
”Juttelutuokioita saisi olla enemmän”

**AKUUTTIKATKAISUHOITOPOTILAIDEN MIELIPITEI-
TÄ PÄIHDEHOITOTYÖN AUTTAMISMENETELMIEN
TOTEUTUMISESTA**

HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU

Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, 17.11.2009

Anne Uravuori

Tarja Vuorinen

Hoitotyön koulutusohjelma
Wahreninkatu 11
30100 FORSSA

Työn nimi ”Jutteluokioita saisi olla enemmän” – Akuuttikatkaisuhoido-
potilaiden mielipiteitä päihdehoitotyön auttamismenetelmien
toteutumisesta

Tekijä Anne Uravuori

Tarja Vuorinen

Ohjaava opettaja Marjut Hovi

Hyväksytty _____ . _____ .20 _____

Hyväksyjä

FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä	Anne Uravuori ja Tarja Vuorinen	Vuosi 2009
Työn nimi	”Juttelu tuokioita saisi olla enemmän” – Akuuttikatkaisuhoitopotilaiden mielipiteitä päihdehoitotyön auttamismenetelmien toteutumisesta	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa katkaisuhoidopotilaiden mielipiteitä käytetyistä päihdehoitotyön auttamismenetelmistä päihdepsykiatriassa yksikössä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa auttamismenetelmien toteutumisesta ja tärkeydestä päihdehoitotyössä akuuttikatkaisuvaiheessa. Tietoa voidaan hyödyntää päihdekatkaisuprosessin kehittämisessä ja hoitajien päihdepsykiatrisen osaamisen vahvistamisessa. Opinnäytetyön on tilannut Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän psykiatrian osasto 11.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys rakentui aiheeseen liittyvistä tutkimuksista, kirjallisuudesta sekä hoitosuosituksista. Opinnäyte toteutettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Aineisto kerättiin maaliskuussa 2009 strukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi myös avoimen kysymyksen. Aineiston keruussa kohderyhmän muodostivat Forssan sairaalan osasto 11 päihdepsykiatrian akuuttikatkaisuhoitopotilaat (N=36).

Saatujen tulosten mukaan akuuttikatkaisuhoitopotilaiden mielestä päihdehoitotyön auttamismenetelmistä vieroitusoireiden arviointi ja lievittäminen, turvallisen hoitoympäristön luominen sekä perustarpeiden huomiointi toteutuivat hoitojaksolla hyvin. Sen sijaan elämäntilanteen selvittäminen ja sen järjestämisessä tukeminen sekä päihteettömyyteen kannustaminen eivät toteutuneet vastaajien mielestä aivan niin hyvin. Kuitenkin näitä kaikkia auttamismenetelmiä pidettiin tärkeänä hoitojakson onnistumisen kannalta.

Opinnäytetyön tulosten avulla on mahdollista kehittää päihdepsykiatrista hoitotyötä ja osaamista, ainakin paikallisesti. Haasteina kehittämistyössä on mm. potilaan yksilöllisen kohtelun, informoinnin, vuorovaikutuksen sekä jatkohoidon suunnittelun kehittäminen.

Avainsanat päihdehoitotyö, katkaisuhoido, päihdehoitotyön auttamismenetelmät

Sivut 41 s. + liitteet 8 s.

Unit HAMK University of Applied Sciences

Name of degree programme Degree Programme in Nursing

Option

Author Anne Uravuori and Tarja Vuorinen **Year** 2009

Subject of Bachelor's thesis "There should be more time to talking"
Acute Detoxification Patients' Views on Methods of Assistance

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to survey detoxification patients' opinions about the rehabilitation treatment used in the psychiatric detoxification unit. The aim was to produce information about the success and importance of treatment in acute care. The knowledge can be used in developing rehabilitation treatment and nurses' skills. The thesis was commissioned by the Forssa Hospital, Psychiatric Ward 11.

