



HOITAJIEN KOKEMUKSIA PÄIH- TEIDEN SEKAKÄYTTÄJÄN KOH- TAAMISESTA TERVEYSKESKUK- SESSA

Sari Mäntyniemi
Rafael Zwegberg

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

SARI MÄNTYNIEMI & RAFAEL ZWEYGBERG

Hoitajien kokemuksia päihteiden sekakäyttäjän kohtaamisesta terveyskeskuksessa.

Opinnäytetyö 51 sivua, joista liitteitä 11 sivua
Huhtikuu 2013

Päihteiden sekakäyttö on Suomessa yleistynyt ilmiö, joka koskee erityisesti nuoria miehiä. Sekakäyttäjiä luonnehditaan uudeksi ryhmäksi alkoholistien sijaan. Päihteet liittyvät arviolta viidennekseen terveydenhuollon asioinneista tavalla tai toisella. Päihdeongelmien kasvaessa henkilökunta kantaa suurta vastuuta hoidon laadusta olemalla tietoinen potilasryhmän ongelmista sekä hoitokäytänteistä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien tuntemuksia päihteitä sekakäyttävän potilaan hoitamisesta terveyskeskuksessa, vuodeosastolla ja päivystyksessä. Opinnäytetyön tehtäviksi asetimme päihteitä sekakäyttävän potilaan. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitokäytäntöjä ja lisätä hoitajien tietoa sekapäihdepotilaan kohtaamisesta terveyskeskuksen vuodeosastolla sekä päivystyksessä.

Menetelmänä käytimme kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin kyselylomakkein. Työelämätaho, jonne toteutimme kyselyn oli Ylöjärven terveyskeskuksen päivystyksen sekä vuodeosaston hoitajat, joilla on useamman vuoden työkokemus päihteiden sekakäyttäjistä. Kyselylomakkeita annoimme 20 kappaletta, joista 15 palautui täytettyinä. Lomakkeen kysymykset laadimme kohtaamiseen vaikuttavista tekijöistä sekä kohtaamisessa ilmenevistä hoitajan tunteista. Vastaukset analysoimme käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysin menetelmää.

Opinnäytetyön tulosten mukaan päihteitä sekakäyttävän potilaan kohtaaminen herätti hoitajissa negatiivisia tunteita, joista päällimmäisenä esiintyi turhautuneisuutta ja pelkoa ja täten hoitajat asennoituvat varautuneesti potilaisiin. Hoitajat kokivat, että työorganisaatio tarvitsee koulutusta potilasryhmästä, sillä hoidon erityispiirteet ovat hoitajille tuntemattomia.

Jatkotutkimuksena olisi hyödyllistä saada selville laajemman tutkimuksen kautta hoitajien asenteita sekä tuntemuksia päihteitä sekakäyttävän potilaan kohtaamisesta. Aiheellista olisi myös selvittää potilaan kokemuksia kohtaamisesta terveydenhuollon asiakkaana. Hoitomallien kehittäminen selkiyttäisi terveyskeskuksissa toimivien hoitajien toimenkuvaa.

Asiasanat: Päihteiden sekakäyttö, potilas, kohtaaminen, terveyskeskus, hoitaja

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree programme in nursing
Option of Nursing

SARI MÄNTYNIEMI & RAFAEL ZWEYGBERG

Nurses' experiences of multiple substance abuse user encounters in health center

Bachelor's thesis 51pages, appendices 11 pages

April 2013

Multiple substance abuse is a growing phenomenon in Finland, which is particularly evident in younger males. Multiple substance abusers are characterized as a new group instead of alcoholics. It is estimated that a fifth of all health care contacts are involved with drugs one way or another. As substance problems grow, employers take great responsibility on the quality of care by being aware of that patient group's problems and clinical practices.

The purpose of this thesis was to examine how nurses experience encounters with multiple substance abuse users in the health center, ward and in the emergency room. The thesis tasks were set to polydrug user. The aim was to develop management practices and to increase nurses' knowledge of how to encounter a substance abuse user in the health center ward and emergency room.

A qualitative research method was used here. Data was collected by questionnaires. The questions in the questionnaire dealt with factors related to the encounters and nurses' feelings. The responses were analyzed using content analysis.

According to the results, encounters with multiple substance abuser patients aroused mostly negative emotions, the strongest of which were frustration and fear. Thus, nurses had reservations about such patients. The nurses felt that their work organization required education about this patient group because the special features of their treatment are unknown.

Further research would be useful to find out, through wider research, about the nurses' attitudes, and feelings of multiple substance abuse user patient encounters. Also, it would be appropriate to find out about the patient's experience of a health care encounter as a customer. Care models development would clarify nurses' job description at the health care centre.

Key words: multiple substance abuse, patient, encounter, health center, nurse

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Hoitaja.....	8
3.1.1	Lähihoitaja.....	8
3.1.2	Sairaanhoitaja	9
3.1.3	Terveydenhoitaja.....	11
3.2	Päihteiden sekakäyttö	12
3.2.1	Alkoholi	15
3.2.2	Opiaatit.....	16
3.2.3	Bentsodiatsepiinit.....	16
3.2.4	Kannabis.....	17
3.2.5	Päihdeongelmaisten hoito Suomessa	18
3.3	Terveyskeskus.....	19
3.3.1	Terveyskeskuspäivystys	19
3.4	Potilaan kohtaaminen.....	20
3.4.1	Päihtyneen potilaan kohtaaminen	21
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	23
4.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	23
4.2	Aineiston keruu- ja analyysimenetelmä.....	23
5	TULOKSET	27
5.1	Tunteet sekapäihdepotilasta kohdattaessa.....	27
5.2	Asenteet päihteitä sekakäyttäviä potilaita kohtaan	28
5.3	Päihtymystilan vaikutukset hoitotyöhön.....	29
5.4	Kohdeorganisaation kehitysaiheet	30
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	31
6.1	Tulosten tarkastelua	31
6.2	Opinnäytetyön eettiset kysymykset	33
6.3	Opinnäytetyön luotettavuus	34
6.4	Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset.....	35
	LÄHTEET.....	37
	LIITTEET	41

1 JOHDANTO

Päihteiden käyttöä esiintyy useimmissa kulttuureissa eri puolilla maailmaa, mutta käytetyt aineet vaihtelevat kulttuureittain (Inkinen & Partanen 2003, 14). Päihteiden sekakäyttö on kasvava ongelma maailmalla niin nuorison kuin nuorten aikuistenkin kohdalla (Grace 2009). Suomessa tyypillinen päihteiden ongelmakäyttö on laittomien huumeiden, lääkkeiden ja alkoholin sekakäyttö (Suomen Lääkärilehti 2012). Duodecimin laatimassa Päihdelääketiede-teoksessa sekakäyttäjät luonnehditaan uudeksi ryhmäksi alkoholisten sijaan (Kiiänmaa ym., 2003). Suomessa alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö on edelleen yleistä muuhun Eurooppaan verrattuna (Salapuro ym. 2005). Huumeet Suomessa 2020 –tutkimuksessa ennakoitaan, että lääkkeiden päihdekäyttö tulee lisääntymään. Lääkkeiden päihdekäyttö aiheuttaa nykyistä enemmän huumekuolemia (Suomen Lääkärilehti, 2012). Päihdetilastokatsauksen mukaan 19 % päihdepalveluihin hakeutuneista asiakkaista oli alkoholin ja muiden päihteiden sekakäyttäjiä (Salapuro ym., 2005).

Päihdepotilaiden kohtaaminen koetaan perusterveydenhuollossa haastavaksi. Ongelmat muuntautuvat ja perusterveydenhuolto tarvitsee uusia hoitomuotoja päihdepotilaiden hoitamiseen. Arvioiden mukaan viidenneksessä kaikista terveydenhuollon asioinneista ovat päihteet tavalla tai toisella mukana. (Kiiänmaa ym. 2003, 194.) Päihdeongelmat ovat terveydellisesti erittäin merkittävä ongelma. Alkoholi on edelleen eniten käytetty päihde, mutta yhä enemmän esiintyy sekakäyttöä ja päihteidenkäyttöä (Duodecim 2007). Päihdeongelmien kasvaessa eri ammattilaisten peruskoulutukseen tulee sisältyä käytänteitä päihteiden käyttäjien kanssa toimimiseen (Opetusministeriö 2007, 11). Sekakäyttö on viime vuosina yleistynyt ilmiö Suomessa: arviolta joka kuudennelta rattijuopolta löydetään verestä lääkkeitä tai huumeita. Nuorten miesten keskuudessa sekakäyttö on yleisintä, jolloin tavallisin yhdistelmä on alkoholi ja rauhoittavat lääkkeaineet. Nuorison koekieluihin saattaa kuulua lääkkeiden yhdistämistä alkoholin nauttimiseen. (Päihdelinkki 2005.) Sekakäytön kasvavan kehityssuunnan vuoksi hoitohenkilökunta on avainasemassa potilasryhmän hoidon saamisesta ja laadusta

ollen tietoisia heidän ongelmistaan muun muassa yliannostuksista (Grace2009).

Päihdehuoltolain 41/1986 ensimmäisen luvun 3. artiklan mukaisesti kunnan velvollisuutena on järjestää sosiaali- ja terveydenhuoltoon sijoitettuja päihdehuoltopalveluja, jotka vastaavat kuntalaisten tarpeisiin. Lain mukaisesti ensisijaisia palveluita ovat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja terveyskeskuksen vastaanotto- ja päivystyspalvelut, esimerkiksi terveyskeskussairaala.

Opinnäytetyö on laadultaan kvalitatiivinen eli laadullinen. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien tuntemuksia päihteiden sekakäyttäjien hoitamisesta Ylöjärven terveyskeskussairaalassa sekä päivystyksen poliklinikalla. Tämän lisäksi selvitimme, millaisia kehitystehtäviä kohdeorganisaatiossa mahdollisesti olisi tämän potilasryhmän kohtaamisen kannalta.

Ideoimme opinnäytetyön aiheen oman kiinnostuksemme mukaan. Työelämäpalaverissa osastonhoitaja ilmaisi, että opinnäytetyö on tarpeellinen osastoille. Ylöjärven kaupunki voi hyödyntää tutkimustuloksia päihdehoitotyön kehittämisen yhteydessä.

Opinnäytetyö on aiheeltaan ajankohtainen, sillä päihteiden sekakäyttö on yleistynyt ilmiö Suomessa. Aineisto kerättiin terveyskeskuksen sairaalaosastolla ja päivystyksessä työskenteleviltä sairaanhoitajilta, lähihoitajilta ja terveydenhoitajilta, sillä he enenevässä määrin kohtaavat työssään päihteiden sekakäyttäjiä.

Jatkotutkimus voisi käsitellä päihteitä sekakäyttävien potilaiden kokemuksia terveydenhuollon ammattihenkilöiden asennoitumisesta heitä kohtaan. Käytännönläheiset näyttöön perustuvat hoitokäytänteet selkiyttäisivät hoitajien toimenkuvaa. Hoitohenkilökunnalle suunnatut toimintaohjeet tekisivät työstä selkeämpää.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Ylöjärven terveyskeskuksen hoitajien tuntemuksia päihteiden sekakäyttäjien hoitamisesta.

Opinnäytetyön tehtävät:

- Miten hoitaja kohtaa päihteiden sekakäyttäjän terveyskeskuksessa?
- Suhtautuvatko hoitajat asenteellisesti sekapaihdekäyttäjiä kohtaan?
- Miten hoitaja kokee potilaan päihtymystilan ja vaikuttaako se hoitotyöhön?
- Miten päihteiden sekakäyttäjien kohtaamista voisi hoitajien mielestä kehittää?

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitokäytäntöjä ja lisätä hoitajien tietoa sekapaihdepotilaan kohtaamisesta terveyskeskuksen vuodeosastolla sekä päivystyksessä. Tiedolla voidaan vaikuttaa myös hoitajien asenteisiin päihdepotilaiden hoidossa esimerkiksi järjestämällä koulutuksia ja tekemällä ohjeita työyhteisölle.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Hoitaja

Hoitajia toimii monilla eri ammattinimikkeillä. Näitä nimikkeitä ovat muun muassa sairaanhoitaja, lähihoitaja ja terveydenhoitaja. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa ja kelpoisuutta säätelevät laki ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994 sekä 564/1994). Ammattihenkilöt on jaoteltu laillistettuihin ammattiryhmiin sekä nimikesuojattuihin ammattiryhmiin. Laillistettuja ammattiryhmiä ovat esimerkiksi lääkäri, ensihoitaja sekä sairaanhoitaja, nimikesuojattuja ammattiryhmiä ovat muun muassa lähihoitaja, psykoterapeutti ja koulutettu hieroja. Valvira eli Sosiaali- ja terveystieteiden valvontavirasto myöntää hakemuksesta terveysalan ammattihenkilölle luvan harjoittaa ammattiaan Suomessa.

