

ALKOHOLIDELIRIUMPOTILAAN KOKONAISVALTAINEN HOITO SOMAATTISELLA VUODEOSASTOLLA

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Irina Kolomainen

Opinnäytetyö, kevät 2015

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Kolomainen, Irina. Alkoholideliriumpotilaan kokonaisvaltainen hoito somaattisella vuodeosastolla. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Helsinki, kevät 2015, 58 sivua, 3 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Lähes viidennes sisätautiosastoilla hoidettavista potilaista on hoidossa päihderiippuvuuden aiheuttaman sairauden takia. Kuitenkin somaattisilla vuodeosastoilla työskentelevällä henkilökunnalla on riittämättömästi tietoa ja osaamista päihdepotilaiden hoidosta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa alkoholideliriumpotilaita hoitavalle somaattisten sairauksien vuodeosaston henkilökunnalle. Tavoitteena on, että alkoholideliriumpotilaat saavat hyvää ja osavaa hoitoa.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Aineisto kerättiin suomenkielisistä julkaisuista vuosilta 2004–2014. Aineisto haettiin Medic, Doria, E-thesis, Jultika Beta, TamPub ja Google Scholar -tietokannoista sekä manuaalisesti Hoitotiede ja Tutkiva hoitotyö -lehdistä.

Tulosten mukaan alkoholideliriumpotilaiden hoidossa somaattisella vuodeosastolla on erittäin tärkeää ottaa huomioon potilaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet. Potilaan fyysisten tarpeiden hoidon kannalta tärkeitä ovat lääkehoito, nestetasapaino, riskien hallinta, vitalitoimintojen seuranta, unettomuuden ja mahdollisen masennuksen hoito. Potilaan psyykkisten tarpeiden hoidon osalta korostuvat potilaan identiteetin ymmärtäminen, potilaan kohtaaminen, vuorovaikutus potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä, potilaan osallisuuden mahdollistaminen ja kannustaminen, potilaan motivointi ja ohjaus, potilasturvallisuudesta huolehtiminen sekä potilaan rajoittamisen periaatteiden tunteminen ja noudattaminen. Potilaan sosiaalisten tarpeiden hoidon kannalta on tärkeää tukea potilaan perheenjäseniä, järjestää potilaalle vertaistukea ja ottaa mukaan potilaan tarpeista riippuen sosiaalityöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja sairaalapappi.

Asiasanat: alkoholismi, päihderiippuvuus, alkoholisairaudet, delirium, juoppohuulluus

ABSTRACT

Kolomainen, Irina. Holistic treatment of patients with alcohol withdrawal delirium in somatic hospital ward. A descriptive literature review. 58 pages 3 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2015. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Nurse

Nearly a fifth of the patients treated at internal medicine wards are treated for alcohol-related diseases. However, the staff working at somatic care unit have insufficient knowledge and skills to treat patients with alcohol-related diseases. The purpose of this study was to produce information and instructions for nurses who work with alcohol withdrawal delirium patients in somatic hospital wards. The aim of this study is to help alcohol delirium patients get good and competent care.

The research method was a descriptive literature review. The data used consisted of Finnish-language studies from 2004 to 2014. The material was found using Medic, Doria, E-thesis, Jultika Beta, TamPub and Google Scholar – databases, and retrieved manually from the Hoitotiede and Tutkiva hoitotyö journals.

According to the results is very important that the physical, psychological and social needs of the alcohol delirium patients are met in somatic hospital care. Medical treatment like controlling fluid balance, risk managing, monitoring of vital signs, treatment of insomnia and potential depression are crucial regarding the patient's physical needs. Taking care about the patient's psychological needs consists of understanding the patient's identity, encountering the patient, patient - medical staff interaction, encouraging patient involvement in care, motivating and guiding, ensuring patient safety, and knowledge of and adherence to the principles of patient limitation. Taking care about the patient's social needs requires supporting the patient's family members, organising peer support for the patient and involving social worker, psychiatric nurse, physiotherapist, hospital priest.

Keywords: alcoholism, alcohol addiction, alcohol disorders, delirium, delirium tremens.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 ALKOHOLIDELIRIUMPOTILAS	8
2.1 Alkoholideliriumpotilaan hoito	8
2.1.1 Tutkimukset ja seuranta	8
2.1.2 Lääkehoito	9
2.1.3 Muut hoitomuodot	9
2.2 Alkoholideliriumpotilaan hoitopolku	10
3 ALKOHOLIDELIRIUMPOTILAAN HOIDON ASiantuntijuus	12
3.1 Alkoholideliriumpotilaan kohtaaminen	12
3.2 Potilaan arvokkuuden vahvistaminen	13
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	16
6 KUVAILLEVAN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN	17
6.1 Aineiston valinta	18
6.2 Aineiston kuvaus ja analyysi	20
7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	22
7.1 Fyysisiin tarpeisiin vastaaminen	22
7.2 Psyykkisiin tarpeisiin vastaaminen	23
7.3 Sosiaalisiin tarpeisiin vastaaminen	27
7.4 Sairaanhoidajien täydennyskoulutus tarpeet	28
8 POHDINTA	29
8.1 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	29
8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	31
8.3 Ammatillinen kasvu	31
LÄHTEET	33
LIITETAULUKKO 1. KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	37
LIITETAULUKKO 2. AINEISTON KESKEISTEN TULOSTEN KUVAUS	49

LIITETAULUKKO 3. CIWA-Ar-asteikko alkoholin vieroitusoireiden arvioimiseksi	
.....	56

1 JOHDANTO

Suomessa on tuoreen tutkimuksen mukaan yli 250 000 alkoholin suurkuluttajaa, todennäköisesti jopa enemmän. Tutkimuksen tulokset ovat suuntaa antavia, sillä haastateltavat ilmoittavat järjestelmällisesti kuluttavansa alkoholia vähemmän kuin mitä todellisuudessa. Asunnottomia tai laitoksessa asuvia henkilöitä ei otettu mukaan tähän tutkimukseen. Myös henkilöt, jotka eivät runsaan juomisen takia voineet tulla kontrolliin, jäivät tutkimuksen ulkopuolella. (Karlsson, Kotovirta, Tigerstedt & Warpenius 2013, 21.)

Vuosittain 1500–2000 henkilöä hakee sairaalahoitoa alkoholideliriumin vuoksi, heistä noin 3–8 kuolee (Jokelainen & Aalto 2010, 141). Kuitenkin Pylkkäsen (2013, 169) mukaan päihdehuoltoa ja psykiatrisen hoidon rahoittamista on vähennetty runsaasti 1990-luvulta alkaen. Psykiatrisen avohoidon ja päihdehoidon palvelujen tarjonta ei pysty vastamaan niihin kohdistuvaan kysyntään.

Lähes viidennes sisätautiosastoilla hoidettavista potilaista on hoidossa päihderiippuvuuden aiheuttaman sairauden vuoksi. Hoitoon käytetään runsaasti sairaanhoidon resursseja. Siitä huolimatta tulos on huono, jopa elinajan ennusteen, toimintakyvyn palauttamisen sekä päihteettömyyden suhteen. (Pohjola-Sintonen, Kaurala, Kantonen, Mattila & Manninen-Kauppinen 2006, 3739.)

Asianmukaisella elektrolyyttitasapainon ja vitaalitoimintojen seurannalla, nestehoidolla sekä tarvittaessa ventilaation tukemisella kuolleisuutta voidaan huomattavasti vähentää (Korkeila & Topelius 2009, 2004).

Koski-Jänneksen (2013, 139) mukaan sairaalan henkilökunnalla on peruskoulutuksen jälkeen riittämätön osaaminen sekä liian vähän tietoa päihdepotilaiden hoidosta. Monet kouluttautuvat ja täydentävät osaamistaan lisäkursseilla ja koulutuksilla. Useimmilla ei ole aikaa eikä mahdollisuuksia seurata hoitotutkimuskirjallisuutta ja julkaisuja työn ohella.

Tämän opinnäytetyöni aihe on ajankohtainen ja työelämälähtöinen. Opinnäytetyön toteutusympäristö oli Jorvin sairaalan somaattinen vuodeosasto, jonka henkilökunta kokee, että heillä ei ole riittävää tietoa ja osaamista päihdepotilaiden hoitoon. Sen takia alkoholideliriumpotilaiden kohtaaminen on heille monin tavoin haasteellista. Siksi työntekijöillä on suuri tarve käytännön toiminnan ohjeistamiseen ja perehdyttämiseen. Tämän opinnäytetyöni avulla haluan koota yhteen mielestäni tärkeimmät seikat, joita sairaanhoitajan täytyy tietää käytännön työssä alkoholideliriumpotilaiden hoidossa.

Opinnäytetyön aihe on minusta hyvin kiinnostava. Mielenterveys- ja päihde-työopiskelujakson harjoittelun aikana tutustuin Erityispäiväkeskus Stoori & Sallin toimintaan. Keskuksen palvelut on tarkoitettu päihderiippuvaisille asiakkaille. Olin hyvin vaikuttunut keskuksen työntekijöiden asiantuntevuudesta ja inhimillisestä työotteesta. Päihderiippuvaisten potilaiden määrä on kasvussa myös vuodeosastolla. Haluaisinkin omalta osaltani valmistautua tarjoamaan kyseisille potilaille hyvää ja osaavaa hoitoa sekä mahdollisesti myös olla tukena tuleville kollegoilleni.

2 ALKOHOLIDELIRIUMPOTILAS

Alkoholideliriumia, latinalaiselta nimeltään delirium tremens, nimitetään myös juoppohulluudeksi. Se on alkoholivieroitusoireyhtymän vaikea muoto. Alkoholidelirium yleensä alkaa 1–3 vuorokauden kuluttua pitkittyneen ja runsaan alkoholin käytön lopettamisesta. Alkoholidelirium voi kestää noin 3–7 vuorokautta. (Jokelainen & Aalto 2010, 141.)

Alkoholideliriumille on ominaista seuraavien oireiden ilmaantuminen: sekavuus, orientaatiokyvyn heikentyminen, levottomuus, hallusinaatiot, unettomuus, harhaluulot, sydämentykytys, kuume, verenpaineen nousu, vapina, hikoilu sekä pahoinvointi ja oksentelu. Usein näköharhat ovat uhkaavia. Henkilö on levoton, myös käytös ja puhe saattavat olla sekavat. (Jokelainen & Aalto 2010, 142.)

2.1 Alkoholideliriumpotilaan hoito

Alkoholideliriumpotilaan hoidossa on tärkeää selvittää taustatekijät ja huomioida potilaan mahdollisesti käytössä olevat lääkkeet tai viimeksi hänelle määrätyt lääkkeet. Vuorokausirytmien säätteleminen, neste- ja elektrolyyttitasapainon ylläpitäminen sekä potilaan yleisvoinnista huolehtiminen hoidon aikana ovat ratkaisevia. (Leinonen & Alanen 2009, 66.)

2.1.1 Tutkimukset ja seuranta

Alkoholideliriumpotilaan tilanteen uhkaavuus voidaan ennakoida, kun arvioinnissa huomioidaan erityisesti seuraavat asiat: vieroitusoireiden vaikeusaste, aiemmat alkoholideliriumit ja niiden kulku, kouristukset ja alkoholin käytön kesto (Korkeila & Topelius 2009, 2004).

Alkoholidelirium on myös vakava autonomisen säätelyjärjestelmän häiriö. Äkilliset rytmihäiriöt ovat mahdollisia ja vaativat valvontaa. On ehdottomasti seurata

tava kaikkien potilaiden CRP- ja P-K-arvoja, erityisesti magnesium- ja kaliumtasojen laskua, elektrolyyttitasoa, lämpöä, verenpainetta ja sykettä koko hoidon aikana. Mahdollisiin muutoksiin täytyy reagoida nopeasti. Useasti alkoholideliriumpotilaan somaattinen status tutkitaan melko pinnallisesti. Statuksen tarkempi tutkiminen saattaa pelastaa potilaan hengen. (Korkeila & Topelius 2009, 2004–2005.)

Alkoholideliriumpotilaalle optimaalisin ympäristö olisi rauhallinen ja hyvin valaistu huone. Potilasta olisi hyvä rauhoitella ja auttaa orientaation palauttamisessa. Tarvittaessa on järjestettävä jatkuva omahoitajaseuranta. Vitaalitoimintoja tulee seurata riittävän usein. (Leppävuori & Alho 2007, 172.)

2.1.2 Lääkehoito

Alkoholideliriumin hoidossa ensisijaisesti mutta lyhytaikaisesti käytetään pitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja (esim. diatsepaami). Niiden tavoitteena on rauhoittaa potilasta sekä saada hänet nukkumaan. Lääkkeitä käytetään muutaman päivän ajan, kunnes deliriumoireet ovat loppuneet. Joissakin tapauksissa turvaututaan myös muihin lääkkeisiin lievittämään sekavuutta, harhoja ja levottomuutta. B1-vitamiinillä ehkäistään mahdolliset aivovauriot ja Wernicken enkefaloopatiaa. Sairaalahoidon aikana hoidetaan myös muut potilaalla todetut oheissairaudet. (Jokelainen & Aalto 2010, 143.)

2.1.3 Muut hoitomuodot

Karppisen (2008, 298) mukaan vuodeosastolla alkoholideliriumpotilaita hoitaessaan sairaanhoitaja voi hyvin todennäköisesti joutua tilanteeseen, jossa potilas käyttäytyy sekavasti ja aggressiivisesti. Myös pakkohoitoa ja potilaan eristämistä joudutaan käyttämään osastoilla usein. Niillä ehkäistään tilanteet, joissa potilas voi vahingoittaa itseään tai muita, tai joissa määrätyn hoidon toteuttaminen olisi mahdotonta potilaan vastustaessa hoitoa. Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 8. pykälän mukaan ”kiireellisen henkeä tai terveyttä uhkaa-

van vaaran torjumiseksi tarvittava hoito on annettava, vaikka potilaan tahdosta ei tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi saada selvitystä.”

Mielenterveyslain (1116/1990, 1423/2001) 22 e ja 22 f. pykälän mukaan lääkäri voi määrätä potilaan eristettäväksi muista potilasta hänen uhkaavan, itselle tai muille vaarallisen tai haitallisen käyttäytymisen vuoksi, tai muista painavista hoidollisista syistä. Eristetylle potilaalle on määrättävä vastuuhoidtaja, jonka tehtävä on huolehtia siitä, että potilas saa toimenpiteen aikana riittävän hoidon ja huolenpidon sekä mahdollisuuden keskustella hoitohenkilökunnan kanssa.

Osastolla voidaan käyttää myös nukutusta potilaan rauhoittamiseksi. Lääkityksen lisäksi ranteiden sitominen kiinni vuoteeseen on yleistä, jos potilas esimerkiksi repii kanyylin tai kestopatentin jatkuvasti irti. Lepositeitä saa käyttää vain siihen saakka, kunnes potilas on saatu rauhoitettua lääkityksellä. Eristämisen käyttöönotosta päättää potilaan hoitava tai sairaalan päivystävä lääkäri. Ihanteellinen tilanne olisi sellainen, jossa ei tarvitsisi käyttää pakkotoimenpiteitä. Se olisi mahdollista, mikäli osastoilla olisi riittävästi henkilöstöä. (Karppinen 2008, 291, 294; Leppävuori & Alho 2007, 172.)

2.2 Alkoholideliriumpotilaan hoitopolku

Alkoholideliriumpotilaat eivät usein tunnista tilansa vakavuutta ja vaarallisuutta, ja siksi tarvitaan mielenterveyslakiin perustuvan pakkohoidon käyttöä. (Jokelainen & Aalto 2010, 141.) Usein levottomuutensa ja aggressiivisuutensa vuoksi alkoholideliriumpotilaat hoidetaan psykiatrisessa sairaalassa. Potilan uhkaava terveydentila vaatii jatkuvaa tarkkailua. Psykiatrisissa sairaaloissa ei ole mahdollista toteuttaa tällaista seurantaa. Päivystysaikaisia laboratoriomittauksia varten potilas lähetetään läheisimpään somaattiseen sairaalaan, jossa on mahdollisuus päivystysluontoisiin tutkimuksiin sekä elvytysmahdollisuus (Korkeila & Topelius 2009, 2004; Niemelä 2011, 1376).

Vaikka alkoholidelirium on vaikea ennustaa, tilan ennalta ehkäiseminen on huomattavasti helpompaa ja tehokkaampaa kuin sen hoitaminen. Toimivan hoitoketjun kannalta on tärkeä keskittää vieroitushoito yhteen paikkaan, jossa on riittävät diagnostiset mahdollisuudet ja osaaminen. (Salaspuro 2007, 42.)

Lundin (2006,138) mukaan vieroituslääkehoidolla saatu katkaisu ei itsessään johda kestävään lopputulokseen. Myöskään hyvä terapia ei kanna viikon kaikkiin tunteihin, vaan tarvitaan hyvin koordinoitu ammatillisten hoitojen, vertais-tuellisten ja vapaaehtoisten kohtaamisten yhdistelmä.

Vieroitusoireyhtymän hoidon jälkeen potilas täytyy aina lähettää jatkohoitoon päihdehuollon yksikköön, jotta alkoholideliriumin uusiutuminen olisi mahdollista ehkäistä. (Jokelainen & Aalto 2010, 141.)

3 ALKOHOLIDELIRIUMPOTILAAN HOIDON ASiantuntijuus

Kokonaisvaltaisessa hoitotyössä ihminen käsitetään kokonaisuudeksi, jota hoidettaessa otetaan huomioon hänen fyysinen, psyykkinen, hengellinen ja sosiaalinen vointinsa. Alkoholideliriumpotilaalla on uhkaavan terveydentilan lisäksi yleensä paljon psyykkistä kuormaa. Heitä rasittavat usein perheen ongelmat, taloudelliset ongelmat, sosiaalinen eristyminen ja asunnottomuus.

Sosiaali- ja terveystalvelussa näkyy säästämisen ja tehokkaan johtamiskulttuurin vajavainen ihmiskäsitys. Ihminen on kuitenkin kokonaisvaltainen. Nykyisin vallalla olevan strategian mukaan ei ole aikaa perehtyä syvemmin, oliko ongelman ilmeneminen jo itsessään seurausta jostain syvemmästä viasta. Vaikka erilaiset ihmistieteet tuovat yhä uutta tietoa ihmisestä, ihmisiä hoidetaan yhä suppeamman ihmiskäsityksen turvin. (Lund 2006, 29–30.)

Ihmisen kokonaisvaltainen hoitaminen on erityisen tärkeä päihdehuollossa. Syräjytyminen näkyy monella elämän alueella. Siksi tulee ottaa huomioon kokonainen ihminen. Alkoholin lisäksi ongelmia voivat aiheuttaa myös erilaiset mielen-terveyden häiriöt. Niin ikään taustalla on useasti vähäinen koulutus ja taloudelliset haasteet. (Lund 2006, 30.)

Lääketiede ei voi korvata kokonaisvaltaista hoitoa. Hyvä hoiva, hellä kosketus, psyykkinen ja henkinen tuki, hengellinen keskustelu ja läsnäolo tukevat potilaan oman arvon ja arvokkuuden kokemusta. (Mattila 2013, 779.)

