



Diak

Eini Janhonen
Sini Wickström
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan AMK-tutkinto
Sairaanhoitaja (AMK)
Opinnäytetyö, 2020

SAIRAAHOITAJIEN NÄKÖKULMIA SAVUTTOMUUDEN TUKEMISEEN ENNEN ELEKTIIVISTÄ LEIKKAUSTA

TIIVISTELMÄ

Eini Janhonen, Sini Wickström

Sairaanhoitajien näkökulmia savuttomuuden tukemiseen ennen elektiivistä leikkausta

57 sivua, 4 liitettä

Syksy 2020

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveystieteen AMK-tutkinto

Sairaanhoitaja (AMK)

Tupakointi on yksilön terveyttä vakavasti vaarantava riskitekijä ja kansantaloudelle merkittäviä kustannuksia kerryttävä ongelma. Leikkausta edeltävä tupakointi altistaa potilaan lukuisille leikkaukskomplikaatioille ja hidastaa toipumista. Suomessa leikkaukseen jonotti vuonna 2014 arviolta yli 40 000 tupakoitsijaa.

Potilaalle suunnitteilla oleva leikkaus on todettu erittäin merkittäväksi tupakoinnin lopettamisen motivaatiotekijäksi. Tupakasta vieroittautumisen onnistumisen todennäköisyys voi jopa kaksinkertaistua leikkauksen yhteydessä. Tupakoinnin lopettaminen ennen elektiivistä leikkausta parantaa potilaan ennustetta 30–40 prosenttia tupakointia jatkaviin verrattuna.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa, miten erikoissairaanhoidon sairaanhoitajat toimivat, jotta potilas saataisiin vieroittautumaan tupakasta, kun hänelle on suunnitteilla elektiivinen leikkaus tai pientoimenpide. Pyrimme selvittämään, millaisia eri menetelmiä potilaan tupakointiin puuttumiseen on käytössä. Yhteistyökumppanina opinnäytetyössä oli Suomen Syöpäyhdistys. Tavoitteena oli tuottaa Suomen Syöpäyhdistyksen käyttöön ajantasaista tietoa siitä, miten tupakkavieroitustyö tänä päivänä toteutuu erikoissairaanhoidossa.

Opinnäytetyön teoreettisena viitekehyksenä on katsaus ajankohtaiseen tupakointia ja sen vaikutuksia, yksilön motivaatiota sekä terveydenhuollon tupakkavieroitustyötä käsittelevään tieteelliseen kirjallisuuteen. Tutkimuksen empiirinen osuus toteutettiin laadullisen tutkimusotteen mukaisina teemahaastatteluina. Haastattelut toteutettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) sairaaloissa savuttomuushoitajien luona. Kerätty haastatteluaineisto litteroitiin, minkä jälkeen vastaukset tiivistettiin ja teemoiteltiin.

Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että potilaan savuttomuuden tukeminen ei ole saavuttanut vakiintunutta asemaa erikoissairaanhoidossa. Tilanteen selvittämiseen yleisellä tasolla tarvittaisiin kuitenkin lisätutkimusta. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä potilaan tupakoinnin huomioivaa hoitotyötä erikoissairaanhoidossa.

Asiasanat: tupakointi, tupakoinnin lopettaminen, tupakoimattomuus, leikkaus, motivaatio

ABSTRACT

Eini Janhonen, Sini Wickström

Nurses' perspectives on supporting smoking cessation prior to elective surgery
57 pages, 4 appendices

Autumn 2020

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor's Degree Programme in Health Care

Registered Nurse

Smoking is a serious risk factor for an individual's health and a problem that imposes significant costs on the national economy. Preoperative smoking exposes the patient to numerous surgical complications and slows down the process of recovery. In Finland, more than an estimated 40,000 smokers queued for surgery in 2014.

An upcoming surgery has been identified as a very significant motivating factor in smoking cessation. The probability of successfully quitting smoking can even double with surgery. Quitting smoking before elective surgery improves the patient's prognosis by 30 to 40 percent compared to those who continue to smoke.

The purpose of this thesis was to find out how nurses in specialized health care work to get a patient to quit smoking prior to an elective surgery or a minor procedure. The aim was to find out what methods were in place to address a patient's smoking. The partner in the thesis was The Cancer Society of Finland. The goal of the thesis was to provide The Cancer Society of Finland with up-to-date information on how smoking cessation work is carried out in specialized health care today.

The theoretical frame of reference of the thesis is a review of current scientific literature on smoking and its effects, an individual's motivation and smoking cessation in health care. The empirical part of the research was carried out as semi-structured interviews in accordance with the qualitative research approach. Interviews were conducted in hospitals in the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS) with smoking cessation nurses. The collected interview material was transcribed, after which the answers were summarized and thematized.

The results of the study suggest that support for the patient's attempt to quit smoking has not reached an established position in specialized health care. However, further research would be needed to clarify the situation at a general level. The results of the thesis can be utilized in the development of nursing work in specialized health care that takes into account the patient's smoking.

Keywords: smoking, quitting smoking, smoking cessation, surgery, motivation

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 TUPAKOINTI	6
2.1 Tupakoinnin yleisyys, yhteiskunnalliset haasteet ja lainsäädäntö	6
2.2 Tupakoinnin vaikutukset elimistöön ja mieleen	9
2.3 Tupakoinnin ja sen lopettamisen vaikutukset leikkauksen yhteydessä	10
3 TUPAKASTA VIEROITTUMINEN	12
3.1 Motivaatio.....	12
3.1.1 Sisäinen ja ulkoinen motivaatio.....	12
3.1.2 Motivaatiomallit ja terveystyöskäytäytyminen	14
3.2 Ohjaus ja tuki tupakasta vieroittumiseen.....	17
3.3 Lääkkeet apuna tupakasta vieroittumisessa	19
4 SAVUTTOMUUSHOITAJA TERVEYDENHUOLLON TOIMIJANA	21
4.1 Tupakkavieroitus terveydenhuollon toimintaympäristössä	21
4.2 Sairaanhoidajan työ savuttomuuteen ohjauksessa	23
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	26
6 TUTKIMUSMENETELMÄ	27
6.1 Laadullinen tutkimus	27
6.2 Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä	28
6.3 Teemahaastattelu	29
6.4 Asiantuntijoiden haastattelemineen	30
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	31
7.1 Yhteistyökumppani.....	31
7.2 Tutkimusprosessi	31
7.3 Aineiston keruu ja analysointi.....	33
8 TUTKIMUSTULOKSET	37
8.1 Potilaan hoitopolku ja tupakointiin puuttuminen	37
8.2 Tupakkavieroitustyön asema erikoissairaanhoidossa	38

8.3 Savuttomuushoitajan toteuttama vieroittautumisen tuki	39
8.4 Muut tupakoinnista vieroittumisen tukimuodot	40
8.5 Yhteenveto tutkimuksesta	42
9 POHDINTA	45
9.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	45
9.2 Ammatillinen kasvumme	48
9.3 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotuksia	49
LÄHTEET.....	50
LIITE 1. Yhteydenottokirje.....	57
LIITE 2. Tiedote haastateltavalle.....	58
LIITE 3. Haastattelurunko	59
LIITE 4. Haastattelusopimus.....	60

1 JOHDANTO

Tupakointi on yleisin estettävissä oleva kuolleisuuden aiheuttaja länsimaissa (Saarelma 2019). Tupakointi aiheuttaa haittoja lähes kaikissa kehon elimissä ja on siten monien sairauksien riskitekijä (Laasonen & Kolu 2010, 125). Suomen kansantaloudelle tupakoinnin haitoista aiheutuu vuosittain miljardiluokan kustannukset (Heloma, Kiiänmaa, Korhonen & Winell 2017, 109–112; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Aiheet. Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. Tupakka). Tupakointi on siten sekä yksilötasolla vakavia haittoja aiheuttava tapa että yhteiskunnallisesti tarkastellen merkittäviä kustannuksia kansantaloudelle kerryttävä ongelma.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten erikoissairaanhoidon sairaanhoitajat toimivat, jotta potilas saataisiin olemaan tupakoimatta hänen ollessaan menossa suunniteltuun leikkaukseen tai pientoimenpiteeseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli perehtyä savuttomuushoitajien haastattelujen avulla heidän tapoihinsa puuttua potilaiden tupakointiin ja tukea savuttomuutta. Jokaisen hoitajan tulisi työssään potilaiden kanssa keskustella terveellisistä elämäntavoista, ja tupakoinnin lopettamiseen tähtäävän toiminnan tulisi olla yksi tärkeimmistä puheenaiheista potilaan kanssa (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus 2018). Erityisesti ennen toimenpiteitä ja suuria leikkauksia sekä pitkän osastohoidon aikana tulisi hoitajan keskustella vakavasti potilaan kanssa tupakoinnin lopettamisesta, tai edes vähentämisestä.

Yhteistyökumppanina opinnäytetyössä oli Suomen Syöpäyhdistys. Tavoitteena oli tuottaa Suomen Syöpäyhdistyksen käyttöön ajantasaista tietoa siitä, miten tupakasta vieroitus tänä päivänä toteutuu erikoissairaanhoidossa.

Opinnäytetyön teoreettisena viitekehyksenä on katsaus ajankohtaiseen tupakointia ja sen vaikutuksia, yksilön motivaatiota sekä terveydenhuollon tupakka- vieroitustyötä käsittelevään tieteelliseen kirjallisuuteen. Henkilön motivaatiolla on huomattava vaikutus terveyskäyttäytymisen muutokseen (UKK-Instituutti. Terveysliikunta nyt. Terveysliikuntautisia. Pysyvään terveyskäyttäytymisen

muutokseen uudella toimintamallilla). Käymme opinnäytetyössämme läpi sekä henkilön sisäistä että ulkoista motivaatiota tupakoinnin lopettamiseen. Työssämme esittelemme muutamia motivaatioteorioita sekä erilaisia käyttäytymismuutosmalleja. Mallit on valittu liittyen tupakoinnin mahdollisen lopettamisyrityksen tukemiseen.

Tutkimuksen empiirinen osuus toteutettiin laadullisen tutkimusotteen mukaisina teemahaastatteluina. Tiedonantajilta kerättiin haastatteluaineisto, jonka vastaukset analysoitiin teemoittelemalla. Haastattelut toteutettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) sairaaloissa savuttomuushoitajien luona.

Tutkimuskirjallisuudessa ja käytännön työelämässä on havaittavissa, että tupakoinnin lopettamiseen tähtäävää vieroitustyötä tekevistä sairaanhoitajista käytetään monia eri nimityksiä, esimerkiksi tupakkahoitaja ja nikotiinivieroitushoitaja. Me päädyimme tässä tutkimuksessa käyttämään neutraalia ja lyhyttä nimitystä savuttomuushoitaja. Käytämme tätä nimitystä kaikista vieroitustyötä tekevästä sairaanhoitajista riippumatta siitä, tekeekö hoitaja tupakkavieroitustyötä päätoimisesti, osan aikaa vai muun työnsä ohessa.

2 TUPAKOINTI

2.1 Tupakoinnin yleisyys, yhteiskunnalliset haasteet ja lainsäädäntö

Puhuttaessa tupakoinnista se mielletään usein samaksi asiaksi kuin savukkeiden polttaminen. Tupakkatuotteiden käyttö on kuitenkin monimuotoisempi käsite: se sisältää savukkeiden lisäksi myös sikareiden ja piipun polttamisen sekä erilaisia savuttomia tupakkatuotteita, kuten nuuskan. Sähkösavukkeet puolestaan eivät sisällä lainkaan tupakkakasvia, joten niitä ei luokitella tupakkatuotteiksi. (Heloma, Kiiänmaa, Korhonen & Winell 2017, 21–34.) Sähkötupakoissa käytettävään nesteeseen voi liuottaa oman tarpeen mukaisen nikotiiniannoksen. Nesteitä ja patruunoita myydään myös ilman nikotiinia, jolloin haitat syntyvät makuaineista. (Patja 2016a.)

Terveydellisestä näkökulmasta tarkastellen nuuskan ja sähkötupakan käytössä on paitsi paljon yhtäläisyyksiä myös joitakin eroavaisuuksia verrattuna tavanomaisiin tupakkatuotteisiin. Nuuskatessa nikotiinin reitti elimistöön ei kulje keuhkojen vaan suun limakalvojen kautta. Sähkötupakkaa käytettäessä sen sisältämät aineet, myös mahdollinen nikotiini, kulkeutuvat elimistöön keuhkojen kautta, mutta tässä käyttömuodossa tupakan polttoprosessin yhteydessä syntyvät haitta-aineet jäävät pois. Nuuskaaminen ja sähkötupakointi ovat suhteellisesta yleisty- misestään huolimatta edelleen melko marginaalisia nikotiinin käyttömuotoja. (Heloma ym. 2017, 21–34.) Tässä opinnäytetyössä tarkastelemme tupakointia riippuvuutta aiheuttavana tekijänä, joten otamme tarkasteluun mukaan nuuskan ja sähkötupakan niiden nikotiinivaikutusten osalta, mutta rajaamme tutkimuksen ulkopuolelle niiden erityispiirteet.

Suomen tupakkapolitiikkaa johtaa ja ohjaa sosiaali- ja terveysministeriö. Sen tärkeimpänä tavoitteena on saada tupakkatuotteiden ja nikotiinivalmisteiden käyttö ja myynti loppumaan. (Suomen ASH. Tupakkapolitiikka. Kehitys Suomessa.) Tupakkapolitiikka keskittyi Suomessa 1960-luvulle saakka valtion verotulojen kasvattamiseen. Poliitiikan seurauksena oli tupakan kulutuksen kasvu. 1970-luvulla alettiin paremmin ymmärtää tupakan vaarallisuus terveydelle ja tästä aiheutuvat

huomattavat välilliset kustannukset yhteiskunnalle. Huomio suunnattiin terveyshaittojen vähentämiseen, ja tämän kehityksen tuloksena Suomessa hyväksyttiin tupakkalaki vuonna 1976. Tupakoinnin yleisyys on ollut Suomessa pääsääntöisesti laskusuunnassa vuosien 1996–2018 välisenä aikana. Vuonna 2018 20–64-vuotiaista miehistä 15 prosenttia ja vastaavan ikäisistä naisista 13 prosenttia tupakoi päivittäin. Vuonna 2018 vähenemiskehitys näyttää kuitenkin aikuisväestön osalta pysähtyneen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

Tupakoinnin arvioidaan aiheuttaneen Suomessa noin 4 300–4 500 kuolemaa ja noin 340 000 vuodeosastohoitopäivää vuonna 2012. Samana vuonna tupakoinnin aiheuttamien välittömien taloudellisten haittojen arvioidaan olleen 617–621 miljoonaa euroa. Lisäksi välillisten kustannusten arvioidaan olleen suuruudeltaan 840–930 miljoonaa euroa. Näin ollen tupakoinnin arvellaan aiheuttaneen vuonna 2012 yhteensä noin 1,5 miljardin euron taloudelliset haittakustannukset. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Aiheet. Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. Tupakka.) Tupakointi on näin ollen sekä yksilötasolla vakavia haittoja aiheuttava tapa että yhteiskunnallisesti tarkastellen merkittäviä kustannuksia kansantaloudelle kerryttävä ongelma.

Valtio pyrkii säätelemään kansalaistensa haitallista käyttäytymistä esimerkiksi laeilla. Lakeihin kirjatut säädökset rajoittavat suoraan kansalaisten toimintaa eri tavoin. Lainsäädännöllä saattaa olla siihen kirjattujen suorien rajoitusten ja velvoitteiden lisäksi myös välillisiä seurauksia: tiukentuneet lait saattavat johtaa muutoksiin asenteissa. (Helkama ym. 2015, 203.) Edellä kuvatun mukaisesti voidaan katsoa, että myös kansalaisten asenteisiin tupakkaa kohtaan on pyritty vaikuttamaan lakien avulla. Tupakkalain sisältämät säädökset ovat tupakoitsijan käyttäytymistä suoraan rajoittava tekijä. Esimerkiksi kiellot tupakoida työpaikoilla ja tupakan hinnan nosto rajaavat tupakoitsijan mahdollisuutta tupakointiin. Tupakointikäyttäytymisen rajoittaminen voi kuitenkin myös välillisesti vaikuttaa tupakoinnin vähenemiseen muuttamalla asenteita tupakointia kohtaan. Asenteiden muutos on hitaammin kehittyvä asia, eikä välttämättä aina toteudu toivotusti. Heti voimaan astuvien säädösten lisäksi vaikutusta voidaan katsoa olevan myös säädöksillä, joille on määritelty siirtymäaika. Jo tieto tulevasta rajoituksesta voi saada kansalaisen miettimään tupakointikäyttäytymistään, ja siihen tulossa olevaa

muutosta. Tupakan makuaineet kiellettiin lailla vuonna 2016, mutta tällöin makusavukkeiden myyntiin tuli siirtymäaika vuoden 2020 toukokuuhun asti (Sosiaali- ja terveysministeriö. Ajankohtaista 2016). Makusavukkeille säädetty kieltö on saattanut vaikuttaa esimerkiksi mentolisavukkeita polttavien henkilöiden asenteisiin jo siitä lähtien, kun tuleva kieltö siirtymäsäädöksineen on tullut tupakoitsijan tietoon.