Lain mukaan nimikesuojatut sekä laillistetut ammatinharjoittajat ovat oikeutettuja toimimaan asianomaisessa ammatissaan ja käyttämään omia ammattinimikkeitään. Laki ei kuitenkaan määrittele ammattihenkilöiden tehtäviä eikä puutu hoitohenkilöstön sisäiseen työnjakoon tiettyjä poikkeuksia lukuun ottamatta. Työntekijöiden kelpoisuusvaatimukset ovat työnantajan päätettävissä virka- ja työsopimussuhteisille tehtäville. Työnantajan on kuitenkin otettava huomioon terveydenhuollon lait ja säädökset, jotka koskevat terveydenhuollon ammattilaisia. Lain määräämistä kelpoisuusvaatimuksista ei voi tinkiä, mutta niitä voidaan haluttaessa kiristää. Kelpoisuusvaatimusten liiallinen kiristäminen voi johtaa työllistämisongelmiin ja vaikuttaa henkilön etenemistä urallaan. (Surakka 2009, 40–41.)

3.1.1 Lähihoitaja

Lähihoitajan koulutus eli sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto on ammatillinen tutkinto, joka kestää kolme vuotta. Tutkinto koostuu 120 opintoviikosta, jotka sisältävät 90 ov. ammatillisia opintoja, 20 ov. ammattitaitoa täydentäviä opintoja sekä 10 opintoviikkoa vapaasti valittavia opintoja. Tutkinto pitää sisällään vähintään 20 opintoviikkoa työharjoittelua sekä opinto-ohjausta. Tutkinnon voi suorittaa ammattikoulussa, aikuiskoulutuskeskuksessa tai oppisopimuksella. Lähihoitajan ammattitutkinto antaa laajat amma-

tilliset perusvalmiudet hoitotyöhön. Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto pitää sisällään 9 koulutusohjelmaa, josta opiskelija valitsee yhden koulutusohjelman. Koulutusohjelmia voi kuitenkin halutessaan suorittaa useamman. Koulutusohjelmat vaihtelevat ammattikouluittain, kaikissa ammattikouluissa ei ole tarjolla yhdeksää eri koulutusohjelmaa. Valittavia eri koulutusohjelmia ovat muun muassa vammaistyön koulutusohjelma, sairaanhoidon ja huolenpidon koulutusohjelma, vanhustyön koulutusohjelma, ensihoidon koulutusohjelma sekä lasten ja nuorten hoidon ja kasvatuksen koulutusohjelma. (Pursiainen 2011, 8–11.)

Lähihoitajan tutkinnon opinnot koostuvat huolenpidosta, kuntoutumisen ja kasvun tukemisesta ja ohjaamisesta. Ammatilliset opinnot koostuvat myös muun muassa lääkähoidosta, ensiavusta, ammattietikasta, aseptiikasta, tiedonhankinnasta ja ammatillisesta vuorovaikutuksesta. Lähihoitajan ammatissa korostuvat erityisesti hyvät vuorovaikutustaidot ammatin moninaisuuden vuoksi. Lähihoitajatutkinnon suorittaneet hoitajat työskentelevät monissa eri tehtävissä terveyskeskuksien, sairaaloiden sekä muiden hoitoa ja apua tarjoavien palvelujen parissa. Työnkuvaan voi kuulua asiakaspalvelua, jossa hoitaja antaa puhelinneuvontaa, varaa vastaanottoaikoja sekä esihaastattelee potilaita. Lähihoitajan toimenkuvaan kuuluu myös toimistotehtäviä, joita ovat esimerkiksi sairaskertomusten kirjaaminen, laskutusten hoitaminen, todistusten kirjoittaminen ja arkistointi sekä postin lajittelu. Keskeiseen lähihoitajien työnkuvaan kuuluu myös eri-ikäisten ihmisten hoito ja huolenpito. Hoitajat avustavat potilaita muun muassa ruokailuissa, henkilökohtaisessa hygieniassa, pukeutumisessa, haavan hoidossa, kuntoutumisessa sekä hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa. (Pursiainen 2011, 12–19.)

3.1.2 Sairaanhoitaja

Sairaanhoitajaksi voi valmistua ammattikorkeakoulusta, joita on tällä hetkellä Suomessa 25. Sairaanhoitajan koulutus kestää kolme ja puoli vuotta ja on laajuudeltaan 210 opintopistettä. Myös terveydenhoitajaksi, kättilöksi ja ensihoitajaksi opiskelevat suorittavat samalla sairaanhoitajan koulutuksen. Sairaanhoitajan koulutusta säätelevät lait ja Euroopan unionin asettamat direktiivit, minkä tarkoitus on taata, että sairaanhoitajan koulutus on vaatimuksiltaan samanlaista kaikissa Euroopan maissa. Kaikissa Suomen kouluissa on samankaltaiset pääpiirteet opetuksessa, mutta koulutuksen rakenne sekä sisältö eroavat jonkin verran. (Sairaanhoitajaliitto 2012.) Esimerkiksi Tampereen am-

mattikorkeakoulussa on useita eri vaihtoehtoisia ammattiopintoja kuten perioperatiivinen hoitotyö sekä päihde- ja mielenterveyshoitotyö. Vaihtoehtoiset ammattiopinnot ovat laajuudeltaan 60 opintopistettä ja ne suoritetaan viimeisenä lukuvuotena.

Sairaanhoitaja on hoitotyön korkeimmin koulutettu ammattilainen. Sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu terveyden edistäminen ja ylläpitäminen sekä sairauksien ehkäiseminen ja hoitaminen. Päätöksentekotaidot, yhteistyötaidot ja kriittisen ajattelun taidot kuuluvat sairaanhoitajan osaamisen alueeseen. Sairaanhoitajan taito kohdata ongelmia, ottaa vastuuta sekä ennakoida hieman tulevaa ovat keskeisessä osassa sairaanhoitajan ammattitaitoa. Erilaiset tekniset taidot, lääkehoidon asiantuntijuus sekä yhteiskunnalliset taidot ovat erityisessä asemassa potilaan hoitamisessa ja ohjaamisessa. Eettisyys on yksi sairaanhoitajan toimintaa ohjaavista tekijöistä ja ne ovat usein läsnä potilaan hoidossa. Hoitajalta vaaditaan rohkeutta ja kykyä kysyä vaikeita kysymyksiä sekä tarvittaessa puuttua epäkohtiin potilaan hoidossa. (Ruuskanen 2011, 85–90.)

Viime vuosina sekä työelämäänettä sanastoon ilmaantunut päihdesairaanhoitajan titteli kertoo myönteisestä asenteesta ollen samalla merkki siitä, että riippuvuutta ei pelkäästään nähdä rikollisena toimintana, vaan mahdollisuutena hoitaa sitä tietyin menetelmin. Tästä huolimatta monet sairaanhoitajat eivät pidä päihdeiden käyttäjistä ja pelkäävät heitä. He kuvaavat päihderiippuvaiset hoitotyössä kohtaamistaan kohderyhmistä epäkiitollisimmiksi ja epämiellyttävimmäksi kokemuksiksi urallaan. (Nursing Times 2012, 17).

Israelilaisen tutkimuksen mukaan sairaanhoitajilla on kohtalaisesti esiintyvä kielteinen asenne päihdeiden käyttäjiä kohtaan. Sairaanhoitajilla on kielteisiä stereotyyppioita riippuvaisuudesta kärsiviä potilaita kohtaan ja suurin osa tutkituista sairaanhoitajista koki tämän potilasryhmän hoitamisen vaikeana. Tutkimuksessa käytettiin vastaavuussuhdemallia hoitohenkilökunnan asenteiden tutkimiseen. Kyselyyn vastasi 135 hoitajaa. (International Journal of Nursing Practice 2009, 566.)

3.1.3 Terveydenhoitaja

Terveydenhoitajan koulutus kestää neljä vuotta ja on laajuudeltaan 240 opintopistettä. Terveydenhoitajat valitaan suoraan hoitotyön koulutusohjelmaan terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehtoon. Terveydenhoitajien ammattiopinnot ovat laajuudeltaan 60 opintopistettä ja kestävät vähintään yhden lukuvuoden. Koulutuksen ensimmäiset vuodet painottuvat hoitotyöhön, jota jatkuvasti laajennetaan ja syvennetään terveydenhoitajan työhön. Terveydenhoitajaopiskelijat ovat työharjoitteluissa keskimäärin 57 viikkoa. Harjoittelut pitävät sisällään sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan ammattitaitoa edistävät vaatimukset. Terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat käyvät lastenhoitoon ja lastentauteihin keskittyvän harjoittelun, psykiatrian eli mielenterveysharjoittelun, kirurgisen hoitotyön harjoittelun, kotisairaanhoidon- ja terveyskeskus- tai aikuisneuvolaharjoittelun. (Haarala ym. 2008, 28–31.)

Terveydenhoitajan keskeisiin osaamisalueisiin kuuluu viisi aluetta. Eettinen toiminta terveydenhoitotyössä tarkoittaa, että terveydenhoitaja toimii työssään ammatin etiikan, arvojen ja keskeisten periaatteiden mukaan. Terveydenhoitaja tuntee myös työtään ohjaavan lainsäädännön ja toimii lain mukaisesti. Toinen alue pitää sisällään terveyden edistämisen ja kansanterveystyön. Terveydenhoitajan työ perustuu ajankohtaisiin ja virallisiin kansainvälisiin, alueellisiin sekä kansallisiin terveydenedistämisen strategioihin. Hän toimii käyttäen näyttöön perustuvia työmenetelmiä luotettavuuden ja parhaan tuloksen aikaansaamiseksi. Terveydenhoitaja osaa myös toteuttaa rokotosohjelmaa asiantuntevasti ja hallitsee kotimaassa tarttuvien tautien ehkäisyyn muiden terveydenhuollon ammattialaisten kanssa. Kolmas alue pitää sisällään terveydenhoitajan osan yhteiskunnallisessa ja monikulttuurisessa hoitotyössä. Terveydenhoitajan toimenkuvaan kuuluu tunnistaa yhteiskunnassa tapahtuvia muutoksia sekä niiden seurauksia ja pyrkiä vaikuttamaan niihin ennaltaehkäisevästi. Terveydenhoitaja osaa myös toimia eri kulttuurien kuten etnisten ryhmien, maahanmuuttajien sekä nuorisokulttuurien kanssa. Neljäs osa-alue painottuu tutkimus- ja kehittämistyöhön sekä johtamiseen. Terveydenhoitajan tulee hallita näiden osa-alueiden perusvalmiudet terveydenhoitotyössä. Tarpeen vaatiessa hän pystyy suunnittelemaan ja organisoimaan terveydenhoitotyötä ja osaa käyttää tutkittua ja perusteltua tietoa päätöksenteossa, joka perustuu parhaaseen ja ajantasaisimpaan saatavilla olevaan tietoon. Terveydenhoitaja seuraa myös aktiivisesti omaa työtään sekä oman työnsä tuloksia ja ymmärtää taloudellisen vastuun työssään. Aikaisemmat neljä aluetta luovat perustaa viidennelle osa-alueelle. Tämä alue pitää sisällään lasta

odottavien äitien ja perheiden terveydenhoitotyön, nuorten terveydenhoitotyön sekä työikäisten terveydenhuoltotyön. Näiden lisäksi alueeseen kuuluu myös ikääntyneiden ihmisten ja heidän perheidensä terveydenhuoltotyö. (Haarala ym. 2008, 33, 502–507.)

3.2 Päihteiden sekakäyttö

Päihde on yleisnimike kemiallisille aineille, jotka elimistöön joutuessaan aiheuttavat päihtymyksen tunteen sekä humalatilan (Dahl & Hirschovits 2005, 5). Päihteiksi voidaan luokitella tupakka, alkoholi, huumausaineet, lääkkeet, liuottimet ja liimat, jos niitä käyttää päihtymistarkoituksessa (Vilkkö-Riihelä 1999, 149). Lääkkeiden tarkoitus on ehkäistä ja hoitaa sairauksia ja niiden käyttö ilman lääketieteellistä perustetta tulkitaan väärinkäytöksi. Lääkkeiden avulla saatetaan pyrkiä esimerkiksi humalaa muistuttavaan tilaan tai tokkuraan. Niitä käytetään usein myös alkoholin yhteydessä. Varsinaisten huumausaineiden kuten esimerkiksi LSD:n, heroinin ja amfetamiinin käyttö ja hallusapito on kriminalisoitua. (Nurminen 2011, 551.)

