0408348671 AH: 0452362280	Postitoimipaikka KR: JYVÄSKYLÄ AH: HELSINKI
	Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö	Sähköpostiosoite KR: katarina.rutanen.sho@jamk.fi AH: anna.hirvonen.sho@jamk.fi
Tutkimuksen ohjaaja	Nimi PirKKO Oittinen / MARIO PALOVAARA	Hakijan tehtävä/virka-asema KR & AH: Sairaanhoitajaopiskelija
	Toimipaikka ja osoite Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö, Keskussairaalan tie 21, 40620 JYVÄSKYLÄ	Oppiarvo ja ammatti P.O. Lehtori / Opinmäärityksen ohjaaja M.P. Lehtori / Opinmäärityksen ohjaaja
	Puhelin P.O.: 0400391692 M.P.: 0400976746	Sähköpostiosoite pirkko.oittinen@jamk.fi mario.palovaara@jamk.fi
Tutkimuksen toimeksiantaja	Toimeksiantaja Jyväskylän ammattikorkeakoulu	
Päiväys ja allekirjoitus	Yhteystiedot Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö, Keskussairaalan tie 21, 40620 Jyväskylä	
	Paikka ja päivämäärä Jyväskylä 2/2/2009	Allekirjoitus (myös Anna Hirvosen puolesta) Katarina Rutanen
Esittelijä täyttää	<input checked="" type="checkbox"/> Puollan tutkimusluvan myöntämistä	<input type="checkbox"/> En puolla tutkimusluvan myöntämistä
	Perustelut	
Tiedottaminen päätöksestä	<input checked="" type="checkbox"/> esittelijälle <input checked="" type="checkbox"/> tutkimusluvan hakijalle <input type="checkbox"/> tietohallintopäällikölle <input type="checkbox"/> henkilöstöpäällikölle <input type="checkbox"/> opintotoimistonpäällikölle	
Päiväys ja esittelijän allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä Jyväskylä 3/2/09	Allekirjoitus Eini Catmala
Päätätjä täyttää	Tutkimusluvan myöntäminen <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään <input type="checkbox"/> Tutkimuslupaa ei myönnetä	
	Myöntämisen ehdot <input checked="" type="checkbox"/> Hakijan tulee toimittaa valmis raportti tutkimuksen valmistuttua ja esitellä tutkimuksen tulokset suullisesti <input type="checkbox"/> Muut ehdot	
	Perustelut myöntämättä jättämiselle	
Päätätjän nimi	Jussi Halttunen rehtori	
Päiväys ja päätätjän allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä Jyväskylä 5/2/2009	Allekirjoitus Jussi Halttunen



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JYVÄSKYLÄ UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tiivistelmä
tutkimussuunnitelmasta

Tutkimuksen tekijä/ -t	Katarina Rutanen ja Anna Hirvonen	
Tutkimuksen nimi	Sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteet päihdeasiakkaita kohtaan koulutuksen aikana	
Tutkimuksen tausta	Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajaopiskelijoiden (JAMK) asenteita päihdeasiakkaita kohtaan ja sitä, mikä asenteisiin vaikuttaa. Lisäksi tavoitteena on selvittää millaisia valmiuksia Jyväskylän ammattikorkeakoulun hoitotyön opinnot ovat antaneet sairaanhoitajaopiskelijoille päihdeasiakkaiden kohtaamiseen ja hoitamiseen.	
Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimusongelmat	Tutkimusongelmat: 1. Millaisia asenteita sairaanhoitajaopiskelijoilla on päihdeasiakkaita kohtaan? 2. Mitkä seikat ovat vaikuttaneet sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteisiin? 3. Millaisia valmiuksia hoitotyön opinnot ovat antaneet päihdeasiakkaiden kohtaamiseen ja hoitamiseen?	
Tutkimuksen aikataulu	Opinnäytetyön on tarkoitus valmistua kevään 2009 aikana. Kysely on tarkoitus toteuttaa 16.2.2009.	
Jyväskylän ammattikorkeakoulun rooli tutkimuksessa (vastuut, velvollisuudet ja hyöty)	Jyväskylän ammattikorkeakoulu on opinnäytetyön toimeksimantaja. Jyväskylän ammattikorkeakoulu saa opinnäytetyön myötä tietoa sairaanhoitajaopiskelijoita koskien ja voi käyttää työn tietoja päihdehoitotyön opetusta kehittäessä.	
Tutkimuksen rahoitus, rahoittajat ja budjetti	-	
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä Jyväskylä 2/2/2009	Allekirjoitus (Myös Anna Hirvosen puolesta:) Katarina Rutanen

Liitteenä hyväksytty tutkimussuunnitelma



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JYVÄSKYLÄ UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Pyyntö saada henkilötietoja viranomaisen 3 (3)
henkilörekisteristä julkisuuslain
(621/1999) 16.3§:n nojalla

Tutkimuskohde ja sen rajaus	
Jyväskylän ammattikorkeakoulun opiskelijat (luvan antaneet)	Jyväskylän ammattikorkeakoulun henkilökunta
<input checked="" type="checkbox"/> nuoret <input type="checkbox"/> aikuiset <input type="checkbox"/> ylempi amk <input type="checkbox"/> erikoistumisopinnot <input type="checkbox"/> avoin amk <input type="checkbox"/> opettajakorkeakoulu	<input type="checkbox"/> opettajat <input type="checkbox"/> muu henkilökunta
<input checked="" type="checkbox"/> läsnä olevat <input type="checkbox"/> poissaolevat <input type="checkbox"/> koko ammattikorkeakoulu	<input type="checkbox"/> toistaiseksi voimassa oleva työsuhde <input type="checkbox"/> määräaikainen työsuhde <input type="checkbox"/> koko ammattikorkeakoulu
<input checked="" type="checkbox"/> tietty/tietyt yksiköt/koulutusohjelmat, mitkä <i>hoitoyön koulutusohjelma, sairaanhoitajaopiskelijat</i>	<input type="checkbox"/> tietty/tietyt yksiköt/koulutusohjelmat, mitkä
<input type="checkbox"/> opintojen aloitusvuosi	<input type="checkbox"/> muu rajaus
<input checked="" type="checkbox"/> muu rajaus (esim. tietty opintopistemäärä) <i>Sairaanhoitajaopiskelijat jotka ovat aloittaneet vaihtoeholliset ammattiopinnot tammikuussa 2009</i>	<input type="checkbox"/> kaikki ehdot täyttävät henkilöt <input type="checkbox"/> satunnaisotos _____ henkilöä
<input checked="" type="checkbox"/> kaikki ehdot täyttävät henkilöt <input type="checkbox"/> satunnaisotos _____ henkilöä	
Tietojen toimitusmuoto: <input checked="" type="checkbox"/> sähköpostina <input type="checkbox"/> postilla	Tietojen toimitusmuoto: <input type="checkbox"/> sähköpostina <input type="checkbox"/> postilla
Listalle tulostettavat tiedot: <input type="checkbox"/> sukunimi ja etunimi <input checked="" type="checkbox"/> koulutusohjelma/koulutus <input type="checkbox"/> osoitetiedot <input checked="" type="checkbox"/> sähköpostiosoite <input type="checkbox"/> puhelinnumero <input type="checkbox"/> muuta, mitä? _____	Luovutetaan vain henkilökunnan sähköpostitiedot.
Tiedot pyydetään toimittamaan <i>11/2/2009</i> mennessä. (Varaudu noin 2 viikon toimitusaikaan.)	Tiedot pyydetään toimittamaan ___/___/___ mennessä. (Varaudu noin 2 viikon toimitusaikaan.)
<input checked="" type="checkbox"/> Sitouden käyttämään saamiini tietoja vain tässä hakemuksessa ja sen liitteissä ilmoitettuun tarkoitukseen enkä luovuta tai myy tietoja edelleen. <input checked="" type="checkbox"/> Sitouden myös hävittämään aineiston tulosten julkaisemisen jälkeen.	
Päiväys ja allekirjoitus	
Paikka ja päivämäärä <i>Jyväskylä 22.2.2009</i>	Allekirjoitus (myös Anna Hännösen puolesta) <i>Katarina Pitäinen</i>

LIITE 2: 1. Sairaanhoidajaopiskelijoille suunnattu kysely ja sen saatesanat

Hyvä sairaanhoidajaopiskelija,

Teemme opinnäytetyötä, jonka nimi on: Sairaanhoidajaopiskelijoiden asenteet päihdeasiakkaita kohtaan koulutuksen aikana. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoidajaopiskelijoiden asenteita päihdeasiakkaita kohtaan ja mikä asenteisiin vaikuttaa. Lisäksi tavoitteena on selvittää, millaisia valmiuksia hoitotyön opinnot ovat antaneet sairaanhoidajaopiskelijoille päihdeasiakkaiden kohtaamiseen ja hoitamiseen. Toteutamme tutkimuksen kyselynä. Kyselyn kohderyhmänä ovat Jyväskylän ammattikorkeakoulun sairaanhoidajaopiskelijat, jotka ovat aloittaneet keväällä 2009 vaihtoehdotiset ammattiopinnot.

Toivomme Sinun vastaavan kyselyymme. Antamasi vastaukset käsitellään nimettömänä ja ehdottoman luottamuksellisina. Tutkimuksen tulokset julkaistaan opinnäytetyössämme ja esitellään opinnäytetyön esitystilaisuudessa. Tutkimuksen tuloksista ei käy ilmi seikkoja, joista vastaajan voisi päätellä muu kuin vastaaja itse. Jos sinulle tulee kysyttävää, älä epäröi ottaa yhteyttä!

Alla on esitelty erilaisia väittämiä asenteita koskien. Aiheena ovat päihdehoitotyö, päihdeasiakkaat ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun hoitotyön opinnot. Termillä "päihde" tarkoitetaan tässä yhteydessä alkoholia, huumausaineita sekä päihtymistarkoituksessa käytettyjä lääkkeitä. "Päihdeasiakkaalla" tarkoitetaan tässä yhteydessä henkilöä, jolla on ongelma alkoholin-, huumausaineen-, lääkkeiden tai kaikkien edellä mainittujen päihteiden kanssa yhtäaikaisesti.

Kysymykset on jaettu aihealueittain kolmeen ryhmään. Valitse jokaisen väittämän kohdalta mielpidettäsi lähinnä oleva vaihtoehto. Vastausvaihtoehdot ovat:

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

Jokaisen kysymysryhmän jälkeen on avoin kirjoitustila, johon voit esimerkiksi täydentää vastauksia omin sanoin tai kirjoittaa kommentteja ja ajatuksia kysymysten aiheisiin liittyen.