Tupakkalain tavoitteena on tupakkatuotteiden käytön aloittamisen ehkäiseminen, tupakan käytön lopettaminen sekä väestön suojeleminen tupakan savulle altistumiselta (L 549/2016). Tupakkalaki on kiristetty asteittain. Tupakka-askeihin liitettiin aluksi sanalliset varoitukset tupakan vaarallisuudesta, ja myöhemmin varoituksia on tehostettu tupakoinnin seurauksia esittelevin kuvin. Vuonna 1978 kiellettiin tupakkatuotteiden mainonta. Vuodesta 1995 lähtien on tupakointi työpaikoilla ollut kiellettyä. Tässä vaiheessa ravintolat jäivät kuitenkin vielä säädöksen ulkopuolelle. Samana vuonna myös tupakan ostamisen ikärajaa nostettiin 16 vuodesta 18 vuoteen. Ravintoloista tehtiin savuttomia vuonna 2007, mutta siirtymäaika annettiin kaksi vuotta. Lisäksi ravintoloihin on toistaiseksi edelleen mahdollista rakentaa erillisellä ilmastoinnilla varustettu tupakointitila. Kaupoissa ja kioskeissa tupakkatuotteita ei ole saanut pitää esillä enää vuoden 2012 jälkeen. (Suomen ASH. Tupakkapolitiikka. Tupakkalaki.) Samanaikaisesti tupakointirajoitusten kiristämisen kanssa on myös tupakan hintaa jatkuvasti nostettu. Nykyisen hallitusohjelman mukaan asteittaista veronkorotusta tullaan jatkamaan yhteensä 200 miljoonalla eurolla hallituskauden loppuun saakka (Valtiovarainministeriö. Tupakkaverotus. Tupakkaveron korotukset ja verotasot.) Vuoden 2016 loppukesästä tuli Suomessa voimaan uudistettu tupakkalaki. Uusimpia tiukennuksia ovat muun muassa mahdollisuus kieltää parveketupakointi taloyhtiöissä sekä tupakointikieltö autossa, jos kyydissä on alle 15-vuotiaita lapsia. (Sosiaali- ja terveysministeriö. Ajankohtaista 2016)

Tupakoinnin lopettamiseen on yhteiskunnassa panostettu vuosikymmenien mittaan erilaisin hankkein. Savuton Suomi 2040 -hankkeen mukaan Suomi on mahdollista saada savuttomaksi vuoteen 2040 mennessä (Savuton Suomi 2030 -verkosto).

Euroopassa tupakointia on pyritty ehkäisemään yhteisillä kansainvälisillä säädöksillä. Vuonna 2016 voimaan astuneilla EU:n tupakkatuotedirektiiveillä on pyritty esimerkiksi säätelemään tupakkatuotteiden sekä vastaavien tuotteiden valmistamista, esittämistapaa sekä myyntiä koko Euroopan alueella, ja tekemään tupakkapolitiikasta yhtenäistä. EU:ssa on myös pyritty tekemään kansainvälistä yhteistyötä tupakoinnin ehkäisevässä työssä. (Euroopan komissio. Asuminen, työnteko ja matkustamisen EU:ssa. Kansanterveys. Tupakka.)

2.2 Tupakoinnin vaikutukset elimistöön ja mieleen

Tupakka on vahvaa riippuvuutta aiheuttava päihde, jota kuitenkin on laillista käyttää. Se luokitellaan keskushermostoa stimuloivaksi ja rauhoittavaksi aineeksi. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2013, 59.) Tupakointi vaikuttaa koko elimistöön, ja se lisää riskiä sairastua eri tauteihin, esimerkiksi sydän- ja verisuonitauteihin, keuhkohtaumaan, erilaisiin syöpiin ja osteoporoosiin. Joka toinen länsimainen tupakoitsija kuolee tupakoinnista aiheutuviin terveyshaittoihin. Väestötasolla 14 prosenttia kaikista kuolemista voidaan todentaa johtuvan tupakasta. Tupakoinnin lopettamisen jälkeen henkilön riski saada sydänveritulppa puolittuu vuodessa, vaara sairastua keuhkosityöpään madaltuu puoleen kymmenessä vuodessa, sekä keuhkohtaumataudin eteneminen hidastuu. Tupakointi vähentää eliniän odotusta kymmenellä vuodella. (Saarelma 2019.)

Tupakan sisältämä nikotiini aiheuttaa verisuonien supistumista ja sen seurauksena verenpaineen ja sykkeen nousua savukkeen polttamisen yhteydessä. Verenpaine ja syke kuitenkin normalisoituvat nopeasti savukkeen polton loppumisen jälkeen. Häkäkaasun ja nikotiinin poistuttua kehosta alkaa keuhkoputkien supistustila normalisoitua muutamassa päivässä. Verenkierto paranee muutamassa viikossa, ja yskä- ja hengitysvaikeudet vähenevät 3–9 kuukauden aikana. (Saarelma 2019.)

Tupakkariippuvuus on monisyinen riippuvuusoireyhtymä, jossa yhdistyvät kemiallinen nikotiiniriippuvuus, psyykinen ja sosiaalinen riippuvuus sekä tapariippuvuus (Rautava-Nurmi ym. 2013, 59). Nikotiini on fyysistä riippuvuutta aiheuttava

aine, jolla on aivotoimintaa kiihdyttäviä vaikutuksia. Tupakkakasvista uutettu nikotiini kiinnittyy aivoissa nikotiinireseptoreihin. Tupakoinnin myötä tupakoitsijan aivot vähitellen tottuvat nikotiiniin, vaikka nikotiini on suurina annoksina myrkyllistä. Tupakoivalle henkilölle tulee fyysisiä oireita nikotiinin määrän vähentyessä elimistössä. (Patja 2016b.) Pitkään jatkunut tupakointi ja suuret määrät nikotiinia aiheuttavat pysyviä vaurioita tupakoitsijan aivojen hermosoluissa. Aivoihin muodostuu uusia nikotiinireseptoreita ja näin aivojen rakenne muuttuu. (Stumppi.fi. Fyysinen riippuvuus.)

Tupakointi vaikuttaa sekä unen laatuun että sen määrään. Tupakoinnin lopettamisen jälkeen unen laatu kohenee ja unen määrä suurenee. (Saarelma 2019.) Pitkään tupakoineilla henkilöillä on todettu olevan paljon univaikeuksia, mitkä ovat seurausta kroonisesta tupakoinnista. Tutkimuksissa on todettu, että tupakoivien henkilöiden HPA-akselin (hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaiskuori-akselin) säätely on voinut vaurioitua. (Cohen, Colodner, Masalha & Haimov 2019.) Hypotalamus sijaitsee väliaivojen pohjaosassa ja se säätelee aivolisäkkeen kanssa hormonaalista säätelyjärjestelmää, mikä esimerkiksi kontrolloi unen laatua ja määrää (Johansson 2016, 2).

2.3 Tupakoinnin ja sen lopettamisen vaikutukset leikkauksen yhteydessä

Suomessa leikkaukseen jonotti vuonna 2014 arviolta yli 40 000 tupakoitsijaa. Tarve ja mahdollisuus tukea leikkauspotilaiden tupakoinnin lopettamista on siten merkittävä (Grönholm, Karhunen-Enckell & Liira 2017). Potilaan päästessä leikkausjonoon tulisi tupakasta vieroittuminen kirjata yhdeksi tärkeimmäksi osaksi potilaan hoitosuunnitelmaa (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus 2018).

Tupakointi ennen leikkausta heikentää merkittävästi leikkauksen toipumisaikaa. Leikkaushaavat ja kudokset eivät parane niin hyvin kuin ei-tupakoitsijoilla, ja leikkaushaavojen infektiot lisääntyvät. Tupakoinnin takia kudoksiin ei kulkeudu tarpeeksi happirikasta verta, mistä solut saavat tarvitsevansa rakennusaineet kudoksen korjaamiseen. Tupakointi lisää komplikaatioiden riskiä leikkauksen

aikana sekä jälkeen, esimerkiksi sydän- ja keuhko-ongelmia saattaa ilmetä. Murtumien hoidon teho heikentyy. Leikkauksissa ja sairauksissa tiettyjen lääkehoitojen teho heikentyy, koska tupakointi lisää lääkkeiden metaboliaa, mikä näin ollen tehostaa lääkkeen poistumista nopeasti elimistöstä. (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus 2018.)

Tupakoinnin lopettaminen on aina hyvä asia, ja jokainen polttamaton tupakka on askel terveellisempään elämään. Tupakoinnin lopettaminen ennen leikkausta parantaa potilaan ennustetta 30–40 prosenttia tupakointia jatkaviin verrattuna, ja toipuminen leikkauksesta ennusteen mukaisesti nopeutuu. Jo yhden päivän tupakoimattomuuden jälkeen kehosta katoaa hiilimonoksidi melkein kokonaan ja jo kahden päivän jälkeen nikotiini häviää kehosta lähes täysin. Yskä ja limannousu lievittyvät 1–2 kuukaudessa ja keuhkojen toiminta paranee merkittävästi 2–3 kuukaudessa. Tupakoinnin lopettaminen parantaa unenlaatua, mikä voi osaltaan vaikuttaa potilaan leikkauksesta toipumiseen, koska levossa keho palautuu parhaiten. Joskus tupakoinnin lopettaminen saattaa kuitenkin aiheuttaa unettomuutta lopettamisstressin takia. (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus 2018; Leikkausta edeltävä arviointi. Käypä hoito- suositus.2014.)

Tupakoinnin lopettamisesta johtuvat vieroitusoireet ovat yksilöllisiä. Ihanteellisin tilanne olisi, jos potilas onnistuisi lopettamaan tupakoinnin jo muutamaa kuukautta ennen leikkausta. Tällöin saavutettaisiin paras lopputulos leikkauksesta toipumisessa, kun kyseessä on aikaisemmin tupakoinut henkilö. Vaikka leikkaukseen olisi aikaa vain 4–8 viikkoa, tulee tupakoinnin lopettamista täysin suositella silti. Tätä lyhyemmän tupakoimattomuusajan hyödyistä ei ole näyttöä. (Leikkausta edeltävä arviointi. Käypä hoito- suositus 2014.) Tupakoinnin lopettaminen ennen leikkausta vähentää sairasloman pituutta, sekä minimoi uusintaleikkauksen riskiä (Stumpfi.fi. Tupakoimattomana leikkaukseen). Tupakoinnin lopettamisella on kaiken kaikkiaan monia hyviä vaikutuksia. Tässä opinnäytetyössä rajaamme tarkastelun kuitenkin leikkaukseen ja pientoimenpiteisiin ja siitä toipumiseen vaikuttaviin seikkoihin.

3 TUPAKASTA VIEROITTUMINEN

3.1 Motivaatio

3.1.1 Sisäinen ja ulkoinen motivaatio

Motivaatioksi nimitetään psykologian terminologiassa sitä pyrkimisen, tahtomisen, yrittämisen ja aikomisen tilaa, jossa ihminen luo pohjan tavoitteeseen pyrkimiselle (Helkama ym. 2015, 209). Ihmisen käyttäytymiseen ja toimintaan vaikuttavat motivaatiot, jotka ovat kehittyneet motiiveista. Motiivit ovat ihmisellä sisäsyntyisesti, ja ne ohjaavat motivaatiota. Motiivit voivat olla henkisiä tai konkreettisia, ja ne voivat olla tiedostamattomia tai tiedostettuja, vahvoja tai heikkoja ajatuksia omasta pystymisestä. Motivaatio on motiivien kehittämä tila, jossa ihminen toimii päämäärätietoisesti pyrkien pääsemään tiettyyn lopputulokseen. Tupakoinnin lopettamiseen tarvitaan sekä sisäistä että ulkoista motivaatiota. Ne poikkeavat toisistaan käyttäytymistä suuntaavien motiivien ja palkkioiden puolesta. (Suomen terveystieteiden tutkimuskeskus oy. Terveysverkko. Motivaatio.)

Itseohjautuvuusteoria erottaa motivaatiossa kolme motivaatiokategoriaa: amotivaatio, sisäinen motivaatio sekä ulkoinen motivaatio. Amotivaatiossa tarkoitetaan motivaation puuttumista jonkin tietyn asian muutoksen eteen tehtävään tekemiseen, ja sisäisestä motivaatiosta on kyse silloin, kun motivaatio tuottaa henkilölle itselleen luontaisesti tyydytystä. Ulkoisessa motivaatiossa on todettu olevan neljä eri säätelytapaa: vähiten itsenäinen, sisäistetty, tunnistettu sekä integroitu. (Middelkamp 2018, 56.)

Sisäinen motivaatio on henkilöstä itsestään lähtevää tarvetta muuttaa huonoksi todettua henkilöön itseensä kohdistuvaa asiaa positiivisempaan suuntaan. Sisäinen motivaatio voi olla myös ylläpitävää eli henkilöllä ei ole tarvetta muuttaa joi-takin asioita, vaan sisäinen motivaatio voi olla myös asian ylläpitoa. Sisäisessä motivaatiossa henkilö toimii omasta tahdostaan muiden mielipiteiden ulottumattomissa. Sisäinen motivaatio on yleensä pitkäkestoista, ja henkilö saa siitä iloa ja nautintoa, mitkä pitävät motivaatiota yllä. Siitä voi tulla pysyvä motivaation lähde,

ja tämän takia sisäinen motivaatio on vahvempaa kuin ulkoinen motivaatio. (Suomen terveystieteiden tutkimuskeskus oy. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Motivaatio.) Sisäinen motivaatio voi myös kadota, jos henkilö kokee toimintansa olevan palkittavissa ulkopuolelta tai henkilö kokee toimintansa tämän palkinnon tavoitteluksi. Omaehtoisesti motivoitunut henkilö ei kuitenkaan aina nauti toiminnasta sinänsä, mutta tietää sen seurauksien kuuluvan hänen omaan arvomaailmaansa ja tukevan niitä. (Helkama ym. 2015, 210–212.) Itsehjautuvuusteoriassa oletetaan, että mitä sisäsyn-tyisempi motivaatio on ja mitä itsestä lähtöisempää motivaatio on, sitä parempi henkilön motivaatiotaso on. (Middelkamp 2018, 55.)

Ulkoisessa motivaatiossa motivaation lähde tulee henkilön itsensä ulkopuolelta. Se voi olla esimerkiksi yhteiskunnan muovaama normi, jota henkilö noudattaa ulkopuolisen painostuksen takia. Toiminta ei perustu henkilön omaan motivaatioon, ja siksi ulkoisesta motivaatiosta ei koeta niin paljon iloa ja hyötyä kuin sisäisestä motivaatiosta. Ulkoisen motivaation liittyvät palkkiot asiaa saavutettaessa ovat lyhytkestoisia. (Suomen terveystieteiden tutkimuskeskus oy. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Motivaatio.) Ulkoisen motivaation määrittelyyn tarvitaan neljä eri erilaista säätelytapaa. Ulkoinen säädely käyttäytyminen tapahtuu palkkioiden toivossa tai rangais- tuksen kiertämiseksi. Sisäistetty säädely käyttäytyminen tulee esiin, kun henkilö harjoittaa toimea sisäisen paineen vuoksi. Tunnistettu ulkoinen säätely sitouttaa henkilön käyttäytymiseen, josta koituva käyttäytymisen tulos on henkilölle tärkeä. (Middelkamp 2018, 56.)

Addiktiivisen käyttäytymisen motivaation muuttamisyrityksen taustalla on muis- tettava, että tupakointikäyttäytyminen voi olla sisäistä motivaatiota, mutta siihen usein vaikuttaa henkilön sosiaaliset suhteet, oma elämäntilanne sekä laajemman sosiaalisen ympäristön tekijät. Motivaatio voi liittyä esimerkiksi tässä tapauk- sessa yksilön ja toisten ihmisten vuorovaikutukseen. Vaikka sisäiset tekijät teke- vät muutoksen pohjan, ulkoiset motivaatiot toimivat sen ehtoina. Läheisten tuki näin ollen on suuressa roolissa muutosmotivaatiossa. Usein muutosmotivaatiota virittävät vahvimmin elämän kriisitapahtumat. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 10–20).

Leikkaus on todettu erittäin merkittäväksi tupakoinnin lopettamisen ulkoiseksi motivaatiotekijäksi. Sen myötä onnistumisen todennäköisyys voi jopa kaksinkertaistua. Jo leikkausta suunniteltaessa tai potilasta leikkausarvioon lähetettäessä tulee potilasta kannustaa tupakoinnin lopettamiseen ja järjestää hänelle tarvittava vieroituksen tuki mahdollisine lääkehoitoineen. Tämänlaisen tupakoinnin puuttumiseen savuttomuushoitajat moniammatillisessa tiimissä pyrkivät. (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus 2018.)

3.1.2 Motivaatiomallit ja terveyskäyttäytyminen

Motivaatiota ja käyttäytymismuutosta ennakoimaan ja selittämään on käytetty vuosikymmeniä erilaisia motivaation ja käyttäytymismuutosten malleja ja teorioita. Suurin osa näistä on sosiaaliskognitiivisia, eli ihminen mielletään sekä sosiaaliseksi että älylliseksi olennoiksi. Näistä malleista suurinta osaa voidaan käyttää terveyskäyttäytymisen muotoihin, kuten tupakointiin. (Middelkamp 2018, 50.)

Itsemääräämisteoria (self-determination theory) on yksi tämän vuosituhannen tutkituin sosiaalipsykologian teorioista. Sillä on yritetty selittää eri vuorovaikutusympäristöjen vaikutukset sisäiseen ja ulkoiseen motivaatioon. Teorian mukaan henkilön toimintaan vaikuttavat kompetenssin tarve ("osaan"), autonomian tarve ("päätän itse") sekä liittymisen tarve ("minusta pidetään"). Ympäristöllä, jossa tullaan näitä tarpeita, on suuri vaikutus sisäsyntyisen motivaation kehittymiselle. Autonomista ajattelua tukeva ympäristö on todettu olevan parempi keino motivaation muodostumiseen, kuin kontrolloidut ympäristöt. Kontrolloidussa ympäristössä motivaatiot kehittyvät ulkoisten pakkojen takia, kuten palkintojen tai rangaistusten uhalla. Olo pakosta voi olla myös sisäsyntyistä aiheuttaen muuten syyllisyyden ja häpeän tunnetta henkilölle. Omaehtoisessa motivoitumisessa voi myös toiminta olla epämiellyttävää ja tekijä ei pidä tekemästään, mutta tiedostaa kuitenkin päämäärän olevan tärkeä hänelle itselleen ja hänen arvomaailmalleen. (Helkama ym. 2015, 210–212.) Jos tupakoinnin lopettaminen tai vähentäminen vapaaehtoisesti mielletään oman hyvinvoinnin lisääväksi tekijäksi, voi henkilö todennäköisemmin parantaa mahdollisuutta pystyä tähän, kuin siinä tapauksessa, että käsky lopettamisesta tai vähentämisestä tulee auktoriteetilta. Ryan & Deci

(2000) kirjoittaa, että Itsemääräämisteorian mukaan ulkoisia motivaatioita voidaan kuitenkin muovata sisäisiksi motivaatioiksi ja henkilön henkilökohtaisiksi tavoitteiksi, jos se tapahtuu henkilön itsemääräämisoikeutta kunnioittaen (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 10).