Päihderiippuvuudella tarkoitetaan pakonomaista tarvetta saada päihdettä, jolloin ihminen ei hallitse päihteen käyttöä. Toleranssi eli sietokyky kasvaa, mikä tarkoittaa, että ainetta ”siedetään” yhä paremmin ja tarvitaan suurempia annoksia hyvän olon saavuttamiseksi. Kun käyttäjä lopettaa tai yrittää lopettaa, tulevat esiin vieroitusoireet kuten väsymys, vapina, hikoilu ja paha olo. Päihderiippuvuus kuuluu WHO:n tautiluokituksen mukaan mielenterveyden häiriöihin. Päihde- ja huumeriippuvuudessa on kyse kolmen tason riippuvuudesta: fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta riippuvuudesta. (Vilkkö-Riihelä 1999, 149.)

Päihteiden sekakäytöllä tarkoitetaan joidenkin päihteiden samanaikaista käyttöä. Sekakäytöllä pyritään esimerkiksi maksimoimaan toisen päihteen vaikutus tai hillitsemään sivuvaikutuksia. Sekakäyttö voi perustua myös siihen, ettei toista päihdettä ole saatavilla. Tavallisin monipäihteyden muoto on alkoholin, lääkkeiden ja/tai huumeiden samanaikainen tai peräkkäinen päihdekäyttö. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2003, 55.) Sekakäyttäjille tietyn päihteen käyttäminen voi laukaista päihteiden sekakäytön, joillakin potilailla on myös geneettinen alttius tulla riippuvaiseksi tietystä päihdeestä. (Centralförbundet för alkohol- och narkotika upplysning, 2008.)

Suomessa käytettävän virallisen ICD-10 tautiluokitusjärjestelmän mukaan sekakäyttö on omana F19-luokkana, mutta se pitää sisällään hyvin monenlaisia päihteiden käytön muotoja (Inkinen, Partanen & Sutinen 2003, 55). Huumausainelain (373/2008) mukaan päihteinä käytettävien lääkeaineiden käyttö muuten kuin asianmukaisen lääkemääräyksen nojalla, lasketaan huumausaineen käytöksi, silloin kun aine kuuluu huumausaineluetteloon. Huumausaineiden käyttö muihin kuin lääkinnällisiin tarkoituksiin on kielletty ja täten siis huumausaineen jakelu, kauppa ja hallussapitoon laitonta.

Yleisin sekakäytön muoto on alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö (Taulukko1). Vuonna 2000 aikuisista 4,5% oli käyttänyt lääkkeitä päihdetarkoituksessa, 1,5% viimeisen vuoden aikana ja 0,6% viimeisen kuukauden aikana. (Käypä hoito 2002). Yhteisvaikutukset ovat ennalta arvaamattomia ja voivat johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen päihtymyksen alaisena, muistin ja kontrollin menettämiseen ja pahimmassa tapauksessa kuolemaan. Vuonna 1998 huumehoitoon hakeutuneista henkilöistä 95% oli päihteiden sekakäyttäjiä. (Dahl & Hirschovits 2005, 147.) Sekakäyttäjän päihtymystilassa voi esiintyä seuraavanlaisia oireita; tokkuraisuutta, muisti- ja koordinaatiohäiriöitä sekä estojen höltymistä ja arvaamatonta tai jopa aggressiivista käytöstä (Käypä hoito, 2005).Päihteiden sekakäyttöön liitetään riskialtista seksuaalista käyttäytymistä sekä myös rikollisuutta (Grace 2009).

TAULUKKO 1. Sekakäytön muotoja ja vaikutuksia

Päihde	Vaikutus	Yhteisvaikutus alkoholin kanssa
Bentsodiatsepiini	Lievittää ahdistusta, määrätään esimerkiksi unettomuuteen. Samankaltaiset vaikutukset kuin alkoholissa. Uneliaisuus, estojen höltyminen.	Molempien päihteiden sedatatiivisen vaikutuksen voimistaminen. Lisää kouristustaipumusta. Vihan purkaukset. Muistikatkokset. Ristitoleranssi.
Kannabis	2–4 tunnin päihtymys. Hidas-tuneet motoriset toiminnot. Ajan ja paikantajun hämärtyminen.	Pahentaa sedatatiivista vaikutusta. Nostaa molempien päihteiden myrkytyskynnystä.
Opiaatit	Kipulääke. Aiheuttaa esimerkiksi euforiaa. Alentunut verenpaine ja sydämen lyöntitiheys.	Lisää molempien päihteiden sedatatiivista vaikutusta. Lisää yliannostuksen riskiä.

Päihteiden yhteiskäytön ohella eri aineet lisäävät usein toistensa vaikutuksia. Päihdeaineet saattavat kumuloitua elimistöön tai vaikutusaika voi olla moninkertainen odotettuun vaikutukseen nähden. Täysin odottamattomia vaikutuksia on muun muassa vakava myrkytys, josta voi seurata sisäelinvaurioita kuten maksan munuaisten ja sydämen toimintahäiriötä tai pysyviä vaurioita. Yhteisvaikutus kohdistuu aineen metaboliaan, sitoutumiseen, imeytymiseen ja erittymiseen sekä reseptoritason vaikutukseen. (Dahl & Hirschovits 2005, 149–150.)

Sekakäyttövaimentaa aivojen sydän- ja hengityskeskusta, mikä voi aiheuttaa yliannostuksen tai kuoleman. Useiden päihteiden samanaikainen käyttö voi pahentaa vieroitusoireita. Päihteiden sekakäytössä ilmenee myös sisäelinten vahingoittumisen riski. Erityisesti suonensisäisten huumeiden käyttö yhdistettynä alkoholiin altistaa maksan vaurioille. Sekakäytön on myös todettu olevan kuntoutumiseen sitoutumista heikentävä tekijä. (Centralförbundet för alkohol- och narkotika upplysning, 2008.) Yhdysvalloissa 25 prosenttia elämäntyylin liittyvistä kuolintapauksista oli sekakäytön aiheuttamia. (Grace 2009). Vuonna 2009 päihdehuollon erityispalveluihin hakeutuneista asiakkaista

61 prosenttia oli ilmoittanut hoitoon hakeutumisen syyksi ainakin kolme ongelmapäihdettä (THL 2010, 26).

3.2.1 Alkoholi

Alkoholi valmistetaan sokeri- ja tärkkelyspitoisista kasveista käymisen avulla. Se on väritöntä nestettä, joka imeytyy nopeasti ruoansulatuskanavasta, minkä seurauksena alkoholi leviää kaikkiin kudoksiin, myös aivoihin. Alkoholilla on pieninäkin annoksina vaikutuksia keskushermostoon, johon se vaikuttaa lamaavasti ja voi aiheuttaa esimerkiksi toimintojen heikentynyttä kontrollia (Dahl & Hirschovits 2005, 130).

Voimistuneessa humalatilassa henkiset ja fyysiset toiminnot ovat lamaantuneet, mikä ilmenee suorituskyvyn laskuna sekä arvostelukyvyn ja liikkeiden säätelyn heikentymisenä. Lisäksi reaktioaika hidastuu ja kipukynnys nousee. Täten tapaturmariski kasvaa. Yhden promillen humala vaikuttaa useimpiin ihmisiin piristävästi, mikä ilmenee mielihyvän kokemisena, itsevarmuuden lisääntymisenä ja estojen katoamisena ja puheliaisuutena. Toisilla ilmeneviä vaikutuksia ovat masennus, arvaamaton käytös ja väkivalta. (Dahl & Hirschovits 2005, 130.)

Alkoholipitoisuuden kohotessa yli promillen humalaoireet alkavat olla selkeitä, mikä ilmenee liikkeiden hidastumisena, kömpelyytenä, puheen sammaltamisena, kuulon heikkenemisenä, tarkkaavaisuuden heikentymisenä, silmien punoituksena sekä suoritus-tason huonontumisena. Kahden promillen humala on selkeästi sedatatiivinen eli lamaava. Kolmen promillen humala ja siitä kohonnut promilletaso alkaa olla hengenvaarallinen, etenkin alkoholiin tottumattomalle käyttäjälle. (Dahl & Hirschovits 2005, 130.)

Viimeisten neljän vuosikymmenen aikana alkoholin käyttö Suomessa on kolminkertaistunut. Vuosien 2000–2008 alkoholijuomien kulutus asukasta kohti on lisääntynyt 8,8 litrasta noin 10,4 litraan eli yhteensä noin 17 prosenttia. Muutoksen johdosta Suomi ei kokonaiskulutukseltaan kuulu vähäisen alkoholikulutuksen maihin, sillä tilastollisesti Suomessa on suurempi alkoholinkulutus henkeä kohden kuin esimerkiksi Italiassa. Tanskalaiset johtivat ennen tilastoja, mutta nyt Suomi on Pohjoismaiden kärkimaita. (THL 2010, 24; 284.)

3.2.2 Opiaatit

Opiaatteja käytetään lääkkeenä niiden kipua poistavan ominaisuuden vuoksi (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 80). Analgeettisen eli kipua poistavan ominaisuuden lisäksi ne vähentävät ahdistuneisuutta sekä tuskaisuutta ja aikaansaavat euforian eli poikkeuksellisen vahvan hyvinolontunteen. Tunnetuin opiaatti on morfiini, joka on aluksi eristetty opiumunikosta. Kaikki opioidilääkeryhmään kuuluvat lääkkeet vaativat huumausainelääkemääräyksen. (Nurminen 2011, 297.)

Päihtymystarkoituksessa opiaatit aiheuttavat euforista hyvinolontunnetta sekä kivun lievitystä. Opioidien vaikutus tapahtuu kolmen erityyppisen opioidireseptorin välityksellä. (Dahl & Hirschovits 2005, 61.) Opiaatien käyttäjät ovat yleensä myös rauhoittavien lääkkeiden väärinkäyttäjiä, sillä rauhoittavat lääkkeet tehostavat opiaattien vaikutuksia tai korvaavat niiden puutteita (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 80).

3.2.3 Bentsodiatsepiinit

Bentsodiatsepiinejä määrätään unettomuuteen, ahdistusoireisiin ja lihasjännityksen laukaisemiseen sekä kouristuksien estämiseen, näiden lisäksi myös voimakkaisiin alkoholivieroitusoireisiin. Bentsodiatsepiinit helpottavat nukahtamista sekä rauhoittavat. Bentsodiatsepiinivalmisteiden vaikutukset vaihtelevat valmisteittain ja osa valmisteista on päihteiden väärinkäyttäjien suosimia. Tämän vuoksi bentsodiatsepiinilääkitystä tulisi määrätä harkitusti ja kontrolloidusti pienin annoksin. (Dahl & Hirschovits 2005, 82.)

Bentsodiatsepiinilla on alkoholia ja muita päihteitä vahvistava vaikutus, mistä voi sekä käytössä seurata yllättäviä käytöshäiriöitä esimerkiksi vihanpurkauksia, muistikatkoksia, ahdistuneisuutta, paniikkikohtauksia tai jopa tajuttomuus- ja kouristuskohtauksia. Kouristuskohtaukset voivat ilmetä jopa viikkojen kuluttua alkoholikierteen loppumisen jälkeen. (Dahl & Hirschovits 2005, 85.) Huumekuolemia käsittelevässä tutkimuksessa (THL, raportti 2007) todettiin rauhoittavilla lääkkeillä ja unilääkkeillä olevan merkittävä osuus kuolemantapauksissa.

Bentsodiatsepiinit kuuluvat PVK -lääkeryhmään eli pääasiassa keskushermostoon vaikuttaviin lääkeaineisiin. Lääkkeen riippuvuutta aiheuttavan ominaisuutensa vuoksi lää-

kettä suositellaan lyhytaikaiseen käyttöön ja lääkettä määrätessä tulisi myös suunnitella lääkkeen lopetusaikataulu. Asianmukaista käyttöä valvovat lääkäri sekä apteekki. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 71–72.) Käypähoito -suosituksissa mainitaan, että sekakäyttäjät ovat riskialttiita kouristuksille, jotka johtuvat alkoholin ja bentsodiatsepiininvieroitusoireista. Bentsodiatsepiinin käyttöä tarvittaessa voidaan arvioida virtsahuumeseuloilla sekä seuraamalla lääkeaineen pitoisuutta seerumissa (Käypä hoito 2011).