1. Millaisia asenteita sairaanhoitajaopiskelijoilla on päihdeasiakkaita kohtaan?

1. Päihderiippuvuus on sairaus.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

2. Kohtaamiseni päihdeasiakkaan kanssa on ollut luontevaa.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

3. Koen päihdeasiakkaiden hoitamisen vaikeammaksi kuin muiden asiakkaiden hoitamisen.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

4. Päihdeasiakkaat pelottavat minua.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

5. Päihderiippuvuuden huomaa ihmisestä päällepäin.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

6. Päihderiippuvuus voi syntyä jonkin muun sairauden myötä.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

7. Päihderiippuvuus on itse aiheutettua.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

8. Päihdeasiakkailla on usein ongelmia elämänhallinnassa.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

9. Päihdeasiakkaat eivät ole motivoituneita hoitoon.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

10. Päihteiden käyttäjien hoito tulee kalliiksi yhteiskunnalle.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

11. Päihteiden käyttäjien hoitamattomuus tulee yhteiskunnalle kalliimmaksi kuin päihteiden käyttäjien hoito.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

Kommentteja ja ajatuksia, esimerkiksi päihdeasiakkaista:

2. Mitkä seikat ovat vaikuttaneet sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteisiin?

1. En käytä päihteitä

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

2. Hallitsen päihteiden käyttöni.

1. Täysin samaa mieltä

2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

3. Käytän päihteitä rentoutumiseen.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

4. Päihteiden käyttöni ei häiritse opiskeluani/työtäni.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

5. Läheisten (sukulaisten/ ystävien) päihteiden käyttöön tulee tarvittaessa puuttua.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

6. Työ-/opiskelutovereiden päihteiden käyttöön tulee tarvittaessa puuttua.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

7. Päihteiden käyttö on jokaisen oma asia.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

8. Sairaanhoidajan tulee mielestäni hallita oma päihteiden käyttönsä.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

9. Olen kohdannut hoitoalan työssäni päihdeasiakkaita.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

10. Kartoittaessani asiakkaiden elämäntapoja kysyn myös päihteiden käytöstä.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

11. Otan päihteiden käytön puheeksi kaikkien asiakkaiden kanssa.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä

3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

Kommentteja ja ajatuksia, esimerkiksi päihteiden käytöstä tai asenteista:

3. Millaisia valmiuksia Jyväskylän ammattikorkeakoulun hoitotyön opinnot ovat antaneet päihdeasiakkaiden kohtaamiseen ja hoitamiseen?

1. Hoitotyön opinnot ovat tarjonneet minulle riittävästi tietoa päihdeasiakkaan hoitotyöstä.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

2. Olen hoitanut päihdeasiakkaita hoitotyön opintojen harjoittelujaksojen aikana.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

3. Harjoittelujaksoilla päihdeasiakkaiden kohtaaminen on ollut haastavaa.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä

4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

4. Olen saanut riittävästi ohjausta harjoittelupaikoissa päihdeasiakkaan hoitotyöhön liittyen.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

5. Päihdehoitotyön opetusta on ollut riittävästi hoitotyön opintojeni aikana.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

6. Mielenterveystyön opinnot ovat antaneet riittävät valmiudet päihdehoitotyöhön.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

7. Olen opiskellut päihdehoitotyön vapaasti valittavia opintoja.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

8. Koen hallitsevani perustiedot päihdehoitotyöstä.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

9. Ymmärrän, mitä tarkoitetaan päihderiippuvuudella.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

10. Ymmärrän mitä tarkoitetaan ehkäisevällä päihdehoitotyöllä.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

11. Ymmärrän, mitä tarkoitetaan korjaavalla päihdehoitotyöllä.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

Kommentteja ja ajatuksia, esimerkiksi Jyväskylän ammattikorkeakoulun
päihdehoitotyön opinnoista:

Kiitos vastauksistasi!

Yhteistyöterveisin,

Katariina Rutanen
Sairaanhoitajaopiskelija
Yhteystiedot:
puh. 040 834 8671
katariina.rutanen.sho@jamk.fi
Kiväärитеhtaankatu 10, talo 7 A 9
40100 Jyväskylä

Pirkko Oittinen
Opinnäytetyön ohjaaja
pirkko.oittinen@jamk.fi
puh. 0400 391 692

Anna Hirvonen
Sairaanhoitajaopiskelija
Yhteystiedot:
puh. 045 2362280
anna.hirvonen.sho@jamk.fi
Puistokaari 15 C 43
00200 Helsinki

Marjo Palovaara
Opinnäytetyön ohjaaja
marjo.palovaara@jamk.fi
puh. 0400 976 746

LIITE 3: 2. Sairaanhoidajaopiskelijoille suunnattu kysely ja saatekirje

Saatekirje:

Hyvä sairaanhoidajaopiskelija,

(Tämä viesti ei koske Sinua, joka osallistuit 16.2.2009 maanantaina ammatillisen kasvun päivään ja vastasit kyselyyn atk-luokassa.)

Teemme opinnäytetyötä jonka nimi on: Sairaanhoidajaopiskelijoiden asenteet päihdeasiakkaita kohtaan koulutuksen aikana. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoidajaopiskelijoiden asenteita päihdeasiakkaita kohtaan ja mikä asenteisiin vaikuttaa. Lisäksi tavoitteena on selvittää, millaisia valmiuksia hoitotyön opinnot ovat antaneet sairaanhoidajaopiskelijoille päihdeasiakkaiden kohtaamiseen ja hoitamiseen. Toteutamme tutkimuksen kyselynä. Kyselyn kohderyhmänä ovat Jyväskylän ammattikorkeakoulun sairaanhoidajaopiskelijat, jotka ovat aloittaneet keväällä 2009 vaihtoehtoiset ammattiopinnot.

Toivomme Sinun vastaavan kyselyymme. Antamasi vastaukset käsitellään nimettömänä ja ehdottoman luottamuksellisina. Tutkimuksen tulokset julkaistaan opinnäytetyössämme ja esitellään opinnäytetyön esitystilaisuudessa. Tutkimuksen tuloksista ei käy ilmi seikkoja, joista vastaajan voisi päätellä muu kuin vastaaja itse. Vastauksesi ovat tärkeitä opinnäytetyömme onnistumisen kannalta. Lisäksi Jyväskylän ammattikorkeakoulu voi käyttää tutkimuksen tuloksia päihdehoitotyön opintojen kehittämisessä.

Kysely sisältää väittämiä ja kolme avointa kysymystä. Kyselyn tarkemmat vastausohjeet ovat kyselyn alussa. Aikaa vastaamiseen menee noin 10-20min. Kyselyyn on aikaa vastata perjantaihin 20.2.2009 klo:17 saakka. Jos sinulle tulee kysyttävää kyselyä koskien tai vastaamisen suhteen ilmenee

ongelmia, älä epäröi ottaa yhteyttä! Yhteystietomme ovat alla.

Pääset vastaamaan kyselyyn klikkaamalla alla olevaa linkkiä. Tarvittaessa kopioi linkki osoiteriville.

<http://digiumenterprise.com/answer/?sid=306414&chk=JK6PYJQ5>

Terveisin,

Katariina Rutanen ja Anna Hirvonen

Katariina Rutanen

Sairaanhoitajaopiskelija

katariina.rutanen.sho@jamk.fi

puh. 040 834 8671

Kivääritehtaankatu 10, talo 7 A 9

40100 Jyväskylä

Anna Hirvonen

Sairaanhoitajaopiskelija

anna.hirvonen.sho@jamk.fi

puh. 045 236 2280

Puistokaari 15 C 43

00200 Helsinki

Marjo Palovaara

Opinnäytetyön ohjaaja

marjo.palovaara@jamk.fi

puh. 0400 976 746

Pirkko Oittinen

Opinnäytetyön ohjaaja

pirkko.oittinen@jamk.fi

puh. 0400 391 692

Kysely:

Hyvä sairaanhoitajaopiskelija,

Alla on esitelty erilaisia väittämiä asenteita koskien. Aiheena ovat päihdehoitotyö, päihdeasiakkaat ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun hoitotyön opinnot. Termillä "päihde" tarkoitetaan tässä yhteydessä alkoholia, huumausaineita sekä päihtymistarkoituksessa käytettyjä lääkkeitä. "Päihdeasiakkaalla" tarkoitetaan tässä yhteydessä henkilöä, jolla on ongelma alkoholin-, huumausaineiden-, lääkkeiden tai kaikkien edellä mainittujen päihteiden kanssa yhtäaikaista.

Kysymykset on jaettu aihealueittain kolmeen ryhmään. Valitse jokaisen väittämän kohdalta mielipidettäsi lähinnä oleva vaihtoehto. Vastausvaihtoehdot ovat:

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

Jokaisen kysymysryhmän jälkeen on avoin kirjoitustila, johon voit esimerkiksi täydentää vastauksia omin sanoin tai kirjoittaa kommentteja ja ajatuksia kysymysten aiheisiin liittyen.