Terveysuskomusmalli (health-belief model, HBM) pyrkii selittämään ja ennustamaan henkilön terveyttä parantavaa käyttäytymistä. Mallissa oletetaan, että henkilö aloittaa jonkin käyttäytymisen muutoksen sairauden ehkäisemiseksi. Muutos on riippunainen henkilön omasta kokemuksesta omaa terveyttä uhkaavasta tilasta, sekä se ennustaa käyttäytymisen vaikutusta tähän todettuun uhkaan. Tämän mallin taustalla on pelko olemassa olevasta sairaudesta tai siihen sairastumisesta. Esimerkiksi tupakoivalla henkilöllä on suurempi todennäköisyys sairastua keuhkosityöpään, kuin tupakoimattomalla henkilöllä. Keuhkosityöpä on todellinen ja vakava tauti ja siihen sairastuminen on todennäköinen riski. Tämän taudin ja uhan pelko on suuri kannuste henkilölle positiivisempaan terveystietoisuuteen, tässä tapauksessa tupakoinnin lopettamiseen. Harvinaisemman ja vähemmän vakavan taudin uhan ei ole todettu olevan niin tehokas kannuste terveellisempään elämäntapaan kuin todennäköisen ja vakavan taudin. (Middelkamp 2018, 51–52.)

Helkama ym. (2015, 213) kirjoittaa, että asenne ennustaa käyttäytymistä aikomuksen kautta. Tupakoinnin lopettamisen toimeenpanoaikomus kuvaa suunnitelmaa, jossa henkilö toteuttaa aikomuksensa tietyllä hetkellä ja tietyllä tavalla. Toimeenpanoaikomus lisää tavoitteen saavuttamisen mahdollisuutta onnistua. Toimeenpanoaikomus on yksi monista toiminnan suunnittelun muodoista. Siihen kuuluu toimintasuunnittelu (miten, missä ja milloin toiminnan toteuttaa), sekä varmistussuunnittelu (jos en tee asiaa x nyt ennen tätä tehtävää, teen sen tehtävän jälkeen). Toimeenpanoaikomuksen suunnittelussa on erityisen tärkeää henkilön pystyvyyden tunteen vahvistuminen. (Helkama ym. 2015, 213–215.)

Pystyvyyden tunne (sense of self-efficacy) on henkilöstä itsestään lähtevää. Se vaikuttaa siihen, kuinka haasteellisiin tilanteisiin ja asioihin henkilö tarttuu ja kuinka paljon henkilö jaksaa nähdä aikaa ja vaivaa asian toteutumiseen ja toteuttamiseen. Se viittaa henkilön käsitykseen, että hän voi ja pystyy vaikuttamaan

asioihin, joilla on osansa henkilön elämässä. Pystyvyyden tunne on yksi tärkeimmistä motivaation lähteistä. Henkilö voi käyttää neljää erilaista tietoa muodostaessaan kuvaa omasta pystyvyydestä: 1. tietoa aikaisemmasta suorituksesta, jonka mukaisesti edelliset onnistumiset vahvistavat pystyvyyden tunnetta, ja epäonnistumiset heikentävät pystyvyyden tunnetta. Mutta jos edelliset onnistumiset ovat vahvistaneet pystyvyyden tunnetta, eivät tulevat epäonnistumiset ole niin haitallisia), 2. sijaiskokemus (henkilön tieto samankaltaisten asioiden läpikäyvien henkilöiden onnistumisista ja epäonnistumisista), 3. sanallinen vaikuttaminen (auktoriteetin tai henkilön ihaileman tai pitävän henkilön sanallinen viesti ”kyllä sinä suoriudut siitä”), sekä 4. fyysiset ja tunnereaktiot (henkilön aikaisemmat tunteet pystyvyydestä tietyissä tilanteissa). (Helkama ym. 2015, 60, 221.)

Middelkampin (2018, 53) mukaan vuonna 1977 Albert Bandura (1997) kehitti minäpystyvyysteorian. Tässä teoriassa oletetaan henkilön kaikkien käyttäytymismuutosten tapahtuvan minäpystyvyydellä sekä uskotaan siihen, että henkilö voi saavuttaa toivotun lopputuloksen. Tällä teorialla tarkoitetaan henkilön uskoa omaan tekemiseen ja pystyvyyden mahdollisuutta ylittää henkilökohtaiset, sosiaaliset ja ympäristöön kytkeytyvät esteet ja uskomukset. Henkilö luottaa itseensä ja kykyihinsä, eikä hänen usko tekemiseensä lopu minkäänlaisissa tilanteissa esteiden tullessa tielle.

Perustellun toiminnan teoriassa oletetaan, että terveyskäyttäytyminen kehittyy käyttäytymisaikeesta. Henkilö aloittaa aikeen miettimällä ensin asiaa, ja aikeen muutosmahdollisuus riippuu henkilön omista uskomuksista. Mutta vaikka aikomus on kehittynyt, ei se kuitenkaan aina johda erilaiseen käyttäytymiseen. Teoria on tarkoituksenmukainen tutkittaessa itsekонтроloitua käyttäytymistä, kuten tupakointia. (Middelkamp 2018, 53–54.)

Suunnitellun käyttäytymisen teoria ottaa huomioon sen seikan, että kaikki käyttäytyminen ei ole täysin henkilön hallinnassa. Henkilön sisäinen uskomus muutettavan käyttäytymisen helppoudesta tai vaikeudesta vaikuttaa siihen, kuinka helposti henkilö lähtee muutamaaan käyttäytymistään, ja näihin vaikuttaa henkilön uskomukset. (Middelkamp 2018, 54–55.)

Tupakoinnin lopettamiseen tähtäävissä terveystkampanjoissa on vuosikymmenien ajan käytetty yllättävän paljon pelottelua ja uhkailua käyttäytymisen vaikuttamisen keinona, vaikka sen ei ole todettu sosiaalipsykologian saralla olevan tehokkain vaikuttamisen keino, eikä se usein riitä yksinään muuttamaan asennetta toivottuun suuntaan. Kansalaisten pelottelustrategia on myös lähtökohtaisesti huono tapa, koska ihmisen tulisi kokea pystyvänsä muutokseen, mutta pelottelu lamauttaa pystyvyyden tunteen. Pystyvyyden tunnetta tulisi kohentaa esimerkiksi lisäämällä tupakka-askeihin auttavan puhelimen numero, jotta henkilölle syntyy positiivinen pystyvyyden tunne toiminnan aloittamiseen. (Helkama ym. 2015, 223.)

3.2 Ohjaus ja tuki tupakasta vieroittumiseen

Tupakoinnin lopettamisen tukemiseen on kehitetty useita tekniikoita. Lyhyimmillään kyse voi olla mini-interventiosta, muutaman minuutin pituisesta keskustelusta, jossa terveydenhuollon ammattilainen toteaa huolestumisensa potilaan terveydentilasta ja kannustaa tupakoinnin lopettamiseen. Pidempikestoiset menetelmät voivat pohjautua esimerkiksi käyttäytymisterapiaan tai vieroitusryhmästä saatavaan tukeen. (Heloma ym. 2017, 141–142.) Eri vieroitushoidoista tulisi potilaalle valita toimivin ja potilaan toiveita mahdollisimman hyvin toteuttava, jotta päästään toivottuun lopputulokseen, eli tupakoinnin lopettamiseen tai ainakin sen vähentämiseen. (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito-suositus 2018.) Hoitajan tulisi valita sellainen vaikuttamistoimenpide, mikä olisi paras mahdollinen juuri kyseiselle henkilölle. Vaikuttamistoimenpide riippuu erityisesti aina kyseisestä käyttäytymisestä sekä kohderyhmästä. (Helkama ym. 2015.)

Potilaan omalla asenteella tupakoinnin lopettamisessa ennen toimenpidettä on suuri merkitys lopputuloksen kannalta. Petty & Cacioppo (1981) mukaan asenteen suppea määrittäminen on johonkin henkilöön, asiaan tai tietyn aiheen keskusteluun liittyvä yleinen ja pysyväisluonteinen, negatiivinen tai positiivinen tunne (Helkama ym. 2015). Potilaan myönteiseen asenteeseen tupakoinnin lopettamiseen tai edes vähentämiseen voi hoitotyöntekijä vaikuttaa sillä, että potilas saa

tarpeeksi tietoa tupakoinnin lopettamisen ja vähentämisen positiivista vaikutuksista juuri häneen itseensä. Potilaan tulisi saada jonkin verran tietoa myös niistä tupakoinnin jatkamisen haitoista, jotka heikentävät hänelle suunnitellun toimenpiteen onnistumista. Tämänkaltaisen positiivispainotteisen asenneintervention jälkeen potilas muuttaa todennäköisemmin asennettaan kohti toivottua lopputulosta, ja tämä taas todennäköisemmin vie asenteen toimintaan. Potilaan käyttäytymistä intervention jälkeen ei voida kuitenkaan ennustaa täysin. Asenne ei ole välitön ennustaja, vaan käyttäytymisaikomus. Vaikka asenne tupakoinnin lopettamiseen olisi myönteinen se ei silti tarkoita, että asenne muuttuisi toimintamalliksi. Käyttäytymisasennetta ennustavat sekä asenne että sosiaaliset normit. (Helkama ym. 2015, 196–197.)

Asenteen muutokseen vaikuttaa asenteeseen vaikuttajan kyky esittää asia vakuuttavasti, sekä vastaanottajan ideaali kyky prosessoida uutta tietoa. Näistä johdun voi syntyä suhteellisen pysyvä asennemuutos vastaanottajassa. Jos sanoma koetaan epäjohdonmukaiseksi tai huonosti perustelluksi, voi vastaanottaja muuttaa asennettaan mahdollisesti päinvastaiseenkin suuntaan. Syvällinen asian prosessointi johtaa siihen, että uudet asenteet voivat olla vahvempia kuin pinnallisesti käsitellyt asenteet. Omaseurantatekniikoista päiväkirjan pitäminen muutosta tarvitsevista toimista on konkreettinen apu selkeyttää henkilön tavoitteita tavoitteeseen pääsemiseksi. Sen on todettu olevan yksi vaikuttavimmista tavoista vaikuttaa henkilön käyttäytymiseen, ja se on yksi käytetyimmistä käyttäytymismuutostekniikoista. (Helkama ym. 2015, 203–215.)

Tupakointi on henkilön terveyteen negatiivisesti vaikuttava käyttäytymismalli. Useat tutkimukset osoittavat, että 12 kuukautta tupakoinnin lopettamisen jälkeen 37 prosenttia tupakoinnin lopettaneista henkilöistä aloitti uudelleen tupakoinnin, sekä viiden vuoden tupakoimattomuuden jälkeen tupakoinnin aloitti uudelleen 7 prosenttia entisistä tupakoijista. (Middelkamp, Jiménez & Rieger 2018, 20.) Kerran opitun huonon terveystietämisen tavan poisoppiminen onkin hankalaa, ja palkitsee henkilöä vähemmän kuin jonkin uuden, positiivisen käyttäytymistavan omaksuminen. (Jiménez, Beedie & Liguori 2018, 45.)

Brittin, Hudsonin ja Blampiedin (2004) mukaan pyrittäessä muuttamaan elämäntapaa on terveydenhoidon alalla todettu motivoivan haastattelun olevan kaikkein tehokkain intervention muoto. Motivoiva haastattelu on asiakaskeinen lähestymistapa, ja sen on todettu olevan henkilön elämäntapaan vaikuttavampi tapa vaikuttaa kuin esimerkiksi perinteiseen tiedonantoon ja neuvontaan pohjautuvat interventiot. (Helkama ym. 2015, 217)

Tupakka- ja nikotiinivieroitushoidosta on tehty Käypä hoito -suositus (2018). Siinä on tavoitteena lisätä hoitajien toimintaa tupakka- ja nikotiinivieroitushoidossa ja ehkäisyssä ja näin ollen edistää jo hyviksi todettujen hoitomuotojen käyttöä. Jokaiselle potilaalle tulisi tehdä vieroitussuunnitelma, sekä se tulisi kirjata asianmukaisesti hoitosuunnitelmaan. Vieroitussuunnitelmassa suunnitellaan potilaan kanssa yhdessä vieroituksen aikataulu, tulevat tapaamiset sekä puhutaan siitä, minkälaista ohjaustyyliä potilas toivoo. Jos vieroitukseen otetaan käyttöön myös lääkkeitä, tulee ne kirjata suunnitelmaan. Vieroitussuunnitelmasta ja sen vaikutavuudesta ja merkityksestä potilaalle on kuitenkin vähän tutkimusnäyttöä. (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito 2018.) Vieroitussuunnitelma kertoo kuitenkin muulle työryhmälle potilaan kanssa käydystä vieroituskeskustelusta.

3.3 Lääkkeet apuna tupakasta vieroittumisessa

Tupakoitsijan mahdollisuus onnistua tupakoinnin lopettamisessa yli kaksinkertaistuu, kun vieroituksessa käytetään tukena neuvontaa ja lääkitystä (World Health Organization. Activities. Quitting tobacco). Suomessa tupakoinnista vieroituksessa käytetään apuna sekä lääkärin kirjoittamalla reseptillä saatavia vieroituslääkkeitä että käsikauppalääkkeinä myytäviä nikotiinikorvaushoitovalmisteita. Reseptilääkkeistä käytetyimpiä ovat varenikliini, bupropioni sekä nortriptyliini. (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus 2018.) Uusimpana reseptilääkkeenä käyttöön tulleelle Champixille (vaikuttavana aineena varenikliini) myönnettiin markkinointilupa EU:ssa vuonna 2006 (European Medicines Agency 2014, 3). Kela-korvattavaksi Champix tuli Suomessa vuonna 2014 ja sen korvattavuutta laajennettiin vuonna 2016 (Kela.

Yhteistyökumppanit. Lääkärit ja terveydenhuolto. Lääkkeet ja lääkekorvaukset. Lääkekorvaustiedotteet; Kela. Tietoa Kelasta. Ajankohtaista).

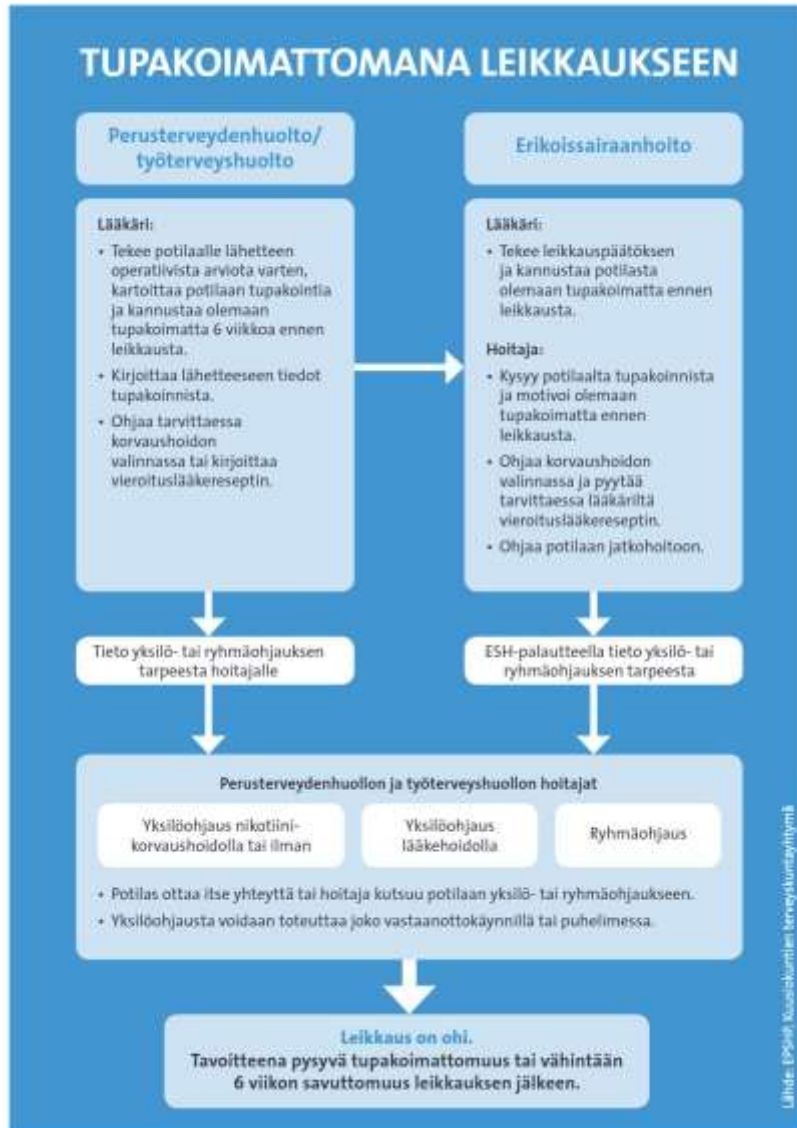
Nikotiinikorvaushoitovalmisteita saa ilman reseptiä sekä apteekista että ruoka-kaupoista. Erityisesti varenikliini-lääkehoidon ohessa käytetty nikotiinikorvaushoito, esimerkiksi nikotiinilaastari, lisää tupakasta vieroittumisen onnistumista. Tupakasta vieroittumiseen ei pelkkä lääkehoito riitä, vaan ohessa tulisi olla henkilökohtainen tuki. Esimerkiksi ryhmätuki lisää kaksinkertaisesti tupakoinnista vieroittumisen onnistumista. Näin saadaan onnistunein vieroitushoito toteutettua, eli potilas lopettaman tupakoinnin ennen leikkausta. (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus 2018.)

4 SAVUTTOMUUSHOITAJA TERVEYDENHUOLLON TOIMIJANA

4.1 Tupakkavieroitus terveydenhuollon toimintaympäristössä

Potilaan tulee saada tukea tupakasta vieroittumiseen kaikissa hoitopolkunsa vaiheissa. Potilaan hoitopolku leikkaukseen alkaa siitä, että perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa tai yksityisellä sektorilla työskentelevä lääkäri kirjoittaa potilaalle lähetteen erikoissairaanhoidon arvioon. Erikoissairaanhoidon lääkäri arvioi potilaan leikkaustarpeen ja sen kiireellisyyden, ja asettaa potilaan hoitoon. Elektiivisen eli suunnitellun ja ei-kiireellisen leikkauspäätöksen saanutta potilasta tulee tarvittaessa motivoida savuttomuuteen myös erikoissairaanhoidossa. Tämän toteutumiseksi yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tulee kehittää ja ylläpitää. (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus 2018.) Myös työterveyshuolto tulee integroida potilaan tupakkavieroituksen toteutukseen. Potilaan ohjaamisessa savuttomuuteen keskeistä on lääkäreiden ja hoitajien välinen yhteistyö. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Kuviossa 1 on esitetty malli elektiivisen leikkauspotilaan tupakkavieroituksen toimijoista.