3.2.4 Kannabis

Kannabista on käytetty lääkeyrttinä tuhansia vuosia. Kannabistuotteita tavataan kolmessa eri muodossa. Marihuana on kasvin varsi ja lehtiosa, joka kuivatetaan. Se on väriltään vihertävää tai kellertävää ruohonomaista rouhetta. Hasis valmistetaan kannabiskasvin kukinnoista erittyvästä hartsimaisesta pihkasta levymäiseen muotoon. (Dahl & Hirschovits 2005.) Vuonna 2010 tehdyssä väestökyselyssä 15–69-vuotiaiden joukosta 17 % oli joskus kokeillut kannabista. Viimeisen vuoden aikana kannabista kokeilleita oli yli 10%. (Suomen Lääkärilehti 2011.)

Päihtymistilassa henkilö kokee rentoutuvansa sekä olevansa rentoutuneempi, sosiaalisempi janauravaisempi kuin normaalisti. Päihtymyksen alkuvaiheessa käyttäjä on hiljainen, pohdiskeleva sekä unelias. (Centralförbundet för alkohol- och narkotika upplysning 2011.) Kannabiksesta koituvia vaikutuksia ovat pulssin kohoaminen, verenpaineen vaihtelu, puheliaisuus sekä hyvinolontunne. Pitkäaikainen kannabiksen käyttö voi aiheuttaa häiriöitä paikan- ja ajantajussa sekä alttiutta onnettomuuksille. Pitkäaikaisesta käytöstä voi myös aiheutua paniikkikohtauksia. (Dahl & Hirschovits 2002, 8-9.)

Yksi yleisimmistä sekakäytön muodoista on kannabiksen ja alkoholin yhdistäminen. Vaikutukset voivat olla ennalta-arvaamattomia interaktioita. Yleisimpiä tiedossa olevia sekakäytön reaktioita ovat pahoinvointi ja oksentelu. Veren alkoholipitoisuuden katsotaan olevan THC:n eli kannabiksen psykoaktiivisen yhdisteen imeytymistä edistävä tekijä, joka nopeuttaa kannabiksesta koituvan päihtymystilan esiintymistä. (National Cannabis and Prevention Centre 2008.)

3.2.5 Päihdeongelmaisten hoito Suomessa

Päihdeongelmaisia hoidetaan Suomessa terveydenhuollossa, päihdehuollon erityispalvelu- ja sosiaalitoimissa. Päihdeongelmaan liittyvät somaattiset taudit hoidetaan yleensä terveyskeskuksessa tai sairaalassa. Monissa terveyskeskuksissa annetaan myös katkaisu- ja vieroitushoitoja. Päihdepalvelujen määrä ja laatu vaihtelevat eri kunnissa. (Käypä hoito 2011).

Kuntien tehtävänä on järjestää asukkaiden tarpeisiin vastaavat päihdehuollon palvelut. Päihdehuolto kuuluu sekä sosiaali- että terveydenhuoltoon ja se nähdään osana kunnan perustehtävää. Työntekijöiden kuten lääkärin, sosiaalityöntekijän ja terveydenhoitajan tulee sisällyttää päihdetyö tehtäviinsä. (Lappalainen ym. 2007, 129.) Kuntien päihdehuollon on pystyttävä järjestämään lääkkeiden ja alkoholin väärinkäyttäjien sekä huumeiden käyttäjien ja sekakäyttäjien tarpeisiin vastaavat palvelut. Päihdehuollon erityis- ja palvelut ovat sosiaalitoimen palveluja, jotka jakautuvat avohoitoon, välimuotoisiin palveluihin sekä laitostuntoutukseen. Avohoitoyksiköitä ovat muun muassa A-klinikat, nuorisoasemat, nuorten päihde- ja huumeopistot, terveysneuvontapisteet ja päiväkeskukset. Välimuotoisia palveluita ovat muun muassa ensikodit ja hoitokodit sekä tukiasunnot. Laitostuntoutus käsittää katkaisuhoidon ja hoitojakson kuntoutuslaitoksessa. (Suomen kuntaliitto 2012.)

Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja ja edistää päihteidenkäyttäjän sekä läheisten toimintakykyä ja turvallisuutta. Päihdehuollon palveluja tulee antaa henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, ongelmakäyttäjän perheelle ja muille läheisille. Sosiaalilautakunnan ja muiden viranomaisten tehtävänä on toiminnallaan vaikuttaa elinoloihin ja elämäntapoihin ja siten ehkäistä alkoholin ja muiden päihteiden ongelmakäyttöä. (Lappalainen, ym. 2007, 130.) Vuodesta 2004 lähtien terveysneuvontapalvelujen järjestämisen velvollisuus on laajentunut myös terveysneuvontapisteiden ulkopuolelle terveyskeskuksiin (THL 2010, 25).

3.3 Terveyskeskus

Kansanterveyslain (66/1972) mukaisesti kunnilla tulee olla terveyskeskus ylläpitääkseen kunnan kansanterveystyötä. Kunnan kansanterveystyö on muun muassa terveysneuvonnan ylläpitämistä, asukkaiden sairaanhoitoa ja terveystarkastuksien järjestämistä. Terveyskeskukset kuuluvat perusterveydenhuollon piiriin. Perusterveydenhuolto on yleisesti kaikkien saatavilla ja muodostaa maan terveysjärjestelmän perustan. Terveyskeskusten toiminnan näkyvin osa on kunnan asukkaiden sairaanhoito. Siihen sisältyy lääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotto ja päivystys, kuntoutus, kotisairaanhoito sekä hoito terveyskeskuksen sairaalassa. Sairaanhoito on yleislääkärijohtoista. Edellä mainittujen palvelujen lisäksi terveyskeskuksissa on hyvät mahdollisuudet ottaa ja tutkia laboratorionäytteitä sekä tehdä röntgenkuvauksia. (Duodecim 2005.)

3.3.1 Terveyskeskuspäivystys

Päivystyksellä tarkoitetaan kunnallisen terveyskeskuksen määritellyissä tiloissa järjestettyä, väestölle etukäteen tiedotettua, ennalta arvaamatonta kiireellistä lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön toteuttamaa tutkimusta ja hoitoa, joka tapahtuu välittömästi tai pian potilaan saavuttua terveyskeskuspäivystystiloihin ja viimeistään vuorokauden sisällä yhteydenotosta. (Koponen & Sillanpää 2005, 102).

Ylöjärven terveyskeskussairaalassa hoidetaan äkillisesti sairastuneita, poliklinikan kautta tulleita tai sovitusti tulleita suoraan sairaalasta. Potilaspaikkoja on 38. Päivystys on tarkoitettu välittömästi hoitoa tarvitseville ja hoito järjestyy kiireellisyysjärjestyksessä. Päivystysasiakkaat, jotka ovat välittömässä hengenvaarassa, hoidetaan ennen muita. (Ylöjärven kaupunki 2012).

Perusterveydenhuollossa annettavia päihdepalveluita toteutetaan terveyskeskuksissa, joiden vastuu päihdepalveluissa on kasvamassa, sillä asiakaskontaktit ovat ihanteellisia tilaisuuksia tarttua alkaviin ongelmiin sekä päihdeongelmien tunnistamiseen. Terveystenhuollon organisaatiossa työskentelevien tulee olla kykeneviähoidon tarpeen sekä ideaalisen jatkohoitopaikan arvioimiseen. (Opetusministeriö, 2007, 22).

Sosiaali- ja terveysministeriön vuodeosastotilaston 2009 mukaan lääkemyrkytyksistä johtuvat hoitajaksot olivat kasvussa. Hoitajaksota oli yhteensä 329, josta prosentuaalinen kasvu oli 19%. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010). Vuonna 2009 terveydenhuollon vuodeosastoilla rekisteröitiin 7117 hoitajaksota, joissa päädiagnoosina oli huumausaineisiin tai lääkeaineisiin liittyvä sairaus. Huumehoitajaksot on kasvanut 7 % vuoteen 2008 verrattuna. Lääkeaine- ja huumausainemyrkytysten hoitajaksot ovat kasvaneet 36 % vuoteen 2008 verrattuna. (THL 2010, 26).

3.4 Potilaan kohtaaminen

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) ilmaisee, että potilasta on kohdeltava siten, että hänen yksityisyyttään ja vakaumustaan kunnioitetaan ja ettei hänen ihmisarvoaan loukata. Lähihoitajan eettisten periaatteiden mukaisesti ihmistä arvostava kohtaaminen merkitsee kunnioituksen osoittamista jokaista ihmistä kohtaan sekä heidän puhutteluun ja kohteluun arvokkaana ihmisenä. Lähihoitajan tulee kunnioittaa ihmisen yksityisyyttä, henkilökohtaisia elämänarvoja ja elämäntavomusta. Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden (1996) mukaan sairaanhoidaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja ottaa huomioon potilaan arvot, vakaumuksen ja tavat.

Potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutussuhteen ensimmäisessä vaiheessa painottuvat kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus. Kohtaaminen on vuorovaikutussuhteen alkamista (Mattila 2001, 60–61). Vuorovaikutus jaetaan sanattomaan ja sanalliseen eli verbaliiseen vuorovaikutukseen. Sanaton vuorovaikutus ilmenee esimerkiksi eleinä ja ilmeinä. Hoitaja ja potilas rakentavat yksilöllisen vuorovaikutussuhteen, sillä jokainen potilas on ainutlaatuinen. Vuorovaikutussuhde rikkoutuu tilanteissa, joissa hoitaja joutuu toimimaan vastoin potilaan tahtoa. (Ekström, Leppämäki & Vilén 2008, 20.)

Hoitajan ja päihteenkäyttäjän välistä kohtaamista luonnehditaan minä-sinä-suhteeksi, joka on samanaikaisesti symmetrinen ja yhdenvertainen. Toisesta näkökulmasta katsottuna suhde on epäsymmetrinen minä-se-suhde, jossa hoitaja on ammatillisessa roolissaan ja päihteenkäyttäjä on kärsivän ihmisen ja avuntarvitsijan, asiakkaan tai potilaan roolissa. (Havio, Inkinen, Partanen & Sutinen 2008, 24).

Minä-sinä-suhde on luonteeltaan läheistä vuorovaikutusta, jossa hoitaja hyödyntää vuorovaikutustilanteesta syntyviä tunnekokemuksiaan ja näiden kokemusten kautta pyrkii ymmärtämään, auttamaan ja vastaamaan päihteenkäyttäjän tarpeisiin. Minä-se-suhteessa hoitaja hyödyntää objektiivista, ammatilliseen tietoonsa ja taitoonsa perustuvaa kykyä tarkastella. Hän kykenee tietoisesti säätelemään etäisyyttä päihteenkäyttäjän ja itsensä välillä, jotta olisi kykeneväinen arvioimaan tilannetta ja tekemään hoitoon liittyviä päätöksiä. (Havio, Inkinen, Partanen & Sutinen 2008, 24–25.)

Ammatillisen ja hoitavan kohtaamisen edellytyksenä hoitajalla tulee olla kyky tunnistaa omia tunnetilojaan ja reaktioitaan työssä ilmenevissä tilanteissa. Ammatillisen kasvun ja karttumisen rinnalla hoitajan oma persoonallinen kasvu ja itsetuntemuksen lisääntyminen tekee hoitavan kohtaamisen mahdolliseksi. Tiedostaessaan tunteensa ja omatessaan vahvan itsetuntemuksen hoitaja kykenee käsittelemään hoitotyössä esiintyviä haastavia tunteita ja tilanteita samalla edistäessään päihteenkäyttäjän terveyttä ja inhimillistä kasvua. (Havio, Inkinen, Partanen & Sutinen 2008, 24–25.)

Englantilaisen tutkimuksen mukaan päihteitä sekakäyttävien potilaiden hakeutuessa hoitoon ammatinharjoittajat eivät ole valmistautuneita tähän potilasryhmään. Vuonna 2003 tehdyssä tutkimuksessa ilmeni, että hoitajat eivät olleet kokemuksellisesti ja tiedollisesti valmiita kohtaamaan tätä potilasryhmää. (Peckover & Chidlaw 2007).

Ammattilaiset saattavat olla epä tietoisia epäluuloistaan sekä asenteistaan, jotka he omaksuvat yhteiskunnasta. Useista tutkimuksista on ilmennyt, että terveysalan ammattilaisilla on kielteinen näkemys päihteiden käyttäjistä ja he ovat vastahakoisia työskentelemään tämän potilasryhmän kanssa. Syitä vastahakoiseen käyttäytymiseen ovat muun muassa työperäiset pakotteet sekä motivaation puute. (Grace 2009.)