The theoretical framework is based on previous research on the subject, literature and recommendations of treatment. The research method was quantitative. The research material was collected between March and July in 2009 with a structured questionnaire, which also included an open question. The subject of the research consisted of the patients (N=36) in acute detoxification treatment in the Forssa Hospital, Ward 11.

The results of the survey showed that from the patients' point of view the following rehabilitation methods were successful: assessment and relieving of withdrawal symptoms, creating a safe environment and fulfilling the basic needs during the treatment period. However, supporting the straightening out the life situation and encouraging sobriety were not so successful. All these methods were considered important for the success of the treatment period.

The results of the thesis can be used in developing psychiatric detoxification treatment, at least locally. The challenges in the development work are e.g. individual treatment of patient, communicating, interaction and follow-up treatment.

Keywords detoxification, addiction care, helping methods

Pages 41 p. + appendices 8 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	ALKOHOLIN KÄYTÖSTÄ JA SEN VAIKUTUKSISTA.....	2
3	OPINNÄYTETYÖHÖN LIITTYVIÄ TUTKIMUKSIA, KIRJALLISUUTTA JA HOITOSUOSITUKSIA	4
4	PÄIHDEHOITOTYÖ.....	5
4.1	Katkaisuhoito osana päihdehoitotyötä	6
4.1.1	Alkoholiriippuvuus.....	7
4.1.2	Vieroitusoireet	7
4.2	Vieroitusoireiden hoito.....	9
5	PÄIHDEHOITOTYÖN AUTTAMISMENETELMÄT KATKAISUHOITOJAKSOLLA	10
5.1	Hoitojakson alkaessa.....	10
5.2	Kohti päihteetöntä elämää.....	12
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA ONGELMAT	13
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	14
7.1	Tutkimusmenetelmä.....	14
7.2	Kyselylomake ja sen laatiminen.....	14
7.3	Esitetaus Järvenpään sosiaalisairaalassa.....	16
7.4	Opinnäytetyönaineiston keruu, käsittely ja analysointi	17
7.5	Tutkimusympäristö.	18
8	TULOKSET JA NIIDEN TARKASTELU	19
8.1	Vastaajien taustatiedot	20
8.2	Vieroitusoireiden arviointi ja lievittäminen	21
8.3	Turvallisen hoitoympäristön luominen	22
8.4	Elämänrytmin palauttaminen	23
8.5	Elämäntilanteen selvittäminen ja sen järjestämisessä tukeminen	25
8.6	Päihteettömyyteen tukeminen	27
8.7	Tulosten kertomaa.....	28
8.8	Ajatuksia hoitojaksoon liittyen.....	29
9	POHDINTA.....	31
9.1	Opinnäytetyön luotettavuus	31
9.2	Opinnäytetyön toteuttamiseen liittyviä eettisiä näkökohtia	32
9.3	Kehittämisehdotuksia ja haasteita jatkotutkimukselle	34
	LÄHTEET	35

LIITE 1	Kyselylomake
LIITE 2	Saatekirje potilaalle
LIITE 3	Saatekirje hoitohenkilökunnalle
LIITE 4	Päihdehoitotyön auttamismenetelmät
LIITE 5	Vastaajien taustatiedot