Terveydenhuollon ammattilaisilla on yhteiskunnallisista toimijoista vahvin potentiaali edistää tupakoinnin vähentämistä (World Health Organization. Activities. Quitting tobacco). Suomessa terveyskeskukset on veloitettu tarjoamaan tupakoitsijoille apua ja tukea tupakkariippuvuudesta irti pääsemiseksi (Rautava-Nurmi ym. 2013, 59). Kahdessa kolmesta terveyskeskuksesta (68 %) oli vuonna 2018 käytettävissä tupakkavieroitukseen erikoistunut hoitaja joko omana toimintana tai ostopalveluna. Yksilöneuvontaa tupakoinnin lopettamiseen oli tarjolla kasvokkain 66 prosentissa ja verkko-, videoyhteys- tai puhelinneuvontana yhdessä prosentissa terveyskeskuksista. Kasvokkain toteutuvia tupakasta vieroituksen ryhmiä oli kolmasosassa terveyskeskuksista ja verkko-, videoyhteys- tai puhelinneuvontana palvelu järjestettiin neljässä prosentissa terveyskeskuksista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Aiheet. Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. Tupakka. Vieroitusohjaus.)



KUVIO 1. Perusterveydenhuollon, työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö elektiivisen leikkauspotilaan tupakkavieroituksessa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016)

Tupakasta vieroitustyössä tärkeintä on, että tupakoinnista luopuva henkilö saa palvelujärjestelmältä ja läheisiltään tukea ja monipuolista apua tavoitteensa toteutumiseen. Tupakasta vieroittaminen onnistuu parhaiten moniammatillisena yhteistyönä, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset tietävät toistensa tehtävät ja mahdollisuudet palveluketjussa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Aiheet. Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. Tupakka. Vieroitusohjaus.)

Ammattihenkilöiden tulisi pyrkiä sellaiseen tuen muotoon, jossa tuetaan potilaan autonomiaa. Autonomiaa tukevat ammattihenkilöt pyrkivät toiminnassaan miettimään, kuinka saada henkilö toteuttamaan itseään, mitä hän haluaa sekä mikä hänelle on tärkeää. (Helkama ym. 2015, 212.) Internetissä esimerkiksi Terveyskylän (2018) sivusto tarjoaa potilaille omahoito-ohjelmaa, mikä auttaa tupakasta vieroituksessa. Ohjelma tukee ja kannustaa potilasta pysyvään tupakoimattomuuteen. (Terveyskylä. Tupakoimattomana leikkaukseen 2018.)

Terveyden edistämistä on terveydenhuollon perinteisessä työnjaossa pidetty perusterveydenhuollon tehtävänä. Erikoissairaanhoidolla on tällöin katsottu olevan koordinoinnista, koulutuksesta ja tiedon tuottamisesta vastaava rooli. Erikoissairaanhoidon potilastyössä tapahtuneella pienelläkin väliintulolla nähdään kuitenkin olevan mahdollisuus vaikuttaa suotuisasti potilaan motivaatioon, ja näin osaltaan auttaa potilasta elämäntapamuutoksen toteuttamisen vaativassa prosessissa. Erikoissairaanhoidon osallistuminen terveyden edistämiseen nähdäänkin tarpeellisena ja perusteltuna. (Hakamäki, Kotisaari, Rigoff & Wiss 2010, 32, 34.)

4.2 Sairaanhoidajan työ savuttomuuteen ohjauksessa

Tieto tupakoinnin haitoista ja ohjaus erilaisten tupakoinnin lopettamista tukevien hoitojen piiriin on sairaanhoidajan perustehtävä inhimillisen kärsimyksen ja kansantaloudellisten kustannusten vähentämiseksi, ja tällöin sairaanhoidajan päivittäiseen työnkuvaan tulisi kuulua tupakoivan henkilön tupakoinnin lopettamishalun vahvistaminen (Rautava-Nurmi ym. 2013, 59). Jokaisen hoitajan tulisi työssään potilaiden kanssa keskustella terveellisistä elämäntavoista, ja tupakoinnin lopettamiseen tähtäävän toiminnan tulisi olla yksi tärkeimmistä puheenaiheista potilaan kanssa (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus 2018). Erityisesti ennen toimenpiteitä, suuria leikkauksia sekä pitkän osastohoidon aikana pitäisi hoitajan keskustella potilaan kanssa vakavasti tupakoinnin lopettamisesta, tai edes vähentämisestä.

Tupakoiva henkilö hyötyy usein terveydenhuollon ammattilaisen tuesta tupakoinnin lopettamisessa. Tupakoiva henkilö voi kaivata käytännön vinkkejä sekä voi tarvita apua nikotiinikorvaus- tai reseptilääkehoidon toteuttamiseen liittyvissä kysymyksissä. Terveysalan ammattilaiselta saadulla positiivisella tuella on myönteinen vaikutus niin lopettamispäätöksen tekemiseen kuin päätöksessä pysymiseenkin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Aiheet. Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. Tupakka. Vieroitusohjaus.) Kansainvälisen tutkimustiedon mukaan hoitajien käyttämä Kuuden K:n malli (kysy, keskustele, kirjaa, kannusta, kehota, kontrolloi) on tehokkain tupakointiin puuttumisen tapa (Sandström, Leppänen & Simonen 2009, 21).

Päivittäisessä työssään sairaanhoitaja kohtaa jo sairastuneita henkilöitä, jolloin sairaanhoitajan työnkuva painottuu ohjauksessa tertiääripreventioon (Iivanainen & Syväoja 2011, 174). Terveydenhuollossa potilaan ohjaaminen on keskiössä, ja sen rinnakkaiskäsitteinä ovat motivoiva keskustelu, neuvonta, opettaminen sekä valmentaminen, ja ohjaamisen käsite korostuu hoitoaikojen lyhetessä. (Ahonen ym. 2012, 34). Ohjaus- ja opetusosaaminen kuuluu yhtenä kompetenssina sairaanhoitajan työhön. Siinä tulisi suunnitella, toteuttaa sekä arvioida ohjausta ja opetusta potilaslähtöisesti muiden asiantuntijoiden kanssa (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 43).

Tupakkavieroitustyötä on pyritty viemään osaksi erikoissairaanhoidon sairaanhoitajien päivittäistä työtä erilaisten toimintaohjelmien ja hankkeiden avulla. Tällöin on havaittu, että koulutus ja uusien tupakointivieroitusmallien käyttöönotto on lisännyt aktiivisuutta tupakkavieroitustyötä kohtaan. Selkeiden vieroitusmallien on koettu antaneen lisää työkaluja ja madaltaneen kynnyksiä vieroitustyöhön erikoissairaanhoidossa. (Laasonen & Kolu 2010, 125, 131.)

Savuttomuushoitajan työssään tarvitsemia ominaisuuksia ovat herkkyys asiakkaan kanssa tapahtuvassa vuorovaikutustilanteessa sekä kyky käydä motivoivaa keskustelua ja kertoa mahdollisuuksista ja keinoista tupakoinnin lopettamiseen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Aiheet. Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. Tupakka. Vieroitusohjaus). Päihdetyöntekijöiden toivotuimmat luonteenpiirteet ja ominaisuudet, joita suositellaan yleisen psykologian kirjallisuudessa; niihin

kuuluvat lämpö mikä ei ole omistushaluista, ystävällisyys, aitous, asiakkaan kunnioitus, myönteisyys sekä empatia. Hoitajan työ ei ole patistaa potilasta elämänmuutokseen, vaan pikemminkin ohjata oikeaan suuntaan tarjoamalla tukea siihen. (Koski-Jännes ym. 2008.) Sairaanhoidossa tulisi aina painottaa asiakaslähteisyyttä kaikessa hoitotyössä sairaanhoitajan kompetensseihin pohjautuen. Potilas on aina oman elämänsä asiantuntija, ja tällaisena hänet tulisikin kohdata. Tupakkavieroituksessa tulisi hoitajan huomioida erityisesti potilaan voimavarat, sekä potilaan elämänhistoria tupakkavieroituksen alkamiseen asti. (Eriksson ym. 2015, 36.)

Potilas ei saavuta parasta mahdollista tulosta hoidosta ilman, että hän sitoutuu hoitoon. Mitä paremmin potilas saadaan sitoutettua hoitoon, sitä paremmat ovat mahdollisuudet terveeseen elämään hoidon jälkeen ja sitä pienemmän ovat sairauksien hoitokustannukset. Terveiden ja toimintakyvyn edistäminen -kompetenssissa tulisi sairaanhoitajan huomioida myös taloudellisia lähtökohtia, sekä hoitajan tulisi pystyä tunnistamaan ja ehkäisemään kansanterveydellisiä ongelmia aiheuttavia tekijöitä varhaisessa vaiheessa ((Eriksson ym. 2015, 44).

Hoitoon sitoutuminen on tutkitusti parempaa silloin, kun hoito kestää lyhyen aikaa: usein koko elämän kestävästä hoidosta hieman poiketaan. Kuitenkin on tutkittu, että potilaat sitoutuvat huonommin terveellisiin elämäntapoihin kuin diagnosoitun sairauden hoitoon. Hoitoon sitoutuminen nähdään nykypäivänä käsitteenä, jossa potilas on tasavertainen hoitajan kanssa. Tämän käsitteen taustalla on ajatus siitä, että ihminen on paras asiantuntija omassa elämässään. (Iivanainen & Syväoja 2011, 174–175.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa, miten erikoissairaanhoidon sairaanhoitajat toimivat, jotta potilas saataisiin vieroittautumaan tupakasta, kun hänelle on suunnitteilla elektiivinen leikkaus tai pientoimenpide. Pyrimme selvittämään, millaisia eri menetelmiä potilaan tupakointiin puuttumiseen on käytössä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää haastattelujen avulla niitä käytäntöjä, joita erikoissairaanhoidon sairaanhoitajat noudattavat puuttuessaan potilaan tupakointiin ja tukiessaan potilasta tämän pyrkimyksissä kohti savuttomuutta. Yhteistyökumppanina opinnäytetyössä oli Suomen Syöpäyhdistys. Tavoitteena oli tuottaa Suomen Syöpäyhdistyksen käyttöön ajantasaista tietoa siitä, miten tupakkavieroitustyö tänä päivänä toteutuu erikoissairaanhoidossa.

Tutkimuskysymyksiämme olivat:

1. Miten erikoissairaanhoidon savuttomuushoitaja puuttuu potilaan tupakointiin?
2. Miten erikoissairaanhoidon savuttomuushoitaja tukee potilasta tupakoinnin lopettamisessa?
3. Miten tupakointiin puuttumiseen tai savuttomuuden tukemiseen vaikuttaa potilaalle suunniteltu elektiivinen leikkaus tai muu toimenpide?

Pyrimme tutkimuksessamme löytämään haastateltaviksemme ensisijaisesti sellaisia erikoissairaanhoidossa työskenteleviä sairaanhoitajia, jotka tekevät vieroitustyötä merkittävän osan työajastaan. Päätimme kuitenkin tarvittaessa hyväksyä haastattelukohteiksemme myös sairaanhoitajia, jotka kohtaavat potilaan lyhyesti missä tahansa kohtaa potilaan hoitopolkua. Pyrkimyksenämme oli haastatella opinnäytetyötämme varten viittä savuttomuushoitajaa.

6 TUTKIMUSMENETELMÄ

6.1 Laadullinen tutkimus

Monet hoitamiseen ja hoitokokemuksiin liittyvät tekijät ovat vaikeasti määrällisesti mitattavissa (Ellis 2019, 31; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 74). Tutkimuksen kohteena olevien ihmisten sanallisilla kuvailuilla ja niiden pohjalta toteutetuilla laadullisilla tutkimuksilla on tästä syystä usein merkittävä asema pyritäessä hoitotieteellisten tutkimusilmiöiden ymmärtämiseen. Lisäksi hoitotieteen piirissä on sen alkuajoista lähtien korostunut tieteenalan omaan paradigmaan sopeva potilas- tai asiakaslähtöisyys ja sen tavoittaminen tutkimuksin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 74.) Kvalitatiiviselle eli laadulliselle tutkimusotteelle on luonteenomaista ihmiskeskeinen ja holistinen eli kokonaisvaltainen näkökulma sekä avoimuus ja joustavuus, ja se sopii näin jo lähtökohtaisesti hyvin yhteen hoitotyöhön olennaisesti kuuluvien potilaslähtöisyyden ja vuorovaikutuksen elementtien kanssa (Holloway & Galvin 2017, 12–13).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa huomio kohdentuu yksilön kokemukseen, tulkintoihin, vaikutelmiin, käsityksiin ja motivaatiotekijöihin. Tutkimuksen keskiössä on siis ihminen ja hänen näkemyksensä asioista. Laadullisen tutkimuksen keinoin voidaan paneutua yksilön uskomuksiin, asenteisiin ja käyttäytymiseen sekä sen muutoksiin. (Ellis 2019, 15; Holloway & Galvin 2017, 3; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 65–66; Kelly 2010, 309.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja sen pyrkimyksenä on pikemmin löytää tai paljastaa tosiasioita tutkittavasta ilmiöstä kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. Todellisuus ymmärretään moninaiseksi, ja sen sisältämien tapahtumien nähdään muovaavan toinen toisiaan samanaikaisesti ja moniin suuntiin. Tutkittavaa ilmiötä ei siksi voi jakaa mielivaltaisesti erillisinä tarkasteltaviin osiin, vaan kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 157.) Tavoitteena laadullisen tutkimuksen tekemisessä on ymmärtää, miten tutkittu ilmiö hahmottuu haastateltavien henkilöiden näkökulmasta (Kylmä & Juvakka 2007, 23).

Opinnäytetyömme tutkimusaihe on tupakoinnin lopettaminen ennen elektiiviseen toimenpiteeseen menoa. Selvitämme savuttomuushoitajien työssään käyttämiä keinoja ja menetelmiä tupakoivien potilaiden tupakoinnin lopettamisen tukemisessa. Tupakoivan henkilön tulisi mahdollisuuksien mukaan luopua tupakointivastaan eli muuttaa vakiintunutta käyttäytymistään määrätyn ajan puitteissa, jotta hänellä tiedossa oleva toimenpide ja siitä toipuminen sujuisivat optimaalisella tavalla. Ihmisen käyttäytymisen muutokseen vaikuttavat erilaiset motivaatiotekijät. Tutkimuksessamme tarkastelemme savuttomuuden toteutumista. Pyrimme tunnistamaan savuttomuushoitajien tupakointiin puuttumisen ratkaisevia tekijöitä, jotka vaikuttavat tupakoitsijan käyttäytymisen muutoksen onnistumiseen. Tämän tyyppiseen tutkimusongelmaan voidaan nähdäksemme perustellusti etsiä ratkaisuja kvalitatiivisella tutkimusotteella.

6.2 Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Kvalitatiivista tutkimusta tehtäessä yksi keskeisistä aineiston keruun menetelmistä on haastattelu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 121.) Haastattelu on sosiaalinen vuorovaikutustilanne, jossa haastattelija ja haastateltava kohtaavat toisensa, useimmiten kasvotusten. Haastattelutilanteessa välittyy sekä kielellinen että ei-kielellinen kommunikaatio. Tämä asetelma antaa haastattelijalle mahdollisuuden tarkentaa kysymyksiä ja siten suunnata tiedonhankintaa itse haastattelutilanteessa. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 34, 41–42.). Tutkimustarkoituksia varten tehdyissä haastatteluissa tiedon keruu on systemaattista, ja tutkijan tavoitteena on hankkia mahdollisimman luotettavaa ja tutkimusongelman kannalta relevanttia tietoa. (Hirsjärvi ym. 2008, 202–203.) Tutkimushaastatteluja suoritettaessa olennainen seikka on myös se, että haastateltavan on voitava luottaa antamiensa tietojen luottamukselliseen käsittelyyn (Hirsjärvi & Hurme 2009, 43).

Tutkimushaastatteluja voidaan jaotella erilaisiin haastattelutyyppeihin sen mukaan, miten vahvasti strukturoituina ja tarkasti säädeltyinä haastattelutilanteet toteutetaan. (Hirsjärvi ym. 2008, 203.) Strukturointiastetta kuvaa se, miten kiinteästi kysymykset on muotoiltu ja missä määrin haastattelijan on mahdollista jäsentää haastattelutilannetta. Tutkimushaastattelutyyppeiden nimikkeissä esiintyy paljon

vaihtelua ja osin jopa sekavuutta. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 43.) Moni taho esittelee kuitenkin haastattelutyyppejä jaottelun kolmeen ryhmään (ks. esim. Brinkmann 2018, 579–580; Ellis 2019, 64–65; Hirsjärvi & Hurme 2009, 44–48; Holloway & Galvin 2017, 89–91; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 124–126; Tuomi & Sarajärvi 2018, 87–89). Brinkmannin (2018, 579–580) nimeäminä ryhmät ovat suhteellisen strukturoitu, semistrukturoitu ja suhteellisen strukturoimaton haastattelu. Hirsjärvi ja Hurme (2009, 44–48) käyttävät ryhmistä vastaavasti nimiä lomakehaastattelu, teemahaastattelu ja strukturoimaton haastattelu.

6.3 Teemahaastattelu

Teemahaastatteluista on muodostunut erittäin paljon käytetty aineistonkeruumenetelmä hoitotieteen piirissä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 126). Teemahaastattelusta käytetään myös nimitystä puolistrukturoitu haastattelu. Teemahaastattelussa olennaista ovat nimensä mukaisesti teemat, tutkijan ennalta määrittelemät aihealueet, jotka toimivat haastattelun sisältöä rajaavina puitteina. Haastattelukysymykset eivät ole tarkkaan muotoiltuja tai yksityiskohtaisia vaan enemmän vain suuntaa antavia, ja haastateltava voi vastata niihin omia näkemyksiään painottaen. Kysymyksiin vastaaminen on teemahaastattelussa avointa keskustelunomaista kanssakäymistä haastateltavan ja haastattelijan välillä, ja ihmisten tekemät tulkinnat sekä heidän asioille antamansa merkitykset tulevat näkyviksi vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 47–48.) Haastattelijan tehtävänä teemahaastattelussa on pitää huoli siitä, että dialogi pysyy ennalta määriteltujen teemojen piirissä (Eskola, Lähti & Vastamäki 2018, 30).