1. Millaisia asenteita sairaanhoitajaopiskelijoilla on päihdeasiakkaita kohtaan?

1. Päihderiippuvuus on sairaus.
 1. Täysin samaa mieltä
 2. Osittain samaa mieltä
 3. Ei samaa eikä eri mieltä

4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

2. Kohtaamiseni päihdeasiakkaan kanssa on ollut luontevaa.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

3. Koen päihdeasiakkaiden hoitamisen vaikeammaksi kuin muiden asiakkaiden hoitamisen.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

4. Päihdeasiakkaat pelottavat minua.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

5. Päihderiippuvuuden huomaa ihmisestä päällepäin.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

6. Päihderiippuvuus voi syntyä jonkin muun sairauden myötä.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä

3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

7. Päihderiippuvuus on itse aiheutettua.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

8. Päihdeasiakkailla on usein ongelmia elämänhallinnassa.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

9. Päihdeasiakkaat eivät ole motivoituneita hoitoon.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

10. Päihteiden käyttäjien hoito tulee kalliiksi yhteiskunnalle.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

11. Päihteiden käyttäjien hoitamattomuus tulee yhteiskunnalle kalliimmaksi kuin päihteiden käyttäjien hoito.

1. Täysin samaa mieltä

2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

Kommentteja ja ajatuksia, esimerkiksi päihdeasiakkaista:

2. Mitkä seikat ovat vaikuttaneet sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteisiin?

1. En käytä päihteitä
 1. Täysin samaa mieltä
 2. Osittain samaa mieltä
 3. Ei samaa eikä eri mieltä
 4. Osittain eri mieltä
 5. Täysin eri mieltä

2. Hallitsen päihteiden käyttöni.
 1. Täysin samaa mieltä
 2. Osittain samaa mieltä
 3. Ei samaa eikä eri mieltä
 4. Osittain eri mieltä
 5. Täysin eri mieltä

3. Käytän päihteitä rentoutumiseen.
 1. Täysin samaa mieltä
 2. Osittain samaa mieltä
 3. Ei samaa eikä eri mieltä
 4. Osittain eri mieltä
 5. Täysin eri mieltä

4. Päihteiden käyttöni ei häiritse opiskeluani/työtäni.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

5. Läheisten (sukulaisten/ ystävien) päihteiden käyttöön tulee tarvittaessa puuttua.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

6. Työ-/opiskelutovereiden päihteiden käyttöön tulee tarvittaessa puuttua.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

7. Päihteiden käyttö on jokaisen oma asia.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

8. Sairaanhoidajan tulee mielestäni hallita oma päihteiden käyttönsä.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

9. Olen kohdannut hoitoalan työssäni päihdeasiakkaita.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

10. Kartoittaessani asiakkaiden elämäntapoja kysyn myös päihteiden käytöstä.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

11. Otan päihteiden käytön puheeksi kaikkien asiakkaiden kanssa.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

Kommentteja ja ajatuksia, esimerkiksi päihteiden käytöstä tai asenteista:

3. Millaisia valmiuksia Jyväskylän ammattikorkeakoulun hoitotyön opinnot ovat antaneet päihdeasiakkaiden kohtaamiseen ja hoitamiseen?

1. Hoitotyön opinnot ovat tarjonneet minulle riittävästi tietoa päihdeasiakkaan hoitotyöstä.

1. Täysin samaa mieltä

2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

2. Olen hoitanut päihdeasiakkaita hoitotyön opintojen harjoittelujaksojen aikana.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

4. Harjoittelujaksoilla päihdeasiakkaiden kohtaaminen on ollut haastavaa.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

4. Olen saanut riittävästi ohjausta harjoittelupaikoissa päihdeasiakkaan hoitotyöhön liittyen.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

5. Päihdehoitotyön opetusta on ollut riittävästi hoitotyön opintojeni aikana.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

6. Mielenterveystyön opinnot ovat antaneet riittävät valmiudet päihdehoitotyöhön.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

7. Olen opiskellut päihdehoitotyön vapaasti valittavia opintoja.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

8. Koen hallitsevani perustiedot päihdehoitotyöstä.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

9. Ymmärrän, mitä tarkoitetaan päihderiippuvuudella.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

10. Ymmärrän mitä tarkoitetaan ehkäisevällä päihdehoitotyöllä.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä

5. Täysin eri mieltä

11. Ymmärrän, mitä tarkoitetaan korjaavalla päihdehoitotyöllä.

1. Täysin samaa mieltä
2. Osittain samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Osittain eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

Kommentteja ja ajatuksia, esimerkiksi Jyväskylän ammattikorkeakoulun päihdehoitotyön opinnoista:

Kiitos vastauksistasi!

Yhteistyöterveisin,

Katariina Rutanen
Sairaanhoitajaopiskelija
Yhteystiedot:
puh. 040 834 8671
katariina.rutanen.sho@jamk.fi
Kivääritehtaankatu 10, talo 7 A 9
40100 Jyväskylä

Pirkko Oittinen
Opinnäytetyön ohjaaja
pirkko.oittinen@jamk.fi
puh. 0400 391 692

Anna Hirvonen
Sairaanhoitajaopiskelija
Yhteystiedot:
puh. 045 2362280
anna.hirvonen.sho@jamk.fi
Puistokaari 15 C 43
00200 Helsinki

Marjo Palovaara
Opinnäytetyön ohjaaja
marjo.palovaara@jamk.fi
puh. 0400 976 746

LIITE 4: Ammatillisen kasvun tunnit

Ammatillisen kasvun päivä 16.2.2009

luokka E1.209 Taideluokka

Päivän tarkoituksena on selvittää rekrytointikäytäntöä SOTEPA:lla ja sairaanhoitopiirissä. Päivän aikana perehdytään ammatilliseen osaamiseen rekrytointitilanteeseen valmistautumisen näkökulmasta. Erillisteemana perehdytään tietojärjestelmiin sairaanhoitopiirissä. Päivä kuuluu sairaanhoitaja- opiskelijoiden suuntaaviin opintoihin SHZA0100 Ammatillinen kasvu -opintopakettiin.

Ohjelma

klo 8.15-9.45 Rekrytoinnista K-S sairaanhoitopiirissä ja SOTEPA:lla
 Rekrytointipäällikkö Tarja Paunonen, KSSH
 Rekrytointipäällikkö Arto Siniluhta; SOTEPA

10.15-11.00 JAMK:n tarjoamat jatko-opintomahdollisuudet
 Koulutuspäällikkö Leena Liimatainen

11.00-11.45 Opinnäytetyöhön liittyvä kysely
 Anna Hirvonen ja Katariina Rutanen

Ruokatauko

12.30-13.15 Tietojärjestelmät hoitotyössä
 Projektityöntekijä Kaisa Lemmetty, K-S sairaanhoitopiiri

13.15-14.15 Valintaprosessi aukijulistettavasta toimesta ja valintahaastatteluun valmistautuminen
 Ylihoitaja Ilkka Pernu

14.30-15.30 Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen
 Lehtori Sirpa Tuomi, Jamk

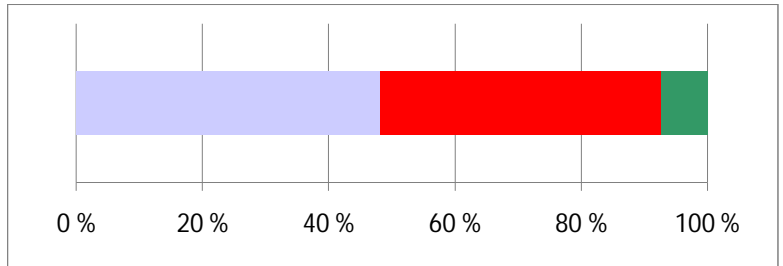
yhteyshenkilö lehtori Kaisu Paalanen

LIITE 5: Kyselyn tulokset

Kysely sairaanhoitajaopiskelijoille 16.2.2009.
Yhteenvetoraportti
N=27
Julkaistu: 16.2.2009

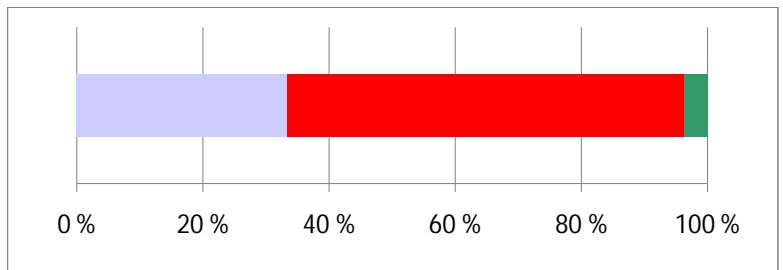
1. Päihderiippuvuus on sairaus.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	13	48,15 %
2.	Osittain samaa mieltä	12	44,44 %
3.	Osittain eri mieltä	2	7,41 %
4.	Täysin eri mieltä	0	0,00 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	0	0,00 %
	Yhteensä	27	100 %



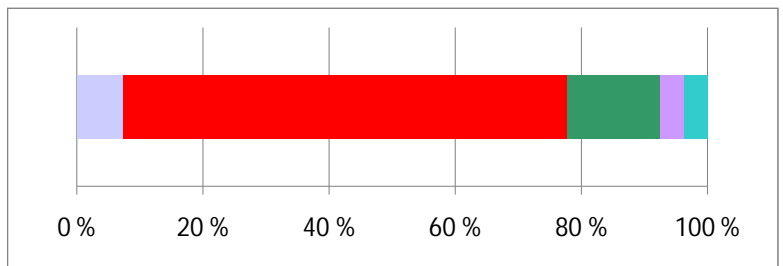
2. Kohtaamiseni päihdeasiakkaiden kanssa on ollut luontevaa.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	9	33,33 %
2.	Osittain samaa mieltä	17	62,96 %
3.	Osittain eri mieltä	1	3,70 %
4.	Täysin eri mieltä	0	0,00 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	0	0,00 %
	Yhteensä	27	100 %



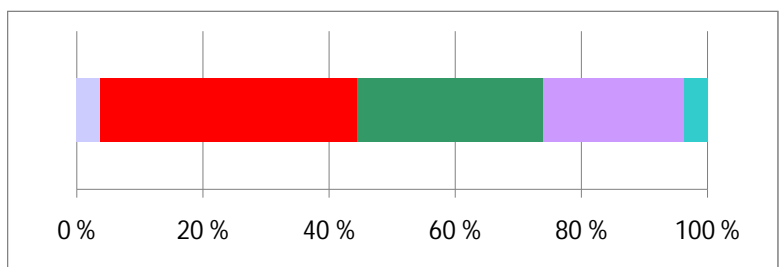
3. Koen päihdeasiakkaiden hoitamisen vaikeammaksi kuin muiden asiakkaiden hoitamisen.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	2	7,41 %
2.	Osittain samaa mieltä	19	70,37 %
3.	Osittain eri mieltä	4	14,81 %
4.	Täysin eri mieltä	1	3,70 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	1	3,70 %
	Yhteensä	27	100 %



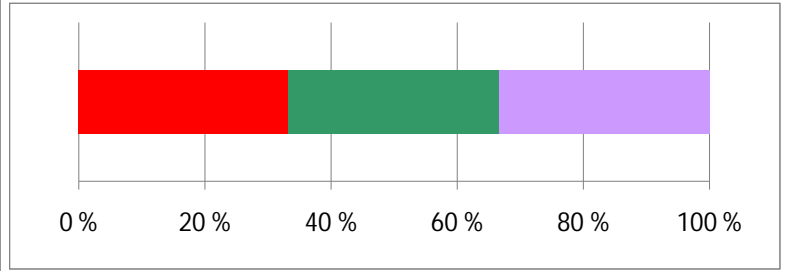
4. Päihdeasiakkaat pelottavat minua.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	1	3,70 %
2.	Osittain samaa mieltä	11	40,74 %
3.	Osittain eri mieltä	8	29,63 %
4.	Täysin eri mieltä	6	22,22 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	1	3,70 %
	Yhteensä	27	100 %