3.1 Alkoholideliriumpotilaan kohtaaminen

Alkoholiongelmiiin liittyy usein haasteellinen varhaislapsuus sekä sen tuloksena syntyneet pysyvät aivojen toimintarajoitteet. Ongelman syntyminen on seurausta kohtaamisen puutteesta ja siihen voidaan vaikuttaa oikeanlaisella kohtaamisella. Siksi kohtaamista pidetään erityisen tärkeänä päihderiippuvaisen ihmisen hoitamisessa ja kuntouttamisessa. (Lund 2006, 73.)

Suomessakin esiintyvä tuomitseva suhtautuminen alkoholin liikakäyttöön ja alkoholisairauksiin on lähtöisin jo antiikin Kreikasta alkaen. Suomen alkoholiongelmiin hoitojärjestelmän periaate on samalla tavalla keskittynyt alkoholiriippuvaisen muille ihmisille aiheuttamiin haittoihin. Järjestelmässä käytetyt keinot ovat sosiaalitoimen tuomitseminen, valvonta ja tahdosta riippumaton asuttaminen laitoksessa, kaikki nämä ovat ihmisarvoa alentavia. (Mäkelä 2013, 15.)

Ei ole yllättävää, että osalla hoitohenkilökunnasta on perinteiden mukainen torjuva asenne näitä potilaita kohtaan. Mäkelän mukaan (2013, 16) kaksi viidestä suomalaislääkäristä ei pidä alkoholiriippuvuutta sairautena. Yksikin ihmisarvoa loukkaava kokemus saattaa siirtää potilaan seuraavan hoitoon pyrkimisyrityksen kauas tulevaisuuteen.

Hoitosuhteessa ymmärrys, empatia, lämpö ja välittäminen ovat ehdottoman tärkeitä. Tekninen suoritus ei auta, jos todellista kohtaamista ei ole. Kohtaaminen onnistuu vain, jos siihen on riittävästi aikaa. Sen lisäksi tarvitaan kärsivällisyyttä. (Lund 2006, 75.)

Kohtaaminen on mahdollinen vain aidossa vuorovaikutuksessa. Usein hädässä oleva ihminen ei pysty ilmaisemaan itseään eikä kertomaan tuntemuksistaan ja sisäisestä maailmastaan. Kohtaamiseen kuitenkin tarvitsisi pitkäkestoista ja avointa vuorovaikutusta. Toivottoman ihmisen auttaminen vaatii kohtaamista ja aitoa välittämistä. Tällaisessa olosuhteissa ihmisen raitistumiselle syntyy mahdollisuus. (Lund 2006, 77.)

3.2 Potilaan arvokkuuden vahvistaminen

Alkoholiriippuvainen usein kokee ongelmiansa keskellä arvokkuuden menettämisen tunteen. Hoidon tärkeä tehtävä on tukea potilasta ja pyrkiä palauttamaan ja vahvistamaan hänen kokemuksensa omasta arvostaan ja ihmisyydestään. (Mattila 2013, 778; Lund 2006, 98.)

Oman ihmisarvon ymmärtäminen on joillekin paljon vaikeampaa kuin toisille. Kun ympäristö on osoittanut vain halveksuntaa, ihmiselle syntyy kokonaisvaltainen häpeän tunne. Häpeä on ehkä keskeisin vaikeasti päihdeongelmaisten ominaispiirre. Lisäksi heillä on syyllisyys oman ja muiden elämän tuhoamisesta. Tehokas keino yrittää auttaa häpeästä eteenpäin on tarjota ihmiselle kunnioittavaa vastavuoroisuutta. (Lund 2006, 99.)

Parhaat tulokset saavutetaan kärsivällisellä lähestymistavalla ihmistä kohtaan. Omalla asenteella, sanoilla ja teoilla osoitetaan, että potilas on arvokas, myötätunnon arvoinen ja ihmisenä hän on oikeutettu niihin. (Lindqvist 2004, 382.)

Avuton ja hauraimmillaan oleva ihminen on kuitenkin etiikan ja elämänkäsityksen arvojen mukaan hyväksyttävä ja arvostettava. Tämän takia on tärkeää, ettei arviointiperustana ole yhteiskunnan hyväksymä moraalikäsitys vaan jokaisen mahdollisuus tulla hyväksytyksi ja arvostetuksi. (Lindqvist 2004, 386.)

4 YHTEISTYÖKUMPPANIN KUVAUS

Tämän opinnäytetyön yhteistyökumppani on Jorvin sairaalan somaattinen vuodeosasto. Se on yleissisätautien osasto. Hoitohenkilökuntaa on 20 hoitajaa. Osastolla on 25 potilaspaikkaa, päihdepotilaiden määrä vaihtelee viikoittain. Joskus noin puolet osaston potilaista on päihdepotilaita. Potilaat saavat liikkua vapaasti sairaalan alueella. Alkoholideliriumpotilaiden osalta ongelmana on sekavuus. Potilaat karkaavat tai ovat levottomia tai aggressiivisia, minkä vuoksi hoito vuodeosastolla on hankalaa. He voivat olla vaaraksi itselleen, muille potilaille tai henkilökunnalle. Haasteita aiheuttavat potilaiden vieroitusoireet ja niistä johtuva poikkeava käyttäytyminen. Uusia alkoholideliriumpotilaita saapuu osastolle viikoittain. Henkilökunta kokee, että heillä ei ole riittävästi tietoa ja osaamista päihdepotilaiden hoitoon ja sen takia alkoholideliriumpotilaiden kohtaaminen on heille haasteellista. Tämän vuoksi työntekijöillä on suuri tarve saada suuntaviivoja käytännön toimintatapoihin.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tiivistetty katsaus alkoholideliriumpotilaita hoitavalle somaattisten sairauksien vuodeosaston henkilökunnalle. Tavoitteena on, että alkoholideliriumpotilaat saavat hyvää ja osaavaa hoitoa.

Kirjallisuuskatsauksessa haetaan vastauksia kysymyksiin:

- 1) Millaista on alkoholideliriumpotilaan hoito somaattisella vuodeosastolla?
- 2) Mitä sairaanhoitajan tulee tietää alkoholideliriumpotilaiden hoidosta?

6 KUIVAILEVAN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyöni on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi kirjallisuuskatsauksen muodoista. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa asetetaan tutkimuskysymys ja tuotetaan valitun aineiston perusteella kuvaileva, laadullinen vastaus. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöinen ja sen tehtävänä on luoda ilmiötä selvittävä kuvaus. Käytännön hoitotyössä voidaan käyttää kuvailevaa kirjallisuuskatsausta kliinisen tiedon keräämiseen. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 291–292.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen analyysi ei referoi, tiivistä tai raportoi alkuperäisaineistoa. Aineiston esittelemisen sijaa tavoitteena on luoda aineiston sisäistä vertailua, olemassa olevan tiedon vahvuuksien ja heikkouksien analysointia ja laajempien päätelmien tekemistä aineistosta. (Kangasniemi ym. 2013, 296.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen analyysissä voi olla myös yksi tai useampi niin kutsuttu päälähde, joka muodostaa rungon tai perustan tarkastelulle ja jota sitten täydennetään, täsmennetään tai kritisoidaan muun kirjallisuuden avulla. (Kangasniemi ym. 2013, 297.)

Usein kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on etsiä jo olemassa olevaa tietoa ilmiöstä, sen keskeiset käsitteet ja niiden väliset siteet. Tämä mahdollistaa muun muassa nykyisten käytäntöjen arvioinnin, käytännön suositusten kehittämisen sekä päivittämisen. Lisäksi tämä sopii myös hajanaisiin aiheisiin, jolloin voidaan edistää hyviä käytäntöjä kliinisessä työssä. (Kangasniemi ym. 2013, 294, 295.)

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa määritetään tutkimuskysymykset, valitaan aineisto, muodostetaan kuvailu ja tarkastellaan saavutettuja tuloksia (Kangasniemi ym. 2013, 294).

6.1 Aineiston valinta

Tutkimuskysymykset ohjaavat aineiston valintaan. Tärkeintä on löytää sopivin aineisto, jonka avulla voisi etsiä vastauksia ja tarkastella ilmiölähtöisesti sekä tarkoituksenmukaisesti tutkimuskysymystä. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on mahdollista käyttää perustellusti tietolähteinä myös konferenssijulkaisuja tai pääkirjoituksia. (Kangasniemi ym. 2013, 295–296.)

Toteutin haun Medic-tietokannasta, Doriasta (Kansalliskirjaston ylläpitämä julkaisuarkisto), E-thesista (Helsingin yliopiston digitaalinen arkisto), TamPubista (Tampereen yliopiston avoin julkaisuarkisto). Hain manuaalisesti aineistoa Hoitotiede- ja Tutkiva hoitotyö -lehdistä. Muita lähteitä löysin käyttämieni tutkimusten lähdeviitteistä. Haun painopiste oli hoitotieteellisessä aineistossa. Tiedonhaussa sain apua Diakonia-ammattikorkeakoulun kirjaston informaattikolta. Haussa käytin valitsemiani sanoja alkoholidelirium, päihde*, alkoholi*, vieroitus*. Asiasanojen valinnassa käytin MeSH-sanastoja. Valitsemani sanat olivat siis asiasanastossa. Asiasanastosta otin rinnakkaisia ja synonyymisiä ilmaisuja kuten alkoholivieroitussekavuus, vieroitusoireyhtymä. Tietokannoissa käytin sanankatkaisua sanoissa.

Kirjallisuuskatsaukseen hyväksyin aineiston seuraavilla kriteereillä:

- artikkeli, joka on julkaistu tieteellisessä julkaisussa
- tutkimus, joka on julkaistu luotettavan tiedontuottajan julkaisuarkistossa
- akateemiset opinnäytteet (väitöskirja tai pro-gradu)
- artikkeli, joka julkaistu kokoomateoksessa
- julkaistu vuosina 2004–2014
- saatavana suomen kielellä

Sisäänottokriteeri oli se, että tutkimusten sisällön piti käsitellä alkoholin vieroituksen aiheuttamaa tilaa, muun muassa deliriumia ja sen hoitoa. Poissulkukriteerinä olivat delirium, jonka syynä on psykiatrinen häiriö, dementia, aivoverenkiertohäiriöt, enkefaliitti, pään vammat, antikolinergit, lääke- tai huumevieroitus.

Hakusanat Doria, E-thesis, TamPub: alkoholi* and vieroitus*
 Medic: päihd* alkohol* ja deliri*; päihde*
 Hoitotiede: päihdetyö, rajoittaminen
 Tutkiva hoitotyö: päihdetyö
 Rajaus: suomenkielinen, vuodet 2004–2014, väitöskirja, Pro gradu, tieteellinen artikkeli

Hakutuloksen kuvaillaan taulukukossa 1.

TAULUKKO 1. Aineiston haku

Tietokanta	Hakusanat	Tulokset	Otsikon perusteella hyväksytty	Abstraktin perusteella hyväksytty	Koko tekstin perusteella hyväksytty
Doria	alkoholi ja vieroitus	7	3	3	3 Myllykoski (2014), Huomo (2014), Ruumensaari (2012)
TamPub	alkohol* ja vieroitus*	113	11	6	3 Loikkanen (2011); Alho, Aalto, Eskola, Holopainen, Juntunen, Kampman, Mäkelä, Niemelä, Poikolainen, Seppä, Vorma (2010); Inkinen (2004)
E-thesis	alkohol* ja vieroitus*	27	3	2	2 Erkamo-Anttila (2010); Kanerva (2012)
Medic	päihd* alkohol* ja deliri*	40	4	4	2 Leppävuori & Alho(2007); Käypä hoito -suositus 2005
Medic	päihd*	14	5	2	1 Laitila (2010)
Hoitotiede	manuaalisesti				3 Kohonen, Juvakka, Kylmä & Pietilä (2006); Tölli, Lukkari- nen, Vuokila-Oikkonen (2010); Timlin & Kyngäs (2007)
Tutkiva Hoitotyö	manuaalisesti				2 Heikkinen & Tiri (2004); Laitila & Pietilä (2012)
Google-Scholar lähdeviiteistä	alkoholidelirium				5 Mattila (2001);Vikman (2011); Mikkonen, Irja (2009); Mikkonen, Antti (2007); Pohjola-Sintonen, Kaurala, Kantonen, Mattila, Manninen-Kauppinen (2006)
Yhteensä					21

6.2 Aineiston kuvaus ja analyysi

Aineiston analyysimenetelmänä on sisällönanalyysi. Sen avulla järjestetään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Analyysin avulla luodaan selkeyttä aineistoon, jotta voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Aineiston laadullinen käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto aluksi hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudella tavalla. Aineistolähtöinen laadullinen analyysi sisältää aineiston pelkistämistä, aineiston ryhmittelyä ja teoreettisten käsitteiden luomista. Aineiston pelkistämisessä aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109.)

Aineiston ryhmittelyssä samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi sekä nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelussa aineisto tiivistyy. Aineiston abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä ja näin saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–112.)

Kirjoitin jokaisesta tutkimuksesta lyhyen tiivistelmän (Liitetaulukko 1). Kirjallisuuskatsauksen tulokset ryhmittelin tutkimuskysymysten mukaan muodostaen niistä alakategorioita. Tämän jälkeen nostin opinnäytetyöni kannalta tärkeät tutkimustulokset kaikista tutkimuksista tutkimuskysymysten mukaiseen tarkasteluun (Liitetaulukko 2).

Kuvailen aineiston ryhmittelyä taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Aineiston ryhmittely

Hoitotyön toiminnot	Hoidon tarpeet
Lääkehoito Nestetasapaino Riskit Seuranta Unihuolto Masennuksen hoito	Fyysiset tarpeet
Turvallisuus Rajoittaminen Kohtaaminen Vuorovaikutus Identiteetti Osallisuuden kokemus Motivointi Ohjaaminen motivoivan haastattelun keinoin Toivon vahvistaminen Psykososiaalinen hoito ja kuntoutusmuodot	Psyykkiset tarpeet
Perheenjäsenen vahvistaminen Vertaistuki Muiden ammattiryhmien tuki	Sosiaalisten tarpeiden hoito
Vastuun ottaminen oppimisestaan Motivointi oman potilaan elämäntilanteeseen paneutumiseen, tiedon hakuun ja soveltamiseen, reflektointiin Asenne potilasta kohtaan Kokonaisvaltainen hoito	Henkilöstön täydennyskoulutuksen tarpeet

7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Tässä luvussa esitän tutkimuksen tuloksia muodostettujen ryhmien mukaisesti: fyysisiin tarpeisiin vastaaminen, psyykkisiin tarpeisiin vastaaminen, sosiaalisiin tarpeisiin vastaaminen, sairaanhoitajien täydennyskoulutuksen tarpeet.

7.1 Fyysisiin tarpeisiin vastaaminen

Tutkimuksien mukaan somaattiseen yleishoitoon kuuluvat muun muassa alkoholideliriumiin liittyvien nestetasapainohäiriöiden, oheissairauksien ja komplikaatioiden hoito. Alkoholideliriumpotilailla useasti on dehydraatio, hyponatremia, hypokalemia, hypomagnesemia, hypofosfatemia, myös hypoglykemia ja kuume ovat mahdollisia. (Leppävuori & Alho 2009, 171.)

Hoitotyön kannalta tärkeitä ovat seuraavat asiat: Deliriumpotilas tulee sijoittaa huoneeseen, jossa on rauhallinen ja hyvin valaistu ympäristö. Potilasta tulee rauhoitella ja auttaa orientaation palauttamisessa. Tarvittaessa on järjestettävä jatkuva omahoitoseuranta. Vitaalitoimintoja tulee seurata riittävän usein. Yhteistyökykyisen potilaan vieroitusoireiden vaikeusastetta ja vastetta lääkitykseen tulisi seurata CIWA-Ar-asteikolla (Liitetaulukko 3). Hoitohenkilökunnalla pitää olla elvytysvalmiudet. (Leppävuori & Alho 2009, 172.)

Leppävuori ja Alho (2009, 174) toteavat, että Deliriumiin liittyvät hallusinaatiot ja harhaluulot saattavat aiheuttaa potilaalle pelkoja, joiden seurauksena voi olla traumaperäinen stressihäiriö. Sen eston kannalta potilaalle on hyvä kertoa deliriumin luonteesta ja merkityksestä sekä toistuvien vieroitusoireiden aiheuttamasta herkimisestä alkoholikouristusten ja deliriumin synnylle.

Myllykosken (2014, 382, 384–385) mukaan pitkään jatkunut alkoholin käyttö heikentää unen laatua. Vieroitusvaiheessa unettomuus voi johtaa alkoholideliriumtilaan. Unettomuuden hoidon kannalta on tärkeää hyvä ja riittävä unihoito. Unen huollossa korostetaan rytmin merkitystä. Unettomuuden vähentämiseksi

on tärkeä säännöllinen elämäntapa, fyysinen rasitus ja oikea syöminen. Akupunktio ja rentoutus ovat unihuollon toiminnallisia keinoja. Rentoutusta voi saada harjoittelemalla. Hengitysharjoitukset, musiikki ja mielikuvamatkat rentouttavat myös. Unilääkkeisiin tulisi turvautua vain ”äärimmäisessä” hädässä, koska ne itsessään voivat aiheuttaa unettomuutta ja heikentää unen laatua. Melatoniini on turvallinen valinta unettomuuden hoidossa. Yöhoitajaa ohjeistetaan tarkkailemaan potilaan nukkumista tai unettomuutta.

Huomon (2014, 396, 399) mukaan sairaanhoitajalla on hyvä olla tietoa päihteiden käytöstä ilmiönä, päihteidenkäytön motiiveista ja riippuvuudesta kohdatakseen päihteiden käyttäjän hoitavalla tavalla. Somaattisella vuodeosastolla henkilökunnan aikaa menee huonokuntoisten potilaiden hoitoon ja useasti päihdeongelmainen jäi ilman hoitajan huomiota. Tämä ongelma voitaisiin huomioida työn jaossa, että hoitajalla olisi mahdollisuus antaa päihdeongelmaiselle potilaalle hänen tarvitsemaansa huomiota.

7.2 Psyykkisiin tarpeisiin vastaaminen

Tutkimuksen tuloksista tuli ilmi, että päihderiippuvaisiin potilaisiin käytetään runsaasti resursseja, mutta tulos on huono. Päihdeongelmaiset potilaat kokivat useasti empatian ja asiallisen kohtelun sekä kokonaistilanteen kartoituksen puutetta ja hoitohenkilökunnan puuttumattomuutta päihdeongelmaan muuten kuin vieroitusoireiden hoitamisen muodossa. Jos vakavasti päihdeongelmaiset henkilöt ja hoitohenkilökunta hyväksyisivät alkoholismin sairaudeksi, myönteisiä hoitotuloksia saataisiin helpommin. (Pohjala-Sintonen, Kaurala, Kantonen, Mattila & Manninen-Kauppinen 2006, 3739; Erkamo-Anttila 2010.)