1 JOHDANTO

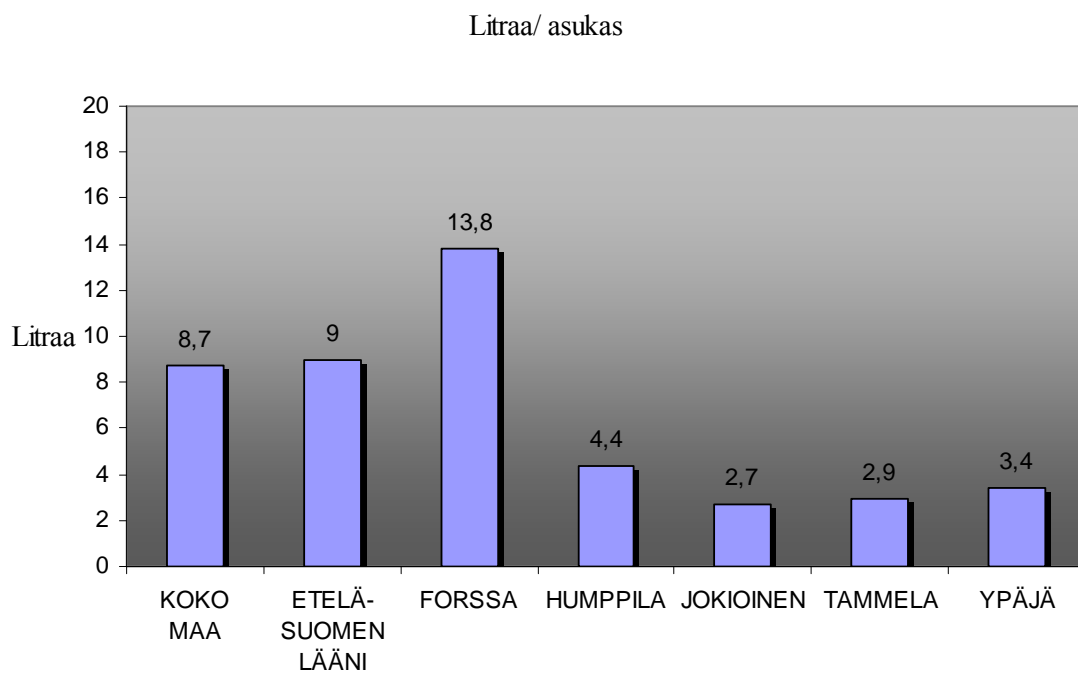
Suomessa kuolee vuosittain yli 3000 henkeä alkoholin käytön seurauksena ja alkoholista aiheutuvat menot maksavat valtiolle satoja tuhansia euroja (Päihdebarometri 2007; Vihmo 2007). Työkyvyttömyyseläkkeellä on toistakymmentätuhatta ihmistä ja vähintään 700 lasta vaurioituu äidin päihdeidenkäytön seurauksena (Tilastokeskus 2008; Rousu 2007). Alkoholin käytöstä johtuvan inhimillisen kärsimyksen määrää tuskin voitaneen edes mitata. Tämä kaikki on täysin turhaa ja lisääntyvä alkoholinkäyttö vaatii-kin radikaaleja toiminta- ja puuttumismalleja siitä aiheutuvien haittojen minimoimiseksi sekä sen käytön vähentämiseksi. Koska alkoholin ongelmakäytön poistaminen kokonaan on mahdotonta, tulee sen hoitoon ja vähentämiseen tähtääviä hoitokeinoja kehittää. Halonen ja Paakeli-Kurronen (2006) sekä Savolainen (2006) ovat omalta osaltaan kehittäneet päihdehoitotyötä tutkiessaan sen toteuttamisessa tarvittavia auttamismenetelmiä potilaslähtöisesti.

Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän alueella (Forssa, Humpila, Jokioinen, Tammela ja Ypäjä) alkoholin käyttö on runsaampaa verrattuna maan keskiarvoon. Alueen muita ongelmia ovat mm. matala koulutusaste, koulutuksesta syrjäytyneet, korkea työttömyys sekä korkea mielenterveyspalveluiden käyttöaste. Tähän tilanteeseen haetaan muutosta Mielenterveys- ja päihdeosaamisen kehittämishankkeella 2008–2009 Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymässä. Forssan sairaala on osa kuntayhtymää, joten sen tulee osaltaan vastata tähän kehittämistarpeeseen ja erityisvastuu tästä kuuluu psykiatrisen osaston päihdepsykiatriselle yksikölle, jonka tilauksesta opinnäytetyö on toteutettu.