Opinnäytetyössämme haastatellaan savuttomuushoitajia, joilla on erityistä asiantuntemusta omasta osaamisalueestaan. Perehdyttyämme eri aineistonhankintatapoihin päädyimme siihen, että teemahaastattelut väljine kysymyksenasetteluineen toimivat tutkimuksessamme hyvänä pohjana aineistonkeruulle. Haastattelut saavat tällöin edetä haastateltavien tietämyksen ja näkökulmien viitoittamina, ja meillä on haastattelijoina mahdollisuus esittää tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä saatujen vastausten selventämiseksi tai tietojen ja näkemysten syventämiseksi. Myös tutkimuksenteossa vaadittaviin taitoihin harjaantumisen sekä

opinnäytetyöhön käytettävissä olevan ajan suhteen pidämme teemahaastatteluja toteuttamiskelpoisena aineistonkeruumenetelmänä.

6.4 Asiantuntijoiden haastattelemine

Asiantuntijat ovat haastateltavina erityinen ryhmä ja heidän haastattelemiseensa liittyy tiettyjä erityispiirteitä. Asiantuntijana voidaan pitää henkilöä, jolla on selkeää eriyttä tietoa tutkittavasta aiheesta, jota on vain harvoilla. Asiantuntijuus ei ole yksilön pysyvä ominaisuus, vaan se määrittyy toiminnassa, esimerkiksi ammattillisten tehtävien kautta. Asiantuntijan tieto voi Bognerin ym. (2009) mukaan olla joko tietoa menettelytavoista (engl. know-how) tai tulkinnallista tietoa (engl. know-why). Carrin ym. (2010) mukaan asiantuntijuus ilmenee puheessa tyypillisesti tietynlaisina kielellisinä piirteinä, esimerkiksi ammattitermien ja lyhenteiden käyttönä. (Alastalo, Åkerman & Vaitinen 2017, 214–216.)

Asiantuntijahaastatteluiden onnistuneessa toteuttamisessa korostuu huolellisen pohjatyön tekemisen merkitys. Suunnitellessaan asiantuntijan kohtaamista on haastattelijan valmistauduttava myös itse esiintymään asiantuntijana. Tutkimuksen kohteena olevan ilmiökentän hahmottaminen vaatii perehtymistä sitä koskevaan teoreettiseen ja tutkimukselliseen tietoon. Lisäksi haastattelijan on viisasta varautua myös siihen, että asiantuntijahaastateltavat saattavat osoittaa aktiivista kiinnostusta sitä tutkimusta kohtaan, jonka puitteissa heitä haastatellaan. Haastatteluihin ryhtymistä ei kuitenkaan ole syytä turhaan pitkittää, vaikka ei kokisi omaa tietämystään täysin valmiiksi. Varsinainen tietäjän rooli on kuitenkin haastateltavalla. Asiantuntijahaastatteluita on myös varsin usein mahdollista täydentää jälkikäteen. Asiaan voidaan myöhemmin palata pyytämällä tarkennuksia tai korjauksia puhelimitse tai sähköpostilla. (Alastalo, Åkerman & Vaitinen 2017, 221–225, 228–229.)

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Yhteistyökumppani

Työelämän yhteistyökumppaniksemme tämän opinnäytetyön toteuttamiseen saimme Suomen Syöpäyhdistyksen. Suomen Syöpäyhdistys on yksi Suomen suurimmista potilas- ja kansanterveysjärjestöistä sekä valtakunnallinen asiantuntijajärjestö. Suomen Syöpäyhdistykseen kuuluu kaksitoista alueellista syöpäyhdistystä, jotka kaikki toimivat Suomen Syöpäjärjestön nimen alla. Lisäksi Suomen Syöpäyhdistykseen kuuluu kuusi valtakunnallista potilasjärjestöä. Syöpäyhdistysten tavoitteena on olla tukena syöpää sairastaville sekä syövän kanssa tekemisissä oleville henkilöille. (Syöpäjärjestöt. Suomen Syöpäyhdistys.)

Kävimme opinnäytetyöprosessimme käynnistämisvaiheessa helmikuussa 2019 keskustelija yhteyshenkilömme, Suomen Syöpäyhdistyksessä työskentelevän kehityspäällikön kanssa yhdistystä kiinnostavista ja meille opinnäytetyötutkimukseksi soveltuvista tutkimusaiheista. Suomen Syöpäyhdistyksessä oltiin kiinnostuneita saamaan tuoretta tietoa siitä, miten tupakkavieroitus toteutuu elektriivisten leikkausten yhteydessä. Keskustelujen pohjalta päädyimme hahmottelemaan tutkimustyötä, jossa kartoittaisimme tupakoimattomana leikkaukseen menon toteutumista. Suomen Syöpäyhdistyksestä ehdotettiin, että käyttäisimme tutkimuksemme empiirisen osan aineistonhankinnassa tiedonantajina tupakkavieroitustyötä tekeviä savuttomuushoitajia. Emme entuudestaan tunteneet savuttomuushoitajien työnkuvaa, mutta meitä kiinnosti mahdollisuus päästä haastattelemaan sairaanhoitajia. Saimme samassa yhteydessä tietoomme mahdollisia kontakteja, joihin voisimme olla yhteydessä haastateltavia löytääksemme.

7.2 Tutkimusprosessi

Olimme saaneet Suomen Syöpäyhdistyksen yhteyshenkilömme kanssa käymisämme keskusteluissa kuulla HUS:ssa käynnissä olevasta Hyvä Kierre -hankkeesta. Tässä hankkeessa yhtenä neljästä osa-alueesta on

Tupakoimattomuuden ja nikotiinittomuuden edistäminen (HUS. Ammattilaiselle. Perusterveydenhuollon yksikkö. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Hyväkierre). Arvioimme, että meidän kannattaisi ottaa yhteyksiä hankkeessa mukana oleviin henkilöihin, sillä sitä kautta meille saattaisi avautua kontakteja savuttomuushoitajiin. Helmikuussa 2020 otimme yhteyttä hankkeessa yhteyshenkilönä toimivaan, HUS:n Perusterveydenhuollon yksikössä työskentelevään kehittämisspäällikköön. Hän kutsui meidät mukaan tutustumaan Hyvä Kierre -hankkeen toimintaan. Liityimme hanketta varten muodostettuun Teams-pohjaiseen verkostoon. Kävimme myös tapaamassa kahta hankkeessa toimivaa HUS:n Perusterveydenhuollon yksikön ylilääkäreitä. Toinen ylilääkäreistä sovittiin HUS:n vastuuhenkilöksi opinnäytetyötutkimukseemme. Kevään 2020 aikana osallistuimme kahteen Hyvä Kierre -hankkeen verkostotapahtumaan. Tarkoituksenamme oli tuoreimman tutkimustiedon saamisen lisäksi solmia mahdollisia yhteyksiä savuttomuushoitajiin. Verkoston toiminta vaikutti mielenkiintoiselta. Havaintojemme mukaan hankkeessa mukana olevat sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat työskentelivät kuitenkin poikkeuksetta perusterveydenhuollossa.

Olimme saaneet vastuulääkäriltämme tiedon, että erikoissairaanhoidossa toimivien ammattihenkilöiden haastattelemiseen tarvitaan sairaanhoitopiirin tutkimuslupa. Saatuamme opinnäytetyömme suunnitelman hyväksytyksi käynnistimme tutkimusluvan hakuprosessin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS). Haimme tutkimuslupaa Yhtymähallinnon tasolta, sillä olimme tässä vaiheessa jo ymmärtäneet savuttomuushoitajien löytämisen olevan haasteellista, ja halusimme, että meillä olisi mahdollisuus etsiä haastateltavia koko HUS:n toimialueelta.

Keväällä 2020 suunnitelmamme menivät monelta osin uusiksi koronaviruspandemian saavuttaessa Suomen. Tutkimusaineiston hankkimiseksi tarvittavat teemahaastattelut olimme alun perin suunnitelleet toteuttavamme mahdollisuuksien mukaan kasvotusten haastateltavien kanssa. Virustartuntojen hillitsemiseksi kaikkia mahdollisia tapaamisia kasvotusten tuli nyt välttää. Jouduimme siten selvittämään vaihtoehtoisia tapoja haastattelujen toteuttamiseen erilaisilla etäyhteyksillä.

Saatuamme HUS:n tutkimusluvan aloimme lähettää laatimaamme yhteydenotto-kirjettä kaikille tahoille, joista arvelimme voivan löytyä mahdollisia haastateltavia. Tämän opinnäytetyön liitteenä on ensimmäinen lähettämämme sähköposti, ilman viestin yksilöintitietoja (Liite 1). Myöhempien sähköpostien sisältöä muokkasimme aina lähetyksajankohdan kalenteritilannetta ja yhteydenottoyhteyden lähtökohtia vastaaviksi. Kaikkien lähettämämme sähköpostiyhteydenottojen liitteiksi laitoimme HUS:n edellyttämät tutkittavan tiedotteen ja teemahaastattelurungon (kts. Liite 2 ja Liite 3). Yhteydenottokirjeistä löytyivät tiedot muun muassa haastatteluun suostumisen vapaaehtoisuudesta, haastateltavien anonymiteetin säilyttämisestä, haastateltavan oikeudesta perua antamansa haastattelu ennen aineiston analysointia sekä haastattelumateriaalin hävittämisestä tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Pyrimme myös joko ennen sähköpostin lähettämistä tai sen jälkeen soittamaan henkilöille, joita olimme lähestyneet.

Pieni osa lähettämistämme sähköposteista tai soittamistamme puheluista johti uusiin kontaktiehdotuksiin, joita myös lähestyimme. Jatkoimme sinnikkäästi potentiaalisten haastateltavien etsintää koko HUS:n toimialueelta alkusyksyyn 2020 asti. Kaikkien yhteydenottoyhteydenottojen jälkeen jouduimme toteamaan, että olimme onnistuneet saamaan yhteyden kahteen tupakkavieroitustyötä tekevään tai aiemmin tehneeseen sairaanhoitajaan, jotka olivat lupautuneet haastateltaviksemme. Pyysimme heitä haastattellessamme heiltä myös luvan tarvittaessa palata haastatteluihin tarkentavilla kysymyksillä, ja kumpikin haastateltava lupautui mielellään täydentämään antamiaan vastauksia.

7.3 Aineiston keruu ja analysointi

Tutkimuksemme aihepiiriin sopivia haastattelukysymyksiä alkoi nousta ajatuksiimme jo varhaisessa vaiheessa kirjallisuuteen tutustuessa, ja kirjoitimme näitä kysymyksiä systemaattisesti talteen erilliseen dokumenttiin. Kun kysymyksiä kertyi enemmän, jaottelimme niitä yhdistävien teemojen alle, mikä taas edelleen johti uusien teeman mukaisten kysymysten kehittymiseen. Teemahaastatteluja suunniteltaessa teema-alueet kootaan haastattelurungoksi pelkistettyinä, iskusana-maisina luetteloina, joka toimii haastattelijan muistilistana, ja varsinaiset

haastattelukysymykset muodostetaan haastattelutilanteessa teema-alueisiin kohdistuen (Hirsjärvi & Hurme 2009, 66).

On kiistanalaista, saako teemahaastattelurunkoa muuttaa haastatteluprosessin aikana, ja jos, niin kuinka paljon (Eskola ym. 2018, 48–49; Tuomi & Sarajärvi 2018, 88). Vaikka olimme laatineet tutkimuksemme haastattelurunkoa pitkään, antoi ensimmäinen toteuttamamme haastattelu meille uutta näkökulmaa siihen, miten runkoa olisi suotavaa muokata ja täydentää, jotta se palvelisi paremmin tutkimusongelmaan vastaamista. Osaltaan tämä varmasti johtui kokemattomuudestamme tutkijoina. Asiantuntijoita haastateltaessa on kuitenkin myös tavanomaista, että kysymyksiä joudutaan räätälöimään ja haastattelurunkoa muokkaamaan haastattelujen edetessä (Alastalo ym. 2017, 223). Teimme joitakin muutoksia alkuperäiseen teemarunkoon. Tämän opinnäytetyön liitteenä on jälkimmäisessä haastattelussa käyttämämme teemahaastattelurunko (Liite 3).

Suunnitelmanamme oli alun perin toteuttaa haastattelut siten, että olemme molemmat mukana haastattelutilanteissa. Haastateltavien haun pitkittyessä ja syksyn työharjoitteluidemme lähestyessä harkitsimme sitäkin vaihtoehtoa, että jompikumpi meistä toteuttaisi mahdollisesti nopeasti meille tarjottavat haastattelut yksin ja etäyhteydellä. Lopulta tähän ei tullut tarvetta ryhtyä. Koska teimme haastattelut yhdessä, tallensimme ne varmuuden vuoksi kahden puhelimen sanelutoiminnoilla. Varatiedostoja ei kuitenkaan tarvittu. Siirsimme haastattelutallenteet Mail Drop -sovelluksen kautta tietokoneelle, ja teimme tiedostoista varmuuskopiot kahden tietokoneen kovalevyille sekä koulun tarjoamaan pilvipalvelutilaan. Tämän jälkeen poistimme tallenteet puhelimestamme. Kaikki haastattelutiedostot tuhotaan opinnäytetyön tultua hyväksytyksi sekä raportoiduksi tutkimusluvan vaatimusten mukaisesti HUS:in.

Tutkimushaastattelun avulla kerätty tieto pitää aineiston keräämisen jälkeen varmentaa ja tiivistää tieteellisin menetelmin, jotta sitä voidaan käyttää tutkimusongelman ratkaisuun (Hirsjärvi & Hurme 2009, 42). Jotta haastattelujen sisältö avautuisi analysoitavaksi, on tallenteet useimmiten tarkoituksenmukaista ensin litteroida eli saattaa kirjalliseen muotoon. Litteroinnin tarkkuus vaihtelee

tutkimuksen tarpeiden mukaan. (Eskola ym. 2018, 49; Hirsjärvi ym. 2008, 217; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 163–164.)

Litteroimme saadut haastattelut, ja niistä toisesta muodostui tekstiä viisi ja toisesta kuusi sivua fontilla Arial fonttikoolla 11 rivivälillä 1. Litteroimme haastattelut muuten sanatarkasti, mutta jätimme tekstistä pois suurimman osan ”niinku” ja ”tota” -täytesanoista. Merkitsimme tekstiin myös olennaiset tauot, painotukset, oikeiden sanojen hakemisen ja sanottujen asioiden korjaamiset. Halusimme toisintaa haastattelut kirjalliseen muotoon niin tarkasti, ettei äänitallenteisiin olisi enää tarvetta palata. Lisäksi toivoimme voivamme mahdollisuuksien mukaan kompensoida saamaamme niukkaa haastatteluaineistoa yksityiskohtaisella tekstimuotoon saattamisella ja sen tarkalla läpikäymisellä. Aineistojen litteroinnin yhteydessä havaitsimme, että tarvitsimme muutamia tarkennuksia ja täydennyksiä saatuihin vastauksiin, ja lähetimme jatkokysymykset sovitun mukaisesti sähköpostitse haastateltavillemme. Liitimme saamamme sähköpostivastaukset litteroitujen haastattelujen ohkeen.

Päätimme, että emme koodaa tiedonantajiamme. Perustelemme tämän päätöksen velvollisuudella säilyttää haastateltavien anonymiteettiä. Haastattelut saatiin vain kahdelta henkilöltä, ja savuttomuushoitajan työtä tekeviä henkilöitä vaikutti olevan sairaanhoitopiirissä vain vähän. Se, että tutkimustuloksistamme ei käy johdonmukaisesti selville, kumpi haastateltavista on sanonut mitäkin, on pienempi paha kuin haastateltavan henkilöllisyyden edes teoreettinen selville saaminen kaikki hänen sanomansa ja hänestä kerrottu yhdistämällä.

Tarkastellessamme litteroituja haastatteluja teimme huomion, että teemahaastattelurunko oli jäänyt haastattelutilanteissa varsin vähäiselle käytölle. Savuttomuushoitajien haastattelut olivat sujuneet alkuun päästyään dialogisesti omalla painollaan. Tämän arvelemme johtuneen siitä, että haastattelemamme asiantuntijat olivat ennen haastattelutilannetta perehtyneet heille lähettämäämme haastattelurunkoon. Olimme kuitenkin haastattelujen loppuvaiheissa silmäilleet haastattelurunkomme läpi varmistuen näin siitä, että kaikki siihen kirjatut teema-alueet olivat haastattelun aikana tulleet käsitellyiksi, vaikkakin mahdollisesti eri järjestyksessä ja erilaisin painotuksin.

Haastatteluaineiston laadullisessa analyysissä pyritään tutkittavan ilmiön ymmärtämiseen (Hirsjärvi ym. 2008, 219). Aineiston käsittely sisältää sekä analyysiä että synteisiä. Analyysissä aineistoa eritellään osiin, kun taas synteisissä pyritään luomaan osien pohjalta uudenlainen kokonaiskuva, jossa tutkittava ilmiö esittäytyy tutkijoiden hahmottamassa perspektiivissä. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 143–144.) Yksi laadullisen aineiston analysoinnissa käytetty menetelmä on teemoittelu (Hirsjärvi ym. 2008, 219). Temaattisessa analyysissä aineistosta tunnistetaan erilaisia aihepiirejä tai ohjaavia johtoajatuksia, joiden ympärille kootaan teemaan liittyvä kokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2018, 105, 142). Analyysissä muodostuvat teemat saattavat pohjautua teemahaastattelun teemoihin (Hirsjärvi & Hurme 2009, 173). Analyysi on kuitenkin tutkijoiden tulkintaa haastatteluaineistosta, ja tavallista on, että esiin saadaan uusia teemoja (Hirsjärvi & Hurme 2009, 173; Tuomi & Sarajärvi 2018, 141–143).