Leppävuoren ja Alhon (2009, 174) mukaan onnistunut vieroitushoito sisältää sen, että potilasta motivoidaan ja ohjataan asianmukaiseen alkoholiriippuvaisen jatkohoitoon. Hyvä hoitosuhde on yhteydessä hyviin hoitotuloksiin. Psykososiaaliset hoidot ovat alkoholiriippuvuuden hoidon perusta. Psykososiaalisten hoitojen keskeinen elementti on keskustelu tai tekeminen yhdessä. (Alho, Aalto,

Eskola, Holopainen, Juntunen, Kampman, Mäkelä, Niemelä, Seppä & Vorma 2010, 1354; Käypä hoito -suositus 2005, 795.)

Potilas vaistoaan herkästi hoitohenkilöstön kielteisen tai moralisoivan asenteen (Käypä hoito -suositus 2005). Huomo (2014, 400–401) toteaa, että hoitohenkilökunta lisää potilaan häpeän ja syyllisyyden tunteita vastakkainasettelulla ja torjumisella. Päihteiden käyttäjä tulisi kohdata empaattisesti ja luottamuksellisesti. Hoitajan on hyvä pohtia omaa asennettaan päihteiden käyttöä kohtaan. Sairaanhoidajan oma neutraali asennoituminen päihteitä käyttävään potilaaseen edesauttaa hoitosuhteen syntymistä. Positiivinen, vastaanottava, hyväksyvä ja ymmärtävä mutta ammatillinen suhtautuminen potilaaseen edistää potilaan kiinnittymistä hoitoon. Ideaalitalanteessa sairaanhoitaja tarttuu somaattisella vuodeosastolla potilaan ongelmiin ja ohjaa potilasta hoitotilanteiden yhteydessä motivoivan haastattelun keinoin.

Mattilan (2001, 60) mukaan potilaan ja hoitajan välillä on seitsemän vuorovaikutuksen osa-aluetta, joihin pitäisi kiinnittää huomiota hoitotyössä. Ne ovat: kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus; aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä; potilaan ja hoitajan läheisyys; välittämisen kokeminen; vahvistuminen; tunnekokemuksen jakaminen ja vuorovaikutuksen ympäristö. Vuorovaikutuksen osa-alueiden sisältö on avattu laajemmin Liitetaulukossa 1.

Kanervan (2012, 107–108) mukaan päihderiippuvaisen identiteettiä leimaa häpeä, syyllisyys, nöyryytys ja ihmisarvon puute. Tutkimuksessa tarinan kautta ihmiset saivat jakaa kokemuksiaan, hahmottaa ja jäsentää omaa elämäntilannettaan, sekä pohtia omaa ongelmansa ja sen takana olevia merkityksiä. Tarinalla ja kertomuksilla olisi annettavaa myös osana hoitotyötä.

Sairaanhoidajan on hyvä tietää, mitkä tekijät motivoivat potilasta muutokseen. Leppävuoren ja Alhon (2009, 174) mukaan onnistunut vieroitushoito sisältää myös sen, että potilasta motivoidaan ja ohjataan asianmukaiseen alkoholiriippuvaisen jatkohoitoon. Ruumensaaren (2012, 95) mukaan muutokseen motivoineet tekijät ovat sekä fyysisiä, psyykkisiä että sosiaalisia. Fyysisinä tekijöinä olivat fyysiset oireet, ja niiden pelko, psyykkisinä tekijöinä olivat masennus, pet-

tymys alkoholin vaikutuksiin, häpeä, syyllisyys, kuoleman pelko. Nämä pakottavat potilasta arvioimaan ja erittelemään elämäntilannetta. Sosiaalisina tekijöinä on elämänpiirin supistuminen ja läheisten merkitys. Läheisten ilmaisemalla huolella voi olla suuri merkitys muutosprosessin käynnistämisessä.

Tutkimuksien mukaan asiakkaan osallisuuden kokemukseen liittyvät riittävä tuki, yhteinen päätöksenteko, asiakkaan valinnan mahdollisuus sekä asiakkaan mielipiteiden arvostaminen. Osallisuus voi vaikuttaa positiivisesti asiakkaan hallinnantunteeseen ja itsetuntoon. Sillä, että asiakas kokee kohtaamisessa työntekijän kanssa tulevansa kuulluksi, on todettu olevan merkitystä hoitoon sitoutumiselle ja tulokselliselle hoidolle. Palveluiden käyttäjien osallisuuden avulla voidaan lisätä hoitomyöntyvyyttä ja tyytyväisyyttä hoitoon. Se nähdään keskeisenä osana hyvää hoitoa ja käytäntöä. Hoidon suunnittelussa asiakkaan osallisuus käsittää hoidon suunnittelun asiakkaan tarpeiden pohjalta, asiakkaan mielipiteiden arvostamisen ja riittävän tiedon antamisen asiakkaalle päätöksen teon perustaksi. Hoitotyössä on tärkeä pohtia ja konkretisoida sitä, mitä asiakkaiden osallisuus käytännössä tarkoittaa ja miten se toteutuu. Asiakkaat, heidän tarpeensa, kykynsä ja motivaationsa olla osallisina ja osallistua ovat erilaisia. Tämän vuoksi tarvitaan erilaisia tapoja olla osallisina. Terveys- ja sosiaalialan ammattilaisten asenteilla on tärkeä merkitys asiakkaiden osallisuuden toteutumiselle. Työntekijät toimivat osallisuuden mahdollistajina ja osallistumisen kannustajina. Asiakkaan osallisuutta tukevat ja asiakaslähtöinen toiminta ei merkitse asiantuntijuudesta luopumista, vaan uudenlaista jaettua asiantuntijuutta. (Laitila 2010, 3–4, 9; Laitila & Pietilä 2012, 29.)

Kohosen, Juvakkaan, Kylmän ja Pietilän (2006, 63) tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä. Tulosten mukaan toivoa vahvistavat auttamismenetelmät ovat luottamuksellisen hoitosuhteen rakentaminen potilaan kanssa, potilaskeskeinen työskenteleminen, keskusteleminen potilaan kanssa, potilaan ja läheisten toivon aktiivinen tukeminen, potilaan ja läheisten tiedon saannin turvaaminen, potilaan omien voimavarojen vahvistaminen, potilaan auttaminen tulevaisuuteen suuntaamisessa ja tavoitteiden asettamisessa, potilaan hengellisyyden tukeminen, potilaan pelkojen vähentäminen, potilaan ja läheisten tukeminen sairauteen ja sen hoitoon sopeu-

tumisessa, potilaan sairauden hoitaminen, potilaan tukeminen sosiaalisten suhteidenylläpitämisessä, läheisten tukeminen hoitoon osallistumisessa, vertaistuen järjestäminen potilaalle ja omaisille, suojaavan ympäristön järjestäminen. Auttamismenetelmien sisältö on avattu laajemmin Liitetaulukossa 1.

Psykososiaaliset hoidot ovat alkoholiriippuvuuden hoidon perusta. Psykososiaalisten hoitojen ja kuntoutusmuotojen keskeinen elementti on keskustelu tai tekeminen yhdessä. Tapaamisiin voidaan ottaa mukaan potilaan läheiset tai vertaisryhmä. Käytössä on esimerkiksi seuraavia psykososiaalisia hoitoja: dynaaminen psykoterapia; kahdentoista askeleen hoito; kognitiivinen käyttäytymisterapia; motivoiva potilaskeskeinen haastattelu; palveluohjaus; ratkaisukeskeinen terapia; retkahdusten ehkäisy; systeemiteoreettinen malli; yhteisövahvistusohjelma; yleinen tukeminen. Psykososiaalinen hoito on tehokkaampaa kuin hoitamatta jättäminen. (Käypä hoito -suositus 2005, 795; Alho, Eskola, Holopainen, Juntunen, Kampman, Mäkelä, Niemelä, Seppä & Vorma 2010, 1353.)

Timlin ja Kyngäksen (2007, 188–189) tutkimuksen mukaan hallittu hoidollinen rajoittaminen tarkoittaa tilanteita, joissa hoitohenkilökunta on vuorovaikutuksen keinoin pyrkinyt rauhoittamaan potilasta ja tarvittaessa käyttänyt myös fyysistä rajoittamista potilaan hoidossa. Toimintamallia ei aina käytetty tilanteissa, tositalanteessa tekniikka unohtui. Toimintamalli koettiin myös hyödylliseksi ja tärkeäksi työn kannalta. Vastaajat korostivat aggressiivisuuden ja väkivaltaisuuden ennaltaehkäisemistä. Fyysinen rajoittaminen koettiin psyykkisesti kuormittavaksi. Tulosten mukaan potilasta pyrittiin hoitamaan muita vuorovaikutukseen perustuvia keinoja kuin fyysistä rajoittamista. Aggressiivista tai väkivaltaista potilasta huomioitiin fyysisen kiinnipidon aikana. Potilaan fyysinen rajoittaminen tulisi perustua vuorovaikutukseen. Jälkipuinnilla ja siihen sisältyvällä keskustelulla voidaan ehkäistä yksilön traumatisoitumista ja psyykkisiä oireita vaikean, traumaattisen tilanteen jälkeen.

Heikkisen ja Tiren (2004, 20) tutkimuksen mukaan potilaiden eristämiseen johtavat tilanteet ovat haaste henkilökunnalle. Potilaan ja henkilökunnan oikeuksien yhteen sovittaminen eristämistilanteissa vaatii avointa keskustelua. Koskemattomuus ja ihmisarvoinen kohtelu ovat jokainen perusoikeuksia. Potilaan hoi-

toon eristuksen aikana tulee kiinnittää huomiota. Nykyisen lain (Mielenterveyslaki 1116/1990, 1423/2001, 22. pykälä) määräyksen mukaan jokaisen eristyksessä sidottuna hoidettavan potilaan vierellä on oltava hoitaja. Tulosalueella on tehty osastojen väliset yhteissopimukset lisähenkilökunnan saamiseksi tarvittaessa toiselta osastolta. Riittävän ajoissa annettu tarpeenmukainen lääkitys voi vähentää eristämisen tarvetta.

7.3 Sosiaaliin tarpeisiin vastaaminen

Vikmanin (2011, 58) tutkimuksen mukaan sairaalapotilaiden perheenjäsenen vahvistaminen on osa sairaanhoitajan työtä. Perheenjäsenen sairauteen liittyvän tiedon saaminen auttaa perheenjäseniä sairauden ymmärtämisessä ja hyväksymisessä sekä myönteisessä suhtautumisessa potilaan tilanteeseen. Hoitotyöntekijöiden tulisi ottaa aktiivisesti huomioon perheenjäsenten kokema huoli ja auttaa heitä löytämään keinoja tämän hallitsemiseksi: keskustelemalla voimavaroistaan, kannustamalla vahvistamaan harrastustoimintaan osallistumista huolenpidon ohella.

Loikkasen (2011, 61) tutkimuksen tulokset kertovat vertaistuen tärkeydestä. Vertaistukiryhmässä jokainen voi tuntea itsensä hyväksytyksi. Tunteista ja hankalista asioista puhuminen tekee vertaisista toisilleen läheisiä. Entisiltä päihdekäyttäjiltä saatu tuki auttaa kestämään päihteiden käytön lopettamisen aiheuttamaa stressiä.

Mikkosen (2009, 185, 188) tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kentässä vertaistukitoiminta kulkee rinnalla, edellä tai jäljessä ja voi jatkaa myös sinne mihin ammatillisella tuella ei ole resursseja tai niille alueille, minne se ei pysty muuten ulottumaan. Vertaistuki tarjoaa siten merkittäviä voimavaroja sairastuneiden elämänlaatuun ja tukee ammatillisen tuen kanssa yhdessä sairastunutta jokapäiväisessä elämässä. Vertaistukeen hakeudutaan sairauden eri vaiheissa. Toiset menivät aluksi hakemaan apua tukihenkilöltä ja sen jälkeen siirtyivät vertaistukiryhmään. Toiset menivät suoraan ryhmään. Ryhmien toimin-

nasta on saatu tietoa useista läheistä: potilasjärjestöiltä, tuttavilta, työpaikalta sairaudesta riippuen myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta.

7.4 Sairaanhoitajien täydennyskoulutuksen tarpeet

Inkisen (2004, 61) tutkimuksen mukaan päihdehuollon sairaanhoitajan hoitotyö on kokonaisvaltaista: asiakkaita hoidetaan, tuetaan, autetaan tai neuvotaan sekä fyysisen, psyykkisen että sosiaalisen tilanteen ja tarpeiden pohjalta. Päihdehuollon hoitotyössä painottuvat erityisesti: asiakkaan tilanteen ja hoidon tarpeen arviointi sekä suunnittelu, psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen sekä neuvonta ja opettaminen. Tärkeimmät hoidollisen keskustelun sisällöt olivat: päihteitä käyttävän asiakkaan elämäntilanne, tavoite, voimavarat, muutoshalukkuus sekä toivon tunteen ja vastuunottamisen edistäminen. Hoitomenetelmien käytössä painottuvat: supportiivinen terapia tai tuki, retkahduksen ehkäisy, motivoiva haastattelu, psykiatrisen hoitotyön menetelmät, hoitotyön yleiset auttamismenetelmät ja ratkaisukeskeinen terapia.

Päihdeongelmaisen potilaan hoidossa somaattisen vuodeosaston sairaanhoitaja tarvitsee jonkin verran mielenterveyshoitotyön osaamista. Seuravan tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajaopiskelijoiden mielenterveyshoitotyön oppimista. Opiskelussa onnistuneille opiskelijoille oli ominaista se, että he itse ottivat vastuun oppimisestaan ja ymmärsivät itsenäisen opiskelun merkityksen oppimisessaan. He olivat innostuneita ja paneutuneita oman potilaan elämäntilanteeseen. Sen jälkeen he olivat motivoituneita hankimaan laajalti tietoa, jota reflektointiin käytännöstä saatujen kokemusten kanssa. Luottamuksellisen suhteen syntymisen lähtökohtana oli opiskelijan kunnioittava suhtautuminen potilaaseen ja potilaan hyväksyminen sellaisena kuin hän on, kyky ymmärtää potilasta ja asettua hänen asemaansa. Yhteistyösuhteen kehittämiseen vaikuttivat opiskelijan hyvät vuorovaikutustaidot kuten kuuntelu, läsnäolo ja katsekontakti. Yhteistyösuhde opetti opiskelijoille potilaan kokemuksen ymmärtämistä, ihmisen kokonaisvaltaista kohtaamista ja potilaan voimavarojen tunnistamista. (Tölli, Lukkarinen & Vuokila-Oikkonen 2010, 327, 331, 333.)

8 POHDINTA

Tässä kirjallisuuskatsauksessa olen koonnut tietoa alkoholideliriumpotilaiden hoidon tarpeista ja sen toteutumisesta somaattisella vuodeosastolla. Tutkimuskysymykseni olivat: millaista on alkoholideliriumpotilaan hoito somaattisella vuodeosastolla sekä mitä sairaanhoitajan tulee tietää alkoholideliriumpotilaiden hoidosta. Tässä luvussa tarkastelen tutkimustuloksia, teen johtopäätöksiä, pohdin työni eettisyyttä ja luotettavuutta, ammatillista kasvuani sekä ehdotan jatkotutkimuksen aiheita.

8.1 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Katsauksen perusteella voin todeta, että

1. Alkoholideliriumpotilaiden hoidossa somaattisella vuodeosastolla otetaan huomioon ja hoidetaan hänen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tarpeitaan (Kuvio 1).
2. Potilaan fyysisten tarpeiden hoidon kannalta tärkeitä ovat lääkehoito, nestetasapaino, riskien hallinta, vitaalitoimintojen seuranta, unettomuuden hoito ja mahdollisen masennuksen hoito.
3. Potilaan psyykkisten tarpeiden hoidon osalta korostuvat potilaan identiteetin ymmärtäminen, potilaan kohtaaminen, vuorovaikutus potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä, potilaan osallisuuden mahdollistaminen ja kannustaminen, potilaan motivointi ja ohjaus, potilasturvallisuudesta huolehtiminen sekä potilaan rajoittamisen periaatteiden tunteminen ja noudattaminen.
4. Potilaan/asiakkaan sosiaalisten tarpeiden hoidon kannalta on tärkeää vahvistaa potilaan perheenjäseniä, järjestää potilaalle vertaistukea ja ottaa mukaan potilaan tarpeista riippuen muut ammattiryhmät, kuten sosiaalityöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja, fysioterapeutti, sairaalapappi.
5. Mielenterveys- ja päihdetyö on moniammatillista työtä. Hoitotyön onnistumisen kannalta jokaisen ammattiryhmän osuus on tärkeä. Sairaanhoitajat ja muut hoitotyöntekijät työskentelevät käytännön asiakastyössä po-

tilaan lähellä. Heillä on merkittävä rooli asiakkaan osallisuuden edistämisessä ja toteuttamisessa.

6. Hoitotyössä olisi hyvä hyödyntää se, että palveluiden käyttäjien ja ammattilaisten tiedot ovat toisiaan täydentäviä.
7. Hoitotyöntekijän ammatillisen kasvun ja kehittämisen kannalta tärkeä on vastuun otto omasta oppimisestaan, halu paneutua oman potilaan elämäntilanteeseen, motivaatio hankkia laajalti tietoa ja reflektoida tietoa käytännön kokemuksen kanssa.



Kuvio 1. Alkoholideliriumpotilaan hoidon tarpeet ja hoitotyön toiminnot

Kirjallisuuskatsauksen avulla koottua materiaalia voidaan käyttää henkilöstön perehdytysmateriaalina osastotunnilla. Jatkokehittämisen ehdotuksena on se, että voidaan laatia ja testata lista, joka sisältää välttämättömät asiat, joista pitäisi puhua päihdeasiakkaiden kanssa hoidon aikana.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuuden kannalta on keskeistä, että tutkimuskysymys on esitelty selkeästi ja kysymyksen tarkastelu on teoreettisesti perusteltua (Kangasniemi ym. 2013, 297).

Olen saanut neuvoja ja apua työn laajuudesta, rajauksista, tutkimuskysymyskysymyksen laadittamisesta sekä aineiston analyysistä työn ohjaavilta opettajilta.

Hakuprosessin kattavuutta ja luotettavuutta lisää hakuprosessin tekeminen yhdessä kirjaston informaatikon kanssa. Luotettavuutta pyritin varmistamaan kuvaamalla tiedonhaun ja analyysin mahdollisimman tarkkaan.

Pyrin toimimaan eettisesti työn kaikissa vaiheissa, noudattaen rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta.

Lähteiden tarkka merkitseminen on tärkeä. Työn lukijalla ja tarkastajalla täytyy olla mahdollisuus tarkistaa, että lähdetieto pitää paikkansa ja on oikein referoitu. (Kangasharju & Majapuro 2005, 68.) Olen merkittänyt käyttämäni lähteet asianmukaisesti ja olen lisännyt ne lainauksen jälkeen lähdeluetteloon.

8.3 Ammatillinen kasvu

Potilaan ääni tuli vahvasti esille tutkimuksen kautta: empatian ja asiallisen kohtelun sekä kokonaistilanteen kartoituksen puute ja hoitohenkilökunnan puuttomattomuus päihdeongelmaan muuten kuin vieroitusoireiden hoitamisen muodossa. Lähes viidennes potilaista on sisätautiosastoilla hoidossa päihderiippuvuuden aiheuttaman sairauden takia. Hoitoon käytetään runsaasti resursseja,

mutta tulos on huono sekä elinajan ennusteen, toimintakyvyn että päihteistä irtautumisen suhteen.