Opinnäytetyössä tehtävänä on ollut kartoittaa potilaiden mielipiteitä päihdehoitotyössä käytettävien auttamismenetelmien toteutumisesta psykiatrian osaston päihdepsykiatrisessa yksikössä. Toimeksiannon mukaan opinnäytetyö on rajattu koskemaan ainoastaan alkoholikatkaisuhoidopotilaita, joiden mielipiteitä on tiedusteltu tarkoitusta varten laaditulla kyselylomakkeella. Lomake perustuu Halonen ja Paakeli-Kurrosen (2006) sekä Savolaisen (2006) tutkimuksiin päihdehoitotyön auttamismenetelmistä. Tavoitteena on ollut tuottaa tietoa auttamismenetelmien toteutumisesta ja tärkeydestä päihdehoitotyössä akuuttikatkaisuvaiheessa. Saatua tietoa voidaan hyödyntää päihdekatkaisuprosessin kehittämisessä ja hoitajien päihdepsykiatrisen osaamisen vahvistamisessa.

2 ALKOHOLIN KÄYTÖSTÄ JA SEN VAIKUTUKSISTA

Alkoholin käyttö on runsaampaa kuin ennen ja sen haittavaikutukset kasvavat kulutuksen lisääntyessä (Alho 2007). Vuonna 2007 Suomessa juotiin 46 milj. litraa sataprosenttista alkoholia, mikä tarkoittaa 8,7 litraa henkilöä kohden. Forssassa alkoholia juotiin 13,8 litraa/henkilö (kuva 1), joka on siis selvästi maan keskiarvoa korkeampi (Sotkanet 2008). Suomessa arvioidaankin olevan pian 600 000 alkoholin suurkuluttajaa, joista työikäisiä on 30 %. Näistä 8 % kärsii alkoholiriippuvuudesta (STM 2004; STM 2007; Juhela 2007,17). Alkoholinkäytön lisääntynyt kulutus lisää alkoholiperäisten sairauksien esiintymistä, ennen aikaisten kuolemantapausten määrää, sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia sekä inhimillistä kärsimystä. Alkoholista johtuen Suomessa kuolee vuosittain jo yli 3000 henkeä (Päihdebarometri 2007).



KUVA 1 Forssan seudun alkoholinkulutus verrattuna koko maan ja Eteläsuomen läänin kulutukseen v. 2007. (Sotkanet 2008)

Alkoholista aiheutuneet haittakustannukset vuonna 2007 maksoivat valtiolle 967 milj. euroa (Vihmo 2004). Kustannuksista suuren osuuden muodostavat alkoholiperäiset sairaudet, kuten alkoholismi, maksa-, haima-, sydänlihas- sekä hermoston rappeutumissairaudet. Alkoholilla tiedetään olevan yhteys myös moniin syöpätyyppeihin (Greggas 2007). Naisten päihteiden käytön seurauksena vaurioituu vuosittain n. 600–700 lasta (Rousu 2007). Odottavan äidin alkoholinkäyttö altistaa sikiön mm. FASD-diagnoosiryhmän sairauksille (Alho 2006; Itäpuisto 2005; Koponen 2005.) Alkoholin suurkulutus lisää myös työstä poissaoloja sekä työkyvyttömyyseläkemenoja. Vuonna 2006 alkoholisairauksien perusteella myönnettiin työkyvyttömyyseläkettä 10 739 ihmiselle. (Tilastokeskus 2008; Päihdetilastollinen vuosikirja 2008.)

Alkoholin käytöstä aiheutuvat ongelmat näkyvät monien eri ammattialojen työssä sosiaali- ja terveysalan työkentän lisäksi. Tällaisia ovat mm. poliisi, nuorisotyöntekijä, seurakuntien työntekijät ja lastentarhanopettajat. (Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö 2007.) Perheväkivalta on lisääntynyt (STTV/Stakes 2008), lastensuojelun tarve kaksinkertaistunut (Rousu 2007) sekä lasten psyykkiset ongelmat kasvaneet (Alho 2006; Itäpuisto 2005; Koponen 2005; Kiuru 2003).