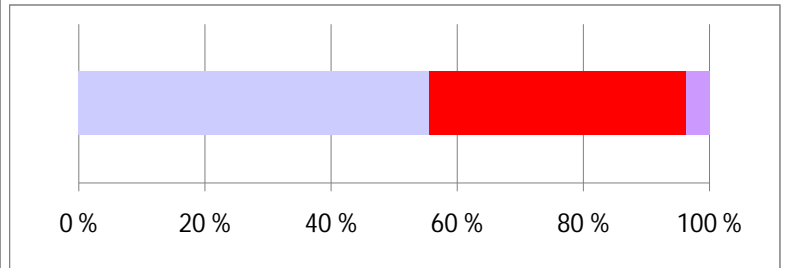
5. Päihderiippuvuuden huomaa ihmisestä päällepäin.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	0	0,00 %
2.	Osittain samaa mieltä	9	33,33 %
3.	Osittain eri mieltä	9	33,33 %
4.	Täysin eri mieltä	9	33,33 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	0	0,00 %
	Yhteensä	27	100 %



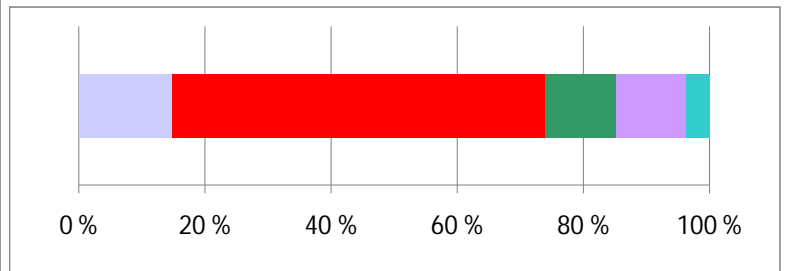
6. Päihderiippuvuus voi syntyä jonkin muun sairauden myötä.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	15	55,56 %
2.	Osittain samaa mieltä	11	40,74 %
3.	Osittain eri mieltä	0	0,00 %
4.	Täysin eri mieltä	1	3,70 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	0	0,00 %
	Yhteensä	27	100 %



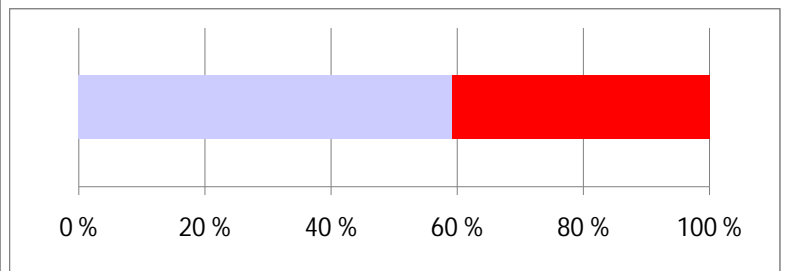
7. Päihderiippuvuus on itse aiheutettua.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	4	14,81 %
2.	Osittain samaa mieltä	16	59,26 %
3.	Osittain eri mieltä	3	11,11 %
4.	Täysin eri mieltä	3	11,11 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	1	3,70 %
	Yhteensä	27	100 %



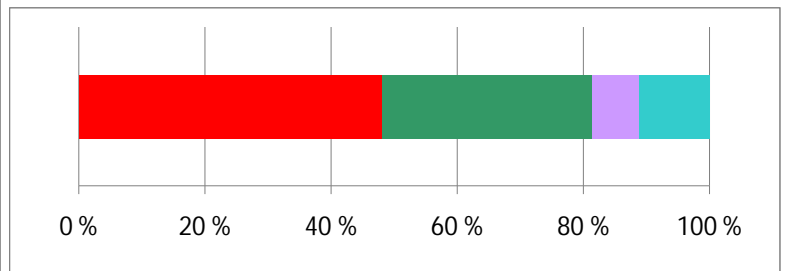
8. Päihdeasiakkailta on usein ongelmia elämänhallinnassa.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	16	59,26 %
2.	Osittain samaa mieltä	11	40,74 %
3.	Osittain eri mieltä	0	0,00 %
4.	Täysin eri mieltä	0	0,00 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	0	0,00 %
	Yhteensä	27	100 %



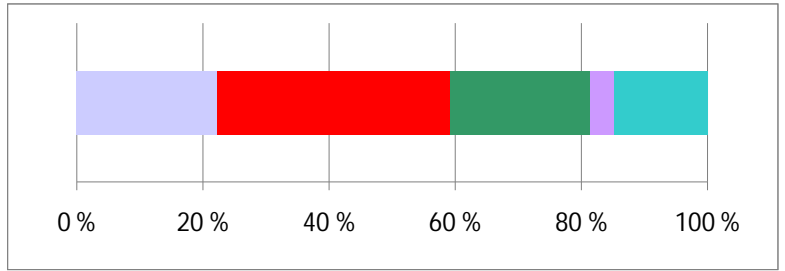
9. Päihdeasiakkaat eivät ole motivoituneita hoitoon.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	0	0,00 %
2.	Osittain samaa mieltä	13	48,15 %
3.	Osittain eri mieltä	9	33,33 %
4.	Täysin eri mieltä	2	7,41 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	3	11,11 %
	Yhteensä	27	100 %



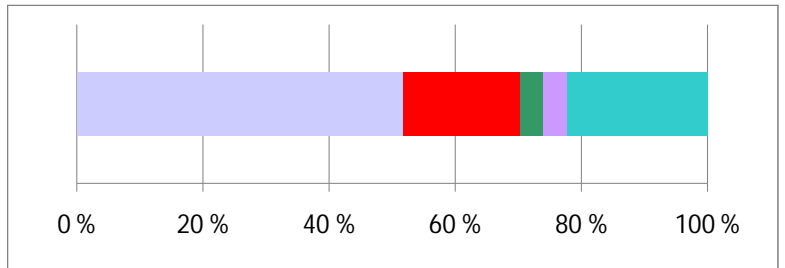
10. Päihteiden käyttäjien hoito tulee kalliiksi yhteiskunnalle.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	6	22,22 %
2.	Osittain samaa mieltä	10	37,04 %
3.	Osittain eri mieltä	6	22,22 %
4.	Täysin eri mieltä	1	3,70 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	4	14,81 %
	Yhteensä	27	100 %



11. Päihteiden käyttäjien hoitamattomuus tulee kalliimmaksi yhteiskunnalle kuin päihteiden käyttäjien hoito.

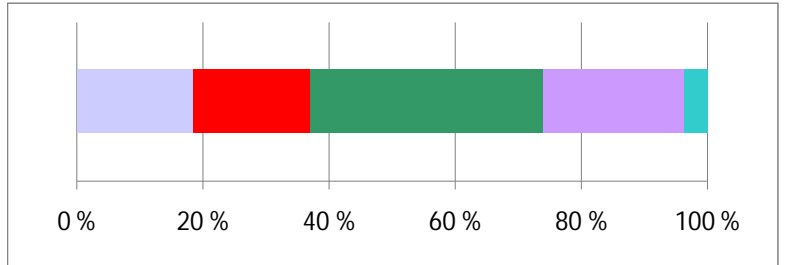
	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	14	51,85 %
2.	Osittain samaa mieltä	5	18,52 %
3.	Osittain eri mieltä	1	3,70 %
4.	Täysin eri mieltä	1	3,70 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	6	22,22 %
	Yhteensä	27	100 %



Kommentteja ja ajatuksia, esimerkiksi päihdeasiakkaista:

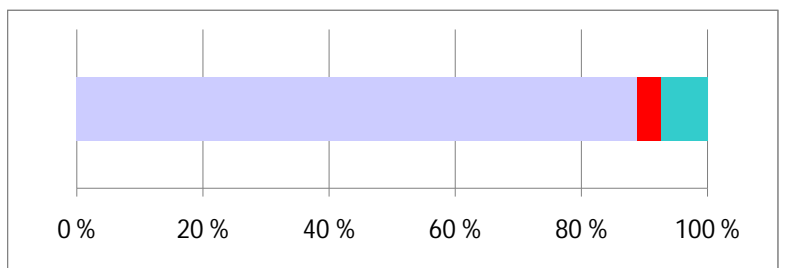
1. En käytä päihteitä.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	5	18,52 %
2.	Osittain samaa mieltä	5	18,52 %
3.	Osittain eri mieltä	10	37,04 %
4.	Täysin eri mieltä	6	22,22 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	1	3,70 %
	Yhteensä	27	100 %



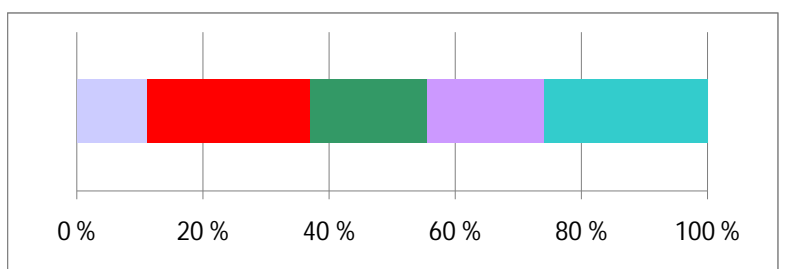
2. Hallitsen päihteiden käyttöni.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	24	88,89 %
2.	Osittain samaa mieltä	1	3,70 %
3.	Osittain eri mieltä	0	0,00 %
4.	Täysin eri mieltä	0	0,00 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	2	7,41 %
	Yhteensä	27	100 %



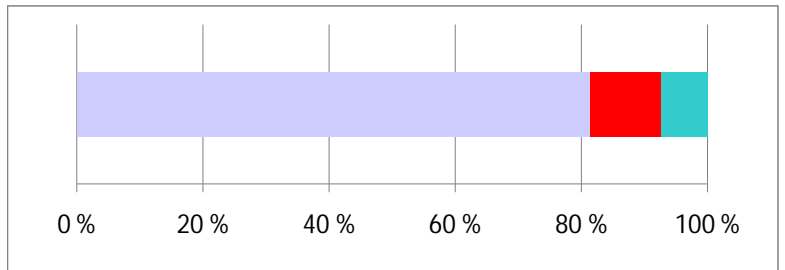
3. Käytän päihteitä rentoutumiseen.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	3	11,11 %
2.	Osittain samaa mieltä	7	25,93 %
3.	Osittain eri mieltä	5	18,52 %
4.	Täysin eri mieltä	5	18,52 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	7	25,93 %
	Yhteensä	27	100 %