Analysoimme litteroituja haastatteluaineistoja lukemalla niitä useaan kertaan ja alleviivaamalla olennaisina pitämiämme kohtia vastauksista. Tiivistimme aineistoa siten, että päätimme jättää tarkastelun ulkopuolelle kiinnostavia, mutta omien tutkimuskysymystemme kannalta epärelevantteja seikkoja. Pitkän työkokemuksen omaavat sairaanhoitajat esimerkiksi viittasivat haastattelujen mittaan toisiinsa siihen, miten potilaan tupakkavieroitus oli ennen, tai heidän entisissä työyksiköissään, järjestetty. Varsin ymmärrettävästi myös koronavirustilanteen mahdolliset vaikutukset tupakkavieroituksen nykyhetken kysyntään ja tarjontaan olivat nousseet esiin haastatteluissa. Luimme saatuja haastatteluvastauksia rinnakkain ja etsimme niistä toistuvia ilmauksia ja samankaltaisuuksia. Löytyneet yhteneväisyydet värikoodasimme erilaisten teemakäsitteiden mukaan. Keskeisiksi teemoiksi haastatteluvastauksista muodostuivat sairaanhoitajan tilaisuudet puuttua potilaan tupakointiin, tupakkavieroitustyön asema erikoissairanhoidossa, savuttomuushoitajan toteuttaman tupakkavieroituksen käytännön kulku sekä muut kuin sairaanhoitajan suoraan vuorovaikutukseen pohjautuvat vieroittumisen tukimuodot. Näiden teemojen mukaisesti ryhmitellyt tutkimustulokset esittelemme seuraavaksi luvuissa 8.1–8.4.

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Potilaan hoitopolku ja tupakointiin puuttuminen

Haastateltavamme toivat esiin, että ideaalitulanteessa potilaan saadessa lähetteen leikkaukseen hänen mahdolliseen tupakointiinsa puututaan samassa yhteydessä. Potilas voi saada lähetteen leikkaukseen terveyskeskuksesta, työterveyshuollosta tai yksityisen lääkärin kirjoittamana. Lähettävän lääkärin tulisi kysyä potilaan tupakointistatusta ja ohjata tupakoiva potilas tämän suostumuksen mukaisesti perusterveydenhuollossa toimivan savuttomuushoitajan luo saamaan ohjausta tupakasta vieroittautumiseen. Tavoitteena on, että potilas saisi tietoa tupakoinnin lopettamisen tärkeydestä leikkauksen yhteydessä mahdollisimman varhain, jotta tupakoinnin haittavaikutukset ehtisivät vähentyä niin hyvin kuin mahdollista. Haastateltaviemme mukaan jo leikkausjonoon asettaminen saa monet potilaat motivoitumaan tupakoinnin lopettamiseen, vaikka varsinaista leikkauspäivää ei vielä olekaan tiedossa. Huomionarvoisena seikkana haastateltavamme toivat esiin sen, että leikkausjonossa olevalle potilaalle saattaa toisinaan vapautua leikkausaika lyhyelläkin varoitusajalla toisen leikkauksen peruuntuessa. Tästäkin syystä tupakkavieroituksen aloittaminen heti leikkaustarpeen selvittyä on potilaan edun mukaista.

Erikoissairaanhoidossa työskentelevien haastateltaviemme yksiköissä potilaan tupakoinnista kysytään aina, ja tupakointistatus kirjataan potilaan tietoihin poikkeuksetta. Emme saaneet varmaa tietoa siitä, onko haastateltaviemme työpaikkojen kaikissa yksiköissä tänä päivänä olemassa yhtenäiset käytänteet tupakoinnista kysymiselle ja sen kirjaamiselle potilaan tietoihin. Säännönmukainen kysyminen antaa hoitajalle mahdollisuuden puuttua potilaan tupakointiin erikoissairaanhoidon puolella, mikäli potilaan motivaatio tupakasta vieroittautumiseen on tässä vaiheessa hoitopolkua herännyt.

Moni tupakoitsijahan sairastaa pneumonian, eli keuhkokuumeen, [...] niin tota, muistan näitä potilaita kun ne oli oikein huonossa kunnossa, korkea kuume ja olo junan alle jääneenä, niin ne ei jaksanu lähteä tupakalle, [...] niin sit ne aina vannotti että "nyt tää loppuu

tähän mä en enää ikinä polta” – ja sit, kun niillä vähänkin se vointi parani, niin sit ne oli siellä tupakalla, ja sit ne oli ite silleen et ”eikä”. No, toisaalta, eihän mekään ehkä... ei, ei niinku sit otettu sitä asiaa ehkä enemmän puheekskaan siinä sitte, että nyt se repsahti kuitenkin ja antaa olla. Et ehkä olis voinu siinä tilanteessa ite olla enemmän aktiivinen myöskin ja tukea, yrittää että mitenkäs olikaan se että haluaisit sä tukee tähän, et miten tosissas sää oot tän lopettamispäätöksen kanssa.

Potilaalle leikkausta suunnitteleva lääkäri saattaa määrätä potilaalle tehtäväksi tutkimuksia, esimerkiksi spirometria- tai diffuusiokapasiteettimittauksen, joilla selvitetään potilaan keuhkofunktiota. Näiden leikkausta edeltävien tutkimuksien toteuttamisen yhteydessä erikoissairaanhoidon sairaanhoitajalle tarjoutuu mahdollisuus lyhyen savuttomuusintervention tekemiseen.

Jos mä mietin niitä diagnooseja, [...] sit on ollu joku, joka oli menossa myöskin johonkin leik-kauk-seen, lihavuusleikkaukseen, oisko ollu näin, ja siihen liittyen tietenkin sitten hänellä on ollu se keuhkofunktion mittausta varmaan hänellä, oisko ollu sit jopa CPAP-alotuskin hänellä.

Yhden haastattelumme yhteydessä nousi esiin se seikka, että vahva puuttuminen potilaan tupakointiin ei kaikissa tapauksissa ole eettisesti kestävä. Esimerkkinä haastateltavamme mainitsi ne keuhkosyöpäpotilaat, joiden elinajan odote diagnoosin saamisen jälkeen on enää hyvin lyhyt. Tällöin tulee arvioida, onko tupakoinnin lopettamisella tässä vaiheessa elämänkaarta enää saavutettavissa merkittävää hyötyä, ja antaa painoa potilaan omille toiveille.

8.2 Tupakkavieroitustyön asema erikoissairaanhoidossa

Haastattelemamme erikoissairaanhoidon savuttomuushoitajat työskentelivät keuhkopoliklinikalla. Heidän aiempi työkokemuksensa oli painottunut keuhkopotilaiden hoitoon vuodeosastoilla ja keuhkopoliklinikoilla. Toinen haastateltavista kertoi, että sairaalassa oli suunnitteilla toiminnan muuttaminen siten, että keuhkopoliklinikan toteuttaman savuttomuustyön lisäksi sairaalan jokaiseen yksikköön ollaan kouluttamassa tupakkavieroituksen vastuuhoitaja. Haastateltava kertoi tavoitteena olevan, että tupakkavieroitusta olisi laajemmin potilaan saatavilla.

Sit semmoset haastavimmat, vaikeimmat tapaukset menee sinne [keuhkopoliklinikan] tupakkaklinikalle, mutta että vähän saatais sieltä sitä painetta pois, että vastuuta jaetaan muuallekin.

Toisessa tapauksessa haastateltavallemme oli keskitetty kaikki sairaalan polikliininen tupakkavieroitustyö. Tästä oli luonnollisena seurauksena se, että potilas oli koko vieroittautumisprosessinsa ajan yhteydessä aina samaan hoitajaan.

Toisessa tapauksessa taas potilaiden polikliininen ohjaaminen tupakasta vieroittamiseen oli nimetty osaksi keuhkopoliklinikan sairaanhoitajan toimenkuvaa, ja työ jakautui tehtäväksi tasapuolisesti kolmen hoitajan kesken. Jälkimmäisessä tapauksessa potilaan kontaktihenkilö vieroituksessa saattoi siis vaihdella sen mukaan, minkä hoitajan työkoriin hänen mahdollinen soittopyyntönsä sattui kulloinkin osumaan. Työn jakautumisesta usean hoitajan kesken oli seurauksena myös se, että yksittäisen hoitajan kohdalle osui tässä mallissa harvemmin tupakkavieroitusta. Toisella haastateltavistamme tupakkavieroitus oli liitetty edellä kuvatulla tavalla osaksi keuhkopoliklinikan sairaanhoitajan toimenkuvaa.

Haastatteluvastauksissa ilmeni edellä kuvatun mukaisesti kaksi erilaista tapaa organisoida tupakkavieroitustyö erikoissairaanhoidossa. Savuttomuustyön organisointi oli muutossuunnitelmien kohteena sairaalassa toisen haastattelun toteuttamisen aikaan.

8.3 Savuttomuushoitajan toteuttama vieroittautumisen tuki

Toinen haastateltava kertoi potilaan hoitosuhteeseen sisältyvän keskimäärin kuusi kerran viikossa toteutettavaa hoitokertaa. Potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan hoitokertoja saatettiin sopia 2–10. Vieroitushoitoa toteutettiin sekä käyntinä sairaalan poliklinikan vastaanotolla että puhelimitse.

Toinen haastateltava kertoi tupakkavieroitukseen sisältyvän kaksi sovittua puhelua. Ensimmäisen puhelun aikana luodaan hoitosuhde potilaan kanssa keskustellen. Potilaan kanssa sovitaan päivämäärä, jolloin tämä aikoo lopettaa

tupakoinnin. Toinen puhelu sovitaan kuukauden päähän tästä lopettamispäivästä. Tämän jälkeen, jos vieroittautuminen näyttää sujuneen hyvin, ei enää sovi uutta hoitajan soittoaikaa potilaalle. Potilaalla on kuitenkin lupa soittaa savuttomuushoitajalle aina kun hän kokee siihen tarvetta. Fyysisiä käyntejä savuttomuushoitajan vastaanotolla ei tähän malliin kuulu, vaan kaikki yhteydenpito tapahtuu puhelimitse. Ainoastaan siinä tapauksessa, että potilas on jo sairaalassa tapaamassa lääkäriä, voi tämä ohjata potilaan oman vastaanottonsa jatkoksi keskustelemaan savuttomuushoitajan kanssa.

Kysyttäessä tupakkavieroituksessa käytetyistä metodeista toinen haastateltava kuvaili lyhyesti: "Aika pitkältihän se on semmosta käyttäytymismallien muutosta". Kumpikin haastateltava kertoi, että yhdessä potilaan kanssa kartoitetaan, millaisissa tilanteissa tupakanhimo kyseisellä potilaalla tyypillisimmin iskee, ja mietitään vaihtoehtoisia toimintatapoja näihin hetkiin. Potilasta motivoidaan kiinnittämällä huomioita tupakanpolton lopettamisen positiivisiin seurauksiin. Yhteisenä piirteenä tupakkavieroitustyön toteuttamisessa haastateltavillamme ilmeni pyrkimys tehdä tupakoinnin lopettamisesta potilaalle mahdollisimman helppoa. Esimerkiksi vastaanottoajat pyritään sopimaan potilaan aikatauluihin sopiviksi.

Potilaalle suunniteltavan vieroittautumisen tuen pituudessa ja intensiivisyydessä oli edellä kuvatun mukaisesti vaihtelevuutta. Tupakkavieroitustyön voinee siis sanoa hakevan vielä optimaalista toteuttamisen muotoaan.

8.4 Muut tupakoinnista vieroittumisen tukimuodot

Tupakoiville potilaille on tänä päivänä tarjolla monenlaista tukea vieroittumisen toteuttamiseen. Saimme haastattelujen yhteydessä sairaanhoitajilta mukaamme erilaisia savuttomuuden puheeksi ottamista tukevia esitteitä ja tupakasta vieroittumisen tueksi tarkoitettuja opaslehtisiä. On myös olemassa painettuja "käyntikortteja", joissa kerrotaan tupakasta vieroittumista tukevien nettisivujen www-osoite tai puhelinnumero, josta voi saada apua harkitessaan tupakoinnin lopettamista. Näitä materiaaleja voidaan antaa potilaalle hänen käydessään hoitajan

vastaanotolla tai myös postittaa hänelle kotiin, jos yhteydenotto savuttomuushoitajaan on tapahtunut puhelimitse.

Haastateltavamme kertoivat tupakoinnin lopettamista tukevia neuvoja tarjoavista monista internet-sivustoista. He mainitsivat kertovansa näistä sivustoista toisinaan potilaille. Yhtään sivustoa ei kuitenkaan haastatteluissamme mainittu nimeltä. Se nykypäivän piirre, että ihmiset osaavat hakea vastauksia mieltään askarruttaviin kysymyksiin internetistä, tuli haastatteluissamme vahvasti esiin. Moni potilas olikin jo ennen savuttomuushoitajan kanssa käytyä keskustelua etsinyt tietoa verkosta. Haastateltavamme tiesivät myös kertoa internet-sivustoilta löytyvän erilaisia testejä nikotiiniriippuvuuden määrittelemiseen sekä omahoito-ohjelmia itsenäisen vieroittautumisen tueksi.

Ryhmämuotoisen vieroittautumisen ja vertaistuen olemassaoloa koskien saimme haastatteluissamme epäyhtenäistä tietoa. Yhden haastateltavamme mukaan tupakkavieroitusryhmiä oli olemassa, toisen mukaan ei.

Tupakkavieroituksen tukena käytettävä lääkitys on kehittynyt kuluneiden vuosien myötä. Toisen haastateltavamme näkemys oli, että uusimpana reseptilääkkeenä markkinoille tullut Champix, jonka vaikuttavana aineena on varenikliini, on saavuttanut aseman ensisijaisena tupakkavieroituksen tueksi määrättävänä lääkkeenä. Bupropioni ja nortriptyliini voidaan ottaa puheeksi vaihtoehtoina, mutta niitä määrätään potilaalle käytännössä usein vasta siinä tapauksessa, että potilas on jo aiemmin kokeillut varenikliiniä, eikä se ole hänelle sopinut.

Tupakkavieroitukseen on pyritty kehittämään tupakoitsijoiden erilaisiin tarpeisiin vastaavia tuotteita ja tarvikkeita. Uudenlaisena tupakkavieroitukseen käytettävänä tarvikkeena saimme tietoa Smooffista, joka toimii siten, että potilas jatkaa tavallisesti käyttämiensä savukkeiden polttamista, mutta erityisen, suodatusasteeltaan vahvistuvan suodattimen läpi. Nikotiinikorvaushoitotuotteiden osalta haastatteluissamme tuli esiin se, että ”perinteisten” nikotiinilaastarin ja -purukumin lisäksi nikotiinikorvaushoitoon on myöhemmin kehitetty eri tavoin otettavia nikotiinikorvaustuotteita, esimerkiksi suusumute, inhalaattori ja imeskelytabletit.

Haastatteluissamme tuli esiin myös se mahdollisuus, että potilaan toiveiden mukaisesti tupakkavieroitusta voidaan toteuttaa lääkkeettömästi. Vieroittautumisen on kuitenkin osoitettu onnistuvan parhaiten lääkkeiden ja käyttäytymisen muutoksen tukemisen yhdistelmänä, ja useimmissa tapauksissa savuttomuutta tavoittelevalle potilaalle kirjoitetaan tätä nykyä resepti vieroituslääkkeeseen.

8.5 Yhteenveto tutkimuksesta

Ensimmäinen tutkimuskysymyksemme käsitteli sitä, miten savuttomuushoitaja puuttuu potilaan tupakointiin erikoissairaanhoidossa. Saimme tutkimuksemme tuloksena selville, että potilaan ollessa hoitokontaktissa erikoissairaanhoidon ja pyrkiessä tupakasta vieroittumiseen hänet ohjataan olemaan yhteydessä erikoissairaanhoidossa työskentelevään savuttomuustyöhön erikoistuneen sairaanhoitajaan. Yhteydenotto tapahtuu useimmiten puhelimitse, mutta myös käynti hoitajan vastaanotolla on mahdollinen. Aloitteen tekijänä savuttomuuteen pyrkimässä on joko lääkäri, joka lähettää potilaan savuttomuushoitajan luo, tai potilas itse. Sairaanhoitajan tehtävänä on tällöin laatia yhdessä potilaan kanssa tämän vieroittumista tukeva suunnitelma.

Toisena tutkimuskysymyksenämme tarkastelimme sitä, miten erikoissairaanhoidon savuttomuushoitaja tukee potilasta tupakoinnin lopettamisessa. Haastattelemillamme savuttomuushoitajilla oli käytössään suunnitelma, jonka mukaan he kertoivat etenevänsä potilaan ohjauksessa ja tukemisessa. Tutkimuksemme tulosten pohjalta meille syntyi näkemys, että savuttomuushoitajien toteuttamassa tupakkavieroitustyössä on sekä yhtäläisyyksiä että eroja. Havaitsimme eroavaisuutta savuttomuushoitajien kunkin tupakoivan potilaan vieroitukseen kohdistamassa ajassa. Sekä annettavaksi suunnitellun tuen pituus että yhteydenottojen toistumistiheys erosivat haastattelemillamme hoitajilla. Ajankäytön lisäksi eroja löytyi hoidon toteuttamisessa joko läsnäolokäynteinä tai etäyhteydenottoina. Hoitosuhde saattoi olla kahdenkeskinen, jolloin potilaan tukena vieroittautumisessa oli aina sama savuttomuushoitaja, tai monenvälinen, jolloin potilas saattoi vieroittumisprosessinsa aikana ohjautua eri hoitajille, joiden toimenkuvaan savuttomuuden tukeminen kuului.

Kolmas tutkimuskysymyksemme oli, miten tupakointiin puuttumiseen ja savuttomuuden tukemiseen vaikuttaa potilaalle suunniteltu leikkaus tai muu toimenpide. Suorittamissamme haastatteluissa tätä kysymystä sivuttiin vain lyhyesti. Teimme jo saatuja haastatteluja purkaessamme huomion, että meidän tulisi jatkossa suunnata haastattelupyynnötämme aiempaakin vahvemmin preoperatiivisten poliklinikoiden suuntaan, ja näin pyrimmekin tekemään. Ongelmaksi muodostui kuitenkin se, ettemme onnistuneet saamaan tutkimukselle varaamamme ajan puitteissa enempää tiedonantajia, emmekä päässeet haastattelemaan potilaita leikkausta edeltävästi ohjaavia sairaanhoitajia. Emme siten onnistuneet tämän opin- näytetyön empiirisen osuuden puitteissa selvittämään, miten potilaalle suunniteltu leikkaus mahdollisesti vaikuttaa sairaanhoitajan toteuttamaan tupakkavieroitustyöhön erikoissairaanhoidossa.