Alkoholin käytön ja olemassa olevien haittojen ehkäisemiseksi sekä korjaamiseksi on menossa tällä hetkellä monia eri hankkeita, joista useat on käynnistetty sosiaali- ja terveysministeriöstä toimesta. Kansallisia hankkeita ovat mm. Alkoholiohjelma 2004–2007, jota sittemmin on jatkettu 2007–2009, Terveys 2015-kansanterveysohjelma ja Oikeusministeriön Päihdeohjelma 2009. Myös muut kuin valtio ja kunnat ovat kehittäneet omia projektejaan yhä kasvavan alkoholiongelman tarpeisiin. Esimerkkinä mainittakoon Sairaanhoidajaliitto, jonka Toimintamallit käytännöiksi-päihdetyönprojektin tavoite on auttaa terveydenhuollon ammattilaisia tunnistamaan päihteidenkäyttäjien riskiryhmiin kuuluvia potilaita ja ehkäisemään potilaiden sekä heidän läheistensä terveyttä uhkaavia tekijöitä. Projektin tavoite on, että päihdehoitotyö tulee näkyväksi ja yhdessä sovitut hoitomallit auttavat kohdistamaan hoitotyön resursseja oikein. (Toiminnat käytännöiksi -projekti, 2007.)

3 OPINNÄYTETYÖHÖN LIITTYVIÄ TUTKIMUKSIA, KIRJALLISUUTTA JA HOITOSUOSITUKSIA

Suomessa on vuosikymmenien ajan tehty tieteellisestä ja korkeatasoista sekä ulkomaillakin arvostettua lääke- ja yhteiskuntatieteellistä alkoholitutkimusta mm. Stakesin alaisuudessa toimivassa Alkoholitutkimussäätiössä sekä Suomen yliopistoissa ja A-klinikka säätiössä. Kaikessa alkoholi- ja päihdetutkimuksessa hoitotieteellisen tutkimuksen osuus on kuitenkin vaatimaton ja vähäinen. (Halonen & Paakeli-Kurronen 2006; Inkinen 2004; Savolainen 2006.) Inkisen (2004) mukaan Suomessa tehdyissä tutkimuksissa tai selvityksissä on vertailtu eri hoitoja tai hoito-ohjelmia, tutkittu jonkin hoidon asiakasryhmien palveluja ja hoitoa sekä jonkin hoidon toteuttajaryhmän tai tahon toteuttamaa hoitoa. Lisäksi on tutkittu sitä, mikä on vaikuttanut riippuvuudesta toipumiseen sekä asiakassuhdetta. (Inkinen 2004.)

Katkaisuhoidon toteutusta asiakaslähtöisesti hoitotyön näkökulmasta ovat tutkineet mm. Savolainen (2006) sekä Halonen ja Paakeli-Kurronen (2006). Heistä jälkimmäiset ovat löytäneet ja nimenneet katkaisuhoidon toteuttamiseen käytettäviä auttamismenetelmiä, jotka ovat vieroitusoireiden arviointi ja lievittäminen, turvallisen hoitoympäristön luominen, elämänrytmin palauttaminen, elämäntilanteen selvittämisessä ja sen järjestämisessä tukeminen sekä päihhteettömyyteen tukeminen. (Halonen & Paakeli-Kurronen 2006). Onnistunut katkaisuhoido vahvistaa potilaan itsearvostusta, muuttaa identiteettiä addiktista persoonallisempaan tapaan elää ja hälventää pelkoja muita ihmisiä kohtaan (Ruisniemi 2006). Päihdesairaanhoidajan työssä korostuvat monipuolisuus, kokonaisvaltaisuus ja erityisosaaminen sen sisältäessä potilaan tilanteen sekä hoidon tarpeen arviointia ja suunnittelua, potilaan psyykkistä, fyysistä sekä sosiaalista tukemista (Inkinen 2004). Toiminnan periaatteita tulisi olla avoimuus, rehellisyys, luottamus, yhteisvastuullisuus, ystävällisyys, empaattisuus ja hienotunteisuus. Potilaat kuitenkin kokevat asiakaslähtöisyyden jäävän asiantuntijalähtöisyyden jalkoihin. (Ristaniemi 2005.) Hoitajan suhtautumisella potilaaseen on merkitystä katkaisuhoidon kannalta ja työntekijän näkyvyyteen hoitoyhteisössä sekä hänen tavoitettavuuteensa tulee kiinnittää huomiota entistä enemmän (Savolainen 2006).