3.4.1 Päihtyneen potilaan kohtaaminen

Potilas, joka on päihteen vaikutuksen alainen, on kohdattava aikuisena siitä huolimatta, että hänen havainnointi- ja ymmärryskykynsä on useasti heikentynyt. Potilaan ollessa päihtynyt hänelle voi olla vaikeaa ymmärtää muiden puhetta ja viestejä, eikä hänen kommunikaationsa ole selkeää. Keskusteleminen saattaa tuntua vaivalloiselta, eikä potilas välttämättä muista keskusteluista jälkikäteen mitään. Tästä huolimatta asiallinen ja

ammattillinen suhtautuminen on asiaankuuluvaa ja jättää päihtyneelle potilaalle positii-
visen mielikuvan siitä, että häntä on autettu. (Inkinen, Partanen, Sutinen 2003, 190.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut ohjeet päihdeasiakkaiden hoidon järjestämises-
tä. Ohjeiden tarkoituksena on selventää päihtyneen asiakkaan kohtaamisessa ja hoidossa
noudatettavia käytäntöjä. Ohjeissa painotetaan, että päihtymys ei saa olla esteenä poti-
laan akuuttihoitoon tarpeen arvioinnille, hoidon järjestämiselle eikä potilaan asianmukai-
selle kohtelulle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 3,10.)

Päihteiden sekakäytön yleistyessä on mahdotonta tietää, mitä päihdettä sekavakäytöksi-
nen potilas on ottanut. Kyseessä voi olla jonkin aineen käyttöön liittyvä vieroitusilanne
ja mahdollisesti omahoitoon käytetyn toisen aineen yliannostus. Virtsasta tutkittavat
huumetestit antavat tiedon käytetyistä aineista hitaasti ja epävarmasti, joten hoidon on
alettava ilman testitulosta. Opiaattien, bentsodiatsepiinien, kaasujen ja liuottimien käyt-
töön liittyvä vakavin vaaramekanismi on hengityksen pysähtyminen, etenkin jos use-
ampaa hengitystä lamaavia aineita on otettu yhtäaikaisesti. Useimmille huumeille ei ole
vasta-aineita, joten hoito on rakennettava peruselintoimintoja ylläpitäväksi ja oireita
parantavaksi hoidoksi. Tajuton potilas tarvitsee monipuolista hoitoa ja valvon-
taa. (Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2002, 312.)

Hoitaja tarvitsee työssään hyvät vuorovaikutustaidot. Työn tulee perustua ymmärryk-
seen toisen ihmisen elämäntilanteesta. Hoitajan henkilökohtaiset kokemukset lisäävät
ymmärrystä toisen ihmisen kokemuksesta tai elämäntilanteesta. Tiedon hankkiminen
potilaan kokemasta tilanteesta antaa valmiudet potilaslähtöiseen hoitotyöhön (Jahren-
Kristoffersen & Nortvedt 2006, 147).

Hoitajien ammatilliseen työskentelyyn vaikuttavia tekijöitä ovat ammattitaito, etiikka ja
lainsäädäntö. Sairaalan ihmisen ammatillinen kohtaaminen vaatii hoitajilta ammattitaitoa.
Ammatillisuus perustuu mm. tutkittuun tietoon ja kokemukseen. Näin ollen hoitaja tar-
vitsee työssään tietoa hoitoa koskevista työmenetelmistä ja hoidon ominaispiirteistä.
Hoitajan omat asenteet ja arvot vaikuttavat hoidon toteuttamiseen (Jahren-Kristoffersen
& Nortvedt 2006, 146-147).

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytimme kvalitatiivista eli laadullista menetelmää. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia kohdata päihkeitä sekakäyttävä potilas terveystieteiden keskuksessa. Menetelmä sopii tutkimuksen tarkoitukseen, koska kokemustieto ei ole mitattavissa määreillä ja mittareilla. Opinnäytetyösämme pyrimme ymmärtämään hoitajien kokemuksia. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkittavia kohteita ja saada tutkittavien näkökulma esiin ilmiöstä, jota tutkitaan (Eskola & Suoranta 1998, 16).

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole tehdä tilastollisia yleistyksiä, vaan kuvata ilmiöitä tai tapahtumaa ja ymmärtää tiettyä toimintaa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Lähtökohtana kvalitatiivisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen mahdollisimman laajasti (Tuomi & Sarajärvi 2002, 70).

Käytimme laadullista tutkimusmenetelmää, koska tutkimuksessa oli tarkoituksena kerätä tarvittavat tiedot kyselylomakkeella, joka pääsääntöisesti sisälsi avoimia kysymyksiä. Kyselyn idea itsessään on hyvin yksinkertainen: kun haluamme tietää, mitä ihminen ajattelee tai miksi hän toimii kuten toimii, on hyvä kysyä sitä häneltä itseltään (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72).

4.2 Aineiston keruu- ja analyysimenetelmä

Aineiston keruu toteutettiin kyselylomakkeen (liite 1) avulla. Kyselylomakkeiden avulla voidaan kerätä tietoa tosiasioista, käyttäytymisestä ja toiminnasta, tiedoista, arvoista, asenteista ja uskomuksista (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 1997, 197). Hyvän kyselylomakkeen tunnistaa selkeästä, siististä ja houkuttelevasta ulkoasusta. Kysymykset sekä teksti ovat hyvin aseteltuja, vastausohjeet ovat selkeyttäviä ja kysymyksissä kysytään yhtä asiaa kerrallaan. Kysymyksen eteneminen on loogista ja kysymykset on numeroitu juoksevasti. Kyselylomake ei saa olla liian pitkä ja se on hyvä olla esitettävä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160.)

Kyselylomakkeen laadinnassa tulee kiinnittää huomiota kyselylomakkeen selvyyteen, sillä halutessaan päteviä tuloksia on laadittava kysymyksiä, joilla on sama merkitys kaikille vastaajille. Sanoja, joilla on useita merkityksiä, tulisi välttää (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 1997,202).

Aineiston keräämiseen käytimme kyselylomakkeita, jotka sisälsivät avoimia sekä suljettuja kysymyksiä. Avoimia kysymyksiä oli kyselylomakkeessa neljä ja suljettuja kysymyksiä kaksi. Laadullinen menetelmä oli oikea vaihtoehto opinnäytetyömme tekemiseen, koska laadullinen aineisto sisältää ilmiänsuhtaan tekstiä (Eskola & Suoranta 1998, 15–16). Testasimme kyselylomakkeen Ylöjärven terveyskeskuksen sairaanhoitajalla. Palautteen seurauksena muokkasimme kyselylomaketta hieman.

Opinnäytetyö perustuu aineistolähtöiseen analyysimenetelmään eli induktiiviseen menetelmään. Induktiivisessa menetelmässä on tarkoituksena antaa aineiston itsensä kertoa, mitä se pitää sisällään ja muodostetaan teoria sen pohjalta. Induktiivisessa menetelmässä johdetaan yksittäisistä havainnoista yleinen. (Eskola & Suoranta 1998. 159–161.) Induktiivinen aineistonanalyysi voidaan karkeasti jakaa kolmeen eri työvaiheeseen, redusointiin eli pelkistämiseen, aineiston klusterointiin eli ryhmittelyyn ja abstrahointiin eli teoreettisten käsitteiden luomiseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109).

Analysoimme aineiston induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysin menetelmällä. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tarkoituksena on tiivistää aineisto niin, että tutkittavaa asiaa voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistettävästi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001,23). Tutkija ei määrää, mikä on tutkimuksessa tärkeää. Aineistoa on syytä tarkastella yksityiskohtaisesti, sillä kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tarkoitus paljastaa odottamattomia seikkoja (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara, 2009).

Aineistoanalyysissä tapahtuva tulkinta tarkoittaa esiin nousevien merkitysten selkiyttämistä ja pohdintaa. Tulkintaongelmia ja tulkinnan kohteita ilmenee monella eri tasolla. Tulostanalyysin kielellisten ilmausten merkitykset pitää pohtia tarkoin. Pelkkä tulosten analysointi ei ole adekvaattia tutkimusten tulosten kannalta, vaan tuloksista olisi tarpeellista muodostaa synteesejä. Täten saadaan esille pääseikat sekä vastaukset tutkimuksen ongelmiin. Opinnäytetutkimusten olisi olennaista vastata tutkimuksen ongelmiin. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 229–230.)

Analysoimme aineiston tammikuussa 2013. Aluksi tutustuimme vastauksiin lukemalla ne useasti läpi. Tämän jälkeen kirjoitimme vastaukset muistilapuille tutkimustehtävän mukaisesti pelkistettyinä, merkatun jokaiseen muistilappuun kyselykaavakkeen numeron, jotta kykenimme palaamaan alkuperäisiin vastauksiin. Muodostimme pelkistetyistä vastauksista alakategorioita ja nimesimme ne sisällön mukaisesti. Esimerkkitaulukossa (liite 2) havainnollistamme alakategorioiden muodostumista. Ryhmittelyvaiheessa yhdistimme aineistossa ilmenevät samaa asiaa tarkoittavat ilmaukset samoihin luokkiin ja nimesimme ne sisältöä vastaavaksi. Alakategorioista muodostui yläkategorioita.

Tulososiossa aihealueet on nimetty yhdistävien- ja yläkategorioiden mukaisesti. Tutkimustulokset esitämme alakategorioilla ja pelkistyksillä. Tuloksia on rikastettu hoitajien autenttisilla ilmauksilla. Suorat lainaukset erottuvat tekstistä kursivoidun ja sisennetyn ulkoasun perusteella.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten Ylöjärven terveyskeskuksen vuodeosaston sekä päivystyksen hoitajat kohtaavat päihteitä sekakäyttävän potilaan. Tuloksista ilmeni, että kaikki kyselyyn vastanneista ovat kohdanneet päihteitä sekakäyttävän potilaan sekä suurin osa hoitajista kohtaa potilaan varautuneesti. Kohtaamistilanne koetaan haastavana, pelottavanakin. Hoitajat kokevat tarvitsevänsä lisää koulutusta aiheesta, sillä päihteiden sekakäytön vaikutukset sekä hoidon erityispiirteet ovat tuntemattomia.

Pyysimme hoitajia omin sanoin kuvailemaan kohtaamisessa herääviä tunteita. Vastusten analysointia suorittaessamme kyseiseen kysymykseen muodostui yksi pääluokka: potilaan kohtaaminen ja kolme yläluokkaa, jotka nimesimme seuraavanlaisesti; kohtaamisen tunteet, kohtaamisen haasteet sekä potilaslähtöinen hoitotyö. Hoitajilla esiintyy monenlaisia tunteita sekapäihdekäyttäjiä kohdatessaan. Yhdistimme negatiiviset ja positiiviset tunteet samaan yläluokkaan, joka oli kohtaamisen tunteet.

Analysointivaiheessa (liite 4) muodostui yksi pääluokka, hoitajien suhtautuminen potilaisiin sekä kolme pääluokkaa: varauksellinen suhtautuminen, positiivinen suhtautuminen sekä negatiivinen ja vähättelevä asenne. Hoitajilla esiintyi eniten pelokasta ja varautunutta asennoitumista päihteitä sekakäyttäviä potilaita kohtaan. Pelkoa hoitajissa aiheutti potilaiden arvaamaton ja aggressiivinen käytös hoidon aikana. Yhdistimme pelokkaan ja varautuneen asennoitumisen samaksi luokaksi

Kolmannen kysymyksen analysointivaiheessa muodostui yksi pääluokka jonka nimesimme otsikolla päihtymyksen vaikutus hoitotyöhön. Yläluokiksi muodostuivat kokemus turvattomuudesta, kokemus päihtymyksen haastavuudesta ja hoitomyönteisyyden puute.

Viimeisestä kysymyksestä muodostimme yhden pääluokan ja alaluokan, työorganisaation kehittäminen, sillä vastauksissa korostui koulutuksen tarve. Vastauksissa korostui erityisesti päihdekoulutuksen tärkeys. Toisena tärkeänä kehityskohteena vastaajat kokivat fyysisen ympäristön parantamisen. Resurssien lisääminen koettiin myös oleelliseksi kehitystehtäväksi.