Haastateltavina tässä tutkimuksessa oli terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Teemahaastattelut toimivat ammattihenkilöiden haastattelumenetelmänä hyvin. Haastateltavamme olivat perehtyneet ennalta heille lähettämäämme haastattelu- runkoon. Haastateltavillamme oli runsaasti ammatillista tietoa, ja teemahaastat- telun väljät kysymyksenasettelut sallivat heidän kertoa osaamisalueestaan va- paasti. Koimme, että ammattihenkilöiden tunnin pituisessa haastattelussa välittyi erittäin paljon tietoa.

Haastattelemillamme sairaanhoitajilla oli keskenään eri pituinen kokemus savut- tomuustyöstä. Yksi hoitaja oli vastannut pitkään ja laaja-alaisesti kyseisen sairaa- lan alueella esiin nousseista tupakkavieroituksen tuen tarpeista. Toisella hoita- jalla oli pitkä kokemus keuhkopotilaiden hoitotyöstä, mutta polikliininen tupakka- vieroitustyö oli kuulunut hänen toimenkuvaansa alle vuoden ajan. Saimme haas- tattelujemme pohjalta kokonaisuutena sen vaikutelman, että savuttomuushoita- jan työkokemus vaikuttaa tämän antaman tupakkavieroituksen menetelmälliseen monipuolisuuteen. Haastattelut herättivät myös kysymyksen siitä, missä määrin savuttomuushoitajan työkokemuksen laajuus mahdollisesti on yhteydessä siihen, millä tavoin tupakkavieroitustyö katsotaan parhaaksi sairaalan sisällä organi- soida.

Tutkimuksemme tulokset viittaavat mielestämme kaiken kaikkiaan siihen, että potilaan savuttomuuden tukeminen ei ole saavuttanut vakiintunutta asemaa erikoissairaanhoidossa. Yleistettävien johtopäätösten tekemistä vaikeuttaa kuitenkin merkittävästi se, että tutkimustulokset perustuvat kahteen haastatteluun.

Opinnäytetyömme teoriaosuudessa kartoitimme erityisesti motivaatiota ja motivaatiomalleja liittyen tupakkavieroitustyöhön. Haastattelujemme pohjalta meille ei syntynyt kuitenkaan tunnetta siitä, kuinka vahvana potilaiden motivaatio tupakkoinnin lopettamiseen on ennen toimenpidettä ja käytetäänkö näitä malleja vaikuttavasti, erityisesti potilaan erikoissairaanhoidon hoitopolulla. Haastateltavamme eivät kertoneet käyttävänsä motivaatioteorioita ja niiden vaikuttamismenetelmiä työn apuvälineinä. Kuitenkin uskomme, että juuri potilaan sisäinen motivaatio on ollut alun perin se voimanlähde, jonka takia potilas on ottanut itse yhteyttä savuttomuushoitajaan joko puhelimitse tai mennyt lääkärin tapaamisesta ohjattuna suoraan savuttomuushoitajan kanssa keskustelemaan. Valitettavasti sisäinen motivaatio on kuitenkin voinut olla näissä tapaamisissa vasta aluillaan, ja koska tällä hetkellä ei näytä olevan sellaista hoitopolkua, joka sisältäisi savuttomuuteen tukemisen potilaan koko hoitopolun ajan, voi vahvan sisäisen motivaation kehittyminen loppua ennen aikojaan. Lyhytinterventiot ovat mahdollisesti olleet yhden tapaamisen tai puhelun mittaisia, eikä hoitokontaktia tai ulkoista motivaatiota ole näin olleen kehittynyt.

Potilas tulisi terveydenhuollossa kohdata psyko-fyysis-sosiaalisena kokonaisuutena. Me kuitenkin ymmärsimme haastateltavien kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta, että erikoissairaanhoidossa potilaan tupakointiin puuttuminen on häilyvää toimenpiteeseen valmisteleavan hoitopolun aikana. Aihetta saatetaan käsitellä potilaan kanssa, mutta merkintä lyhytinterventioiden vaikuttavuudesta mahdollisesti syntyvään motivaatioon lopettaa tupakointi, ei taida vielä tänä päivänä kuulua erikoissairaanhoidossa päivittäiskirjaamisen automaatioiksi muodostuneisiin kirjaamismerkintöihin.

9 POHDINTA

9.1 Eettisyys ja luotettavuus

Terveydenhuollon päätavoitteina ovat terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimysten lievittäminen. Terveydenhuoltoalan eettiset toimintatavat ja ohjeistot perustuvat yhteisiin arvoihin. Keskiössä niissä on ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen sekä terveyden edistäminen. Terveydenhoidon edellytetään aina pohjautuvan viimeisimpään tutkittuun tietoon sekä viimeisimpiin kliinisiin tutkimuksiin. Eettisiin ohjeisiin kuuluu myös kollegiaalisuus, salapitovelvollisuus sekä työntekijän tapa huolehtia omista rajoistaan sekä jaksamisestaan. (ETENE 2001.)

Tieteellisesti kestävä tutkimus voi olla eettisesti luotettava vain, jos se on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tämä tarkoittaa tutkimuksen rehellisyyttä, huolellisuutta sekä tarkkuutta tutkimuksen tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä huolellista tulosten ja tutkimuksen arviointia, ja tutkimukseen osallistuville henkilöille kerrotaan tutkimuksen tallentamisesta. Aikaisempiin tutkimustuloksiin sekä tutkimuksiin tulee viitata asiaan kuuluvalla tavalla ja tekijöiden tulee saada näistä ansaitsemaansa arvoa ja niille kuuluvaa merkitystä. Tutkimusluvat on hankittu niille kuuluvilla tavoilla, ja tutkimusta aloitettaessa tulee tutkimukseen osallistuville kertoa heidän oikeutensa liittyen tutkimukseen, sekä heille kuuluvat vastuut ja velvollisuudet. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös tutkimuksen edetessä mahdolliset muutokset sopimukseen, ja näitä muutoksia voidaan tarkentaa ja täsmentää. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7.)

Kerroimme haastateltavillemme haastattelun alussa, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista, ja haastattelusta voi kieltäytyä missä prosessin vaiheessa tahansa. Keskeyttämisestä ei haastateltaville koituisi jälkiseuraamuksia, eikä keskeytykselle tarvitsisi kertoa syytä. Haastateltavat saivat tiedon materiaalin käytöstä, tutkimuksen sisällöstä, henkilötietojen käsittelystä sekä opinnäytetyön käytännön toteutuksesta. Haastateltavamme saivat tiedot sekä kirjallisesti että

suullisesti. Haastateltavat saivat harkinta-aikaa tarpeeksi, jotta voivat harkita haastateltaviksi ryhtymistä. (TENK 2019, 7–9.) Kerroimme myös haastateltavillemme, että opinnäytetyöhön kerätty aineisto hävitetään asiaan kuuluvalla tavalla heti työn valmistuttua.

Anonymiteetti eli tiedonantajien säilyminen tunnistamattomina on keskeinen huomioitava asia tutkimustyössä. Anonymiteetin huomiointi edellyttää sitä, ettei tutkimustietoa luovuteta kenellekään tutkimuksen ulkopuoliselle taholle, ja että aineisto säilytetään turvatussa ja suojatussa paikassa, esimerkiksi sanasanalla suojattuna tietokoneella. Anonymiteetti voi olla myös organisaatiotasosta, jolloin on selvitettävä tutkimusluvan hakuprosessissa, saako organisaation tai tutkimukseen osallistuvien nimiä mainita tutkimusraportissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 221.)

HUS:n tutkimusluvan hakuprosessin edetessä saimme oppia uusia tutkimuseettisiä sääntöjä, esimerkiksi sen, että henkilötiedon määritelmä on tietosuojasetuksessa paljon laajempi kuin kansallisessa henkilötietolaissa.

Tunnistettavissa olevana pidetään luonnollista henkilöä, joka voidaan suoraan tai epäsuorasti tunnistaa erityisesti tunnistetietojen, kuten nimen, henkilötunnuksen, sijaintitiedon, verkkotunnistetietojen taikka yhden tai useamman hänelle tunnusomaisen fyysisen, fysiologisen, geneettisen, psyykkisen, taloudellisen, kulttuurillisen tai sosiaalisen tekijän perusteella (HUS. Pysyväisohje tutkijalle).

Tutkimusluvan hakemisen myötä omaksumme siten tutkijalle tärkeitä eettisiä menettelytapoja.

Helsingin julistus on kansainvälisesti hyväksytty tutkimuseetiikan ohjeistus, ja sillä on Suomessakin sitouduttu turvaamaan tutkimuksen eettisyys. Julistus sisältää muun muassa tutkimustyön perusteluja (tutkittavan hyvinvointi, kunnioitus, terveys ja oikeudet ovat aina etusijalla). Julistuksessa määritellään millä tavalla tutkimussuunnitelma pitää arvioida eettisessä toimikunnassa (tutkimussuunnitelma on toimitettava hyväksymistä varten erityisesti asetetulle eettiselle toimikunnalle, minkä pitää olla riippumaton tutkijasta tutkimuksen muista sidosryhmistä), sekä siinä annetaan ohjeita potilaiden turvallisuuden ja oikeuksien

turvaamiseksi tutkimustyössä (tutkittavalle on kerrottava mahdollisimman tarkoin tutkimuksen tarkoitus ja menetelmät, sekä luottamuksellisuus ja yksityisyyden suojaus tutkimusta tehtäessä). Lisäksi American Nurses Association (ANA) on julkaissut vuonna 1995 hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet, joissa on yhdeksän eettistä periaatetta tutkijalle. Näissä ohjeistetaan muun muassa, että tutkijan tulisi kunnioittaa tutkittavien suostumukseen perustuvaa osallistumista, mahdollisten haittojen minimoimista sekä kaikkien tutkittavien hyvän edistämistä, tutkittavien erilaisuuden ymmärtämistä ja sen arvostamista, varmistaa tutkittavien samanarvoisuus, suojata tutkittavien yksityisyys, tutkimuksen eettisyyttä sen kaikissa vaiheissa, tutkimuksen mahdollisten virheiden tutkimustoimikunnan valvojalle raportoinnista sekä tutkijan kompetenssin säilyttämistä suhteessa tutkimus-aiheeseen ja muihin yhteisöllisiin seikkoihin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 212–218.)

Noudatimme opinnäytetyössämme hyviä tieteellisiä käytänteitä, sekä pyrimme opinnäytetyön edetessä mahdollisimman tarkkaan ja luotettavaan tiedonhankintaan. Hankimme HUS:lta tarvittavat luvat haastattelujemme toteuttamiseen ennen työn aloittamista. Pyrimme toimimaan läpinäkyvästi koko opinnäytetyöprosessin ajan, ja aikataulumme pysyi prosessin ajan hallinnassa. Haastateltavillemme annoimme haastattelujen aluksi tiedoksi sekä allekirjoitettavaksi kirjallisen suostumuksen (kts. Liite 4).

Opinnäytetyön tulosten validiutta heikentää se, että tiedonantajia oli kaksi. Tutkimusmenetelmämme käyttämämme teemahaastattelu ei toteutunut täysin niin kuin olisimme toivoneet, syyksi tähän epäilemme mahdollisten haastateltavien ajanpuutteen, mikä johtuu nykyisestä Suomen hoitajapulasta sekä koronapandemian tuomasta lisä- ja ylityöstä. Uudenmaan otanta on suppea, eikä anna kokonaiskuvaa sairaanhoitajien tupakkariippuvuuteen puuttumisesta ennen elektivistä leikkausta. Olemme opinnäytetyöhömme valinneet vain kattavia alkuperäisartikkeleita, sekä olemme pyrkinneet valitsemaan ne niin, että julkaisuajankohdasta ei olisi kulunut liikaa aikaa. Alkuperäisartikkeleita olemme yhdessä käyneet läpi, jolloin olemme pystyneet poissulkemaan toissijaiset artikkelit sekä olemme pystyneet kahteen kertaan tarkistamaan lähteiden luotettavuudet. Haastateluissa pidimme avoimen ilmapiirin, emmekä missään vaiheessa haastattelua

johdatelleet hoitajien vastauksia. Tämän opinnäytetyön tekeminen on alkanut keväällä 2019 sekä jatkunut syksyyn 2020 ja kestänyt näin ollen puolitoista vuotta, mikä on lisännyt opinnäytetyömme uskottavuutta.

9.2 Ammatillinen kasvumme

Opinnäytetyön tekeminen oli mielestämme työläs prosessi. Näkemyksemme on, että tutkimuksen tekeminen olisi sujunut miellyttävämmiin, mikäli olisimme onnistuneet edistämään työtämme tiiviimmässä aikataulussa. Pitkään jatkuneen työn sinnikäs vieminen eteenpäin askel kerrallaan opetti meille kuitenkin periksi antamaton asennetta. Haasteellisinta oli kuitenkin haastateltavien etsiminen työmme empiirisen osan teemahaastattelujen toteutumiseen. Koimme suureksi ongelmaksi sen, että työelämän yhteistyökumppanimme oli eri taho kuin se organisaatio, jonka työntekijöistä haastateltavia etsimme. Olimme ”talon ulkopuolisia”. Haastateltavien etsintää olisi voinut tehostaa toistuvien puhelinsoittoin, mutta näkemyksemme oli, että haastattelujen eteen tekemämme työmäärä alkoi jo käydä opinnäytetyön laajuuteen nähden kohtuuttomaksi. Lisäksi meille oli ensisijaista valmistua sairaanhoitajiksi ajallaan. Kaiken kaikkiaan koemme kuitenkin, että nämä haasteiden ylitykset ovat muokanneet meitä kohti vahvaa ammatillisuutta.

Tutkituksessamme käyttämämme teemahaastattelujen toteuttaminen opetti meille paljon. Taitomme haastatella sekä tallentaa, siirtää ja analysoida haastateluaineistoja kehittyi. Ennen kaikkea koemme harjaantuneemme vuorovaikutuksessa terveydenhoitoalan ammattihenkilöiden kesken. Uskalluksemme tulevaisuuden tutkimukselliseen työhön vahvistui.

Tutkitun tiedon laajuus opinnäytetyömme aihepiiristä ei tullut meille opinnäytetyötä aloittaessamme yllätyksenä: tupakointi on nykypäivänä puhuttava aihe. Tupakkavieroitustyö tuli meille hyvin tutuksi, ja voimme varmasti käyttää opittua tietoaamme tulevassa sairaanhoitajan ammatissamme hyödyksi. Koemme, että tutkimusprosessi kasvatti meitä tulevana sairaanhoitajina ammatillisesti, ja olemme kehittyneet Erikssonin ym. (2015, 35–46) kuvaamien sairaanhoitajan ammatillisten kompetenssien suhteen.

Opinnäytetyömme on pakottanut meidät hyvin kriittiseen, mutta myös monipuoliseen ajatteluun. Opimme ottamaan rakentavaa palautetta vastaan, sekä muokkaamaan opinnäytetyötämme kaikkia osapuolia tyydyttäväksi tuotokseksi.

Merkittävänä vahvuutena pidimme sujuvaa ja luotettavaa työparisuhdettamme. Lisäksi työmme eteni enimmältä osin onnekaasti siten, että toisen kokiessa epäuskoa oli toinen aina juuri sillä hetkellä luottavaisella mielellä. Yhteisiä epätoivon hetkiäkin projektiin mahtui, ja niissä työparin arvo huolien jakajana korostui.

9.3 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotuksia

Tupakasta ja tupakoinnin haittavaikutuksista on vuosien aikana kirjoitettu paljon tutkimustietoa eri koulutusasteilla. Tupakkavieroituksen tulisi olla mukana potilaan hoitopolun kaikissa vaiheissa. Emme tutkimuksessamme onnistuneet muodostamaan kuvaa vieroituksen jatkuvuudesta erikoissairaanhoidossa. Se, miksi savuttomuuteen kannustaminen ei näyttäisi olevan mukana potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen kaikissa vaiheissa, on mielestämme huolestuttavaa. Tekemämme opinnäytetyö voi toimia herätteenä tulevien tutkimusten suuntaamisessa tupakasta vieroittumisen ongelmakohtiin terveydenhuollossa. Erityisesti erikoissairaanhoidossa saatetaan huomioida tuloksemme liittyen siihen, että tupakasta vieroittuminen on pitkäjänteistä työtä vaativa tavoite.

Tulevissa tutkimuksissa ehdotamme, että tupakasta vieroitustyön tutkimista jatkettaisiin erikoissairaanhoidossa sen organisaatioiden sisältä käsin, jolloin haastateltavia olisi mahdollista löytää paremmin. Pitäisimme myös kiinnostavana tutkimuksen aiheena potilaiden näkemysten kartoittamista. Terveystieteiden ammattilaisten mahdollisuuksia vaikuttaa suotuisasti potilaan motivaatioon olisi hyvä tutkia tupakoitsijoiden itsensä kuvaamina.

LÄHTEET

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V., Uski-Tallqvist, T. (2012). *Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito*. Helsinki. Sanoma Pro Oyj.
- Alastalo, M., Åkerman, M. & Vaittinen, T. (2017). Asiantuntijahaastattelu. Teoksessa M. Hyvärinen, P. Nikander & J. Ruusuvoori (toim.), *Tutkimushaastattelun käsikirja* (s. 214–232). Tampere: Vastapaino.
- Brinkmann, S. (2018). The Interview. Teoksessa N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (toim.), *The SAGE handbook of qualitative research* (5. p.) (s. 576–599). Los Angeles: SAGE.
- Cohen, A., Colodner, R., Masalha, R. & Haimov, I. (13.5.2019). The Relationship Between Tobacco Smoking, Cortisol Secretion, and Sleep Continuity. Saatavilla <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10826084.2019.1608250>
- Ellis, P. (2019). *Understanding Research for Nursing Students* (4. p.). London: Sage Learning Matters.
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E. (2015). Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajankoulutuksen tulevasuus – hanke. Saatavilla 21.9.2020 <https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Eskola, J., Lätti, J. & Vastamäki J. (2018). Teemahaastattelu: lyhyt selviytymisopas. Teoksessa R. Valli (toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1* (5. uud. p.) (s. 27–51). Jyväskylä: PS-kustannus
- ETENE. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. (12.12.2001). ETENE – julkaisuja I. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Saatavilla <https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98->

[79a4941b4468/ETENE-](https://ec.europa.eu/health/to-bacco/overview_fi)

[julkaisuja+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf](https://ec.europa.eu/health/to-bacco/overview_fi)

Euroopan komissio. Asuminen, työnteke ja matkustaminen EU:ssa. Kansanterveys. Saatavilla 23.8.2020 https://ec.europa.eu/health/to-bacco/overview_fi

European Medicines Agency (2014). EPAR summary for the public. Champix varenicline. Saatavilla <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/champix>

Grönholm, A., Karhunen-Enckell, N. & Liira, H. (2017). Tupakasta vieroitus ennen leikkausta. *Suomen lääkirlehti* 72(5), 286–289. Saatavilla <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/sll45533/search/Tupakasta%20vieroitus%20ennen%20leikkausta>

Hakamäki, P., Kotisaari, S., Rigoff, A.-M. & Wiss, K. (2010). Perusterveydenhuollon johdon näkemyksiä terveyden edistämisestä kunnissa ja erikoissairaanhoidossa. Teoksessa A.-M. Rigoff & J. Herrala (toim.), *Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa* (s. 22–44). Saatavilla <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80330/9dbfdfa3-62d2-4074-9795-6bf6bf171a39.pdf>

Helkama, K., Myllyniemi, R., Liebkind, K., Ruusuvoori, J., Lönnqvist, J.-E., Hankonen, N., Mähönen, T.-A., Jasinskaja-Lahti, I. & Lipponen, J. (2015). *Johdatus sosiaalipsykologiaan*. Helsinki: Edita.