Katkaisuhoidoa tulisi kehittää asiakaslähtöisesti persoonallisten tarpeiden mukaan ja suunnitella juuri kyseiselle asiakkaalle sopivat auttamismenetelmät hänen itsensä myötävaikutuksella (Savolainen 2006). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009 mukaan pitää asiakkaan/potilaan asiantuntemusta hyödyntää suunniteltaessa, toteutettaessa ja arvioitaessa mielen-terveys- ja päihdepalveluita (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009). Päihdepalveluille, joihin päihdehoitotyö sisältäen katkaisuhoidon sisältyy,

luo pohjaa Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton yhteinen Päihdepalveluiden laatusuositus. Lisäksi jokaiselle kunnalla on oma päihdestrategiansa, joka osaltaan määrittelee kunnan järjestämiä päihdepalveluita ja niiden laatua. Keskeistä on, että näitä suosituksia ja strategioita noudatetaan ja ennen kaikkea määritelty laatu pyritään saavuttamaan. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 9, 16.) Laatu-sanalla on monia merkityksiä ja se on suhteellinen sekä vaikeastikin hahmotettava käsite. Terveystieteissä asiakas on aina keskeinen palvelujen laadun arvioija. Asiakas kokee tai näkee laadun koetun palvelun kautta. Asiakas muodostaa subjektiivisen näkemyksen siitä tuottaako palvelu asiakkaalle sitä, mitä hän tuntee tarvitsevansa. (Perälä 2006; Suhonen 2008; Hiidenhovi 2006.) Laatu on siis asiakkaan näkökulmasta katsottuna asiakkaan odotusten ja palveluiden vastaavuuden suhde (Perälä 2006). Palveluiden jatkuvuuden, oikea-aikaisuuden, ympärivuorokautisuuden ja tiedottamisen lisääminen koetaan laadukkaana hoidon kannalta merkitykselliseksi (Halonen 2005). Kuitenkaan potilaat eivät koe näiden sisältöjen aina toteutuvan hoidossaan, vaan lääkitys ja informaatio siitä, tieto sairaudesta ja sen hoidosta koetaan riittämättömäksi, elämäntilanteeseen liittyvää keskustelua kaivataan lisää sekä osallisuutta oman hoitonsa/jatkohoitonsa suunnitteluun. (Halonen & Paakeli-Kurronen 2006; Savolainen 2006; Järvelä 2004; Hätönen 2005).

Opinnäytetyön aihepiiriin perehdyttiin mm. edellä mainittujen tutkimusten sekä kirjallisuuden avulla ja tiedonhaussa käytettiin hyväksi Internetin tieteilisiä tietokantoja: Medic, Chinal, Cochraine, Hämeenlinnan Maku-pala, Arto, Linda, Terveysportti, Medline sekä hakurobotteja yms. Asiasanoina hakuja tehtäessä käytettiin päihdehoitotyö, katkaisuhuolto, auttamismenetelmät, hoitotyön laatu, päihderiippuvuus, detoxification, helpping methods sekä addiction care.