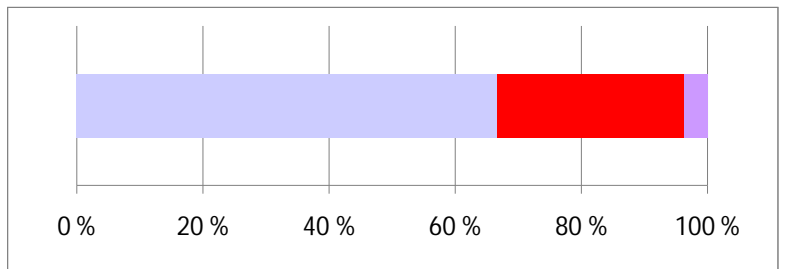
4. Päihteiden käyttöni ei häiritse opiskeluani/työtäni.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	22	81,48 %
2.	Osittain samaa mieltä	3	11,11 %
3.	Osittain eri mieltä	0	0,00 %
4.	Täysin eri mieltä	0	0,00 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	2	7,41 %
	Yhteensä	27	100 %



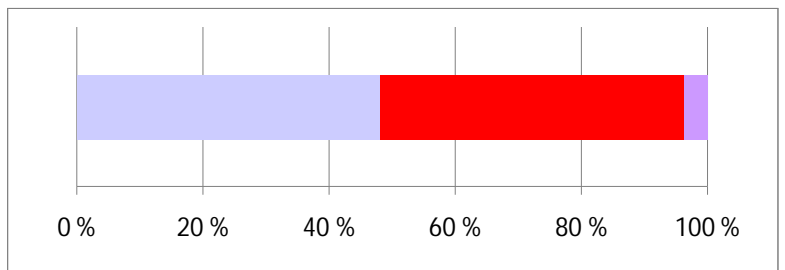
5. Läheisten (sukulaisten/ystävien) päihteiden käyttöön tulee tarvittaessa puuttua.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	18	66,67 %
2.	Osittain samaa mieltä	8	29,63 %
3.	Osittain eri mieltä	0	0,00 %
4.	Täysin eri mieltä	1	3,70 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	0	0,00 %
	Yhteensä	27	100 %



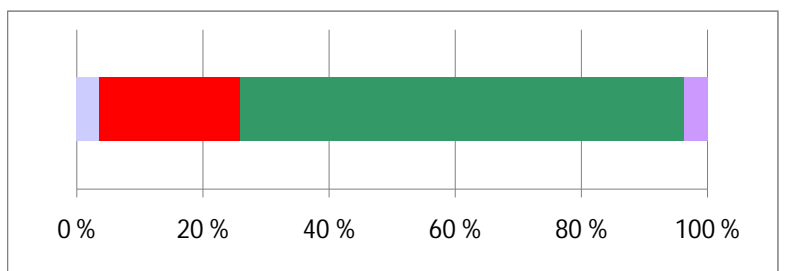
6. Työ-/opiskelutovereiden päihteiden käyttöön tulee tarvittaessa puuttua.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	13	48,15 %
2.	Osittain samaa mieltä	13	48,15 %
3.	Osittain eri mieltä	0	0,00 %
4.	Täysin eri mieltä	1	3,70 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	0	0,00 %
	Yhteensä	27	100 %



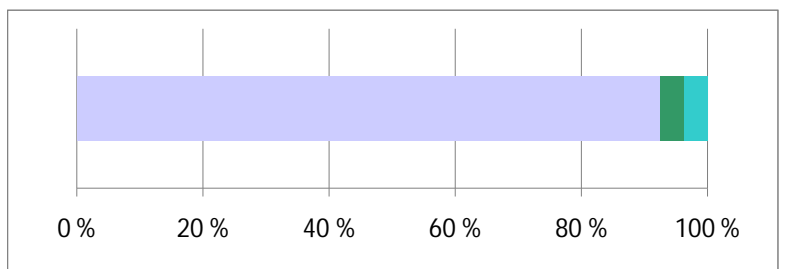
7. Päihteiden käyttö on jokaisen oma asia.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	1	3,70 %
2.	Osittain samaa mieltä	6	22,22 %
3.	Osittain eri mieltä	19	70,37 %
4.	Täysin eri mieltä	1	3,70 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	0	0,00 %
	Yhteensä	27	100 %



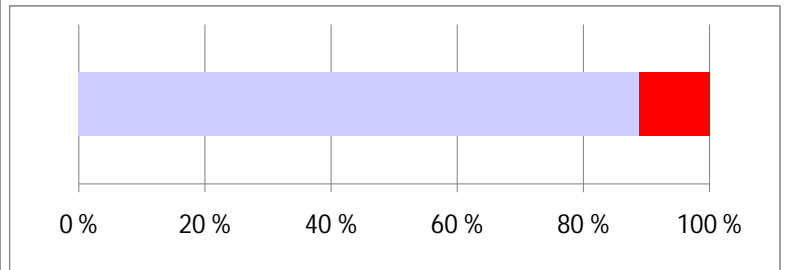
8. Sairaanhoitajan tulee hallita oma päihteiden käyttönsä.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	25	92,59 %
2.	Osittain samaa mieltä	0	0,00 %
3.	Osittain eri mieltä	1	3,70 %
4.	Täysin eri mieltä	0	0,00 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	1	3,70 %
	Yhteensä	27	100 %



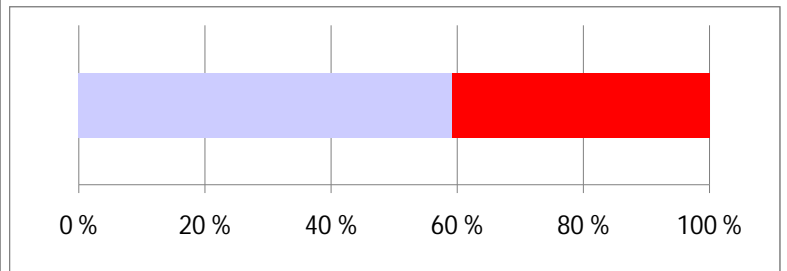
9. Olen kohdannut hoitoalan työssäni päihdeasiakkaita.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	24	88,89 %
2.	Osittain samaa mieltä	3	11,11 %
3.	Osittain eri mieltä	0	0,00 %
4.	Täysin eri mieltä	0	0,00 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	0	0,00 %
	Yhteensä	27	100 %



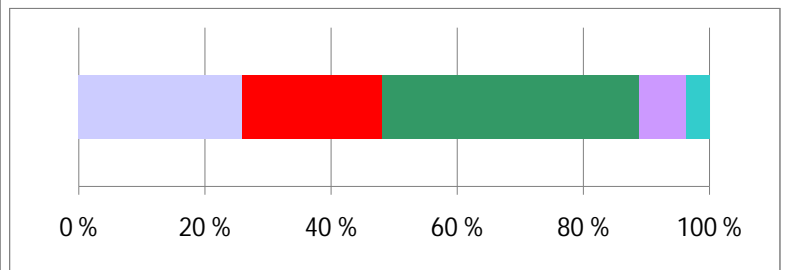
10. Kartoittaessani asiakkaiden elämäntapoja kysyn myös päihteiden käytöstä.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	16	59,26 %
2.	Osittain samaa mieltä	11	40,74 %
3.	Osittain eri mieltä	0	0,00 %
4.	Täysin eri mieltä	0	0,00 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	0	0,00 %
	Yhteensä	27	100 %



11. Otan päihteiden käytön puheeksi kaikkien asiakkaiden kanssa.

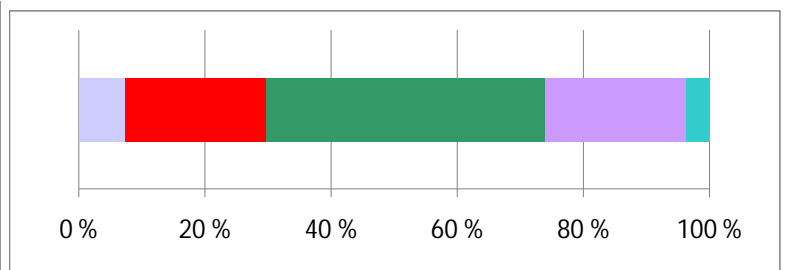
	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	7	25,93 %
2.	Osittain samaa mieltä	6	22,22 %
3.	Osittain eri mieltä	11	40,74 %
4.	Täysin eri mieltä	2	7,41 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	1	3,70 %
	Yhteensä	27	100 %



Kommentteja ja ajatuksia, esimerkiksi päihteiden käytöstä tai asenteista:

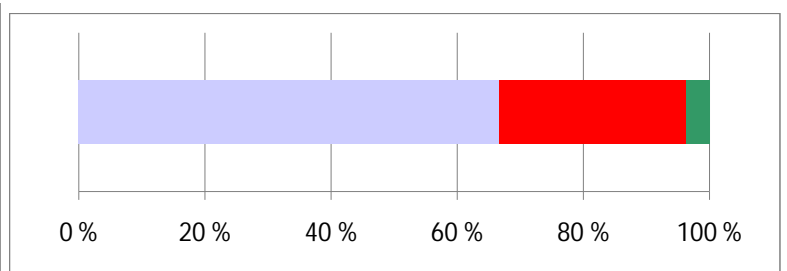
1. Hoitotyön opinnot ovat tarjonneet minulle riittävästi tietoa päihdeasiakkaan hoitotyöstä.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	2	7,41 %
2.	Osittain samaa mieltä	6	22,22 %
3.	Osittain eri mieltä	12	44,44 %
4.	Täysin eri mieltä	6	22,22 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	1	3,70 %
	Yhteensä	27	100 %



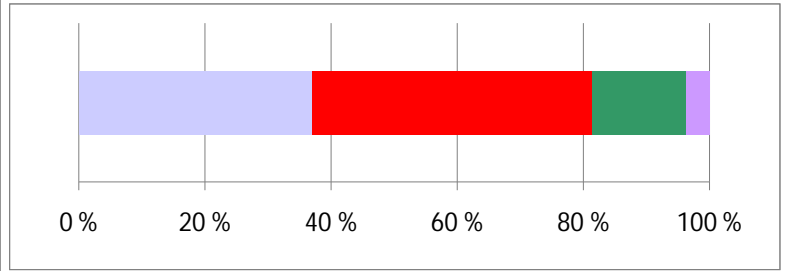
2. Olen hoitanut päihdeasiakkaita hoitotyön opintojen harjoittelujaksojen aikana.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	18	66,67 %
2.	Osittain samaa mieltä	8	29,63 %
3.	Osittain eri mieltä	1	3,70 %
4.	Täysin eri mieltä	0	0,00 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	0	0,00 %
	Yhteensä	27	100 %