5 TULOKSET

5.1 Tunteet sekapäihdepotilasta kohdattaessa

Vastauksista ilmeni, että suurimmalla osalla hoitajista ilmenee kohtaamistilanteessa turhautuneisuutta ja pelkoa. Kohtaamistilanteessa yleisimpänä pelkoa herättävänä tekijänä on potilaiden arvaamaton käytös sekä hoitajien aikaisempi kokemus potilasryhmän aggressiivisesta käyttäytymisestä. Turhautumista aiheuttavana tekijänä on potilaiden hoitoon sitoutumattomuus sekä piittaamaton asenne.

Turhautuneisuuden ja toivottomuuden tunteita. Usein niiden eteen tehdään paljon työtä ja sitten ne tulee vähän ajan päästä samassa tilassa vastaan.

Usein ensimmäinen tunne on turhautuminen, koska tässä yksikössä hoidetaan useimmiten samoja henkilöitä vuodesta toiseen. Vaikea motivoida itseään uudelleen ja uudelleen empaattiseen hoitotyöhön, kun ei enää pysty näkemään potilaan omaa aitoa halua parantaa elämäntilannettaan.

Hoitajilla esiintyi kohtaamistilanteessa myös pelkoa. Päihteitä sekakäyttävällä potilaalla voi esiintyä päihtymystilassa aggressiivisuutta ja uhkaavaa käytöstä ja se aiheuttaa hoitajissa pelon tunteita. Vastauksissa oli kuvattu päihteitä sekakäyttäviä potilaita riskipotilaiksi, jotka ovat vaarallisia sekä hoitajille että potilaille.

Päihteet liittyvät usein aggressiivisuuteen, joten se aiheuttaa myös pelkoa hoitajissa koska aggressiivisuuteen ei ole mitenkään varauduttu osastollamme.

Usein kyseisillä potilailla esiintyy myös aggressiivisuutta, joka herättää pelkoa hoidettaessa.

Vastauksista selvisi, että kohtaamistilanteessa hoitajat tuntevat sääliä potilaita kohtaan. Potilaan elämäntilanne ja toistuvat käynnit terveyskeskuksessa herättävät hoitajien säälin tunteet. Eräänä syynä tuntemuksen heräämiseen kohtaamistilanteessa on jatkohoitosten onnistumattomuus.

Sääliä, kun on ajautunut sellaiseen tilanteeseen.

Joskus sääliä, sillä samat potilaat pyörivät eikä raitistuminen onnistu.

Kohtaamistilanteessa potilaan päihtynyt tila herättää hoitajissa ärtymyksen tunteita. Syytä ärtymyksen tuntemiseen ovat esimerkiksi arvaamaton käytös tai työmäärän lisäänty-

minen työyksikössä. Lisäksi päihtyneen potilaan vaatimukset palveluiden suhteen ärsyttävät.

Usein suuttumusta sillä päihtynyt potilas on vaativa hoidettava vaatimuksineen ja vie aikaa muiden potilaiden hoidosta. Ei ole reilua että päihtynyt potilas vie 75% aikaa ja muiden potilaiden osalle jää 25%.

Kyllä, kiukkua ja ärtymystä, sillä se on itseaiheutettua.

Kohtaamistilanteessa herää myös empatia sekä auttamisen halu. Päihtymyksestä huolimatta potilaan hoito toteutetaan samoin periaattein kuin muiden potilaiden hoito. Oleellista on herättää potilaan oma motivaatio raitistumiseen.

Nimenomaan halua auttaa ja ymmärtää, päästää pois pahasta tilanteesta.

Potilas tarvitsee empatiaa mutta myös rajat pitää löytää ja potilaan halu saada apua.

5.2 Asenteet päihteitä sekakäyttäviä potilaita kohtaan

Hoitajilla esiintyy monenlaisia asenteita päihteitä sekakäyttäviä potilaita kohtaan. Suurin osa hoitajista on asennoitunut päihteitä sekakäyttäviin potilaisiin varautuneesti. Varautuneen asennoitumisen taustalla on esimerkiksi potilasryhmän arvaamaton käytös sekä hoitajien aiemmat negatiiviset kokemukset potilaista.

Asenteeksi kai voi sanoa suuren varauksellisuuteni sekakäyttäjiin. Kokemukseni kautta olen todennut heidän olevan arvaamattomia ja ailahtelevia.

Tulee ehkä hieman varuillaan oleva olo, arvaamattomuuden takia.

Hoitajilla esiintyi negatiivista asennoitumista päihteitä sekakäyttäviin potilaisiin. Hoitajat kokivat potilaiden olevan ärsyttäviä sillä he ovat hankalia hoidettavia. Osa hoitajista kuvaili potilaita toivottomina tapauksina toistuvien käyntien takia. Hoitajat kuvailevat sekakäyttäjien olevan vaativia potilaita sillä heidän hoitaminen vaatii paljon huomiota, joka on pois muilta potilailta.

Vähän rupeaa ajattelemaan, että on ”toivottomia tapauksia”. Samat ihmiset tulevat kerta toisensa jälkeen, vaikka kuinka paljon on koitettu auttaa.

Arvaamaton käytös ja työmäärän lisäys ärsyttää, meidän yksikön resursseilla hankalia hoidettavia.

*Ärsyttää, riskipotilaita, vaativat monesti paljon aikaa, huomiota ja holhoamista
→ pois muilta potilailta.*

5.3 Päihtymystilan vaikutukset hoitotyöhön

Hoitajat kokivat, että potilaan päihtymyksellä on merkittäviä vaikutuksia hoitotyöhön. Kuten aikaisemmin totesimme, päihtynyt potilas herättää hoitajissa pelkoa aggressiivisen käytöksen tai sen olettamuksen vuoksi. Vastauksista ilmeni, että hoitajat kokevat olonsa turvattomaksi, sillä osastolla sekä päivystyksessä ei olla huomioitu turvallisuutta. Kokemus turvattomuudesta pitää sisällään varautuneisuuden sekä pelon hoidettaessa.

Kyllä päihtymys vaikuttaa. Ovat aggressiivisia, arvaamattomia, pelottaviakin.

Kyllä. Voi olla aggressiivinen, vieroitusoireitakin.

Aggressiivinen ja sekava potilas herättää pelkoa hoitajissa ja myös muissa potilaissa.

Päihtymys vaikeuttaa vuorovaikutusta ja täten tekee työstä haastavaa. Päihtymystilassa saattaa esiintyä aggressiivisuutta ja arvaamatonta käytöstä, joka osaltaan vaikuttaa hoidon saamiseen. Kommunikaation hankaloituminen heikentää hoidon arviointia. Haastavaa hoitotyöstä tekee myös potilaan hoitomyönteisyyden puute. Potilaan hoitoon sitoutuminen saattaa olla niukkaa, joka ilmenee esimerkiksi hoitojen vastustamisena.

Vaikuttaa paljon. Potilas voi olla aggressiivinen, uhkaava. Tapaturmariski voi olla suuri. Tai joutuu potilaan lääkärin luvalla tosin sitomaan. Ovat haastavia koko työorganisaatiolle.

Monesti tekevät hoidon turhaksi. Repivät kanyylit, katetrit, siteet ynnä muut pois. Yrittävät lyödä, potkia sylkee, laskee alleen. Siis kyllä kai vaikuttaa potilaan hoitotyöhön.

5.4 Kohdeorganisaation kehitysaiheet

Suurin osa vastaajista koki päihdekoulutuksen tärkeäksi. Jokainen hoitaja saa valmiudet päihdehoitotyöstä koulutuksessa mutta päihdeongelmat ovat saaneet uusia muotoja. Päihdekoulutuksen tärkeimpiä aiheita olisivat tieto lääkaineiden vaikutuksista kehoon sekä ylipäätään tieto sekakäytöstä ja hoitotyön erityispiirteistä. Sekakäytön todettiin olevan tuntematon aihealue.

Koulutusta aiheesta, turvallisuuteen olisi kiinnitettävä koulutuksessa enemmän huomiota. Etenkin sekakäyttäjän hoitotyön erityispiirteet tuntemattomia.

Koulutusta erilaisista päihteiden käyttäjien hoidosta ja jatkohoidosta Päihteiden vaikutusten ja päihdepotilaan hoitotyön oppiminen lisääisi hoitajan tietoa myös kuinka kohdata potilas.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelua

Aineiston keruun toteutimme Ylöjärven terveystieteidenkeskussairaalassa ja terveystieteidenkeskuksen poliklinikalla. Terveystieteidenkeskuksessa työ on ammattitaitoista, moniammatillista osaamista ja hoitotyön laatua pidetään terveystieteidenkeskuksessa yllä säännöllisellä koulutautumisella. Sairaalan ja poliklinikan toimintaperiaatteena on yksilövastuinen hoitotyö, jossa työote on kuntouttava. Tavoitteena on kokonaisvaltainen hoitotyö. (Ylöjärven kaupunki, 2013).

Opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen aloitimme kyselylomakkeen laatimisen. Saatuaamme luvan opinnäytetyölle (liite 5) osastonhoitajien esimieheltä testasimme kyselylomakkeen terveystieteidenkeskuksen hoitajalla. Sen jälkeen toimitimme kyselylomakkeet terveystieteidenkeskukseen osastonhoitajalle, joka jakoi kyselylomakkeet kirjekuoressa valituille hoitajille. Kyselylomakkeita annoimme jakoon 20 kappaletta.

Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat Ylöjärven terveystieteidenkeskuksen hoitajat, jotka valittiin osastonhoitajan toimesta. Kyselyyn vastanneet hoitajat valikoitiin edellyttäen, että heillä on kokemusta sekapäihdekäyttäjätötilaiden hoitamisesta. Opinnäytetyömme kohderyhmään eivät kuuluneet sijaiset tai ne sairaanhoitajat, joilla on vähän työkokemusta päihdeongelmaisista.

Kyselylomakkeet toimitettiin terveystieteidenkeskukselle kirjekuoressa. Vastajat sinetöivät kirjekuoren asetettuaan vastauksensa kirjekuoreen. Sinetöidyt kirjekuoret säilytettiin lukitussa kaapissa tutkimuksen luotettavuuden säilymiseksi. Kyselyn avulla selvitettiin hoitajien kokemuksia, tunteita ja mahdollisia asenteita päihdepotilaita kohtaan hoitotyössä. Saatekirjeessä, joka oli kyselylomakkeen yhteydessä, kuvailimme opinnäytetyötämme, mihin tarkoitukseen tietoa keräämme ja mitä hyötyä opinnäytetyöstä on.

Saamiemme tulosten mukaan päihdeitä sekä käyttävät potilaat kohdataan ammatillisesti ja asiallisesti negatiivisesta asenteesta huolimatta. Potilas tulee hoidetuksi, vaikka motivaatio hoitotyöstä puuttuisi. Hoitajilla on perustiedot päihdehoitotyöstä, mutta käytän-

nönläheisemmät ohjeistukset helpottaisivat hoitajien työtä. Hoitajille suunnatun tiedon tulisi sisältää myös turvallisuusohjeita, jotta hoitajat etteivät tuntisi olevansa uhattuna.

Vastauksista ilmeni, että hoitajilla esiintyy monenlaisia tunteita kohdatessaan päihteitä sekakäyttäviä potilaita. Hoitajat tunsivat suuttumista, sääliä ja inhoa, turhautuneisuutta ja pelkoa. Suurimmalla osalla hoitajista esiintyi varautunutta asennoitumista potilaita kohtaan, sillä päihteitä sekakäyttävät potilaat ovat arvaamattomia ja voivat olla aggressiivisia. Kohtaamiseen vaikuttaa eri tekijöitä, joista yksi merkittävä on hygienia. Beyil ym. (2009) mainitsee tutkimuksessaan, että kohtaamisessa hoitajille herää pelko eri tautien kuten C-hepatiitin tarttumisesta.

Tuloksistamme ilmeni, että hoitajilla on usein varautunut asennoituminen potilasryhmää kohtaan. Päihtymyksen alaisena olevat potilaat ovat haastavia hoidettavia kuten myös Beyil ym. (2009) tutkimuksessaan toteaa. Päihtymys vaikuttaa hoitotyöhön heikentävänä tekijänä ja päihtyneet potilaat vaikeuttavat hoitotyötä. Beyil ym. (2009) mainitsee tutkimuksessaan, että päihtyneet potilaat sekoittavat osaston rutiinit käytöksellään.

Hoitajilla esiintyi myös säälivää asennoitumista päihteitä sekakäyttäviä potilaita kohtaan. Syitä tähän ovat muunmuassa toistuvat käynnit terveyskeskuksessa. Vastauksissaan hoitajat luonnehtivat asenteensa olevan säälivä tätä potilasryhmää kohtaan ja totesivat samalla heidän tarvitsevan empatiaa. Tutkimuskirjallisuudesta löytää samanlaisia havaintoja. Esimerkiksi Rawat (2009) kirjoittaa sairaanhoitajien säälivästä asenteesta päihteitä käyttäviä potilaita kohtaan.