Tutkimusten perusteella näyttää siis siltä, että potilaiden tarpeita ei täytetä ja toisaalta heidän hoitoonsa käytetään runsaasti resursseja somaattisilla vuodeosastoilla, mutta silti hoitotulokset ovat huonoja. Nämä tutkimustulokset saivat minut miettimään, mikä on sairaanhoitajien rooli ja vastuu tässä tilanteessa.

Laitilan (2010, 184) mukaan hoitotieteen ja -työn näkökulmasta sairaanhoitajat ja muut hoitotyöntekijät ovat merkittävä työntekijäryhmä niin mielenterveys- kuin päihdetyössäkin. He myös usein työskentelevät käytännön asiakastyössä lähellä palveluiden käyttäjiä.

Laurin (2006, 87) mukaan sairaanhoitajan tehtävä ei ole vain diagnosoidun sairauden hoito vaan sairauden aiheuttamien fyysisten, psyykkisten ja emotionaalisten ongelmien hoito ja potilaan riippumattomuuden saavuttaminen sairauden sallimassa rajoissa.

Yllämainitun perusteella sain vahvistusta omalle ammatti-identiteetille. Ymmärsin, että sairaanhoitajan tehtävää voi toteuttaa vain sairaanhoitaja, ja hänen toiminnallaan on merkittävä rooli. Sairaanhoitajan eettiseen toimintaan kuuluvat oman toiminnan arviointi ja osaamisen ylläpitäminen. Toivoton ja turhautunut sairaanhoitaja tuskin voi auttaa potilaita toipumisessa tai vahvistaa heidän toivoaan paranemisesta.

Ymmärsin, että kehittämistarpeiden tunnistamisella on tärkeä rooli. Ammatillisen osaamisen arviointi on lähtökohta ammatilliseen kasvuun ja kehittymiseen. Kokemuksen myötä sairaanhoitajien työskentely muuttuu kokonaisvaltaisemmaksi ja syvällisemmäksi teoretiedon ja käytännön antaman kokemuksen yhdistyessä. (Heikkilä, Meretoja, Ahola, Suominen & Kankkunen 2005, 9–10.)

Tutkimusten kautta olen saanut vahvistusta ajatukselleni, että sairaanhoitajan ja potilaan hoitosuhde on tärkeä. Palveluiden käyttäjien ja ammattilaisten tieto ovat parhaimmillaan toisiaan täydentäviä, eivät kilpailevia (Laitila & Pietilä 2012, 29).

Laurin mukaan asiantuntijaksi kehittymisessä oleellisia ovat ammattikohtaiset tiedot ja taidot, kyky soveltaa niitä erilaisissa ympäristössä sekä kyky ylläpitää ja kehittää ammattiosaamista (Lauri 2006, 87).

Opinnäytetyön tekeminen opetti minua etsimään ja löytämään tietoa luotettavista lähteistä. Tämä osaaminen antaa hyviä mahdollisuuksia asiantuntijuuteni kehittämiseksi. Opinnäytetyön tekemisen kautta tutustuin erilaisiin hoitomenetelmiin. Sitä kautta sain työkaluja ja varmuutta käytännön työhön.

LÄHTEET

- Alho, Hannu; Aalto, Mauri; Eskola, Kari; Holopainen, Antti; Juntunen, Juhani; Kampman, Olli; Mäkelä, Rauno; Niemelä, Solja; Seppä, Kari & Vormo, Helena 2010. Alkoholiongelmaisten hoito – Käypä hoito -suosituksen päivitystiivistelmä. Tampere: Duodecim.
- CIWA-Ar-asteikko alkoholin vieroitusoireiden arvioimiseksi 2013. Lääkärin käsikirja. Duodecim.
- Erkamo-Anttila, Johanna, 2010. Vakavasti päihdeongelmaisten näkemyksiä hoidon ja avun tarpeestaan: toimintaympäristönä helsinkiläinen akuuttisairaala. Pro gradu –työ. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Heikkilä, Anne; Meretoja, Riitta; Ahola, Nina; Suominen, Tarja; Kankkunen, Päivi 2005. Sairaanhoidajien ammatillinen pätevyys sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristössä. Hoitotiede 19 (1).
- Heikkinen, Arja & Tiri, Helmi 2004. Potilaan eristäminen psykiatrisella osastolla. Tutkiva Hoitotyö 2 (2). 16–21.
- Huomo, Kati 2014. Päihdeongelmainen potilas somaattisella vuodeosastolla teoksessa: Tarja Orjasniemi toim. Moniammatillisen päihdetyön käytäntöjä kehittämässä. Rovaniemi: Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja. 396–410.
- Inkinen, Maria 2004. Päihdehuollon sairaanhoidajan työn sisältö. Pro gradu –tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

- Jokelainen & Aalto 2010. Alkoholidelirium eli juoppohulluus teoksessa: Kaija Seppä; Hannu Alho & Kalervo Kiianmaa toim. Alkoholiriippuvuus, Helsinki: Duodecim. 141–143.
- Kanerva, Mira Marika 2012. Valtataistelu elämästä – alkoholiongelman kokemus ja merkitykset ihmisen elämässä ja identiteetissä. Pro gradu – tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Kangasharju, Helena & Majapuro, Marketta 2005. Tutkimusraportin kirjoittaminen. Helsinki: Helsingin kauppakorkeakoulun HeSE print.
- Kangasniemi, Mari; Utriainen, Kati; Ahonen, Sanna-Mari; Pietilä, Anna-Maija; Jääskeläinen, Petri & Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 2013, 25 (4), 291–301.
- Karlsson, Thomas; Kotovirta, Elina; Tigerstedt, Christoffer & Warpenius, Katriina (toim.) 2013. Alkoholi Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikka-toimet. Raportti 13. Helsinki: Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Karppinen, Ari 2008. Kun on pakko hoitaa pakolla. Teoksessa Jan Holmberg, Tanja Hirschovits, Petri Kylmänen, Eva Agge (toim.) Tämä potilas kuulu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 281–299.
- Kohonen, Marja; Juvakka, Taru; Kylmä, Jari & Pietilä, Anna-Maija 2006. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät – metasynteesi. *Hoitotiede* 19 (2). 63–73.
- Korkeila, Jyrki & Topelius, Karoliina 2009. Alkoholistin harhanäyt. *Suomen Lääkärilehti* 21–22.
- Koski-Jännes, Anja 2013. Hoitotutkimustieto kentän käyttöön. Teoksessa Teuvo Peltoniemi (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Helsinki: Lönnberg Painot Oy. 138–145.
- Laitila, Minna & Pietilä, Anna-Maija 2012. Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. *Tutkiva Hoitotyö* 10 (1). 22–30.
- Laitila, Minna 2010. Väitöskirja: Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä: fenomenografinen lähestymistapa. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Suomen säädöskokoelma, Helsinki.

Lauri, Sirkka 2006. Hoitotyön ydiosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Leinonen, Esa & Alanen, Hanna-Mari 2009. Deliriumin psykiatriset oireet ja niiden hoito. Suomen Lääkärilehti 51–52.

Leppävuori, Antero & Alho, Hannu 2007. Alkoholideliriumin hoito. Duodecim. 169–175.

Lindqvist, Martti 2004. Terveystieteiden valinnat. Duodecim. 81–87.

Loikkanen, Lotta 2011. Pro gradu –tutkielma. Päihderiippuvaisten miesten kokemuksia tuesta selviytymisprosessissa. Tampere: Tampereen yliopisto.

Lund, Pekka 2006. Torjuttu toivottomuus. Juva: WS Bookwell Oy.

Mattila, Kati-Pupita 2013. Ihmisen arvokkuus ja sen kokemisen vahvistaminen. Duodecim 78–79.

Mattila, Lea-Riitta 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista-potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Tampere: Tampereen yliopisto.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Muutos 1423/2001. Suomen säädöskokoelma, Helsinki.

Mikkonen, Irja 2009. Sairastuneen vertaistuki. Akateeminen väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Myllykoski, Maria 2014. Unihuolto osana päihdehoitoa teoksessa: Tarja Orjasniemi toim. Moniammatillisen päihdetyön käytäntöjä kehittämässä. Rovaniemi: Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja. 377–390.

Mäkelä, Rauno 2013. Alkoholi-ongelmien hoidon etiikka. Suomen Lääkärilehti 25–32.

Niemelä, Solja 2011. Alkoholivieroitusoireiden hoito. Duodecim. 73–77.

Pohjola-Sintonen, Sinikka; Kaurala, Marjatta; Kantonen, Jarmo; Mattila, Juho & Manninen-Kauppinen, Eila 2006. Päihderiippuvuuden aiheuttaman sairauden takia erikoissairaanhoidossa hoidetut potilaat: 6 kuukauden seuranta. Suomen Lääkärilehti 37. 39–44.

- Pylkkänen, Kari 2013. Riippuvuusmielikuvat ja hoidon haasteet. Teoksessa Teuvo Peltoniemi (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Helsinki: Lönnberg Painot Oy. 165–173.
- Ruumensaari, Hanna 2012. Pois pullon pauloista. Pro gradu –tutkielma. Lapin yliopisto.
- Timlin, Ulla & Kyngäs, Helvi 2007. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatri- sessa hoitotyössä. Hoitotiede 20 (4). 182–191.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki : Tammi.
- Tölli, Sirpa; Lukkarinen, Hannele & Vuokila-Oikkonen, Päivi 2010. Ymmärtävä oppiminen tuottaa mielenterveyshoitotyön syvällistä osaamista. Hoitotiede 22 (4). 324–335.
- Vikman, Mari 2011. Mielenterveyspotilaan perheen terveys, toimivuus ja hoito- henkilökunnalta saatu sosiaalinen tuki perheen jäsenen kokemana. Pro gradu – tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Salaspuro, Mikko 2007. TEO ja alkoholideliriumin käypähoito. Nuorilääkäri 4. 41–42.

LIITETAULUKKO 1. KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

TEKIJÄT JA JULKAISU- FOORUMI	TARKOITUS JA MENETEL- MA	KESKEISET TULOKSET
<p>Antero Leppävuori & Hannu Alho, 2009</p> <p>Alkoholidelirium hoito</p> <p>Lääketieteellinen artikkeli</p>		<p>Alkoholidelirium kliinisiä löydöksiä ovat sekavuus, desorientaatio (aika, paikka, henkilöt), levottomuus, hallusinaatiot, harhaluulot, unettomuus, ärtyisyys, kuumeilu, takykardia (yli 100/min), verenpaineen nousu, asentonystagmus, vapina, hikoilu, pahoinvointi ja oksentelu. Dileriumpotilaan tietoisuus itsestä ja ympäristöstä on häiriintynyt. Hän ei kykene valikoimaan tai ylläpitämään tarkkaavuutta, ja hänen puheensa on järjestyntä. Alkoholideliriumissa psykomotorinen aktiivisuus on yleensä lisääntynyt. Alkoholivieroitusoireiden vaikeusasteen arviointiin voidaan käyttää CIWA-Ar-asteikkoa. Asteikkoon kuuluu kymmenen arvioitavaa oiretta, ja lomakkeen täyttämiseen menee lääkäriltä tai hoitajalta aikaa vain 2-5 minuuttia. Arviointiasteikon maksimipistemäärä on 67. Pistemäärä yli 25 viittaa vaikeisiin vieroitusoireisiin (uhkaava delirium), jolloin tulisi viimeistään aloittaa bentsodiatsepiinihoito.</p> <p>Yleensä alkoholideliriumin tunnistaminen ei tuota ongelmia. Vieroitusoireita ja deliriumia kuitenkin komplisoi usein jokin somaattinen sairaus, jolloin diagnoosi voi viivästyä. Myös monet lääkkeet, muut pähteet tai niiden vieroitusoireet voivat vaikeuttaa alkoholidelirium tunnistamista.</p> <p>Alkoholidelirium riskitekijöitä ja anamnestisia tai kliinisiä ennusmerkkejä vieroitusoirepotilailla: pitkäaikainen (yli 10 vuotta) ja runsas alkoholinkäyttö; voimakas juomishimo ja tarve ottaa krapularyyppejä; yli kaksi aikaisempaa katkaisuhoidojaksoa; aikaisempia alkoholikouristuksia tai –deliriumeja; korkea ikä; akuutti tai krooninen somaattinen oheissairaus (esim. keuhkokuume, sydäninfarkti, hepatiitti, pankreatiitti, kallovaraus, huono ravitsemus); bentsodiatsepiinien käyttö; vaikeat vieroitusoireet (CIWA-Ar-pistemäärä yli 20); veren suuri alkoholipitoisuus (1g/l); nopea syke (yli 100/min) ja kohonnut verenpaine; alkoholikouristuksia vieroitusoireena; suurentuneet maksaentsyymiarvot; elektrolyyttihäiriöt (esimerkiksi hypokalemia). Mitä enemmän henkilöllä on näitä tekijöitä yhtäaikaista, sitä suurempi riski hänellä on saada alkoholidelirium alkoholikäytön äkillisesti katketessa tai vähentyessä.</p> <p>Alkoholidelirium lisäksi potilaalla voi samanaikaisesti olla muun tekijän aiheuttama delirium (esimerkiksi bentsodiatsepiinivieroitusdelirium, postoperatiivinen delirium, infektion tai aivovamman aiheuttama delirium). Se tulee tunnistaa ja hoitaa. Alkoholidelirium on psykomotoriikaltaan niin sanottu hyperaktiivista tyyppiä, jossa yleissairauksiin liittyvistä deliriumeista poiketen EEG:ssä todetaan matala-aaltainen nopea aktiivisuus.</p> <p>Alkoholideliriumin erotusdiagnostiikassa tulee huomioida muun muassa seuraavat somaattiset sairaudet ja tilat: dehydraatio, sepsis, hypoglykemia, ketoasidoosi, tyreotoksikoosi, maksakoma, ureeminen enkefalopatia, hypertensiivinen kriisi, lääkeainemyrkytykset ja toksiset tilat (esimerkiksi salisylaattit, antikolinerginen kriisi, metanoli, etyleeniglykoli), bentsodiatsepiinivieroitusoireet, opioidien, amfetamiinin ja kokaiinin huumeikäyttö, keskushermoston infektiot (esimer-</p>

		<p>kiksi meningiitti, enkefaliitti, aivoabsessi), aivovammat, aivoverenvuodot, pahanlaatuinen neuroleptioireyhtymä ja Wernicken oireyhtymä. Psykiatrisista sairauksista erotusdiagnostiikassa tulee huomioida muun muassa alkoholiparanoia, alkoholihallusinoosi, dementia, akuutit psykoosit, mania ja agitoitunut depressio. Sairaalaan otetaan potilaat, joilla on vaikea vieroitusoireisto (uhkaava delirium), ja etenkin ne, joilla on hoitoa vaativa oheissairaus. Alkoholideliriumin hoito tulee antaa yleissairaalassa, jossa on mahdollisuudet päivystysaikaisiin tutkimuksiin ja elvytysvalmius. Somaattiseen yleishoitoon kuuluvat muun muassa deliriumin liittyvien nestetasapainohäiriöiden, oheissairauksien ja komplikaatioiden hoito. Alkoholideliriumpotilaalle tyypillisiä piirteitä ovat dehydraatio, hyponatremia, hypokalemia, hypomagnesemia ja hypofosfatemia. Myös hypoglykemian ja kuumeen hoitoon on varauduttava. Tiamiinin puutteen takia alkoholisti on vaarassa sairastua Wernicke-Korsakovin oireyhtymään, jonka estämiseksi annetaan rutiinimaisesti tiaminia 100 mg lihakseen tai laskimoon kolmena peräkkäisenä päivänä. Enkefalopatian riski kasvaa, jos potilas saa hiilihydraattipitoista ravintoa tai laskimoon glukoosia ennen tiamiinin käytön aloittamista. Myöhemmin voidaan antaa monivitamiinivalmisteita suun kautta.</p> <p>Deliriumpotilas tulee sijoittaa huoneeseen, jossa on rauhallinen ja hyvin valaistu ympäristö. Potilasta tulee rauhoitella ja auttaa orientaation palauttamisessa. Tarvittaessa on järjestettävä jatkuva omahoitajaseuranta, koska riehuva ja psykoottinen potilas voi olla vaarallinen itselleen ja muille. Lepositeitä saa käyttää vain siihen saakka, kunnes potilas on saatu rauhoitettua lääkityksellä. Vitaalitointoja tulee seurata riittävän usein. Yhteistyökykyisen potilaan vieroitusoireiden vaikeusastetta ja vastetta lääkitykseen tulisi seurata CIWA-Ar-asteikolla.</p> <p>Delirium psykoottisine oireineen (hallusinaatiot, harhaluulot) saattaa varsinkin ensikokemuksena aiheuttaa potilaalle pelkoja esimerkiksi ”hulluksi tulemisesta”. Joillekin potilaille tästä voi aiheutua traumaperäinen stressihäiriö. Lääkärin antama asiallinen tieto deliriumin luonteesta ja merkityksestä on paras keino traumaperäisen stressihäiriön eston kannalta. Potilaalle on myös hyvää kertoa toistuvien vieroitusoireiden aiheuttamasta herkimisestä alkoholikouristusten ja deliriumin synnylle.</p> <p>Onnistunut vieroitushoito sisältää myös sen, että potilasta motivoidaan ja ohjataan asianmukaiseen alkoholiongelmaisen jatkohoitoon. Välittömistä vieroitusoireista selvittyään moni potilas tarvitsee fyysisen ja psyykkisen vointinsa seurantaa, joka voidaan toteuttaa esimerkiksi työterveysasemalla tai terveyskeskuksessa. Ohjaaminen A-klinikoiden tarjoamiin hoitopalveluihin tai kuntoutumiskeskukseen on aiheellista, jos tarvitaan riippuvuusongelmien intensiivistä ja pitkäaikaista hoitoa.</p>
<p>Suomen päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2005</p> <p>Käypä hoito –suositus</p> <p>Alkoholiongelmaisen hoito</p>	Käypä hoito -suositus	<p>Alkoholinkäyttö lisää huomattavasti maksakirroosin, ylempien hengitysteiden ja ruoansulatuskanavan syöpien sekä aivoverenvuodon riskiä ja merkitsevästi maksa-, paksusuoli-, peräsuoli- ja ravintosityövän, kroonisen haimatulehduksen ja verenpainetaudin riskiä.</p> <p>Runsaan alkoholinkäytön vähentäminen tai lopettaminen raskauden aikana parantaa sikiön kasvu- ja kehityssennustetta.</p> <p>Haastattelussa kannustava ja avoin ilmapiiri on tärkeä.</p> <p>Haastattelussa käytettyjen aineiden ja määrien ohella voidaan kysyä esimerkiksi syyllisyydentunteista, ongelmista perhepiirissä, tehtävien laiminlyönnistä tai tappeluihin joutumisesta. Keskustelu luo samalla kontaktin, joka valmistaa hoitoon. Tieto potilaan valmiudesta vähentää päih-</p>