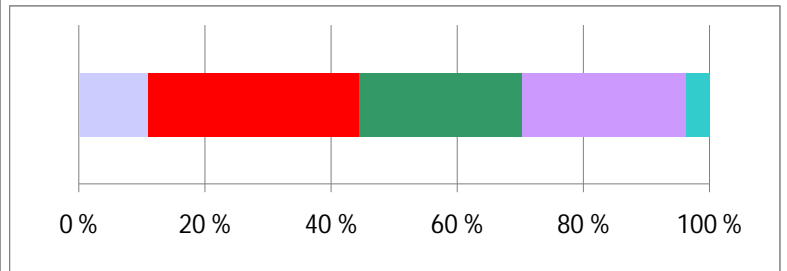
3. Harjoittelujaksoilla päihdeasiakkaiden kohtaaminen on ollut haastavaa.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	10	37,04 %
2.	Osittain samaa mieltä	12	44,44 %
3.	Osittain eri mieltä	4	14,81 %
4.	Täysin eri mieltä	1	3,70 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	0	0,00 %
	Yhteensä	27	100 %



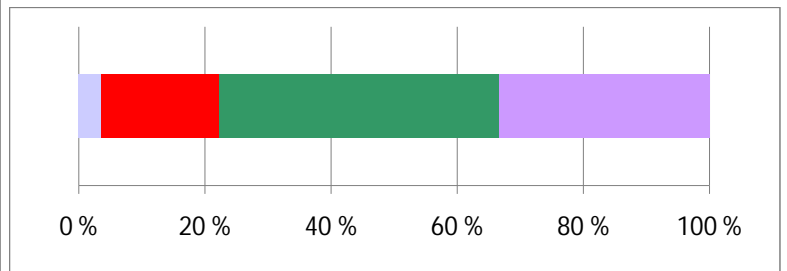
4. Olen saanut riittävästi ohjausta harjoittelupaikoissa päihdeasiakkaan hoitotyöhön liittyen.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	3	11,11 %
2.	Osittain samaa mieltä	9	33,33 %
3.	Osittain eri mieltä	7	25,93 %
4.	Täysin eri mieltä	7	25,93 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	1	3,70 %
	Yhteensä	27	100 %



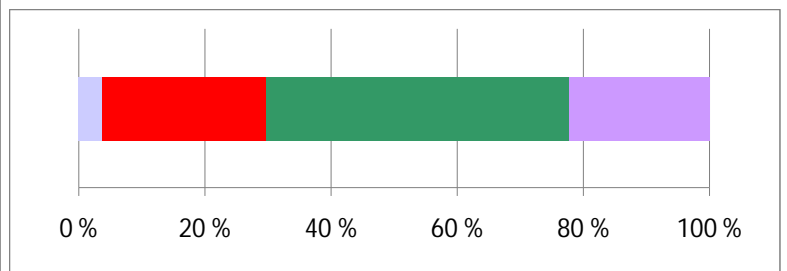
5. Päihdehoitotyön opetusta on ollut riittävästi hoitotyön opintojeni aikana.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	1	3,70 %
2.	Osittain samaa mieltä	5	18,52 %
3.	Osittain eri mieltä	12	44,44 %
4.	Täysin eri mieltä	9	33,33 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	0	0,00 %
	Yhteensä	27	100 %



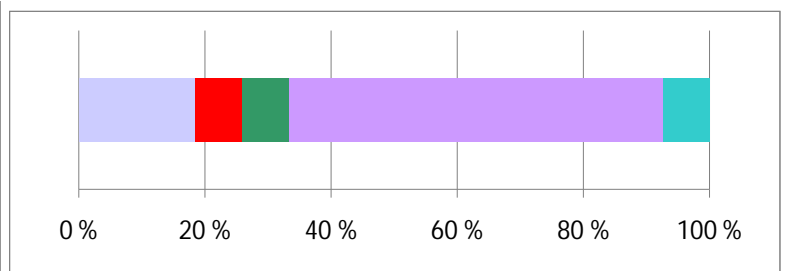
6. Mielenterveystyön opinnot ovat antaneet riittävät valmiudet päihdehoitotyöhön.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	1	3,70 %
2.	Osittain samaa mieltä	7	25,93 %
3.	Osittain eri mieltä	13	48,15 %
4.	Täysin eri mieltä	6	22,22 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	0	0,00 %
	Yhteensä	27	100 %



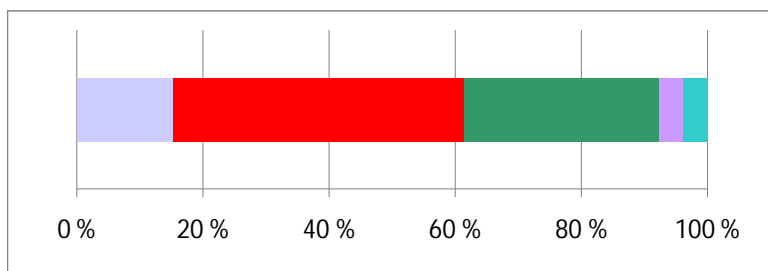
7. Olen opiskellut päihdehoitotyön vapaasti valittavia opintoja.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	5	18,52 %
2.	Osittain samaa mieltä	2	7,41 %
3.	Osittain eri mieltä	2	7,41 %
4.	Täysin eri mieltä	16	59,26 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	2	7,41 %
	Yhteensä	27	100 %



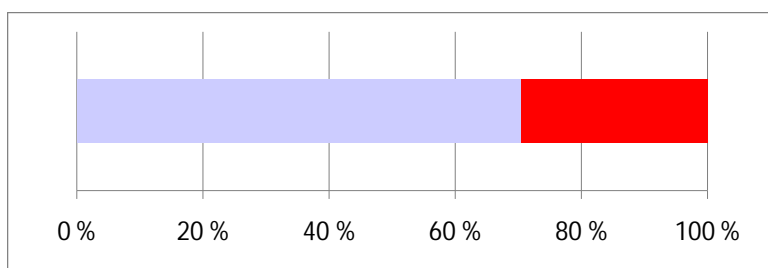
8. Koen hallitsevani perustiedot päihdehoitotyöstä.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	4	14,81 %
2.	Osittain samaa mieltä	12	44,44 %
3.	Osittain eri mieltä	8	29,63 %
4.	Täysin eri mieltä	1	3,70 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	1	3,70 %
	Yhteensä	26	96 %



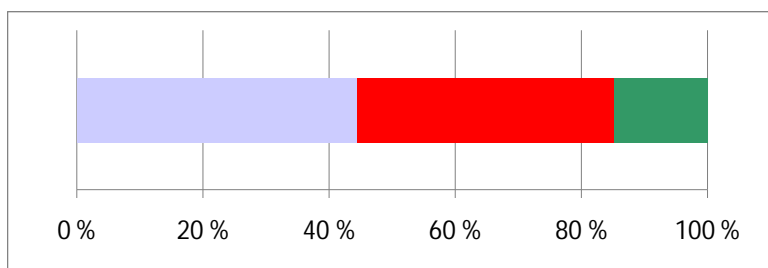
9. Ymmärrän, mitä tarkoitetaan päihderiippuvuudella.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	19	70,37 %
2.	Osittain samaa mieltä	8	29,63 %
3.	Osittain eri mieltä	0	0,00 %
4.	Täysin eri mieltä	0	0,00 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	0	0,00 %
	Yhteensä	27	100 %



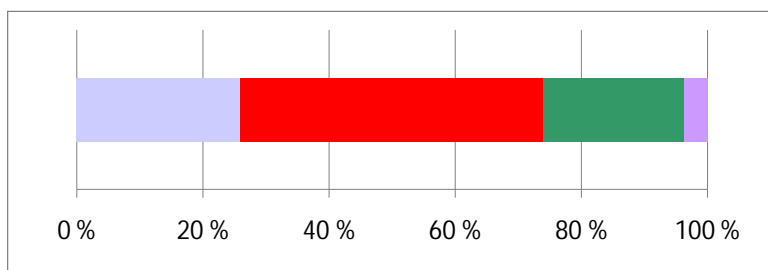
10. Ymmärrän, mitä tarkoitetaan ehkäisevällä päihdehoitotyöllä.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	12	44,44 %
2.	Osittain samaa mieltä	11	40,74 %
3.	Osittain eri mieltä	4	14,81 %
4.	Täysin eri mieltä	0	0,00 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	0	0,00 %
	Yhteensä	27	100 %



11. Ymmärrän, mitä tarkoitetaan korjaavalla päihdehoitotyöllä.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti
1.	Täysin samaa mieltä	7	25,93 %
2.	Osittain samaa mieltä	13	48,15 %
3.	Osittain eri mieltä	6	22,22 %
4.	Täysin eri mieltä	1	3,70 %
5.	Ei samaa eikä eri mieltä	0	0,00 %
	Yhteensä	27	100 %



Kommentteja ja ajatuksia, esimerkiksi Jyväskylän ammattikorkeakoulun päihdehoitotyön opinnoista:

Kyselyn avoimet vastaukset:

1. Kommentteja ja ajatuksia, esimerkiksi päihdeasiakkaista:

Kysymys 9: Mahdotonta vastata, yleistämistä. Toiset päihdeasiakkaat ovat erittäin motivoituneita hoitoonsa, toisia ei voisi oma hoito vähempää kiinnostaa.

Ei ole hoitajan näkökulmasta kovinkaan mielekästä kuntouttaa päihdeasiakasta takaisin "ryyppykuntoon". Usein samat asiakkaat tulevat takaisin osastoille/hoitopaikkoihin, ennemmin tai myöhemmin... Tosin voiko silloin ajatella että hoito on epäonnistunut... toisaalta päihdeasiakkaan "parantuminen" vaatii aina potilaan itsensä vankan motivaation.

Minusta päihdeasiakkaan motivoituneisuutta hoitoon kuvastaa hyvin tämän elämäntilanne ja onko hän halukas muuttamaan omaia toimintatapojaan. Uskoisin että moni päihdeasiakas/potilas ei ole hoidossa, koska ei halua myöntäänsä itselleen eikä omaisilleen ongelmiaan. Joskus myös tuntuu, ettei ympäristö/omaiset tue tarpeeksi päihdeasiakkaan hoitoon lähtemistä.