Vastauksista ilmeni, että päihteitä sekakäyttävät potilaat ovat hoitajille vieras potilasryhmä. Gracen (2009) mukaan hoitohenkilökunta kohtaa päihteitä sekakäyttävät potilaat tuomitsevasti ilman motivaatiota, mikä johtuu tiedon puutteesta kyseistä potilasryhmää koskien. Tämä tutkimus tukee meidän tuloksiamme, sillä vastauksista ilmeni, että päihteen sekakäyttö on yleistynyt, mutta vielä tuntematon ilmiö hoitohenkilökunnalle. Myös Peckoverin ja Childlawin (2007) tutkimus tukee opinnäytetyötämme, sillä he totesivat sairaanhoitajien kokevan olevansa uhattuina tiedon puutteen takia.

Tuloksistamme käy esiin, että hoitajien tietoutta päihteitä sekakäyttävistä potilaista tulisi lisätä. Hoitajilla ilmenee negatiivista asennoitumista potilaisiin, mutta myös positiivista asennoitumista ja hoitajat painottavat potilaiden tarvitsevan empatiaa. Hyödyllisiä

koulutusaiheita olisivat käytännönläheiset ohjeet potilasryhmän kanssa toimimisesta sekä aiheista, jotka hoitajat kokevat tarpeelliseksi.

6.2 Opinnäytetyön eettiset kysymykset

Tutkimusetiikka merkitsee yleisesti sovittujen käytäntöjen noudattamista hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti. Hyvät, tieteelliset käytännöt tarkoittavat sitä, että tutkija käyttää tutkimuksessaan sellaisia tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, jotka tiedeyhteisö on hyväksynyt. Tämän lisäksi tutkijan on toimittava rehellisen ja vilpittömän toiminnan mukaisesti ottamalla huomioon toisten tutkijoiden saavutukset samasta asiasta, joka ilmenee lähdeviitteiden tarkoin merkitsemisenä ja omien ja toisten tulosten esittämisenä oikeassa valossa. (Vilka 2005, 30.)

Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia ovat esimerkiksi muiden tutkijoiden vähättely julkaisuissa, puutteellinen viittaaminen aineistoon, käytettyjen metodien harhaanjohtava raportointi ja tulosten niukka kirjaaminen. Tutkijalla itsellään on vastuu tutkimuksen rehellisyydestä ja vilpittömyydestä. (Tuomi, Sarajärvi 2009, 133.) Opinnäytetyötä tehdessämme olemme pyrkinneet erottelemaan selvästi omat ajatuksemme toisten tutkijoiden ajatuksista ja tutkimuksista, merkitsemällä tekstiviitteet selvästi.

Kun tutkija antaa tutkittavilleen lupauksia, on lupaukset aina pidettävä. Tällä tarkoitetaan, että tekstissä mainitaan sellaiset asiat, joista on sovittu tutkimuskohteen kanssa. Tutkija ei saa rikkoa antamaansa vaitiololupausta ja salassapitovelvollisuutta, koska tämä periaate kytkeytyy ihmisen yksityisyyden kunnioittamiseen ja suojelemiseen. Luottamus yhtyy toimintaan, jossa tutkija käyttää, käsittelee ja säilyttää tutkimusainestoa ja siinä olevia tietoja sopimuksen mukaisesti. (Vilka, 2006, 133.)

Opinnäytetyössä kyselylomakkeisiin vastanneiden hoitajien henkilöllisyys säilyi anonyyminä. Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden tuntemattomana säilyminen on ominaista hyvälle tieteelliselle käytännölle (Vilka, 2006, 114). Kyselylomakkeet toimitettiin terveyskeskukseen kirjekuudessa, jotka hoitajat sulki vastattuaan, jotta suostumuslomakkeessa oleva allekirjoitus säilyisi salassa, eikä tieto leviäisi ulkopuolisille. Täytetyt kyselykaavakkeet luvattiin myös hävittää tutkimuksen päätyttyä.

Saatekirjeessä mainitsimme tietojen luovutuksen salassapitovelvollisuudesta, sillä nimiä ei tulla julkaisemaan missään yhteydessä, vaikka allekirjoitukset ovatkin erillisessä suostumuslomakkeessa. Kirjeessä myös mainitsimme, että kyselyyn vastaaja voi missä vaiheessa tahansa perua opinnäytetyön osallistumisensa mitään erillistä syytä mainitsematta. Lähtökohtana tutkimuksessa tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen ja ihmisten itsemääräämisoikeutta pyritään kunnioittamaan siten, että heille annetaan mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara, 1997, 25).

Tutkimustyön etiikkaa tarkasteltaessa korostuu tutkijan ja tutkimusorganisaation välinen suhde. Tulosten käytöstä on molemmilla osapuolilla vastuu siitä, mitä tietoa voidaan käyttää ja mitä ei. On tärkeää todeta, että laadullisen tutkimuksen yhteydessä aineisto voi olla kerättyä yhdestä ainoasta paikasta, jolloin on mahdollista, että tutkittavat henkilöt saatetaan tunnistaa. Täten on varmistettava, että yksityisiä tietoja ei voida käyttää tutkittavien vahingoksi. Tämä ilmenee siten, että opinnäytetyön tekijät ja hoitotyön johdanto sopivat siitä, miten tiedot esitetään, sillä on oleellista suojella tutkittavia. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1997, 28–29).

6.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on mahdollista, että validiteettiongelmiä saattaa syntyä siitä, että tutkimusaineisto ei anna vastausta tutkimuskysymykseen, sillä aineiston keräämisessä on vajetta ja tutkimusaineisto ei ole edustava. Reliabiliteettiongelmiä syntyy yleensä aineiston analyysin aikana tehdyistä koodausvirheistä ja epäyhdenmukaisesta koodauksesta tulkinnoista, jotka ovat tehty virheellisesti. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1997, 215.)

Tutkimustoiminnan parissa pyritään epäilemättä virheiden karttamiseen, yksittäisissä tutkimuksissa on oleellista arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta pohtiessa esiin nousevat kysymykset totuudesta ja objektiivisesta tiedosta. (Tuomi, Sarajärvi 2009, 134.) Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja tutkijan rehellisyys, sillä arvioinnin kohteena ovat tutkimuksessa tehdyt teot, valinnat ja ratkaisut. Jokaista valintaa tehdessään tutkijan on arvioitava tutkimuksensa luotettavuutta. Täten luotettavuuden arviointia tapahtuu toistuvasti suhtees-

sa teoriaan, analyysitapaan, tutkimusaineiston ryhmittelyyn, luokitteluun, tutkimiseen, tulkintaan ja johtopäätöksiin. Tutkijan on kyettävä kuvailemaan ja perustelevaan tekstissään, mistä valintojen joukosta valinta tehdään, mitä ratkaisut olivat ja miten tutkija on ratkaissut lopullisen päätöksen. Oleellista on myös ratkaisujen tarkoituksenmukaisuuden ja toimivuuden tarkastelu tavoitteiden kannalta. (Vilka, 2005, 158–159.)

Laadullisen aineiston analysointiatehdessä vaatimuksena on abstraktisen ja käsitteellisen ajattelun kyky. Oleellista analysoinnissa on myös luovuus ja valmius tarkastella asioita useasta eri näkökulmasta. Laadullisen tutkimuksen aineistoa tulkittaessa on ominaista, että kehitetään yläluokituksia ja niille alaluokituksia. Aineiston luokituksia ei ole ennalta määrätty, vaan tekijä oivaltaa luokituksen aineistosta. Tämän vuoksi tekijän on kirjattava perusteellisesti omat luokitteluperusteensa alkuperäishavaintojen sisältämänä. Analyysin luotettavuus syntyy empiiristen havaintojen ja käsitteellisten luokitusten loogisesta yhteensopivuudesta. (Paunonen, Vehviläinen & Julkunen, 1997, 219.)

6.4 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Tuloksista ilmeni, että kehittämisen kannalta sekä päivystyksessä, että sairaalaosastolla pidettiin tärkeänä päihdehoitotyötä käsittelevää koulutusta, jossa tulisi esille tietoa päihdeistä sekä päihdehoitotyöstä. Hoitajat kokisivat tiedon päihtymyksestä olevan hyödyllistä hoitotyön kannalta. Kehittämisen kannalta hoitajat kokivat tärkeäksi myös fyysisten olosuhteiden laajuuden, jotta päihtyneille potilaille pystyttäisiin tarjoamaan turvallisia palveluita, potilasryhmä tarvitsisi omat tilat.

Esittäessämme valmiin opinnäytetyön kohdeorganisaatiolle eli Ylöjärven terveyskeskukselle, kokoamme tietopaketin sekapäihdekäytöstä ja sen aiheuttamista oireiluista. Tietopaketti käsittelee yleisempiä päihdeitä, joita sekapäihdekäytössä käytetään. Esityksessä ilmenee esimerkiksi eri lääkeaineiden yhteisvaikutuksia.

Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista saada selville, miten päihdeitä sekakäyttävät potilaat kokevat terveydenhuollon ammattilaisten asennoitumisen heitä kohtaan. Hoitokäytäntöjen selkiytyminen helpottaisi henkilökuntaaja jatkohoitojen kehittäminen voisi osaltaan vähentää osaston hoitajaksoja. Terveyskeskuksia hyödyttäisi myös suomalais-

nen tutkimustieto päihdepotilaiden kohtaamisesta. Hoitohenkilökuntaa taas auttaisi ohjeistus vaikeisiin tilanteisiin, joissa potilas on päihtynyt eri päihteistä.

LÄHTEET

Beyil, M., Natan, M., Neta, O. 2009. Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicted: Testing the Theory of Reasoned Action. Pat Matthews Academic School of Nursing, Hillel Yafe Medical Center, Hadera, Israel.

Dahl, P., Hirschovits, T. 2007. Tästä on kyse-tietoa päihteistä. Helsinki: Youth Against Drugs ry.

Duodecim. 18.7.2005. Perusterveydenhuolto. Luettu. 16.12.2012.
www.terveyskirjasto.fi

Duodecim. 03.12.2007. Päihdepalvelujenhoitoketju: päihtyneen henkilön akuuttihoito-
ntarpeen arviointiterveydenhuollossa. Luettu. 25.1.2013.

Centralförbundet för alkohol-och narkotikaupplysning. 2008. Blandmiss-
bruk. Luettu 27.11.2012.

Ekström, L., Leppämäki, P. & Vilén, M. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Hel-
sinki: Wsoy.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapai-
no.

Grace, A. 2009. A review of attitude of medical professionals toward substance abuse.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.

Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terve-
denhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita Prima oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Hämeenlin-
na: Kariston kirjapaino Oy.

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

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna.
Karisto.

Huumausainelaki 30.05.2008/373

Inkinen, M., Partanen, A., & Sutinen, T. 2003. Päihdehoitotyö. Tampere:
Tammer-paino Oy.

International journal of nursing practice. 2009. Nurses perception of the
quality of care they provide hospitalized drug addicts: Testing the theory of
reasoned action.

- Jahren-Kristoffersen, N. & Nortvedt, F. 2006. Hoitotyön perusteet. Tanska: Narayana Press.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.
- Kiianmaa, K., Salaspuro, S. & Seppä, K. 2003. Päihdelääketiede. Duodecim: Helsinki.
- Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.
- Käypä hoito. Huumeongelmaisen hoito. 10.3.2006. Luettu 12.11.2012
- Käypähoito. Alkoholiongelmaisen hoito. 7.2.2011. Luettu 11.11.2012. www.terveyskirjasto.fi
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785
- Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihteen. Helsinki: Wsoy oppimateriaalit Oy.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Helsinki: WSOY.
- Lähihoitajan eettiset periaatteet. 1996.
- Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim. 2002. Helsinki.
- Mattila, L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto.
- National Cannabis Prevention And Information Centre. 2008. Mixing Cannabis and Alcohol. www.ncpic.org.au.
- Nurminen, M-L. 2011. Lääkehoito. Helsinki: WsoyproOy.
- Nursing Times. Would decriminalizing drugs improve care? 28.02.12 Vol. 108.No9. Luettu 21.1.2013 www.nursingtimes.net.
- Opetusministeriö. Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö.2007.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Peckover, S. & Childlaw, RG. 2007. Too frightened to care? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances. School of Health and Human Sciences, University of Huddersfield.
- Pursiainen, S. 2011. Lähihoitajana yhteiskunnassa. Helsinki: Edita Prima oy.