		<p>teidenkäyttöään auttaa hoidon suunnittelussa. Muutosvalmiutta kannatta tiedustella esimerkiksi kysymällä: "Oletko ajatellut, että teidän pitäisi vähentää juomistanne?"</p> <p>Psykososiaalisten hoitojen ja kuntoutusmuotojen keskeinen elementti on keskustelu tai tekeminen yhdessä. Tapaamisiin voidaan ottaa mukaan potilaan läheiset tai vertaisryhmä.</p> <p>Käytössä on esimerkiksi seuraavia psykososiaalisia hoitoja: dynaaminen psykoterapia; kahdentoista askeleen hoito; kognitiivinen käyttäytymisterapia; motivoiva potilaskeskeinen haastattelu; palveluohjaus; ratkaisukeskeinen terapia; retkahdusten ehkäisy; systeemiteoreettinen malli; yhteisövahvistusohjelma; yleinen tukeminen.</p> <p>Psykososiaalinen hoito on tehokkaampaa kuin hoitamatta jättäminen.</p> <p>Motivoiva haastattelu ilmeisesti lisää hoidon tuloksellisuutta.</p> <p>Pari- ja perheterapia on ilmeisesti tehokkaampaa kuin pelkkä yksilön hoito. Jos alkoholiongelmiaan liittyy psyykinen häiriö, on molempien ongelmien hoito samassa paikassa ilmeisesti tehokkaampaa kuin kahteen eri paikkaan jaettu hoito.</p> <p>Kaikissa hoitomuodossa tärkeitä seikkoja ovat hoidon jatkuvuus sekä potilaan motivoiminen ja sitoutuminen hoitoon.</p> <p>Onnistunut työskentelysuhde on yhteydessä hyviin hoitotuloksiin.</p> <p>Vieroitusoireita ilmaantuu, kun päihteeseen sopeutuneen hermoston toiminta muuttuu äkkiä päihteen poistuessa elimistöstä. Hermoston adaptaatio päihteeseen jää jäljelle, ja hermosto tulee "yliaktiiviseksi". Alkoholin vieroitusoireet ilmaantuvat pitkään jatkuneen alkoholikäytön lopettamisen jälkeen 24–150 tunnin kuluessa. Lieviä vieroitusoireita ovat vapina, levottomuus, hikoilu, unettomuus ja ärtyvyys.</p> <p>Delirium tremens on vaikea vieroitusoireyhtymä, joka ilmaantuu 24–150 tunnin kuluttua alkoholin käytön lopettamisen jälkeen. Oireita ovat autonominen ja psykomotorinen hyperaktiivisuus (hikoilu, takykardia, vapina, levottomuus), puhevaikeudet, desorientaatio ja hallusinaatiot. Tilaa saattaa olla hengenvaarallinen.</p> <p>Vieroitusoireiden ja delirium tremensin hoidossa ovat tehokkaimpia bentsodiatsepiinit. Diatsepaamia annetaan 10–20 mg 1-2 tunnin välein nestemäisenä (tarvittaessa suoneen), kunnes potilas rauhoittuu tai saavutetaan kyllästysannos (200 mg).</p> <p>Alkoholin vieroitusoireiden hoito on totunnaisesti aloitetaan antamalla tiamiinia 100 mg lihakseen tai suoneen kolmena päivänä. Sillä voidaan estää mahdollisesti uhkaavaa Wernickin enkefalopatiaa, jos potilaalla on B1-vitamiinin puutos.</p> <p>Diatsepaamin lisäksi vaikeaa kiihtymistilaa voidaan hoitaa antamalla haloperidolia lihakseen 30–60 minuutin välein, kunnes potilas rauhoittuu. Maksimiannos on 60 mg/vrk. Potilaan kliinistä tilaa (hengitys, verenkierto) ja nestetasopainoa tulee seurata kuten tehohoidossa.</p> <p>Vieroitusoireisiin liittyvät dehydraatio ja suolavajaus voidaan lievissä tapauksissa hoitaa isotoniisella urheilujuomalla ja vähärasvaisella maidolla. Vaikea tilanne hoidetaan kalium- ja magnesiumin infuusiolla. Katkaisuhoidon on aina kuntoutuksen ja jatkohoidon perusta.</p> <p>Akupunktuurista ei ole hyötyä alkoholivieroitusoireiden hoidossa.</p> <p>Akuutti päihteen aiheuttama myrkytys voi olla vahinko tai itsemurhayritys. Hyvä somaattinen ja psyykinen ensihoito luo pohjan päihdeongelman jatkohoidolle.</p>
--	--	--

		<p>Potilas vaistoaa herkästi hoitohenkilöstön kielteisen tai moralisoivan asenteen. Asennetta voidaan muuttaa jatko- ja täydennyskoulutuksella sekä keskusteluilla.</p> <p>Pitkäaikainen päihdeongelma on invalidisoiva sairaus. Ongelman luonteen takia alkoholisoituneen potilaan eläke- ja muu sosiaaliturva voi jäädä järjestämättä.</p> <p>Jos alkoholiongelmaan liittyy psyykinen häiriö, on molempien ongelmien hoito samassa paikassa ilmeisesti tehokkaampaa kuin kahteen eri paikkaan jaettu hoito.</p>
<p>Hannu Alho, Mauri Aalto, Kari Eskola, Antti Holopainen, Juhani Juntunen, Olli Kampman, Rauno Mäkelä, Solja Niemelä, Kari Seppä & Helena Vormo, 2010</p> <p>Alkoholiongelmaisten hoito – Käypä hoito – suosituksen päivystiivistelmä</p>	<p>Käypä hoito –suosituksen päivystiivistelmä</p>	<p>Psykososiaalinen hoito on tehokkaampaa kuin hoitamatta jättäminen. Motivoiva haastattelu ja kognitiivinen terapia ilmeisesti lisäävät hoidon tuloksellisuutta. Kahdentoista askeleen hoito on yhtä hyvä kuin verkostoterapia tai disulfiraamilla tehostettu kognitiivinen hoito. Toistaiseksi ei tunneta sellaisia kriteereitä, joiden perusteella yksittäiselle alkoholiongelmaiselle voitaisiin valita hänelle parhaiten sopiva hoitomuoto. Hyvää hoitosuhde on yhteydessä hyviin hoitotuloksiin. Vieroitusoireiden ja delirium tremensin hoidossa bentsodiatsepiinit ovat tehokkaimpia. Psykososiaaliset hoidot ovat alkoholiriippuvuuden hoidon perusta, mutta tulosta voidaan parantaa edelleen merkittävästi lääkityksellä. Valvottu disulfiraamilääkitys parantaa merkittävästi pelkillä psykososiaalisella hoidolla saatuja tuloksia.</p>
<p>Maria Myllykoski, 2014</p> <p>artikkeli</p> <p>Unihuolto osana päihdehoitoa</p>	<p>Tarkoitus on kuvata unihuoltoa, unettomuuden hoitoa osana päihdehoitoa</p>	<p>Pitkään jatkunut alkoholikäyttö heikentää unen laatu muun muassa nukahtaminen pitenee ja unen kokonaiskesto lyhenee. Vieroitusvaiheessa esiintyvä unettomuus voi johtaa jopa hengenvaaralliseen alkoholidelirium –tilaan. Delirium alkaa tyypillisesti 2-3 vuorokauden valvomisen jälkeen juomisen loputtua. Retkahdusten vaaran on suurempi unettomuudesta kärsivillä. Tämän vuoksi on syytä kiinnittää erityistä huomiota unettomuuden hoitoon vieroitusvaiheessa. Unettomuuden hoidon kulmakivenä on hyvä ja riittävä unihuolto, jossa pyritään poistamaan erilaisia toimintahäiriöitä ja kitkaa aiheuttavia tekijöitä. Unen huollossa korostetaan rytmin merkitystä. Säännöllisillä elämäntavoilla, fyysisellä rasituksella, syömisellä on vaikutus unettomuuden vähentämiseen. Toiminnallisia menetelmiä on akupunktio ja rentoutus. Päihdeasiakkailta rentoutuminen on haastavaa, mutta sen voi oppia harjoittelemalla rentoutusta; erilaiset hengitysharjoitukset, musiikki ja mielikuvamatkat rentoutuvat sopivasti yötä kohden. Unilääkkeisiin tulisi turvautua vain ”äärimmäisessä” hädässä. Unilääkkeet itsessään voivat aiheuttaa unettomuutta ja heikentää unen laatua. Varsinkin bentsodiatsepiinit ja niiden johdannaiset aiheuttavat herkästi riippuvuutta. Hieman parempi vaihtoehto bentsopohjaisille unilääkkeille ovat sedatiiviset masennuslääkkeet. Näillä lääkkeillä on unettava vaikutus ja ne toimivat parhaiten pitkäaikaisen unettomuuden hoidossa ja aiheuttavat harvoin riippuvuutta. Melatoniini on turvallinen valinta unettomuuden hoidossa. Yöhoitajaa ohjeistetaan tarkkailemaan erityisesti katkolla olevan asiakkaan nukkumista tai unettomuutta. Vaarana unettomuudessa on aina joko alkoholidelirium tai muu psykoosin kaltainen tila.</p>
<p>Antti Mikkonen, 2007</p> <p>Samanaikaisen alkoholiongelman ja masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito</p>	<p>Katsausartikkeli</p> <p>Alkoholiongelman hoito</p>	<p>Päihdehoidossa olisi syytä selvittää päihdeongelmaisen mahdollinen masennus, jotta tarvittaessa se voitaisiin hoitaa asianmukaisesti omana sairautena. Alkoholiongelmaisella masennus lisää riskiä retkahtaa juomaan. Kun potilas on ollut täysin juomatta alkoholia ja masennusoireet jatkuvat 4 viikkoa, on kyseessä kliininen masennus. Tällöin läikehoito on perusteltua. Masennuslääkkeistä selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät soveltunevat parhaiten ensilinjan lääk-</p>

parantavat ennustetta		keeksi alkoholiongelmaiselle. Mikäli potilas kärsii myös unettomuudesta, sedatiivisista masennuslääkkeistä mirtatsapiini on käyttökelpoinen vaihtoehto. Molempien häiriöiden varhainen tunnistaminen ja hoito parantavat potilaan ennustetta.
<p>Kati Huomo, 2014</p> <p>Päihdeongelmainen potilas somaattisella vuodeosastolla</p> <p>Artikkeli-kartoitus</p>	<p>Artikkeli kuvaa päihdeongelmaisen potilaan kohtaantoa ja sen kehittämistä somaattisella vuodeosastolla.</p> <p>Aineistona on kahden sairaanhoitajan haastattelu sekä kirjoittajan omakohtainen kokemus</p>	<p>Sairaanhoitajalla on hyvää olla tietoa päihteenkäytöstä ilmiönä, päihteenkäytön motiiveista ja riippuvuudesta kohdatakse päihteen käyttäjän hoitavalla tavalla. Tieto ja sitä kautta syntyvä ymmärrys auttavat sairaanhoitajaa työskennellessään päihteen käyttäjän hyväksi. Tämän ymmärryksen lisääntyminen vähentää sairaanhoitajan omaa turhautumista auttajana. Somaattisella vuodeosastolla on vaikeuksia tasapainoilun ajan antamisessa huomiota tarvitsevan päihdeongelmaisen ja vakavasti sairaan potilaan välillä. Henkilökunnan aikaa menee huonokuntoisten potilaiden hoitoon. Päihdeongelmaisten levottoman käyttäytymisen takana voi olla turvattomuus, minkä vuoksi hän on jatkuvasti huomiota vailla hoitajalta. Tämä ongelma voitaisiin huomioida vuodeosastolla työn jaossa, että hoitajalla olisi mahdollisuus antaa päihdeongelmaiselle potilaalle hänen tarvitsemaa huomiota.</p> <p>Hyvänä keinona on myös pidetty päihdeongelmaisen potilaan sijoittamista omaan huoneeseen. Mielenterveysongelmien huomioimisen on tärkeä somaattisen hoidon yhteydessä. Hoitaja voi potilaan halutessa pyytää hoitotyön konsultaationa psykiatrista sairaanhoitajaa keskustelemaan potilaan kanssa.</p> <p>Päihteen käyttäjä lähes aina tuntevat häpeän ja syyllisyyden tunteita. Hoitotyöntekijä lisää näitä häpeän ja syyllisyyden tunteita vastakkainasettelulla ja torjumisella, kun hoitaja hyvää tarkoittaen ajattelee sillä saavan päihteen käyttäjän tulemaan järkiinsä. Päihteen käyttäjä voi pyrkiä hallitsemaan häpeän tunnettansa olemalla uhmakas, kovaääninen tai vetäytyvä tai kiinnittää hoitajan huomio merkityksettömiin asioihin. Päihteen käyttäjä tulisi kohdata empaattisesti ja luottamuksellisesti. Potilaalla on oikeus saada asiallista ja hyvää hoitoa. Hoidossa oleva potilas ansaitsee tulla hyväksytyksi ja ymmärretyksi. Potilas on arvokas ihmisenä, vaikka hän onkin tehnyt huonoja ratkaisuja elämässään.</p> <p>Voidakseen auttaa päihdeongelmista kärsivää potilasta on hoitajan hyvä pohtia omaa asennettaan päihteen käyttöä kohtaan. Hoitajan omat asenteet välittyvät potilaalle ja potilas tulkitsee ne herkästi kielteiseksi asenteeksi ja haluttomuudeksi auttaa. Sairaanhoitajan oma neutraali asennoituminen päihkeitä käyttävän potilaaseen edesauttaa hoitosuhteen syntymistä. Positiivinen, vastaanottava, hyväksyvä ja ymmärtävä mutta ammatillinen suhtautuminen potilaaseen edistää potilaan kiinnittymistä hoitoon.</p> <p>Kiireisessä tilanteessa sairaanhoitajan on hyvä kärsivällisesti kertoa potilaalle miksi ja kuinka kauan hän joutuu odottamaan. Päihteenkäyttäjää voi tulkita sairaanhoitajan kiireen henkilökohtaiseksi loukkaukseksi.</p> <p>On tärkeä päihdeongelmaisten potilaiden hoitamisessa työtovereilta saatua tukea. Työtovereille voi käydä purkamassa päihteen käyttäjän aiheuttamaa turhautumista ja kiukkua, mitä ei voi potilaalle näyttää.</p> <p>Aggressiivisesti käyttävää potilasta tulisi hoitaa rauhallinen henkilö. Hankalissa vuorovaikutustilanteissa tulee välttää monen eri ihmisen yhtäaikaista puhumista ja puuttumista tilanteeseen. Yleensä riitaa haastava potilas rauhoittuu, kun hän kokee tulleen kuulluksi ja kohdatuksi. Potilaalle selvitetään rauhallisesti tilanne ja asetetaan selkeät rajat yhteistyölle.</p>

		<p>Hoitotyön ammattilaisella on vastuu puuttua päihteiden käytön lopettamiseen. Sen jälkeen vastuu toiminnasta siirtyy päihteiden käyttäjälle.</p> <p>Jokaisen potilaan hoitosuunnitelman tulee merkitä selkeästi annettu ohjaus, jotta seuraavan vuoron hoitaja voi jatkaa ohjaamista.</p> <p>Ideaalitilanteessa sairaanhoitaja tarttuu somaattisella vuodeosastolla potilaan ongelmiin ja ohjaa potilasta hoitotilanteidenyhteydessä motivoivan haastatteluun keinoin. Somaattiselta osastolta kotiutuessaan potilaalle olisi valmiiksi katsottu yksikkö, josta hän saa halutessaan apua päihdeongelmaansa. Liitteenä on annettava lista tukea tarjoavista paikoista. Sairaalassa päihdehoitotyöhön on tärkeä ottaa mukaan sosiaalityöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja, fysioterapeutti, sairaalapappi.</p>
<p>Sinikka Pohjola-Sintonen, Marjatta Kaurala, Jarmo Kantonen, Juho Mattila, Eila Manninen-Kauppinen, 2006</p> <p>Päihderiippuvuuden aiheuttaman sairauden takia erikoissairaanhoidossa hoidetut potilaat: 6 kuukauden seuranta.</p>	<p>Selvitä päihderiippuvuuden aiheuttaman sairanhoidon yleisyyttä sisätautien vuodeosastoilla ja hoidon ennustetta kuuden kuukauden aikana. Kvalitatiivinen tutkimus, tutkimusaineistona olivat potilaat.</p>	<p>Lähes viidennes potilaista on sisätautiosastoilla hoidossa päihderiippuvuuden aiheuttaman sairauden takia. Hoitoon käytetään runsaasti resursseja, mutta tulos on huono sekä elinajan ennusteen, toimintakyvyn että päihteistä irtautumisen suhteen.</p> <p>Aineistossa lähes kaikki jatkoivat päihteiden käyttöä</p>
<p>Erkamo-Anttila, Johanna, 2010</p> <p>Pro gradu –työ.</p> <p>Vakavasti päihdeongelmaisten näkemyksiä hoidon ja avun tarpeestaan: toimintaympäristönä hel-sinkiläinen akuuttisairaala</p>	<p>Selvitä millaisena vakavasti päihdeongelmaiset näkevät hoidon ja avun tarpeensa sekä miksi he tulevat toistuvasti akuuttisairaalahoitoon.</p> <p>Kvalitatiivinen tutkimus, teemahaastattelu.</p>	<p>Empatian ja asiallisen kohtelun sekä kokonaistilanteen kartoituksen puute ja hoitohenkilökunnan puuttumattomuus päihdeongelmaan muuten kuin vieroitusoireiden hoitamisen muodossa vaikutti osaltaan haastateltavien toistuvaan akuuttisairaalahoitoon. Sosiaalityöntekijää tai fysioterapeuttia ei aina ollut kutsuttu paikalle, vaikka potilailla oli toiveita. Psykiatrinen sairaanhoitaja myös ei ollut aina tarvittaessa saatavilla. Jos vakavasti päihdeongelmaiset henkilöt ja hoitohenkilökunta hyväksyisivät alkoholismien sairautena, myönteisiä hoitotuloksia saataisiin helpommin. Muille potilaille annetaan usein enemmän toipumisaikaa ja heidän kokonaistilannettaan usein selvitetään tarkemmin, mikä auttaa esimerkiksi jatkohoitoon pääsemisessä</p>
<p>Lea-Riitta Mattila, 2001</p> <p>Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitteijärjestelmän kehittäminen</p> <p>Akateeminen väitöskirja</p>	<p>Potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen kehittäminen</p> <p>Aineistolähtöinen teoria lähestymistapa</p> <p>Hoitotilanteiden havainnointi, potilaan ja hoitajan haastattelu, kysely hoitajille</p>	<p>Tuloksena muodostui seitsemän vuorovaikutuksen osa-alueita kuvaavaa kategoriaa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus. (Myönteisyyttä varmistavat potilaan tuloon varautuminen, kuuntelu, yksilöllisyyden kunnioittaminen, omaisen huomioon ottaminen. Omahoitajakäytäntö ja potilaan ja hänen omaisensa ohjaus tukivat myönteistä kohtaamista. Kohtaamisen alkuvaiheessa on tärkeä tutustuminen, läheisyys, turvallisuus, potilaan kokemus hyväksymisen tulleminen. Turvallisuuden kannalta on tärkeä, että potilas saa ilmaista tunteitaan. Vuorovaikutuksen heikentävä tekijä on hoitajan negatiivinen ennakkokuva potilaasta. Potilaan kanssa, joka oli joutunut sairaalaan yllättäen hoitaja etene varovasti ja tunnustellen potilaan halukkuutta vuorovaikutukseen). 2. aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä. (Yhteistyökumppanuuden rakentaminen on tärkeä. Vuorovaikutuksessa potilas on neuvonantaja ja konsultti, jonka tietoja hoitaja voi hyödyntää. Hoitaja ottaa huomioon potilaan tuntemukset. Hoitovetoisessa vuorovaikutuksessa potilas kokee myönteisyyttä ja hoitaja ammattitaidon arvostamista. Silloin hoitaja on ehdotusten tekijä ja päät-