4 PÄIHDEHOITOTYÖ

Stakesin (2006) määritelmän mukaan päihdetyö koostuu ehkäisevän päihdetyön ja korjaavan päihdetyön kokonaisuudesta, jossa päihdehoitotyö koostuu terveyttä edistävästä, päihteenkäyttöä ja sen haittoja ehkäisevästä ja korjaavasta päihdetyöstä. Katkaisuhuolto on yksi päihdehoitotyön osa-alue. Päihdehoitotyö sisältää myös päihdepsykiatrasta hoitotyötä, jolla tarkoitetaan hoitotyön sitä osa-aluetta, jossa potilaalla on sekä päihdeongelma että siihen liittyvä tai siitä riippumaton psyykinen oire tai häiriö esimerkiksi bipolaarihäiriö tai depressio. Mielenterveys- ja päihdehäiriön yhtäaikaisuus on hyvin yleistä ja vaikuttaa häiriön oireenkuvaan, kulkuun, hoitoon ja ennusteeseen (Hölttä 2006). Kaksoisdiagnoosi-nimitystä (komorbidi) käytetään, kun samalla henkilöllä on alkoholiriippuvuus ja siitä riippumaton psyykinen sairaus (Mäkelä 2003, 183–184). Sairaanhoidajan tehtävänä päihdetyössä on ennen kaikkea hoitotyön toteutus (Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008,11).

Päihdehoitoa ja päihdehoitotyötä säätelevät ja ohjaavat samat lait kuin hoitoa ja hoitotyötä yleensäkin, esim. Suomen perustuslaki (731/1999), Kan-

santerveyslaki (66/1972, muutos 928/2005), Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 3§), Sosiaalihuollon asiakaslaki (812/2000, 4 §). Päihdehoitotyötä määrittävät ja tarkentavat lisäksi Ehkäisevän päihdetyön laatuksiteerit (Stakes työpapereita 3/2006). Päihdepalvelujen laatusuosituksukset (STM oppaita 2002:3), Päihdehuoltoasetus (653/1986) Raittiustyölaki (828/1982), Raittiustyöasetus (233/1983, muutos 807/1992) sekä Päihdehuoltolaki (41/1986).

4.1 Katkaisuhuolto osana päihdehoitotyötä

Katkaisuhoidolla tarkoitetaan yleensä runsaan, viikkoja tai kuukausia jatkuneen alkoholinkäytön lopettamista terveydenhuollon hoitotoimien tukemana. Farmakologinen katkaisuhuolto puolestaan tarkoittaa alkoholinvieroitushoitoa, jossa vitamiinein, elektrolyytti- ja nestetasapainoa korjaamalla sekä lääkehoidon avulla pyritään helpottamaan potilaan tilaa ja parantamaan ennustetta. (Laitinen & Mäkelä, 2003, 203, 207.) Mäkelän(2003) mukaan katkaisuhuolto on itse asiassa alkoholin aiheuttaman myrkytyksen ja sen jälkitilan hoito on samanlaista sairauden hoitoa kuin minkä tahansa muun sairauden hoitaminen terveydenhuollossa.

Katkaisuhoidon yksi keskeinen tavoite onkin ehkäistä ja hoitaa alkoholinkäytön lopettamiseen liittyviä vieroitusoireita. Katkaisuhoidolla pyritään lisäksi katkaisemaan päihteiden käyttökierre sekä luomaan edellytykset fyysiselle ja sosiaaliselle kuntoutumiselle. Merkittävä kokonaistavoite katkaisuhoidossa on potilaan motivoituminen omaan hoitoonsa ja myöhemmin muualla toteutettavaan pidempiaikaiseen jatkohoitoon. (Havio ym. 2008, 37, 101.) Useissa tutkimuksissa todetaan, että lyhytkestoinen laitoskatkaisuhuolto on akuutti ja kriisivaiheen hoitotyötä. Akuuttivaihetta tulee kiinteästi seurata suunnitelmallinen jatkohoito eli kuntouttava vaihe. (Halonen & Paakeli-Kurronen 2006; Makkonen 2005; Kauhanen 2007; Mäkelä 2005)