Heloma, A., Kiiänmaa, K., Korhonen, T. & Winell, K. (toim.). (2017). *Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS yhtymähallinto. (27.6.2018). Lupahakemus opinnäytetyölle. Pysyväisohje. Opinnäytetyötutkimukseen tarvittavat luvat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä ja tietosuoja-asetuksen vaikutus tutkimustoimintaan. Saatavilla <https://www.hus.fi/tutkijalle/saadokset-ohjeet-lomakkeet/ladattavat-dokumentit/Opinnytetyn%20ohjeet%20ja%20lomakkeet/Pysyvaisohje%202018-20%20Opinnytetutkimukseen%20tarvittavat%20luvut%20HUSissa%20ja%20tietosuoja%20asetuksen%20vaikutus%20tutkimustoimintaan.pdf>

- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2009). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2008). *Tutki ja kirjoita* (13.–14., osin uud. p.). Helsinki: Tammi.
- Holloway, I. & Galvin, K. (2017). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare* (4. p.). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Inc.
- HUS. Ammatilaiselle. Perusterveydenhuollon yksikkö. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Hyvä-kierre. Saatavilla 5.9.2020
<https://www.hus.fi/ammattilaiselle/hus-perusterveydenhuollon-yksikko/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistaminen/Sivut/Hyv%C3%A4-kierre.aspx>
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. (2011). *Hoida ja kirjaa*. Helsinki. Tammi.
- Jiménez, A., Beedie, C. & Liguori, G. (2018). Terveyskäyttäytymisen vaikutukset ja ongelmat. Teoksessa C. Beedie, P. Bedford, J. Hancox, A. Jiménez, G. Liguori, J. Middelkamp, N. Ntoumanis, B. O'Rourke, E. Quested, T. Rieger, J. Riekk, M. Rinta, C. Thogersen-Ntoumani & P. Wolfhagen (toim.), *Motivointi ja käyttäytymisen muutos* (s.50–66). Helsinki: Fitra Oy.
- Johansson, M. (2016). *Unen ja vuorokausirytmien vaikutus hypotalamus–aivolisäke–lisämunuaiskuori-akselin toimintaan*. Tutkielma. Lääketieteellinen koulutusohjelma. Saatavilla
https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20160347/urn_nbn_fi_uef-20160347.pdf
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2015). *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kela (23.11.2016). Varenikliinin (Champix) rajoitettu peruskorvattavuus laajenee 1.12.2016 alkaen. Saatavilla <https://www.kela.fi/-/varenikliini-champix-1-12-2016-alkaen>
- Kela (9.5.2014). Varenikliini (Champix) rajoitetusti peruskorvattavaksi lääkemääräysmerkinnällä 1.6.2014 alkaen. Saatavilla
https://www.kela.fi/laakkeet-ja-laakekorvaukset_laakekorvaustiedotteet/

[/asset_publisher/rUldRaiKF7xv/content/varenikliini-champix-1-6-2014-alkaen](#)

- Kelly, S. E. (2010). Qualitative Interviewing Techniques and Styles. Teoksessa I. Bourgeault, R. Dingwall & R. de Vries (toim.), *The SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research* (s. 307–326). London: SAGE.
- Koski-Jännes, A., Riittinen, L., Saarnio, P. (toim.) (2008). Kohti muutosta. Motiivointijärjestelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007). *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.
- L 549/2016. Tupakkalaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20160549>
- Laasonen, K. & Kolu, T. (2010). Tupakoinnin vähentäminen PSHP:n Terveysten edistäminen erikoissairaanhoidossa -hankkeessa. Teoksessa A.-M. Rigoff & J. Herrala (toim.), *Terveysten edistäminen erikoissairaanhoidossa* (s. 125–136). Saatavilla <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80330/9dbfdfa3-62d2-4074-9795-6bf6bf171a39.pdf>
- Leikkausta edeltävä arviointi. Käypä hoito- suositus. (23.6.2014). Helsinki: Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Saatavilla 27.8.2020 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50066>
- Middelkamp, J. (2018). Malleja motivaation ja käyttäytymismuutoksen ennustamiseen ja ymmärtämiseen. Teoksessa C. Beedie, P. Bedford, J. Hancox, A. Jiménez, G. Liguori, J. Middelkamp, N. Ntoumanis, B. O'Rourke, E. Quested, T. Rieger, J. Riekk, M. Rinta, C. Thogersen-Ntoumani & P. Wolfhagen (toim.), *Motivointi ja käyttäytymisen muutos* (s.50–66). Helsinki: Fitra Oy.
- Middelkamp, J., Jiménez, A. & Rieger T. (2018). Taustoitus. Teoksessa C. Beedie, P. Bedford, J. Hancox, A. Jiménez, G. Liguori, J. Middelkamp, N. Ntoumanis, B. O'Rourke, E. Quested, T. Rieger, J. Riekk, M. Rinta, C. Thogersen-Ntoumani & P. Wolfhagen (toim.), *Motivointi ja käyttäytymisen muutos* (s.50–66). Helsinki: Fitra Oy.

- Patja, K. (2016a). Sähköiset nikotiiniannostelijat (ns. sähkösavukkeet, "sähkötupakka"). Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01164
- Patja, K. (2016b). Tupakkariippuvuuden mekanismit. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01125
- Petty, R. & Cacioppo J. (1981). Attitudes and persuasion: Classic and contemporary approaches. Dubuque: C. Brown.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. (2013). *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Saarelma, O. (10.10.2019). Tupakoinnin lopettaminen (tupakoinnista vieroitus). Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00337
- Sandström P, Leppänen A, Simonen O. (2009). Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. Helsinki: Yliopistopaino.
- Savuton Suomi 2030 -verkosto (8.5.2012). Saatavilla <https://savutonsuomi.fi/tiedotteet/2012/savuton-suomi-2040-hanke-kehottaa-kuntia-uusille-urille-nuorten-hyvinvoinnissa-2/>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Ajankohtaista. (29.6.2016). Saatavilla https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/tupakkalaki-tiukentuu-uusi-laki-voimaan-15-8-2016
- Stumppi.fi. Fyysinen riippuvuus. Saatavilla 6.1.2020 <https://stumppi.fi/tutkittua-tietoa/tupakkariippuvuus/fyysinen-riippuvuus/>
- Stumppi.fi. Tupakoimattomana leikkaukseen. Saatavilla 6.1.2020 <https://stumppi.fi/nain-lopetat-tupakoinnin/terveyshyodyt-ja-elaman-laatu/savuttomana-leikkaukseen/>
- Suomen ASH. Tupakkapolitiikka. Kehitys Suomessa. Saatavilla 27.8.2020 <https://suomenash.fi/tupakkapolitiikka/kehitys-suomessa/>
- Suomen ASH. Tupakkapolitiikka. Tupakkalaki. Saatavilla 30.8.2020 <https://suomenash.fi/tupakkapolitiikka/tupakkalaki/>
- Suomen terveystieteiden tutkimuskeskus. Terveystietopankki. Motivaatio. Saatavilla 10.1.2020 <https://www.terveysverkko.fi/tietopankki/terveysliikunta/motivaatio/>

- Syöpäjärjestöt. Suomen Syöpäyhdistys. Saatavilla 14.2.2020 <https://www.syopajarjestot.fi/jarjesto/suomen-syopayhdistys/>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (11.12.2019). Tupakkatilasto 2018. Tilastoraportti 44/2019. Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019121046603>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2016). Tupakoimatta leikkaukseen: tupakoinnista vieroittaminen kirurgiassa. Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201602176290>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Aiheet. Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. Tupakka. Saatavilla 29.8.2020 <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/tupakka>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Aiheet. Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. Tupakka. Vieroitusohjaus. Saatavilla 29.8.2020 <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/tupakka/vieroitusohjaus>
- Terveyskylä. Kuntoutumistalo. Palvelut. Tietoa Kuntoutumistalosta. Omahoito-ohjelmat. Tupakoimattomana leikkaukseen. Saatavilla 27.8.2020 <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/palvelut/tietoa-kuntoutumistalosta/omahoito-ohjelmat/tupakoimattomana-leikkaukseen>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (uud. laitos). Helsinki: Tammi.
- Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus (19.6.2018). Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Saatavilla <https://www.kaypahoito.fi/hoi40020#readmore>
- Tutkimustieteellinen neuvottelukunta (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö. Saatavilla 28.4.2020 https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Tutkimustieteellinen neuvottelukunta. (2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet. Saatavilla 30.8.2020 https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf
- UKK-Instituutti. Terveysliikunta nyt. Terveysliikuntautisia. Pysyvään terveydenkäyttämisen muutokseen uudella toimintamallilla. Saatavilla 21.9.2020

https://www.ukkinstituutti.fi/terveysliikuntanyt/aihe/terveysliikuntauutiset/877/pysyvaan_terveyskayttaytymisen_muutokseen_uudella_toimintamallilla

Valtiovarainministeriö. Tupakkaverotus. Saatavilla 23.8.2020 <https://vm.fi/tupakkaverotus>

World Health Organization. Activities. Quitting tobacco. Saatavilla 29.8.2020 <https://www.who.int/activities/quitting-tobacco>

LIITE 1. Yhteydenottokirje

Aihe: etsimme tupakkavieroitustyötä tekeviä sairaanhoitajia haastateltavaksi opinnäytetutkimukseen

Hei,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Diakonia-ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä aiheesta **savuttomuuden toteutuminen ennen elektiivistä toimenpidettä**. Työssämme kartoitamme savuttomuuden puheeksiottoa ja interventioita sekä yleisesti ottaen että erityisesti potilaan saatua tiedon hänelle tuossa olevasta leikkauksesta tai muusta toimenpiteestä.

Haluaisimme työmme empiiriseen osaan haastatella tupakkavieroitustyötä tekeviä sairaanhoitajia.

Haastattelut toteutamme teemahaastattelumenetelmällä, ja niihin olisi hyvä varata tunnin verran aikaa. Tämän viestin liitteenä on haastattelujen pohjaksi työstämämme haastattelurunko sekä tiedote haastateltaville.

Olemme saaneet tutkimusluvan HUS:lta, joten olemme siltä osin valmiita aloittamaan haastattelut koska tahansa. (Tiedämme tässä vaiheessa, että kesätyömme HUS:ssa luovat puoleltamme haasteita yhteisten haastatteluajkojen sopimiseen etenkin alkukesästä.)

Laitoimme tiedon opinnäytetutkimuksestamme HUS:n Hyvä kierre -projektin Teams-alustalle, jolloin teidän nimenne nousivat siellä esiin, ja siksi lähestymme nyt teitä. Mikäli arvelette, että teidän kauttanne voisi löytyä haastateltavia tutkimukseemme, toivomme yhteydenottoanne tai viestimme välittämistä eteenpäin. Annamme myös mielellämme lisätietoja opinnäytetyöstämme.

Ystävällisin terveisin,

Eini Janhonen ja Sini Wickström

eini.janhonen@student.diak.fi ja sini.wickstrom@student.diak.fi

LIITE 2. Tiedote haastateltavalle

Hei,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Diakonia-ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä aiheesta **savuttomuuden toteutuminen ennen elektiivistä toimenpidettä**. Työssämme kartoitamme savuttomuuden puheeksiottoa ja interventioita sekä yleisesti ottaen että erityisesti potilaan saatua tiedon hänelle tulossa olevasta leikkauksesta tai muusta toimenpiteestä. Työelämän yhteistyökumppanimme on Suomen Syöpäyhdistys. Työmme on tarkoitus valmistua joulukuussa 2020.

Haluaisimme työmme empiiriseen osaan haastatella sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia, jotka tekevät tupakkavieroitustyötä joko kokoaikaisesti tai osana muuta hoitotyötä. Haastateltavia etsimme sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon puolelta.

Haastattelut toteutamme teemahaastattelumenetelmällä. Tämän viestin liitteenä on haastattelujen pohjaksi työstämämme haastattelurunko, josta käyvät ilmi haastattelun tema-alueet.

Haluaisimme toteuttaa haastattelut mieluiten kasvotusten, ja tulemme mielellämme sinun luoksesi haastattelua tekemään. Koronaviruspandemiatilanne huomioiden voimme kuitenkin haastatella sinua myös etäyhteydellä (esim. Skype, WhatsApp-videopuhelu). Haastatteluun olisi hyvä varata tunnin verran aikaa. Lisäksi toivomme, että saisimme jälkikäteen olla sinuun yhteydessä puhelimitse tai sähköpostitse, mikäli huomaamme haastatteluaineistoa käsitellessämme kaipaavamme tarkennusta johonkin asiaan.

Olemme saaneet tutkimusluvan HUS:lta. Haastatteluja voimme siis alkaa tehdä HUS:n henkilökuntaan kuuluvien kanssa vaikka heti. Muualla työskentelevien suhteen meidän pitää ennen haastattelujen toteuttamista selvittää kunkin työnantajan lupavaatimukset.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, keskeyttää osallistumisesi tai peruuttaa suostumuksesi syytä ilmoittamatta, milloin tahansa tutkimuksen aikana, ilman että siitä koituu sinulle mitään haittaa. Haastatteluvastauksesi käsitellään tutkimuksessa anonymisti.

Jos koet, että sopisit haastateltavaksemme, otathan ystävällisesti yhteyttä meihin. Annamme myös mielellämme lisätietoja opinnäytetyöstämme ja siihen liittyvästä tiedonkeruusta.

Ystävällisin terveisin,

Eini Janhonen ja Sini Wickström

eni.janhonen@student.diak.fi ja sini.wickstrom@student.diak.fi

LIITE 3. Haastattelurunko

tausta

- kauanko tehnyt savuttomuushoitajan työtä
- kuinka suuren osan työajasta tekee tupakkavieroitusta
- onko saanut koulutusta, mitä ja missä

tupakoivien potilaiden ohjautuminen savuttomuushoitajan luo

- oma aktiivisuus / terveydenhuollon hoitopolut
- muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden puheeksiotto

tupakkavieroituksen käytännön toteutus

- vieroituksen kesto, ryhmä- vai yksilöohjaus, puhelinsoitto vai tapaamiset

savuttomuushoitajan käytettävissä olevat / käyttämät menetelmät

potilaan asenne savuttomuuteen ja sen vaikutukset

- kuinka usein potilaan motivaatio tupakoinnista vierottumiseen on sisäistä / ulkoista

aiempien lopettamisyritysten vaikutus

moniammatillisuus tupakkavieroituksessa

savuttomuushoitajan kokemukset työnsä vaikuttavuudesta

- onnistuuko tupakointiin puuttuminen
- kuinka kestäviä muutoksia saadaan aikaan
- onko tupakointiin puuttumiseen käytetyllä potilaskohtaisella ajankäytöllä väliä
- tuntuuko tupakointiin puuttuminen tärkeältä

LIITE 4. Haastattelusopimus

HAASTATTELUSOPIMUS

haastattelun aika ja paikka:

haastattelun tarkoitus: Diakonia-ammattikorkeakoulun
opinnäytetyönä tehtävä tutkimus

tutkintonimike, johon työ tähtää: sairaanhoitaja (AMK)

opinnäytetyön työnimi: Savuttomuuden toteutuminen ennen
elektiivistä toimenpidettä – sairaanhoitajien
näkökulmia

opinnäytetyön tekijät: Eini Janhonen ja Sini Wickström

yhteystiedot: eini.janhonen@student.diak.fi
sini.wickstrom@student.diak.fi

opinnäytetyötä ohjaava opettaja: Marja Lindholm

Minulle on selvitetty yllä mainitun tutkimuksen tarkoitus sekä se, että saatua haastattelumateriaalia tullaan käyttämään opinnäytetyössä haastateltavien henkilöllisyyden jäädessä vain opinnäytetyön tekijöiden tietoon.

Olen saanut riittävästi tietoa tutkimuksen yhteydessä suoritettavasta tietojen keruusta, tallentamisesta, analysoinnista ja raportoinnista, sekä opinnäytetyön tekijöitä sitovasta salassapitovelvollisuudesta. Tiedossani on, että antamani haastatteluvastaukset koodataan anonymiteettini turvaamiseksi, ja että haastattelumateriaali hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Olen tietoinen, että tutkimustulokset tullaan julkaisemaan opinnäytetyössä, joka tallennetaan julkiseen Theseus-tietokantaan joulukuussa 2020.

Olen tietoinen, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voin keskeyttää osallistumiseni missä tahansa tutkimuksen vaiheessa syytä ilmoittamatta, ilman että siitä koituu minulle mitään haittaa. Minulla on myös oikeus peruuttaa antamani suostumus, milloin tahansa ennen tutkimuksen päättymistä. Jos peruutan suostumukseni, minulta kerättyjä tietoja ei enää käytetä tutkimustarkoituksessa, vaan ne hävitetään. Jo analysoiduista tai julkaistuista tutkimustuloksista niitä ei kuitenkaan voida jälkikäteen poistaa.

Hyväksyn, että haastatteluni tallennetaan digitaalisessa muodossa.

päivämäärä

allekirjoitus

nimen selvennys

syntymäaika

osoite