		<p>tätä potilaan puolesta, mutta potilas hyväksyy sen ja luottaa hoitajaan).</p> <p>3. potilaan ja hoitajan läheisyys. (Läheinen hoitaja on helposti lähestyttävä, lähtee potilaan tarpeista toiminnassaan, kiinnostunut potilaasta ihmisenä, se ilmenee heidän keskeisenä sinutteluna, etunimen käyttönä, huumorina, hoitajan sijoittumisessa, kun hoitaja istuu potilaan ollessa pitkällään vuoteella).</p> <p>4. välittämisen kokeminen (tapahtuu kun hoitaja paneutuu potilaan asioihin, valvoo potilaan vointia ja tietoinen sen muutoksista, on oma-aloitteisesti yhteydessä potilaaseen; turvallisuuden kokeminen tapahtuu koskettamisen, kädestä pitämisen, halaamisen kautta; hoitajan on oltava tavoitettavissa; potilaalla on oltava tilaisuus kertoa tuntemuksistaan, kysyä, pyytää apua; hoitajan halu tietää potilaan kuulemisia vahvistaa välittämisen kokemista).</p> <p>5. vahvistuminen (potilasta tuetaan "oman itsensä herraksi", joka ottaa vastuuta, vaikuttaa ja päättää hoitoon liittyvissä asioissa; potilaalle on tärkeä tiedottaa etukäteen, miten hän voi toimia ja helpottaa hoidon toteuttamista; potilaalle on tärkeä saada tietoa hänen kuntoutumisen edistymisestä; luottamus hoitajan asiantuntevuuteen myös vahvistaa potilasta)</p> <p>6. tunnekokemuksen jakaminen. (Hoitaja, jolla on pitkäkestoinen hoitosuhde potilaaseen tai joka on hänen omahoitaja, tuntee potilaan yhteisönä ja perheensä jäsenenä. Hän tietää, mikä on merkityksellistä potilaan kotiutusta suunniteltaessa. Se auttaa häntä vuorovaikutuksessa potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Tärkeä on potilaan tunteiden huomioon ottaminen, jossa edellytyksenä on hoitajan taitoja sanattoman viestin ymmärtämistä ja taitoja esittää oikeita kysymyksiä oikealla hetkellä).</p> <p>7. vuorovaikutuksen ympäristö (fyysinen ympäristö on osaston tiloja, kuten potilashuone ja mahdollisuutta käyttää yksityistä tilaa, yhden hengen potilashuonetta, haastattelu- tai tutkimushuonetta; ihmissuhdeympäristö on potilas-hoitaja vuorovaikutus, potilaiden keskeinen vuorovaikutus, vuorovaikutus omaisten ja perheen kanssa; suotuista fyysinen ympäristö on potilashuone ja tila, jossa potilaalla on mahdollisuus keskusteluun hoitajan kanssa; potilashuoneessa myönteiset ja aktivoivat potilasta vuorovaikutukseen hoitajan ja toisten potilaiden kanssa jopa voi kehittää ryhmäkeskusteluja, jos potilailla on yhteinen kiinnostuksen kohde sairauteen liittyen).</p>
<p>Marja Kohonen, Taru Juvakka, Jari Kylmä & Anna-Maija Pietilä, 2006</p> <p>Hoitotiede: tieteellinen artikkeli</p> <p>Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät - metasynteesi</p>	<p>Tarkoitus oli muodostaa metasynteesi toivoa vahvistavasta hoitotyön menetelmistä</p> <p>Tutkimusaineisto muodostui 47 julkaisusta</p> <p>Induktiivinen sisällön analyysi</p>	<p>Tuloksia voidaan hyödyntää näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä. Toivon vahvistaminen on terveyttä edistävä auttamismenetelmä. Toivoa vahvistavat auttamismenetelmät sisältävät luottamuksellisen hoitosuhteen rakentaminen potilaan kanssa (potilaan arvostaminen, aito läsnäolo, kokonaisvaltainen hoito), potilaskeskeinen työskenteleminen (potilaan kohtaaminen ihmisenä, ihmisarvon vahvistaminen, eläytyminen, oikeiden sanojen käyttö, rohkaisu, ymmärtäminen, emotionaalinen tuki), keskusteleminen potilaan kanssa (vastuullinen ja aktiivinen kuunteleminen, hyväksyvä ja kunnioittava kommunikointi; keskustelu on avoin, realistinen, taitava, luottamuksellinen; puhuminen potilaan tunteista, jokapäiväisestä elämästä ja sen toiminnoista, hoidon luomista mahdollisuuksista), potilaan ja läheisten toivon aktiivinen tukeminen (hoitajan aktiivinen toivoa vahvistava ote, toivon etsiminen, toivon rakentaminen, potilaan toivoa vahvistavien tekijöiden tunnistamista tai uudelleen määrittämistä; verbaalisesti ja nonverbaalisesti toivoa ilmaiseva kommunikointi lisää toivoa; toivosta, epätoivosta ja toivottomuudesta puhuminen; hoitajan toiveikkuus voi vahvistaa potilaan toiveikkuutta), potilaan ja läheisten tiedon saannin turvaaminen (informoida potilasta sairaudesta, elämästä sen kanssa, tukiorganisaatioista, lääkityk-</p>

		<p>sestä, hoidosta, sairauteen mahdollisesti liittyvistä tunteista, uupumuksesta; toivoa vahvistavan informaation tulee olla paikansapitävää, positiivista, toiveikasta, rehellistä), potilaan omien voimavarojen vahvistaminen (valoisuus, itsetunto, elämänhallinta, itsenäisyys, seesteisyys, päättäväisyys, mielikuvituksen käyttö, muisteleminen, itseluottamus), potilaan auttaminen tulevaisuuteen suuntaamisessa ja tavoitteiden asettamisessa (puhuminen tulevaisuudesta, vahvistaminen tulevaisuuden uskoa, rohkaiseminen aloittaa tai jatkoa harrastuksia, perhe-elämä, vahvistaa potilaan motivaatiota, elossa selviytymisen odotusta; potilasta autetaan asettamaan tavoitteita elämässään ja saavuttamaan niitä, myös autetaan luopumaan joistakin tavoitteista ja asettamaan uusia), potilaan hengellisyyden tukeminen (hengellinen keskustelu, musiikin hyödyntäminen, rukoileminen potilaan kanssa, yhteistyö kirkon kanssa), potilaan pelkojen vähentäminen (potilasta rohkaistaan pelkojen jakamiseen ja käsittelyyn toisten kanssa, kuolemanpelon käsittely), potilaan ja läheisten tukeminen sairauteen ja sen hoitoon sopeutumisessa (potilasta autetaan elää sairauden aiheuttamien rajoitusten kanssa), potilaan sairauden hoitaminen (kivun lievittäminen, potilaan olotilan tekeminen miellyttäväksi), potilaan tukeminen sosiaalisten suhteiden ylläpitämisessä (perhe, ystävät), läheisten tukeminen hoitoon osallistumisessa (läheisten läsnäolo, positiivisuus, rohkaisu), vertaistuen järjestäminen potilaalle ja omaisille (järjestää potilaalle tapaamisia vertaisten kanssa, järjestää ohjauksia ryhmissä), suojaavan ympäristön järjestäminen (minimoida potilasta häiritsevät tekijät hänen ympäristöstään)</p>
<p>Mira Marika Kanerva, 2012</p> <p>Pro gradu –tutkielma</p> <p>Valtataistelu elämästä – alkoholiongelman kokemus ja merkitykset ihmisen elämässä ja identiteetissä</p>	<p>Tarkoituksena on tuottaa uudenlaista tietoa alkoholiongelman luonteesta ja tuoda esiin kokemuksellisen tiedon merkitystä</p> <p>Tutkimuksen aineisto koostuu kirjeistä ja haastatteluista</p> <p>Aineiston analyysimenetelmänä on käytetty diskurssi-analyysia</p>	<p>Sen sijaan, että alkoholiongelma olisi pelkästään lääketieteellinen sairaus, psyykinen riippuvuus tai yhteiskunnallinen asema, se on ennen kaikkea henkisesti koettu pahoinvoinnin tila. Se on elämäntapahtumien seurauksena koettua elämän merkityksellömyyttä ja kyvyttömyyttä muuttaa sitä. Alkoholiongelman kokemus näyttäytyy tutkimuksessa normaalin ulkopuolella elämisenä, hukassa olemisena omalta itseltään. Alkoholiongelman kanssa eläminen on vallan menetystä omasta itsestään ja elämästään alkoholille. Se on syvä ja kipeä kokemus, joka määrittää niin ihmisen elämää kuin identiteettiäkin. Identiteetin nähtiin olevan hyvin keskeinen osa alkoholiongelmaa ja sen kokemusta. Alkoholiongelmainen identiteetti muodostui tarinoissa identiteetiksi, jota leimasivat häpeä, syyllisyys, nöyryytys ja ihmisarvon puute. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että alkoholiongelma on merkittävä tekijä siinä, kuinka ihminen kokee itsensä, ja sillä on valtava negatiivinen vaikutus ja merkitys ihmisen identiteetissä. Tutkimuksessa tarinan kautta ihmiset saivat jakaa kokemuksiaan, hahmottaa ja jäsentää omaa elämäntilannettaan, sekä pohtia omaa ongelmansa ja sen takana olevia merkityksiä. Tarinalla ja kertomuksilla olisi annettavaa myös osana hoitotyötä. Alkoholiongelma on henkistä pahoinvointia ja vaikeita elämäkokemuksia, ja ihminen sen keskellä voi olla meistä kuka tahansa.</p>
<p>Hanna Ruumensaari, 2012</p> <p>Pro gradu –tutkielma</p> <p>Pois pullon pauloista</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena on selvittää muutosmotivaation heräämiseen ja ylläpysymiseen vaikuttaneita tekijöitä.</p> <p>Tutkimus on laadullinen, menetelmänä on teema- ja</p>	<p>Tutkimuksen mukaan muutokseen motivoineet tekijät ovat sekä fyysisiä, psyykkisiä kuin sosiaaliakin. Fyysisinä tekijöinä olivat fyysiset oireet, fyysisten oireiden pelko, psyykkisinä tekijöinä olivat masennus, pettymys alkoholin vaikutuksiin, häpeä, syyllisyys, kuoleman pelko, jotka pakottavat arvioimaan ja erittelemään elämäntilannetta. Sosiaalisina tekijöinä on elämäntilanteen suupistuminen ja läheisten merkitys. Läheisten ilmaisemalla huolella voi olla suuri merkitys muutosprosessin käynnistämisessä. Haastateltavat kokivat tarvitsevänsä tuekseen intensiivistä laitokuntoutusta, koska useasti he eivät pystyneet hallintaa alkoholinkäyttöä omin avuin tai pelkän</p>

	syvähaastattelun yhdistelmää.	avohoidon tuella. Laitoskuntoutuksen aikana muutosmotivaatiota ylläpitäneet tekijät ovat sen tarjoamat tuen lähteet ja elämänhallinnan lisääntyminen. Tuen lähteinä olivat ammatillinen apu ja vertaisuus. Elämänhallinta lisääntyi kuntoutusjakson aikana päihteettömien päivien myötä tapahtuneesta fyysisen ja psyykkisen olon kohentumisesta, toiminnallisuuden lisääntymisestä sekä lähentyneistä väleistä läheisiin.
Mari Vikman, 2011 Pro gradu –tutkielma. Mielenterveyspotilaan perheen terveys, toimivuus ja hoitohenkilökunnalta saatu sosiaalinen tuki perheen jäsenen kokemana	Sairaalapotilaiden perheenjäsenen vahvistaminen	Perheenjäsenen sairauteen liittyvän tiedon saaminen auttaa perheen-jäseniä sairauden ymmärtämisessä ja hyväksymisessä sekä myönteisemmässä suhtautumisessa potilaan tilanteeseen. Hoitotyöntekijöiden tulisi ottaa aktiivisesti perheenjäsenten kokema huoli ja auttaa heitä löytämään keinoja tämän hallitsemiseksi: keskustelemalla voimavaroistaan; kannustamalla vahvistamaan harrastustoimintaan osallistumista huolenpidon ohella
Lotta Loikkanen, 2011 Pro gradu –tutkielma Päihderiippuvaisten miesten kokemuksia tuesta selviytymisprosessissa	Tutkimuksen tavoitteena on selvittää millaista tukea päihderiippuvaiset ovat saaneet selviytymisprosessin aikana. Tutkielma on laadullinen, menetelmänä on teemahaastattelu.	Tulokset kertovat vertaistuen tärkeydestä. Keskustelemisen ja tunteista puhumisen oppiminen ja sen kokeminen on hyvin tärkeä. Kovasta päihdekulttuurista tulleet vastaajat ovat vertaistuen avulla oppineet kokemaan tunteitaan sekä keskustelemaan niistä vertaisten kanssa.
Irja Mikkonen, 2009 Akateeminen väitöskirja Sairastuneen vertaistuki	Laadullinen	Sosiaali- ja terveyspalvelujen kentässä vertaistukitoiminta kulkee rinnalla, edellä tai jäljessä ja voi jatkaa myös sinne mihin ammatillisella tuella ei ole resursseja tai niille alueille minne se ei pysty muuten ulottumaan. Vertaistuki tarjoaa siten merkittäviä voimavaroja sairastuneiden elämänlaatuun ja tukee ammatillisen tuen kanssa yhdessä sairastunutta jokapäiväisessä elämässä. Tutkimukseen osallistuneet rinnastivat vertaistuen usein julkisiin palveluihin ja harrastustoimintaan. Kaikissa ryhmittymissä enemmistö on sitä mieltä, että vertaistukea ei voida korvata millään muulla vastaavalla toiminnalla. Vertaistuki vastaa toisaalta tukiryhmissä toimivien mielestä tietyn osin julkisten palveluja. Kun vertaistukea verrattiin julkisiin palveluihin, se rinnastettiin tai siitä käytettiin termejä lisätuki, erityistuki, avaintuki, psykologinen tuki, henkinen tuki. Osa tutkimukseen osallistuneista piti vertaistukea ainutlaatuisena ja korvaamattomana eikä rinnastanut sitä mihinkään. Vertaisena nähtiin lähinnä ryhmäläiset, mutta myös ryhmään kuuluvat läheiset ja henkilökohtaiset avustajat sekä ryhmän ulkopuoliset ystävät. Se milloin sairastuneet kokevat tervettä ihmisiä vertaiseksi kuvaa ryhmään luokitellun empatiakykyä asettua toisen ihmisen asemaan. Vertaistukeen hakeuduttiin sairauden eri vaiheissa. Toiset menivät aluksi hakemaan apua tukihenkilöltä ja sen jälkeen siirtyivät vertaistukiryhmään. Toiset menivät suoraan ryhmään. Ryhmi- en toiminnasta on saatu tietoa useista läheistä: potilasjärjestöiltä, tuttavilta, työpaikalta sairau- desta riippuen myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta.
Minna Laitila, 2010 Väitöskirja Asiakkaan osallisuus	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata asiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä	Palveluiden käyttäjien ja asiakkaiden osallisuus on keskeinen tavoite sosiaali- ja terveydenhuollossa, niin myös mielenterveys- ja päihdetyössä. Asiakkaan osallisuuden kokemukseen liittyvät riittävä tuki, yhteinen päätöksenteko, asiakkaan valinnan mahdollisuus sekä asiakkaan mielipi-

<p>mielenterveys- ja päihde-työssä. Fenomenografisen lähestymistapa</p>	<p>mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena on kehittää mielenterveys- ja päihdetyötä tukemalla palveluiden käyttäjien osallisuutta.</p> <p>Menetelmä: Mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaiden ja työntekijöiden haastattelu.</p> <p>Aineisto analysoitiin soveltaen fenomenografista lähestymistapaa.</p>	<p>teiden arvostaminen. Osallisuus voi vaikuttaa positiivisesti asiakkaan hallinnantunteeseen ja itsetuntoon. Tavoitteena on palveluiden käyttäjien osallistumisen avulla parantaa palvelujärjestelmän kykyä vastata asiakkaiden tarpeisiin. Palveluiden käyttäjillä on syvällistä, kokemusperäistä tietoa, jota voidaan käyttää palveluiden kehittämiseen ja laadun varmistukseen sekä työntekijöiden koulutuksessa ja tutkimus-työssä. Sillä, että asiakas kokee kohtaamisessa työntekijän kanssa tulevana kuulluksi, on todettu olevan merkitystä hoitoon sitoutumiselle ja tulokselliselle hoidolle. Palveluiden käyttäjien osallisuuden avulla voidaan lisätä hoitomyöntyvyyttä ja tyytyväisyyttä hoitoon. Se nähdään keskeisenä osana hyvää hoitoa ja käytäntöä. Hoidon suunnittelussa asiakkaan osallisuus käsittää hoidon suunnittelun asiakkaan tarpeiden pohjalta, asiakkaan mielipiteiden arvostamisen ja riittävän tiedon antamisen asiakkaalle päätöksen teon perustaksi. Tulosten perusteella asiakaslähtöisellä toiminnalla voidaan tukea asiakkaan osallisuutta. Asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdetyössä toteutuu organisaatioiden, asiakas-työntekijä -yhteistyösuhteen ja yksittäisen työntekijän toiminnan tasolla. Hoitotieteen ja -työn näkökulmasta sairaanhoitajat ja muut hoitotyöntekijät ovat merkittävä työntekijäryhmä niin mielenterveys kuin päihdetyössäkin. He myös usein työskentelevät käytännön asiakastyössä lähellä palveluiden käyttäjiä. Näin ollen heillä on merkittävä rooli asiakkaan osallisuuden edistämisessä ja toteuttamisessa.</p> <p>Tutkimustulosten perusteella seuraavat johtopäätökset asiakkaan osallisuuden tukemiseksi mielenterveys- ja päihdetyössä:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tavoitteena on asiakkaan mahdollisimman suuri osallisuus omassa hoidossa ja kuntoutuksessa, itsemäärääminen ja voimaantumisen. 2) Asiakkaan osallisuutta voidaan tukea asiakaslähtöisellä toiminnalla. Tutkimustulosten mukaan työntekijöiden asenteella on merkitystä asiakkaiden osallisuuden toteutumiselle. 3) Palveluiden käyttäjät arvostavat työntekijöiden ammattitaitoa ja osaamista. Asiakkaan osallisuutta tukeva ja asiakaslähtöinen toiminta ei siis merkitse asiantuntijuudesta luopumista, vaan uudenlaista jaettua asiantuntijuutta. 6) Osallisuuden toteutumiseen erilaisissa pakkoa tai velvoittavuutta sisältävissä tilanteissa tulee kiinnittää erityistä huomiota. Pakon käytölle, erilaisille säännöille ja määräyksille tulee olla riittävät ja selkeät perusteet, jotka läpikäydään yhdessä asiakkaan kanssa. 7) Edelleen kaikilla tasoilla tulee kiinnittää huomiota palveluiden käyttäjien riittävään tiedonsaantiin. Voidakseen olla osallisia asiakkaat tarvitsevat tietoa erilaisista vaihtoehdoista ja oikeuksistaan. Tietoa tulee antaa sellaisessa muodossa, että asiakas sen ymmärtää.
<p>Minna Laitila & Anna-Maija Pietilä, 2012 Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihde-työssä</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä.</p> <p>Lähestymistapa on fenomenografia. Aineistokeruumenetelmänä oli avoin haastattelu,</p>	<p>Osallisuus nähtiin monitasoisena, tarkoituksenmukaisena tai tärkeänä toimintatapana. Siihen liittyi myös asiakkaan sitoutuminen ja vastuu omasta hoidosta. Tulosten perusteella asiakkaan osallisuus ei riittävästi toteudu mielenterveys- ja päihdetyössä.</p> <p>Tutkimuksessa kuvattiin kolme erilaista osallisuuden toteutumistapaa, jotta olivat osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen, osallisuus palveluiden kehittämiseen sekä osallisuus palveluiden suunnitteluun ja järjestämiseen. Tutkimuksen mukaan työntekijät näkivät monenlaisia mahdollisuuksia osallisuuden toteutumiselle niin yksilön kuin yhteisöjenkin tasolla. Hoitotyöntekijät työskentelevät usein lähellä asiakasta ja heidän panoksensa on siten erityisen tärkeä, kun kehitetään ja juurrutetaan asiakkaan osallistumisen mahdollistavia toimintamalleja.</p>