On surullista että päihdeasiakkaiden määrä on lisääntymään päin. Surullista on myös että apua ei joko osata tai haluta hakea ajoissa, eikä aina sitä saa niin nopeasti kuin sitä tarvittaisiin. Päihdeasiakkaita leimaa vieläkin yhteiskunnassa se että se on useimmiten itseaiheutettu sairaus. Samalla tavalla voisi leimata myös esim. ylipainoiset joilla on paljon erilaisia sairauksia ylipainon takia kuten diabetes, sydän-ja verisuonisairaudet. Kaikilla on oikeus hoitoon kuitenkin yhtäläillä.

9. ei voi yleistää 10. Kyllä. Mutta kalliimmaksi tulee pidemmän päälle hoitamatta jättäminen.

Kohtaaminen on joskus ollut vaikeaa mutta sitäkin antoisampaa.

Päihdeasiakkaat ovat ryhmänä haasteellinen hoitajalle. Kohdatessani päihdeongelman kanssa kamppailevia asiakkaita minulle tulee hieman

surullinen fiilis, että onko pakko pilata oma elämänsä? Ja yleensä vielä läheisten siinä mukana. Ja se turhauttaa, kun etenkin vakio deekut ja muut rantojen miehet/naiset tulevat aina uudestaan ja uudestaan ensiapuun/vieroitukseen jne. Heidän sen hetkinen tilanteensa hoidetaan kuntoon ja he lähtevät pois, jonka jälkeen parin päivän päästä sama homma. Mitkään terapiat ja vieroitukset eivät tehoa, kun mieli tekee niin kovasti vetää pää täyteen viinaa ja muita mömmöjä. Päihdeasiakkaat suututtavat, mutta samalla ovat säälittäviä, ja toisaalta heidän hoidostaan tulee ihan hyvä mielikin, kun he ovat niin vähään tyytyväisiä. Päihteiden käyttäjät ovat sairaita, ja mielestäni he tarvitsisivat jonkinlaisen ahaa-elämyksen, että elämä voi olla toisenlaista. Paljon psyk. tukea myös, sillä mieli on "liian heikko pysymään kuivilla". Ja kuntoutusta ei tulisi lopettaa silloin kun alkaa tuntumaan, että "jes, nyt menee hyvin!", sillä usein juuri silloin repsahdetaan taas. Tuen päihteiden käyttäjille tulisi olla säännöllistä ja elinikäistä, sillä yksin he eivät pärjää, ja se on nähty monen monta kertaa. Kerran päihdeaddikti on aina päihdeaddikti.

Kyse yksilöistä, joten ei pysty yleistämään esim. etteivät olisi motivoituneita hoitoon. Riippuu henkilöstä - joku ei ole motivoitunut henkilökohtaisista syistä, joku toinen saattaa olla hyvinkin motivoitunut, mutta päihderiippuvuus estää hoitoon osallistumisen. Sama kommentti koskien päihdeasiakkaiden pelottavuutta - päihdeasiakkuus ei itsessään tee henkilöä pelottavaksi, mutta päihteistä usein seuraava impulsiivisuus, arvaamaton käytös saa toisinaan päihdeasiakkaan kohtaamistilanteet tuntumaan pelottavilta.

Pyrin kohtaamaan päihderiippuvaisen potilaan kuin ei-äpihderiippuvaisenkin, eli samanarvoisena. Usein mietin että päihderiippuvaisetkin ovat jonkun lapsia ja ovat heille rakkaita.

Minulla on henkilökohtiasesti vain vähän kokemusta päihdeasiakkaiden hoidosta, koska olen ollut mukana vain yhden potilaan hoidossa, jolla on ollut päihdetaustaa.

Ne päihdeasiakkaat, joita lähinnä perusterv.huollossa keikkoja tehdessä on kohdannut, lukeutuvat varmastikin siihen kauniisti sanottuna pisimmälle edenneeseen porukkaan. Ajatukset heistä ei valitettavasti kovin positiivisia

ole, kun yli 4promillea puhaltanutta rouvaa vie suoraan suihkuun, jotta saa vaatteet irti ihosta. Siisteimmät päihteidenkäyttäjät eivät siellä näy.

Joskus päihderiippuvainen tai alkoholisti on paljon kiitollisempi hoidettava kuin muu potilas... ruoka, puhtaus ja lämpö voi olla hänelle suuri kiitollisuuden aihe.

mielestäni päihdeasiakkaat ovat väärin kohdeltu ryhmä hoitotyössä. Liian usein törmää välinpitämättömään asenteeseen heidän hoitoaan kohtaan hoitajien toimesta... Onhan sairaus "itseaiheutettu". Asenteisiin pitäisi mielestäni saada muutosta hoitajien kohdalla. Jokainen ihminen on kuitenkin kallisarvoinen yksilö, eikä ketään saa mielestäni tuomita sairauden takia... Olipa se sitten "itseaiheutettu" tai ei.

Olen hoitanut päihdeasiakkaita opiskelun aikana vain muutamia, joten peilaan heitä pakosti vastauksissani

Päihderiippuvaisi on paljon ja heille pitäisi enemmän olla tarjolla apua ja heidät pitäisi ottaa tosissaan. Päihderiippuvaiset ovat avuntarvitsijoita yhtäläillä kuin muutkin sairaat ihmiset.

Päihdeasiakaan motivoiminen hoitoon voi olla hankalaa, mutta toisaalta niille jotka hoitoa haluavat varsinkin huumeiden käyttäjille on liian vähän paikkoja. Usein asiakkaan on käytävä "pohjalla" ennen kuin on valmis hoitoon. Parasta olisi varmaan intervertiot siinä vaiheessa esim. työterveydessä jolloin alkoholin kohtuukäyttö alkaa lipsumaan liialliseksi.

2. Kommentteja ja ajatuksia, esimerkiksi päihteiden käytöstä tai asenteista:

Helppohan se on sanoa, että puuttuu esim. kaverin alkoholin ongelmakäyttöön, mutta toteutapa se käytännössä. Ü Joitakin asioita ei vain "huomata"!

Moni ns. "maalliiko" tai miksei hoitoalan ammattilainen ei välttämättä tunnista omaa alkoholin käyttöä ongelmalliseksi, varsinkin jos pystyy hoitamaan työn/opiskelun suhteellisen mallikkaasti. Lisäksi me suomalaiset olemme kohtalaisen arkoja ottamaan päihdeasioita esille ja pelkäämme puuttua asioihin. Olen kuitenkin sitä mieltä, että sosiaali/hoitoalan ammattilaiset on parhaita ihmisiä puuttumaan päihdeongelmiin ja meidän myös tulisi puuttua niihin.

Asiakkaiden/potilaiden elämäntilannetta kysellessä päihteidenkäyttö on tärkeä seikka siinä missä ruokailutottumuksetkin. Se tulisi kartoittaa aina. Mahdollisesti voidaan puuttua asiaan jos ongelmia on päihteiden käytössä. Liika tunkeutuminen ja asioihin puuttuminen varmasti on yksi syy miksi jotkut hoitajat eivät sitä kysy.

6./ 7. Jokaisen oma asia, mutta jos/kun läheisen tai työkaverin päihteidenkäyttö vaikuttaa läheisten elämään/ työn suorittamiseen/ persoonallisuuden muutokseen, saa ja pitää päihteidenkäyttöön puuttua - tai ainakin ottaa se puheeksi

Joskus tuntuu, että "hyvä" sairaanhoitaja ei käytä päihteitä, tällainen asenne on valloillaan. Ihmisiä tässä kuitenkin kaikki ollaan ja päihteiden käyttö on henk. koht asia.

En ota päihteiden käyttöä puheeksi kaikkien asiakkaideni kanssa, riippuu tilanteesta. Jos tilanteessa joku haiskahtaa/epäilyttää ja vaistot sanoo, että nyt tämän asiakkaan kohdalla on jotain pintaa syvemmällä, kysyn silloin päihteiden käytöstä. Usein ihmisestä aistii, mikäli hän käyttää päihteitä, tai ainakin minä aistin, kun olen päihdeongelmaisten kanssa niin paljon tekemisissä. Kysyn myös ystäviltäni ja läheisiltäni, ja yritän puuttua asiaan mikäli homma ei ole heillä hanskassa, eri asia onkin meneekö viesti heille perille. Todellisella päihteiden käyttäjällä ei ole päihdeongelmaa, jos heiltä kysyy.

Käytän itse kohtuudella päihteitä, mutta en varsinaisesti mihinkään olotilaan, kuten rentoutumiseen, vaan ihan tilannekohtaisesti - toisinaan pari

saunakaljaa, ruoan kanssa viiniä yms. Päihteiden käyttö on periaatteessa jokaisen oma asia, mutta siinä vaiheessa kun se alkaa karata yksilön omasta hallinnasta tai alkaa muuten aiheuttamaan haittaa ympäristölle, siihen tulisi puuttua ulkopuoliselta taholta. Kaikkien asiakkaiden kanssa en automaattisesti ota puheeksi, vaan tilanne/tapauskohtaisesti.

Mielestäni päihteiden käyttö on jokaisen oma asia. Terveystieteiden henkilöstön täytyy kuitenkin osata rajata päihteiden käyttöön siten, että se ei haittaa työskentelyä ja aiheuta siten mahdollisia vaaratilanteita. Mielestäni esim. sairaanhoitajat saavat käyttää esim. alkoholia, kunhan tekevät sen vapaa-ajallaan ja se ei haittaa työskentelyä millään tavalla.

Se on hankala asia. Vaikea nostaa esiin läheistenkin kanssa ja hoitotyössä sitä saa olla vielä varovaisempi. Työkavereiden päihteiden käytöstä puhumattakaan. Miten puuttua loukkaamatta / suututtamatta? Hoitotyössä ajattelen että potilaat/asiakkaat saattaa hieman kaunistellakin päihteiden käyttöön.

Olen huomannut että jossain paikoissa on alkoholisita kohdeltu aika aliarvoisesti, itseäni tämä on suututtanut. Vaikka toisaalta ymmärrän hoitajien turhautumisen, kun he hoitavat/ruokkivat alkoholistin kuntoon joka usein sairaalasta pääsytään aloittaa uuden juomaputken ja on puolen vuoden päästä taas osastolla...

on erilaisia käsityksiä siitä, mikä on päihteiden käyttöä ja mikä ei. Samoin ihmisillä on myös erilaisia käsityksiä siitä, milloin päihteiden käyttö on ongelmakäyttöä ja milloin ei.