Päihdelinkki 2005. Alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö. Luettu 28.10.2012

Rawat Fathima. 2009. Attitudes of nurses and health practitioners towards substance abuse and their attitudes towards intervention at primary health level.

Ruuskanen, I. 2011. Koulutuksesta työelämään. Vastavalmistunut sairaanhoitaja asiantuntijana. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Sairaanhoitaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Edita Prima oy

Sairaanhoitajaliitto. 2012. Opiskelu sairaanhoitajaksi. Luettu 27.10.2012.
www.sairaanhoitajaliitto.fi

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 28.9.1996. Luettu. 16.12.2012.
www.sairaanhoitajaliitto.fi.

Salaspuro, M., Partanen, A., Kaukonen, O. & Kinnunen, A. 2005. Huumausainetilanne Suomessa 2004- kansallinen huumausainevuosiraportti EMCDDA:lle. Stakes: Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Päihtyneen henkilön akuuttihoito. Helsinki. Luettu. 12.01.2013.
www.stm.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Vuodeosasto tilasto. Luettu. 11.11.2012.

Suomen kuntaliitto. 2012. Mielenterveys- ja päihdepalvelut. Luettu. 16.12.2012.
www.kunnat.net

Suomen Lääkärilehti. 2012. Luettu. 17.02.2013.
www.fimnet.fi

Suomen Lääkärilehti. 02.12.2012. Sekakäyttö vaikeuttaa huumehaittojen ehkäisyä ja hoitoa. Luettu. 17.02.2013.
www.fimnet.fi

Surakka, T. 2009. Hyvä työpaikka hoitoalalla - näin haetaan ja sitoutetaan osaajia. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Surakka, V-M. 2005. Alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö. Julkaistu Päihdelinkin verkkosivuilla 12.12.2005. Luettu 11.11.2012.
www.paihdelinkki.fi.

THL, 2010. Päihdetilastollinen vuosikirja 2010, alkoholi ja huumeet. Yliopistopaino: Helsinki.

THL, 2009. Suomalainen huumekuolema 2007.

THL. Suomi Juo. 2010. Helsinki: Yliopistopaino.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

University of Notre Dame. Office of Alcohol and Drug Education. 2008. Luettu. 12.11.2012. www.oade.nd.edu

Vilén, M., Leppämäki, P., Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vilko-Riihelä, A. 1999. Psyke. Helsinki. Werner Söderström. Osakeyhtiö.

Ylöjärven kaupunki 2012. Luettu 14.9.2012.
www.ylojarvi.fi

LIITTEET

KYSELYLOMAKE

1. Herättääkö päihtynyt potilas sinussa tunteita? Mikäli vastaus on kyllä, kuvaile tunteuksiasi.

1.1. Tunnistatko itsessäsi jonkinlaisia asenteita sekapaihdekäyttäjapotilaita kohtaan? Kuvaile mahdollisia asenteitasi.

2. Vaikuttaako potilaan päihtymystila hoitotyöhön? Vastauksen ollessa kyllä, kuvaile vaikutuksia.

3. Onko työorganisaatiossasi kehittämiskohteita päihteiden sekakäyttäjien hoitotyön suhteen? Mikäli koet kehittämisen olevan tarpeellista, kerro miten sitä voisi toteuttaa.

4. Sukupuoli

Mies

Nainen

5. Työkokemus hoitotyössä

Alle 5 vuotta

5-9 vuotta

10 -15 vuotta

16 -20 vuotta

Yli 20 vuotta

Esimerkki yläkategorian muodostamisesta

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<i>Usein ensimmäinen tunne on turhautuminen.</i>	Turhautuneisuus ja pelko	Motivaation puute	Kohtaamisen tunteet
<i>Nimenomaan halua auttaa ja ymmärtää ja päästää pois pahasta</i>	Herää halu auttaa	Positiiviset tunteet	
<i>Usein suuttumustalla päihtynyt potilas on vaativa hoitettava vaatimukseen ja vie aikaa muiden potilaiden hoidosta</i>	Suuttuttaa	Negatiiviset tunteet	

Luokkien muodostaminen

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Herää halu auttaa Halu ymmärtää	Positiiviset tunteet	Kohtaamisen tunteet	Hoitajien kokemuksia päihdeiden sekä päihdekäyttäjän kohtaamisesta terveyskeskuksessa
Suututtaa Inho Turhautuneisuus ja pelko Sääli ja inhon tunteet Vaikuttaa negatiivisesti Pelottaa ja ärsyttää Ärtymys ja kiukku Pelottaa kohtaaminen Turhauttaa Kyllästyttää	Negatiiviset tunteet		
Turhautuneisuus Toivottomuus Turhauttaa Kyllästyttää Vie paikan muilta Turhautuminen Ei riitä sympatia	Motivaation puute	Kohtaamisen haasteet	
Varauksellisuus Varautunut	Varautuneisuus		
Vaativa hoidettava Potilas tarvitsee rajat	Vaativa hoitotyö		

Kohtaa empaattisesti Sääli	Myötätuntoinen kohtaaminen	Potilaslähtöinen hoitotyö	
Kohtaa jokaisen yksilönä Herättää kiinnostusta	Yksilökeskeinen hoitotyö		
Herää halu auttaa Halu ymmärtää Askarruttaa Herättää kiinnostusta	Motivoitunut hoitotyö		
Tuntee pelkoa Herättää pelkoa Suhtautuu pelokkaasti Suhtautuu pelokkaasti	Pelokas asenne	Varauksellinen asenne	
Varauksellisesti Varauksellisesti Varuillaan Varautuneesti Varautunut asenne	Varautunut asenne		
Sairaus siinä missä muutkin Auttamisen halu	Ammatillinen asennoituminen	Positiivinen asenne	
Tuntee sääliä Tuntee sääliä Säälin tunteita	Myötätuntoinen asenne		

Työmäärän lisäys ärsyttää Välillä ärsyttää Kiukkua ja ärtymystä	Negatiivinen asenne	Epäammatillinen asenne
Suhtautuu ilman sympatiaa Ovat toivottomia tapauksia	Vähättelevä asenne	
On valppaampi Ottaa turvallisuuden huomioon	Varautuneisuus	Kokemus turvat- tomuudesta
Herättää pelkoa Herättää pelkoa On pelottava	Pelko hoidettaessa	
Kommunikointi han- kalampaa Syvälliset keskuste- lut turhia Ohjeistaminen vai- keaa	Haastava vuorovai- kus	Kokemus päihty- myksen haasta- vuudesta
Vaatii enemmän hoi- toa ja vaivannäköä Vaikeasti hoidettava Vaatii paljon Hidastaa potilaan hoidon suunnittelua ja tilan arviointia Haaste työorganisaatiolle	Kokemukset vaati- vuudesta	

Tekee hoitotyön turhaksi omalla käyttäytymisellään	Potilaan hoitomyönteisyyden puute	
Ei sitoudu hoitoon riittävästi		
Koulutusta Koulutusta Koulutusta Koulutusta Koulutusta Koulutusta	Lisäkoulutusta päihdepotilaista	Työorganisaation kehittäminen
Lisää henkilökuntaa Lisää hoitajia Lisää aikaa Päihdehoitaja osastolle	Henkilöressurssien laajentaminen	
Fyysinen ympäristö kuntoon Omat potilashuoneet	Hoitoympäristön kehittäminen	

Tutkimustaulukko.

Tutkimus, tekijä, tutkimusvuosi, oppilaitos tutkimustyyppi	Tutkimuksen kohde	Käytetty menetelmä	Tulokset	Keskeistä
Peckover, S. & Childlaw, R.G. 2007. Too frightened to care? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances.	Tutkimuksen kohteena olivat 18 aluesairaanhoidajaa, joiden asennoitumista kysyttiin puoli-strukturoidulla haastattelulla.	Kvalitatiivinen menetelmä, puoli strukturoitu haastattelu.	Tulosten mukaan sairaanhoitajat eivät ole valmistautuneita työkentelemään päihteiden sekakäyttäjien kanssa, sillä heidän työkentelynsä vaikutti tuomitsemiseen ja stereotyyppinen ajattelu.	Sairaanhoitajat tunsivat olevansa uhattuna, tietämyksen puutteen takia.
Grace, A. 2009. Changing drug abuse patterns and law enforcement strategies konferenssia.	Terveysalalla työskentelevien ammattihenkilöiden asennoituminen päihteiden sekakäyttäjiä kohtaan.	Kirjallisuuskatsaus.	Eri tutkimukset ovat osoittaneet, että useilla terveydenhuollon ammattihenkilöillä on negatiivinen näkemys päihteiden käyttäjiä kohtaan ja ovat	Perusterveydenhuollon työntekijöillä sekä psykiatreilla on todettu olevan tuomitseva asennoituminen. Syinä motivaation puute ja tiedon puute päihteistä.

			vastahakoisia työskentelemään heidän kanssaan.	
Rawat, F. Attitudes of nurses and health practitioners towards substance abuse and their attitudes towards intervention at primary health level. Human Sciences Research Council, the university of Cape Town.	Tutkimuksessa tutkittiin 3 sairaanhoitajan asennoitumista sekapaihdekäyttäjiä kohtaan ja heidän kokemusta seulontojen tarpeellisuudesta.	Semistrukturoitu haastattelu.	Sairaanhoitajat kokivat päihdehistorian puheeksi ottamisen vaikeana. Haastattelut kokivat, että ainoastaan fyysisten oireiden ilmaantuessa oli oleellista ottaa puheeksi päihdehistoria.	
Beyil, V., Natan, M. & Neta, O. 2009. Nurses' perception of the quality of care they pro-	Hoitajien näkemyksiä hoitotyön laadusta huumeriippuvaiden kohdalla.	Perustellun toiminnan teoria.	Tulosten mukaan hoitajat omaavat negatiivisia stereotyyppisiä päihderiippuvaisia potilaita kohtaan.	Israelilaisessa sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa hoitajat kokivat päihdehistoriaa käyttävät potilaat haastaviksi.

vide to hospitalized drug addicts: Testing the Theory of Reasoned Action.				
---	--	--	--	--

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

20.11.2012

Tutkimus – Hoitajan kokemuksia päihteiden sekakäyttäjän kohtaamisesta terveyskeskuksessa

Pyydämme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen, jossa tutkitaan hoitajien mahdollisia asenteita ja kokemuksia päihteiden sekakäyttäjää kohtaan. Te olette valikoituneet kyselylomakkeeseen vastaajiksi, sillä omaatte työkokemusta terveyskeskuksen poliklinikalta, sekä vuodeosastolta ja olette mahdollisesti kohdanneet päihteiden sekakäyttäjää.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa hoitajien mahdollisista kokemuksista, sekä asenteista päihteiden sekakäyttäjää kohtaan.

Tutkimuksen kulku

Keräämme tietoa kyselylomakkeen avulla johon vastaatte työpisteessänne. Kyselylomakkeista saamme tietoa hoitajien mahdollisista kokemuksista ja asenteista päihteiden sekakäyttäjää kohtaan. Kyselylomake on 2 sivun pituinen eikä muita lomakkeita suostumuslomakkeen lisäksi tarvitse täyttää. Kyselylomake sisältää avoimia kysymyksiä johon vastaatte omin sanoin. Kyselylomakkeeseen vastaaminen vie noin 10-15min.

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit

Tutkimukseen osallistuminen ei sisällä riskejä, sillä yksittäisiä henkilöitä ei pystytä identifioimaan. Tutkimus tuo esille hoitajan ja päihteitä sekakäyttävän potilaan kohtaamiseen liittyvistä tekijöistä ja täten myös mahdollisia kehitystehtäviä palvelujärjestelmälle.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Kyselylomakkeeseen ei tarvitse täyttää henkilötietoja, joten kyselyyn vastaajien identiteetti pysyy anonyymina. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Kyselylomakkeita ei säilytetä tutkimuksen jälkeen.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tutkimustuloksista tiedotetaan terveyskeskuksessa järjestettävässä tilaisuudessa, jossa opinnäytetyön tekijät esittävät tulokset ja tuovat esille tietoa päihteiden sekakäytöstä. Opinnäytetyö julkaistaan myös internetissä.

Lisätiedot

Pyydämme teitä esittämään kysymyksiä tutkimuksesta, opinnäytetyön tekijöiltä.

Opinnäytetyön tekijät

Sari Mäntyniemi

Rafael Zwegberg