	osallistuivat 11 mielenterveys- ja päihdetyön työntekijät.	<p>Asiakkaiden osallisuuteen liitettiin myös käsityksiä vallasta ja sen jakautumisesta asiakkaan ja työntekijän välillä. Palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden ja osallisuuden korostaminen muuttaa käsitystä asiantuntijuudesta. Palveluiden käyttäjien ja ammattilaisten tieto ovat parhaimmillaan toisiaan täydentäviä, eivät kilpailevia.</p> <p>Hoitotyössä on tärkeä pohtia ja konkretisoida sitä, mitä asiakkaiden osallisuus käytännössä tarkoittaa ja miten se toteutuu.</p> <p>Asiakkaat, heidän tarpeensa, kykynsä ja motivaationsa olla osallisina ja osallistua ovat erilaisia. Tämän vuoksi tarvitaan erilaisia tapoja olla osallisina.</p> <p>Terveys- ja sosiaalialan ammattilaisten asenteilla on tärkeä merkitys asiakkaiden osallisuuden toteutumiselle. Työntekijät toimivat osallisuuden mahdollistajina ja osallistumisen kannustajina. Asiakkaan osallisuutta tukevat ja asiakaslähtöinen toiminta ei merkitse asiantuntijuudesta luopumista, vaan uudenlaista jaettua asiantuntijuutta.</p>
Ulla Timlin & Helvi Kynäs, 2007 Artikkeli Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä	<p>Tarkoitus oli selvittää, miten hoitajat arvioivat hallittu hoidollinen rajoittaminen – toimintamallin toteutumista psykiatrisessa hoitotyössä</p> <p>Määrällinen aineisto, kyselylomake</p>	<p>Hallittu hoidollinen rajoittaminen tarkoittaa tilanteita, joissa hoitohenkilökunta on vuorovaikutuksen keinoin pyrkinyt rauhoittamaan potilasta ja tarvittaessa käyttänyt myös fyysistä rajoittamista potilaan hoidossa. Toimintamallia ei aina käytetty tilanteissa, tositilanteessa tekniikka unohtui. Toimintamalli koettiin myös hyödylliseksi ja tärkeäksi työn kannalta. Vastaajat korostivat aggressiivisuuden ja väkivaltaisuuden ennaltaehkäisemistä. Fyysinen rajoittaminen koettiin psyykkisesti kuormittavaksi. Tulosten mukaan potilasta pyrittiin hoitamaan muita vuorovaikutukseen perustuvia keinoja kuin fyysistä rajoittamista. Aggressiivista tai väkivaltaista potilasta huomioitiin fyysisen kiinnipidon aikana. Potilaan fyysinen rajoittaminen tulisi perustua vuorovaikutukseen. Jälkipuinnilla ja siihen sisältyvällä keskustelulla voidaan ehkäistä yksilön traumatisoitumista ja psyykkisiä oireita vaikean, traumaattisen tilanteen jälkeen.</p>
Arja Heikkinen & Helmi Tiri, 2004 Artikkeli Potilaan eristäminen psykiatrisella osastolla	<p>Tarkoitus oli kuvata potilaiden ja hoitajien käsityksiä tulosalueen eristämiskäytännöstä ohjaavien periaatteiden toteutumisesta, sekä koota tietoa eristämisen syistä ja hoidosta eristämisen aikana. Kvantitatiivinen, haastattelu ja kysely</p>	<p>Potilaiden eristämiseen johtavat tilanteet ovat haaste henkilökunnalle. Potilaan ja henkilökunnan oikeuksien yhteen sovittaminen eristämistilanteissa vaatii avointa keskustelua. Koskettomuus ja ihmisarvoinen kohtelu ovat jokainen perusoikeuksia. Potilaan hoitoon eristykseen aikana tulee kiinnittää huomiota. Nykyisen lain määräyksen mukaan jokaisen eristyksessä sidottuna hoidettavan potilaan vierellä on oltava hoitaja. Tulosalueella on tehty osastojen väliset yhteissopimukset lisähenkilökunnan saamiseksi tarvittaessa toiselta osastolta. Riittävän ajoissa annettu tarpeenmukainen lääkitys voi vähentää eristämisen tarvetta.</p>
Sirpa Tölli, Hannele Lukkarinen & Päivi Vuokila-Oikkonen 2010 Hoitotiede: tieteellinen artikkeli Ymmärtävä oppiminen	<p>Tarkoitus oli kuvata sairaanhoitajaopiskelijoiden mielen-terveyshoitotyön oppimista Diakonia-ammattikorkeakoulussa Kerronnallinen eli narratiivinen menetelmä Tutkimuksen aineisto muodostui 23 opiskelijoiden mielen-terveyden edistäminen –</p>	<p>Opiskelijoille, jotka saavuttivat ymmärtävän oppimisen tason, oli ominaista se, että he itse ottivat vastuun oppimisestaan ja ymmärtää itsenäisen opiskelun merkityksen oppimisessaan. He olivat innostuneita ja paneutuneita oman potilaan elämäntilanteeseen. Heillä oli kokemus yhteistyösuhteen onnistumisesta harjoittelun aikana.</p> <p>Omaan potilaaseen ja hänen elämän tilanteeseensa tutustumisen jälkeen, he olivat motivoituneita hankimaan laajalti tietoa, jota reflektointiin käytännöstä saatujen kokemusten kanssa. Mallikertomuksesta: luottamuksellisen suhteen syntymisen lähtökohtana oli opiskelijan kunnioittaminen potilasta ja hyväksyminen sellaisena kuin hän on; kyky ymmärtää potilasta ja asettua hänen asemansa, johtuen osittain omista kokemuksistaan, jotka on pystynyt käsittelemään; yhteistyösuhteen kehittämiseen vaikuttivat opiskelijan hyvät vuorovaikutustaidot kuten kuuntelu, läsnä-</p>

tuottaa mielenterveyshoitotyön syvällistä osaamista	opintojaksoon liittyneistä esseistä	olo ja katsekontakti. Yhteistyösuhde opetti opiskelijoille potilaan kokemuksen ymmärtämistä, ihmisen kokonaisvaltaista kohtaamista ja potilaan voimavarojen tunnistamista.
<p>Maria Inkinen</p> <p>2004</p> <p>Päihdehuollon sairaanhoidajan työn sisältö</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia päihdehuollon sairaanhoitajien työn sisältöä</p> <p>Määrällinen tutkimus, on käytetty strukturoitu kyselylomake</p>	<p>Hoitotyö on kokonaisvaltaista: asiakkaita hoidetaan, tuetaan, autetaan tai neuvotaan sekä fyysisen, psyykkisen että sosiaalisen tilanteen ja tarpeiden pohjalta.</p> <p>Tutkittavien sairaanhoitajien työssä painottui asiakastyö. Asiakastyö painottuu keskusteluhoitoon omien asiakkaiden kanssa. Lisäksi osan työhön sisältyy läheisen tukemista tai hoitoa, yhteistyötä perheen kanssa ja asiakkaan tukiverkoston rakentamista.</p> <p>Päihdehuollon hoitotyössä painottuvat erityisesti: asiakkaan tilanteen ja hoidon tarpeen arviointi sekä suunnittelu, psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen sekä neuvonta ja opettaminen.</p> <p>Tärkeimmät hoidollisen keskustelun sisällöt olivat: päihteitä käyttävän asiakkaan elämäntilanne, tavoite, voimavarat, muutoshalukkuus sekä toivon tunteen ja vastuunottamisen edistäminen.</p> <p>Hoitomenetelmien käytössä painottuvat: supportiivinen terapia tai tuki, retkahduksen ehkäisy, motivoiva haastattelu, psykiatrisen hoitotyön menetelmät, hoitotyön yleiset auttamismenetelmät ja ratkaisukeskeinen terapia.</p>

LIITETAULUKKO 2. AINEISTON KESKEISTEN TULOSTEN KUVAUS

Alkoholideliriumpotilaan hoito vuodeosastolla	Hoidon osa-alueet / Huomioon otettava	
<p>Vieroitusoireiden ja delirium tremensin hoidossa bentsodiatsepiinit ovat tehokkaimpia.</p> <p>Nestetasapainohäiriöiden, oheissairauksien ja komplikaatioiden hoito. Alkoholideliriumpotilaalla tyypillisiä piirteitä ovat dehydraatio, hyponatremia, hypokalemia, hypomagnesemia ja hypofosfatemia. Myös hypokalemian ja kuumeen hoitoon on varauduttava.</p> <p>Tiamiinin puutteen takia alkoholisti on vaarassa sairastua Wernicke-Korsakovin oireyhtymään, jonka estämiseksi annetaan rutiinimaisesti tiamiinia 100 mg lihakseen tai laskimoon kolmena peräkkäisenä päivänä. Enkefalopatian riski kasvaa, jos potilas saa hiilihydraattipitoista ravintoa tai laskimoon glukoosia ennen tiamiinin käytön aloittamista.</p> <p>Vitaalitoimintoja tulee seurata riittävän usein. Yhteistyökykyisen potilaan vieroitusoireiden vaikeusastetta ja vastetta lääkitykseen tulisi seurata CIWA-Ar-asteikolla.</p> <p>Vieroitusvaiheessa unettomuus voi johtaa alkoholidelirium-tilaan. Unihuolto on tärkeä. Säännöllinen elämäntapa, fyysinen rasitus, oikea syöminen, akupunktio, rentoutus. Unilääkkeet vain «äärimäisessä» hädässä. Melatoniini on turvallinen unettomuuden hoidossa. Yöhoitaja tarkkailee potilaan nukkumista ja unettomuutta.</p> <p>Jos alkoholiongelmiaan liittyy psyykkinen häiriö, on molempien ongelmien hoito samassa paikassa ilmeisesti tehokkaampaa kuin kahteen eri paikkaan jaettu hoito.</p> <p>Alkoholiongelmallisella masennus lisää riskiä retkahtaa juomaan. Kun potilas on ollut täysin juomatta alkoholia ja masennusoireet jatkuvat 4 viikkoa, on kyseessä kliininen masennus. Tällöin lääkehoito on perusteltua. Masennuslääkkeistä selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät</p>	<p>Lääkehoito Diatsepaamia annetaan 10–20 mg 1-2 tunnin välein nestemäisenä (tarvittaessa suoneen), kunnes potilas rauhoittuu tai saavutetaan kylälästysannos (200 mg). Bentsodiatsepiiniannos voidaan sovittaa CIWA-Ar-arviointiasteikkoa käyttäen (1-4 tunnin kuluttua lääkkeen viimeisimmästä annosta), jolloin vältetään yli- ja alisedaatiolta.</p> <p>Nestetasapaino dehydraatio, hyponatremia, hypokalemia, hypomagnesemia ja hypofosfatemia.</p> <p>Riskit Enkefalopatian riski, Wernicke-Korsakovin oireyhtymän riski</p> <p>Lääkehoito tiamiinia 100 mg lihakseen tai laskimoon kolmena peräkkäisenä päivänä</p> <p>Seuranta vitaalitoiminnot vieroitusoireiden vaikeusaste vaste lääkitykseen</p> <p>Unihuolto melatoniini yöhoitaja tarkkailee potilaan nukkumista ja unettomuutta</p> <p>Masennuksen hoito kliininen masennus – lääkehoito perusteltu masennuslääkkeistä selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät</p>	<p>Fyysisten tarpeiden hoito</p>

<p>soveltunevat parhaiten ensilinjan lääkkeeksi alkoholiongelmaiselle.</p> <p>Mikäli potilas kärsii myös unettomuudesta, sedatiivisista masennuslääkkeistä mirtatsapiini on käyttökelpoinen vaihtoehto. Molempien häiriöiden varhainen tunnistaminen ja hoito parantavat potilaan ennustetta.</p>	<p>jos masennuksen yhteydessä on unettomuus - sedatiivinen masennuslääke - mirtatsapiini</p>	
<p>Deliriumpotilas tulee sijoittaa huoneeseen, jossa on rauhallinen ja hyvin valaistu ympäristö. Potilasta tulee rauhoitella ja auttaa orientaation palauttamisessa. Tarvittaessa on järjestettävä jatkuva omahoitajaseuranta, koska riehua ja psykoottinen potilas voi olla vaarallinen itselleen ja muille.</p> <p>Hallusinaatiot ja harhaluulot saattaa aiheuttaa potilaalle pelkoja, joiden seurauksena voi olla traumaperäinen stressihäiriö. Sen eston kannalta potilaalle on hyvää kertoa delirium luonteesta ja merkityksestä sekä toistuvien vieroitusoireiden aiheuttamasta herkistymisestä alkoholikouristusten ja deliriumin synnylle.</p> <p>Lepositeitä saa käyttää vain siihen saakka, kunnes potilas on saatu rauhoitettua lääkityksellä.</p> <p>Hallittu hoidollinen rajoittaminen tarkoittaa tilanteita, joissa hoitohenkilökunta on vuorovaikutuksen keinoin pyrkinyt rauhoittamaan potilasta ja tarvittaessa käyttänyt fyysistä rajoittamista potilaan hoidossa.</p> <p>Sairaanhoitajan hyvää tietää päihdekäytöstä ilmiönä, päihdekäytön motiiveista ja riippuvuudesta. Huomioitava työn jaossa, että hoitajalla olisi mahdollisuus antaa potilaalle riittävästi aikaa.</p> <p>Päihdeongelmaiset potilaat kokivat useasti empatian, asiallisen kohtelun sekä kokonaistilanteen kartoituksen puut-</p>	<p>Turvallisuus rauhallinen ja hyvin valaistu ympäristö</p> <p>tarvittaessa on järjestettävä jatkuva omahoitajaseuranta lepositeitä saa käyttää vain siihen</p> <p>pelkojen seurauksena traumaperäisen stressihäiriön syntymisen ehkäisemiseksi kertoa potilaalle delirium luonteesta ja merkityksestä</p> <p>Rajoittaminen lepositeitä saa käyttää vain siihen saakka, kunnes potilas on saatu rauhoitettua lääkityksellä hallittu hoidollisen rajoittamisen menetelmän käyttö, potilasta huomioidaan fyysisen kiinnipidon aikana, eristyksessä sidottuna hoidettavan potilaan vierellä on oltava hoitaja riittävän ajoissa annettu tarpeenmukainen lääkitys vähentää eristämisen tarvetta</p> <p>Kohtaaminen annetaan potilaalle hänen tarvitsemaa huomiota empatia, luottamuksellinen ja asiallinen kohtelu, hyvä hoitosuhde vältetään kielteistä ja moralisoiva suhtautumista potilaan neutraali asennoituminen, positiivinen, vastaanottava, hyväksyvä ja ymmärtävä mutta ammatillinen suhtautuminen</p>	<p>Psyykkisten tarpeiden hoito</p>

teetta.