Sairaanhoitajat ovat toisinaan melko avuttomia päihdeasiakkaiden suhteen, koska tarvittavia työmenetelmiä ei osata. meidänkin koulutusohjelmassa on liian vähän päihdeisiin liittyvää opetusta, sillä päihdeasiakkaisiin törmäämme joka sektorilla, oli suuntautuminen mikä tahansa. Edes mielenterveys- ja päihdehoitotyön suuntaavissa ei käydä päihdeasiakkaan kohtaamista tai työtapoja/menetelmiä läpi.

Työkaverin päihdeongelmaan puuttumiseen ei mielestäni ole hyviä sovittuja keinoja.

3. Kommentteja ja ajatuksia, esimerkiksi Jyväskylän ammattikorkeakoulun päihdehoitotyön opinnoista:

Perusopinnoissa käydään päihdeasiat "pintaraapaisuna" läpi. Päihdeasioihin tulisi perusopinnoissa kiinnittää entistä enemmän huomiota, koska päihteiden käyttö lisääntyy, ja päihteidenkäyttäjät tavataan jokaisella osastolla aina leikkausosastoa myöten.

Koen tarvitsevani lisää opatusta päihdeasiakkaan kohtaamiseen.

Perusopinnoissa on ollut kohtalaisen vähän päihdeasiakkaan kohtaamisesta, mutta onneksi kaikille halukkaille on vapaasti valittavissa kurssi, joka käsittelee mm. päihdeasiakkaan kohtaamista.

Peruskurssi ja -harjoittelu antoi hyvät valmiudet päihdeasiakkaan kohtaamiseen. Oli todella hyödyllistä käydä ne asiat läpi vaikka en itse suuntaakaan opinnoissani mielenterveystyöhön. Päihdeasiakkaita tulee vastaan myös somaattisella puolella paljon. Jokaisella hoitajalla tulisi olla ymmärrystä ja tietämystä kohdata päihdeongelmainen potilas. Se voi olla myös turvallisuuskysymys. Paljon on myös asenneongelmia joita voitaisiin välttää riittävällä tiedolla ja ymmärryksellä.

1./5. Perusopinnot eivät sisällä tarpeeksi päihdehoitotyön opintoja. Päihdeongelmaiset ovat iso asiakasryhmä missä tahansa hoitotyön kentällä. 3. On ollut haastavaa, muttei välttämättä haastavampaa kuin muidenkaan potilaiden kohtaaminen. Erilaista. 4. En ole saanut millään muulla jaksolla ohjausta päihdeasiakkaan kohtaamiseen paitsi mielenterveys- ja päihdehoitotyön harjoittelujaksolla. 5. 6. Olivat suppeat. Toisaalta: työ opettaa. Enemmän perustietoa olisi kuitenkin voinut päihdehoitotyöstä mielenterveysopinnoissa saada. 8. Hotyn ja vapaavalinnaisen kurssin perusteella voin sanoa hallitsevani suppeat perustiedot päihdehoitotyöstä. 9. Teoreettisesti kyllä, mutta voiko päihderiippuvuutta koskaan täysin ymmärtää

jos sitä ei ole itse kokenut? 10 & 11 Suppeasti katsottuna kyllä ymmärrän termit, mutta laaja-alaisena ilmiönä ymmärrys varmasti lisääntyisi työn ja elämän tuoman kokemuksen myötä

Niitä on aivan liian vähän!

Koulussa saisi olla enemmän opetusta päihdeasiakkaista ja heidän kohtaamisestaan. Etenkin ennaltaehkäisevä päihdehoitotyö tulisi nostaa suurempaan rooliin; kuinka tunnistaa päihteiden ongelmakäyttäjän?, varhaiset varomerkit? kuinka puuttua asiaan jo varhaisessa vaiheessa? jne. Jos esim. työterveydessä huomattaisiin päihteiden ongelmakäytöstä kielivät tunnusmerkit paremmin, kyettäisiin toivottavasti puuttumaan ongelmaan ajoissa, ennenkuin tilanne karkaa käsistä. Päihteidenkäyttäjät ovat äärimmäisen haasteellinen ja kallis hoidettava asiakasryhmä, joten varhainen preventio ja hoitoon ohjaaminen säästäisi pitkällä aikavälillä paljon rahaa ja pelastaisi monia elämiä. Enemmän päihdeopintoja, koska päihteiden käyttö yleistyy ja kansa vetää pään täyteen!!

Saisi olla pakollisena enemmänkin. Nyt saanut eniten tietoa vapaasti valittavien kautta.

En ole saanut paljoakaan tietoa päihderiippuvaisen hoitotyöstä opiskeluni aikana. Sitä pitäisi olla enemmän, sillä päihderiippuvuuttakin on paljon. Kesätyössäni tapasin paljon päihderiippuvaisia ja sitä kautta opin vähän heidän hoidosta.

Mielestäni sairaanhoitajan koulutukseen ei sisälly riittävästi päihdehoitoon liittyvää opetusta. Päihdehoitotyöstä saatava koulutus riippuu opiskelijasta itsestään ja siitä, kuinka paljon on ottanut päihteisiin liittyviä vapaasti valittavia opintoja.

Siis mitä päihdeopintoja? =) Jos ei suuntaa mielenterveyteen tai ole ollut niin fiksu että valitsee vapaavalintaisiin opintoihin, niin kyllä aika heikoilla mennään. Jotain kirjojen nimiä taidettiin mielenterveyden perusopinnoissa saada tietoon, ett mistä vois sitten itse lukea. "Kun te tätä kuitenkin tulette

jatkossa tarvitsemaan..:" Ottaen huomioon mikä ongelma päihteet on nyky-yhteiskunnassa ja mikä alkoholin kulutus on Suomessa, niin kyllä hoitajien koulutuksessa yllättävän vähän tähän kiinnitetään huomiota! Taas yksi kohta, johon pitäisi ehdottomasti panostaa enemmän. Olisin voinut luopua vaikka Int. skills kurssista ja tehdä päihdehoitotyön opintoja.

Opintoja voisi olla enemmänkin, vaikka pääosin mielestäni päihdesairaudesta kärsivän potilaan hoitoon vaikuttaa enemmänkin hoitajan omat arvot potilaan arvokkaasta kohtaamisesta, kuin se mitä varsinaisesti koulussa opetetaan. Henkilökohtaisiin arvoihin on koulun hankala puuttua, vaikka näitäkin voisi sisällyttää toki enemmän opintoihin.

LIITE 6: Kyselyn testaaajille osoitetut sähköpostit 1 ja 2

1. sähköposti:

Hei!

Teemme opinnäytetyötä, jonka työnimi on: "Sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteet päihdeasiakkaita kohtaan". Toteutamme työn kyselynä määrätylle joukolle sairaanhoitajaopiskelijoita helmikuun puolivälissä 2009. Ennen varsinaista kyselyn toteutusta, esitestaamme kyselyn. Kyselyn esitestaukseen tarvitsisimme viisi henkilöä, jotka eivät tule vastaamaan varsinaiseen kyselyyn. Kyselyn esitestaus on tarkoitus toteuttaa tammikuun alussa. Aikaa vastaamiseen on viikko opinnäytetyömme aikataulun vuoksi. Olisiko sinulla aikaa ja/tai kiinnostusta vastata kyselyymme?

Tarvitsemme kyselystämme palautetta mm. seuraavista asioista:

Onko kysymykset selkeitä ja yksiselitteisiä?

Onko kyselyn ohjeet selkeät ja yksiselitteiset?

Onko vastausvaihtoehdot toimivat?

Onko kysely raskas vastata?

Kauanko vastaamiseen kului aikaa?

Onko kyselyssä olennaisia kysymyksiä?

Onko kyselyssä turhia kysymyksiä?

jne.

Ilmoitathan käytettävyytesi. Ja jos sinulla on jotain kysyttävää, niin ota yhteyttä!

Yhteydenotot: Anna Hirvonen: anna.hirvonen.sho@jamk.fi

Terveisin,

Anna Hirvonen ja Katariina Rutanen

2. sähköposti:

Hei!

Tämä viesti koskee opinnäytetyömme kyselyn testaamista, johon olet aikaisemmin suostunut osallistumaan. Jos et enää halua/ehdi osallistua kyselyn testaamiseen, ilmoita siitä välittömästi tämän viestin lähettäjälle (Anna Hirvoselle)!

Kertauksena taustatietoa opinnäytetyöstämme:

Opinnäytetyön työnimi on: "Sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteet päihdeasiakkaita kohtaan". Opinnäytetyö toteutetaan kyselyä sairaanhoitajaopiskelijoille, jotka ovat aloittaneet vaihtoehtoiset ammatilliset opinnot tammikuussa 2009. Kysely toteutetaan helmikuun puolivälissä 2009. Opiskelijat vastaavat kyselyyn tunnilla, jossa olemme itse läsnä. Ennen varsinaisen kyselyn toteutusta, kysely testataan, joka tapahtuu teidän avulla.

Aiemmistä tiedoista poiketen, aikaa vastaamiseen on ensi keskiviikkoon 21.1.2009 klo:17 saakka. Toivomme teidän vastaavan sekä ohessa olevaan kyselyyn (linkki alla) että kyselyä koskeviin kysymyksiin (kysymykset numeroituna alla).

Tarvitsemme kyselystä palautetta erityisesti seuraavista asioista:

1. Ovatko kysymykset selkeitä ja yksiselitteisiä?
2. Ovatko kyselyn ohjeet selkeät ja yksiselitteiset?
3. Ovatko vastausvaihtoehdot toimivat?
4. Onko kyselyssä olennaisia kysymyksiä?
5. Onko kyselyssä turhia kysymyksiä?
6. Onko kysely raskas vastata?
7. Kauanko vastaamiseen kului aikaa? (noin)
8. Jos sinulle tulee mieleen kommentteja, mielipiteitä, vinkkejä, tms. kyselyä, kyselyn kysymyksiä tai ylipäätään opinnäytetyötämme koskien, niin mielellämme kuulisimme ajatuksistasi!

Jos tulee kysyttävää tai vastaamisen suhteen ilmenee ongelmia, niin ota yhteyttä!

Yhteydenotot: Anna Hirvonen: *anna.hirvonen.sho@jamk.fi* puh. 044 091 8120.

Jos haluat ottaa yhteyttä opinnäytetyömme ohjaajiin, niin heidän yhteystiedot ovat:

Pirkko Oittinen
pirkko.oittinen@jamk.fi
puh. 0400 391 692

Marjo Palovaara
marjo.palovaara@jamk.fi
puh. 0400 976 746

Terveisin,

Anna Hirvonen ja Katariina Rutanen