Hyvää hoitosuhde on yhteydessä hyviin hoitotuloksiin Potilas vaistoa herkästi hoitohenkilöstön kielteisen tai moralisoivan asenteen. Sairaanhoidajan oma neutraali asennoituminen päihkeitä käyttävän potilaaseen edesauttaa hoitosuhteen syntymistä. Positiivinen, vastaanottava, hyväksyvä ja ymmärtävä mutta ammatillinen suhtautuminen potilaaseen edistää potilaan kiinnittymistä hoitoon. Potilaan ja hoitajan välillä on seitsemän vuorovaikutuksen osa-alueita joihin pitäisi kiinnittää huomiota hoitotyössä: 1. kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus. (Myönteisyyttä varmistavat potilaan tuloon varautuminen, kuuntelu, yksilöllisyyden kunnioittaminen, omaisen huomioon ottaminen. Omahoitajakäytäntö ja potilaan ja hänen omaisensa ohjaus tukivat myönteistä kohtaamista. Kohtaamisen alkuvaiheessa on tärkeä tutustuminen, läheisyys, turvallisuus, potilaan kokemus hyväksymisen tulemisesta. Turvallisuuden kannalta on tärkeä, että potilas saa ilmaista tunteitaan. Vuorovaikutuksen heikentävä tekijä on hoitajan negatiivinen ennakkokuva potilaasta. Potilaan kanssa, joka oli joutunut sairaalaan yllättäen hoitaja etene varovasti ja tunnustellen potilaan halukkuutta vuorovaikutukseen). 2. aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä. (Yhteistyökumppanuuden rakentaminen on tärkeä. Vuorovaikutuksessa potilas on neuvonantaja ja konsultti, jonka tietoja hoitaja voi hyödyntää. Hoitaja ottaa huomioon potilaan tuntemukset. Hoitovetoisessa vuorovaikutuksessa potilas kokee myönteisyyttä ja hoitaja ammattitaidon arvostamista. Silloin hoitaja on ehdotusten tekijä ja päättäjät potilaan puolesta, mutta potilas hyväksyy sen ja luottaa hoitajaan). 3. potilaan ja hoitajan läheisyys. (Läheinen hoitaja on helposti lähestyttävä, lähtee potilaan tarpeista toiminnassaan, kiinnostunut potilaasta ihmisenä, se ilmenee heidän keskeisenä sinutteluna, etunimen käyttönä, huumorina, hoitajan sijoittumisessa, kun hoitaja istuu potilaan ollessa pitkäällä vuoteella). 4. välittämisen kokeminen (tapautuu

Vuorovaikutus

potilaan tuloon varautuminen, tutustuminen, kuuntelu, yksilöllisyyden kunnioittaminen, omaisen huomioon ottaminen, läheisyys, turvallisuus, potilaan hyväksyminen, yhteistyökumppanuuden rakentaminen, vuorovaikutuksessa potilas on neuvonantaja ja konsultti, jonka tietoja hoitaja voi hyödyntää, hoitaja ottaa huomioon potilaan tuntemukset, hoitaja on ehdotusten tekijä ja päättäjät potilaan puolesta, mutta potilas hyväksyy sen ja luottaa hoitajaan, hoitaja on helposti lähestyttävä, lähtee potilaan tarpeista toiminnassaan, kiinnostunut potilaasta ihmisenä, hoitaja paneutuu potilaan asioihin, valvoo potilaan vointia ja tietoinen sen muutoksista, on oma-aloitteisesti yhteydessä potilaaseen, koskettaminen, kädestä pitäminen, halaaminen, hoitajan on oltava tavoitettavissa, potilaalla on oltava tilaisuus kertoa tuntemuksistaan, kysyä, pyytää apua, hoitajan halu tietää potilaan kuulemisia vahvistaa välittämisen kokemista, potilasta tuetaan ”oman itsensä herraksi”, joka ottaa vastuuta, vaikuttaa ja päättää hoitoon liittyvissä asioissa; potilaalle on tärkeä tiedottaa etukäteen, miten hän voi toimia ja helpottaa hoidon toteuttamista; potilaalle on tärkeä saada tietoa hänen kuntoutumisen edistymisestä; luottamus hoitajan asiantuntevuuteen myös vahvistaa potilasta, omahoitaja, tuntee potilaan yhteisönä ja perheensä jäsenenä. Hän tietää, mikä on merkityksellistä potilaan kotiutusta suunniteltaessa. Se auttaa häntä vuorovaikutuksessa potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Tärkeä on potilaan tunteiden huomioon ottaminen, jossa edellytyksenä on hoitajan taitoja sanattoman viestin ymmärtämistä ja taitoja esittää oikeita kysymyksiä oikealla hetkellä suotuisa fyysinen ympäristö on potilashuone ja tila, jossa potilaalla on mahdollisuus keskusteluun hoitajan kanssa

<p>kun hoitaja paneutuu potilaan asioihin, valvoo potilaan vointia ja tietoinen sen muutoksista, on oma-aloitteisesti yhteydessä potilaaseen; turvallisuuden kokeminen tapahtuu koskettamisen, kädestä pitämisen, halaamisen kautta; hoitajan on oltava tavoitettavissa; potilaalla on oltava tilaisuus kertoa tuntemuksistaan, kysyä, pyytää apua; hoitajan halu tietää potilaan kuulemisia vahvistaa välittämisen kokemista). 5. vahvistuminen (potilasta tuetaan ”oman itsensä herraksi”, joka ottaa vastuuta, vaikuttaa ja päättää hoitoon liittyvissä asioissa; potilaalle on tärkeä tiedottaa etukäteen, miten hän voi toimia ja helpottaa hoidon toteuttamista; potilaalle on tärkeä saada tietoa hänen kuntoutumisen edistymisestä; luottamus hoitajan asiantuntevuuteen myös vahvistaa potilasta) 6. tunnekokemuksen jakaminen. (Hoitaja, jolla on pitkäkestoinen hoitosuhde potilaaseen tai joka on hänen omahoitaja, tuntee potilaan yhteisönä ja perheensä jäsenenä. Hän tietää, mikä on merkityksellistä potilaan kotiutusta suunniteltaessa. Se auttaa häntä vuorovaikutuksessa potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Tärkeä on potilaan tunteiden huomioon ottaminen, jossa edellytyksenä on hoitajan taitoja sanattoman viestin ymmärtämistä ja taitoja esittää oikeita kysymyksiä oikealla hetkellä). 7. vuorovaikutuksen ympäristö (fyysinen ympäristö on osaston tiloja, kuten potilashuone ja mahdollisuutta käyttää yksityistä tilaa, yhden hengen potilashuonetta, haastattelu- tai tutkimushuonetta; ihmissuhdeympäristö on potilas-hoitaja vuorovaikutus, potilaiden keskeinen vuorovaikutus, vuorovaikutus omaisten ja perheen kanssa; suotuisa fyysinen ympäristö on potilashuone ja tila, jossa potilaalla on mahdollisuus keskusteluun hoitajan kanssa; potilashuoneessa myönteiset ja aktivoivat potilasta vuorovaikutukseen hoitajan ja toisten potilaiden kanssa jopa voi kehittää ryhmäkeskusteluja, jos potilailla on yhteinen kiinnostuksen kohde sairauteen liittyen). Alkoholiongelmainen identiteettiä leimaa häpeä, syyllisyys, nöyryytys ja ihmisarvon puute. Tarinan kautta ihmiset</p>	<p>Identiteetti potilaan oman elämän tarinan kertominen on osa hoitotyötä</p>	
--	--	--

<p>saivat jakaa kokemuksiaan, hahmottaa ja jäsentää omaa elämäntilannettaan, sekä pohtia omaa ongelmansa ja sen takana olevia merkityksiä. Tarinalla ja kertomuksilla olisi annettavaa myös osana hoitotyötä</p> <p>Asiakkaan osallisuuden kokemiseen liittyvät riittävä tuki, yhteinen päätöksenteko, asiakkaan valinnan mahdollisuus ja hänen mielipiteiden arvostaminen. Osallisuus voi vaikuttaa positiivisesti asiakkaan hallinnantunteeseen ja itsetuntoon. Tulevansa kuulluksi vahvistaa asiakkaan hoitoon sitoutumista. Työntekijät toimivat osallisuuden mahdollistajina ja osallistumisen kannustajina.</p> <p>Potilasta motivoidaan ja ohjataan asianmukaiseen alkoholi-ongelman jatkohoitoon. Muutokseen motivoineet tekijät ovat sekä fyysisiä, psyykkisiä kuin sosiaalisiaakin. Fyysisinä tekijöinä olivat fyysiset oireet, fyysisten oireiden pelko, psyykkisinä tekijöinä olivat masennus, pettymys alkoholin vaikutuksiin, häpeä, syyllisyys, kuoleman pelko, jotka pakottavat arvioimaan ja erittelemään elämäntilannetta. Sosiaalisina tekijöinä on elämänpiirin supistuminen ja läheisten merkitys. Läheisten ilmaisemalla huolella voi olla suuri merkitys muutosprosessin käynnistämisessä. Psykososiaaliset hoidot ovat alkoholiriippuvuuden hoidon perusta ja sen keskeinen elementti on keskustelu ja tekeminen yhdessä. Psykososiaaliset hoidot: dynaaminen psykoterapia; kahdentoista askeleen hoito; kognitiivinen käyttäytymisterapia; motivoiva potilaskeskeinen haastattelu; palveluohjaus; ratkaisukeskeinen terapia; retkahdusten ehkäisy; systeemiteoreettinen malli; yhteisövahvistusohjelma; yleinen tukeminen.</p> <p>Sairaanhoitaja tarttuu potilaan ongelmiin ja ohjaa potilasta hoitotilanteiden yhteydessä motivoivan haastattelun keinoin</p> <p>Toivoa vahvistavat auttamismenetelmät ovat luottamuksellisen hoitosuhteen rakentaminen potilaan kanssa, potilaskeskeinen työskenteleminen, keskusteleminen potilaan kanssa, potilaan ja läheisten toivon aktiivinen tukeminen,</p>	<p>Osallisuuden kokemus yhteinen päätöksen teko, asiakkaan mielipiteiden arvostaminen, potilaan tulevansa kuulluksi kokemuksen mahdollistaminen, hoidon suunnittelu asiakkaan tarpeiden pohjalta työntekijät tulee mahdollistaa ja kannustaa asiakkaan osallisuutta hoitoon</p> <p>Motivointi Motivoivien tekijän ymmärtäminen</p> <p>psykososiaaliset hoidot, keskustelu, tekeminen yhdessä</p> <p>potilaan ongelmiin tarttuminen ja potilaan ohjaaminen motivoivan haastattelun keinoin</p> <p>Toivon vahvistaminen toivoa vahvistavat auttamismenetelmien käyttö</p>	
---	--	--

<p>potilaan ja läheisten tiedon saannin turvaaminen, potilaan omien voimavarojen vahvistaminen, potilaan auttaminen tulevaisuuteen suuntaamisessa ja tavoitteiden asettamisessa, potilaan hengellisyiden tukeminen, potilaan pelkojen vähentäminen, potilaan ja läheisten tukeminen sairautteen ja sen hoitoon sopeutumisessa, potilaan sairauden hoitaminen, potilaan tukeminen sosiaalisten suhteidenyl-läpittämisessä, läheisten tukeminen hoitoon osallistumi- sessa, vertaistuen järjestäminen potilaalle ja omaisille, suojaavan ympäristön järjestäminen.</p>		
<p>Potilaiden perheenjäsenen vahvistaminen on osa sairaan- hoitajan työtä. Perheenjäsenen sairauteen liittyvän tiedon saaminen auttaa perheenjäseniä sairauden ymmärtämi- sessä ja hyväksymisessä sekä myönteisessä suhtau- tumisessa potilaan tilanteeseen Hoitotyöntekijöiden tulisi ottaa aktiivisesti perheenjäsenten kokema huoli ja auttaa heitä löytämään keinoja tämän hallitsemiseksi: keskuste- lemalla voimavaroistaan; kannustamalla vahvistamaan harrastustoimintaan osallistumista huolenpidon ohella Keskustelemisen ja tunteista puhumisen oppiminen ja sen kokeminen on hyvin tärkeä. Kovasta päihdekulttuurista tulleet vastaajat ovat vertaistuen avulla oppineet koke- maan tunteitaan sekä keskustelemaan niistä vartaisten kanssa. Sairaalassa päihdehoitotyöhön on tärkeä ottaa mukaan sosiaalityöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja, fysiotera- peutti, sairaalapappi. Pitkäaikainen päihdeongelma on invalidisoiva sairaus. Ongelman luonteen takia alkoholisoituneen potilaan eläke- ja muu sosiaaliturva voi jäädä järjestämättä.</p>	<p>Moniammatillinen tuki ja muut tuki muodot Perheenjäsenen vahvistaminen Sairaanhoitajien tulee antaa tietoja potilaan sairaudesta hänen perheenjäsenille. Hoitotyöntekijöiden tulisi keskustella potilaan perheenjäsentensä kanssa voimavaroistaan, kannustaa vahvistamaan harrastustoimin- taan osallistumista huolenpidon ohella</p> <p>Vertaistuki Hoitotyöntekijän tulee kertoa ja järjestää mahdollisuuksien mukaan vertaistukea potilaalle</p> <p>Muiden ammattiryhmien tuki</p>	<p>Sosiaalisten tarpeiden hoito</p>
<p>Opiskelijoille, jotka saavuttivat ymmärtävän oppimisen tason, oli ominaista se, että he itse ottivat vastuun oppi- mistaan ja ymmärtää itsenäisen opiskelun merkityksen oppimisessaan. He olivat innostuneita ja paneutuneita oman potilaan elämäntilanteeseen. Heillä oli kokemus yhteistyösuhteen onnistumisesta harjoittelun aikana.</p>	<p>vastuun otto oppimisestaan; halu paneutua oman potilaan elämänti- lanteeseen; motivointi hankia laajalti tietoa ja reflektoida käytännön kokemuksen kanssa; luottamuksellisen suhteiden rakentaminen; lähtökohtana potilaan kunnioittaminen ja hyväksyminen sellaisena kuin hän on; pyrkimys ymmärtää potilasta ja asettua hänen asemansa;</p>	<p>Henkilöstön täyden- nyskoulutuksen tar- peet</p>

<p>Omaan potilaaseen ja hänen elämän tilanteeseensa tutustumisen jälkeen, he olivat motivoituneita hankimaan laajalti tietoa, jota reflektointiin käytännöstä saatujen kokemusten kanssa. Luottamuksellisen suhteen syntymisen lähtökohtana oli opiskelijan kunnioittaminen potilasta ja hyväksyminen sellaisena kuin hän on; kyky ymmärtää potilasta ja asettua hänen asemansa. Yhteistyösuhteen kehittämiseen vaikuttivat opiskelijan hyvät vuorovaikutustaidot kuten kuuntelu, läsnäolo ja katsekontakti.</p> <p>Hoitotyö on kokonaisvaltaista: asiakkaita hoidetaan, tuetaan, autetaan tai neuvotaan sekä fyysisen, psyykkisen että sosiaalisen tilanteen ja tarpeiden pohjalta.</p> <p>Päihdehuollon hoitotyössä painottuvat erityisesti: asiakkaan tilanteen ja hoidon tarpeen arviointi sekä suunnittelu, psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen sekä neuvonta ja opettaminen. Tärkeimmät hoidollisen keskustelun sisällöt olivat: päihteitä käyttävän asiakkaan elämäntilanne, tavoite, voimavarat, muutoshalukkuus sekä toivon tunteen ja vastuunottamisen edistäminen. Hoitomenetelmien käytössä painottuvat: supportiivinen terapia tai tuki, retkahduksen ehkäisy, motivoiva haastattelu, psykiatrisen hoitotyön menetelmät, hoitotyön yleiset auttamismenetelmät ja ratkaisukeskeinen terapia.</p>	<p>vuorovaikutuksessa potilaan kanssa tärkeitä on kuuntelu, läsnäolo ja katsekontakti.</p> <p>ottaa huomioon potilaan sekä fyysisen, psyykkisen että sosiaalisen tilanne;</p> <p>hoitotyön toiminnot: potilaan tilanteen ja hoidon arviointi, suunnittelu, psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen, neuvonta ja opettaminen; keskusteleminen potilaan kanssa seuraavista asioista: potilaan elämäntilanne, tavoite, voimavarat, muutoshalukkuus sekä toivon tunteen ja vastuunottamisen edistäminen.</p>	
--	--	--

LIITETAULUKKO 3. CIWA-Ar-asteikko alkoholin vieroitusoireiden arvioimiseksi

I Pahoinvointi ja oksentelu *Kysy "Voitko pahoin?", "Oletko oksentanut?"*

- | | |
|----|--|
| 0. | Ei pahoinvointia eikä oksentelua |
| 1. | Lievää pahoinvointia, ei oksentelua |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | Ajoittaista pahoinvointia ja yököttelyä |
| 5. | |
| 6. | |
| 7. | Jatkuvaa pahoinvointia, toistuvaa yököttelyä ja oksentelua |

*II Vapina, kädet ojennettuina
ja sormet harallaan*

- | | |
|----|---|
| 0. | Ei vapinaa |
| 1. | Ei näkyvää, mutta voidaan tuntea kädet ojennettuina |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | Kohtalaista, potilaan kädet ojennettuina |
| 5. | |
| 6. | |
| 7. | Voimakasta jopa käsien lepoasennossa |

III Hikoilu

- | | |
|----|---|
| 0. | Ei näkyvää hikoilua |
| 1. | Juuri ja juuri havaittavaa hikoilua, kämmenet kosteat |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | Näkyviä hikikarpaloita otsalla |
| 5. | |
| 6. | |
| 7. | Erittäin voimakasta |

IV Ahdistuneisuus *Kysy: "Tunnetko itsesi hermostuneeksi?"*

- | | |
|----|---|
| 0. | Ei ahdistuneisuutta, levollinen |
| 1. | Lievästi ahdistunut |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | Kohtalaisen ahdistunut tai kireä (torjuu ahdistuksen) |
| 5. | |

6.

7.

Ahdistus vastaa akuuttia paniikkikohtausta sellaisena kuin se ilmenee vaikeassa deliriumissa tai akuutissa skitsofreenisessä tilassa.

V Kiihtyneisyys

0.

Normaali aktiivisuus

1.

Lievästi levoton

2.

3.

4.

Kohtalaisen rauhaton ja levoton

5.

6.

7.

Kävelee edestakaisin lähes koko haastattelun ajan tai liikehtii jatkuvasti levottomasti

VI Tuntohäiriöt

Kysy: "Onko sinulla kutinaa, pistelyä, kirvelyä?", "Tunnetko puutumista?", "Tuntuuko kuin hyönteisiä kulkisi pitkin ihoasi tai ihosi alla?"

0.

Ei mitään

1.

Hyvin lievää kutinaa, pistelyä, kirvelyä ja puutumista

2.

Lievää kutinaa, pistelyä, kirvelyä ja puutumista

3.

Kohtalaista kutinaa, pistelyä, kirvelyä ja puutumista

4.

Keskimääräistä voimakkaampia tuntoharhoja

5.

Voimakkaita tuntoharhoja

6.

Erittäin voimakkaita tuntoharhoja

7.

Jatkuvia voimakkaita tuntoharhoja

VII Kuulohäiriöt

Kysy: "Kuuletko mitään erityisiä ääniä?", "Ovatko ne voimakkaita, pelottavia tai häiritsevätkö ne sinua?", "Kuuletko olemattomia ääniä?"

0.

Ei ääniä

1.

Hyvin lieviä ja hyvin vähän pelottavia ääniä

2.

Lieviä ja vähän pelottavia ääniä

3.

Kohtalaisia ja melkoisen pelottavia harhoja

4.

Keskimääräistä voimakkaampia kuuloharhoja

5.

Voimakkaita kuuloharhoja

6.

Erittäin voimakkaita kuuloharhoja

7.

Jatkuvia voimakkaita kuuloharhoja

VIII Näköhäiriöt

Kysy: "Vaikuttaako valo liian kirkkaalta?", "Onko väri erilainen?", "Koskeeko valo silmiisi?", "Näetkö mitään, mikä häiritsee sinua?", "Näetkö olemattomia asioita?"

0.

Ei näköhäiriöitä

1.

Hyvin lieviä näköhäiriöitä

2. Lieviä näköhäiriöitä
3. Kohtalaisia näköhäiriöitä
4. Keskimääräistä voimakkaampia näköharhoja
5. Voimakkaita näköharhoja
6. Erittäin voimakkaita näköharhoja
7. Jatkuvia voimakkaita näköharhoja

IX Päänsärky, puristava Kysy: "Onko sinulla päänsärkyä?" "Tuntuuko sinusta siltä, kuin pääsi ympäriltä olisi vanne?" Älä arvioi huimausta, muuten arvioi voimakkuus.

0. Ei ole
1. Hyvin lievä
2. Lievä
3. Kohtalainen
4. Keskimääräistä kovempi
5. Kova
6. Hyvin kova
7. Erittäin kova

X Tajunnan tason hämärtä- Kysy: "Mikä päivä tänään on?", "Missä olet?", "Kuka minä olen?", "Ole hyvä minen ja laske yhteen!"

0. Orientoitunut ja kykenee laskemaan yhteen.
 1. Ei kykene laskemaan yhteen tai on epävarma päivästä.
 2. Erehtyy päivästä enintään kahdella päivällä.
 3. Erehtyy päivästä useammalla kuin kahdella päivällä.
 4. Erehtyy paikasta tai henkilöstä tai molemmista.
- Kerro potilaalle aika, paikka ja henkilöllisyytesi, mikäli tarpeen.

Kokonaispisteet

Katkaisuhoitoon käytetty aika minuutteina (kirjataan vastaisen varalle)

Kuka tekee tämän arvioinnin

Ensimmäinen arvioija

Toinen arvioija

Huomautuksia