Ensisijainen katkaisuhoitomuoto on tavallisesti A-klinikalla toteutettava avokatkaisuhoito. Jos avokatkaisuhoito ei ole riittävä tai tilanne vaatii laitostatkaisuhoitoa, hakeudutaan laitoshoitoon terveydenhuollon henkilön tekemällä läheteellä (B1-lähete) joko A-klinikan tai terveyskeskuksen kautta. Laitostatkaisuhoito toteutetaan tarkoitusta varten suunnitelluilla katkaisuhuoltoasemilla, terveyskeskusten vuodeosastoilla tai psykiatrisissa sairaaloissa ja päihdepsykiatrisilla osastoilla. (Havio ym. 2008, 101.) Laitoksessa toteutettu katkaisuhuolto kestää hoitokäytännöstä riippuen 3 vuorokaudesta 2 viikkoon. Hoitoon hakeutumisvaiheessa potilaalle suoritetaan kliininen tutkimus, johon kuuluu veren alkoholipitoisuuden määrittäminen puhalluskokeella, mahdollisten muiden välitöntä hoitoa vaativien sairauksien olemassaolon selvittäminen ja vieroitusoireiden vaikeusasteen arviointi sekä haastattelemalla että yleistutkimuksella. (Holopainen 2004.)

Katkaisuhoidon toteuttamiseen osallistuu lääkäri sekä yksikön rakenteesta riippuen sairaanhoitohenkilökuntaa ja muita päihdetyöntekijöitä, joiden tehtäviin katkaisuhuoltoyksikössä kuuluvat esimerkiksi vieroitusoireiden

arviointi ja hoito, terveydentilaan liittyvien tutkimusten tekeminen, lääkähoidon toteuttaminen, vieroitusosan sekä somaattisen tilan tarkkailu ja hoito, perushoidosta huolehtiminen sekä levottoman ja aggressiivisen potilaan rauhoittaminen. (Havio ym. 2008, 13.) Katkaisuhoidossa tulee huomioida myös potilaan läheiset, sillä katkaisuhuolto on potilaan ympäristön kannalta kriittisin. Hoitotyötä toteutettaessa tulisi päihdehoitotyönmenetelmien lisäksi huomioida myös perhe- ja verkostotyö. (Laitinen & Mäkelä 2003, 210; Havio ym. 2008.) Mäkelän (2005) mukaan oikea-aikaisesti ja asiallisesti toteutettu katkaisuhuolto tuottaakin paremman tuloksen ja onnistuneen katkaisuhoidon tulokset näkyvät pidemmällä ajanjaksolla vähentäen sekä yhteiskunnan kustannuksia että alkoholiongelmiaisten ja heidän läheistensä kärsimyksiä.

4.1.1 Alkoholiriippuvuus

Runsas sekä useita päiviä, viikkoja tai kuukausia kestänyt alkoholinkäyttökierre johtaa keskushermoston tilaan, jossa alkoholitoleranssi eli sietokyky on noussut ja alkoholin käyttö on aiheuttanut käyttäjälleen fyysisen riippuvuuden (Holopainen 2004). Elimistö, joka on sopeutunut päihteesen ja on siitä näin ollen fyysisesti riippuvainen vaatii jatkuvaa päihteen käyttöä toimiakseen normaalisti (Holopainen 2004; Kiianmaa & Hyytiä 2003, 117). Alkoholiriippuvuus on sairaus, jota tulee tutkia, diagnosoida ja hoitaa kuten muitakin sairauksia (Hirschhovit 2008, 37). Riippuvuutta voidaankin tarkastella ja kuvata biologisena, psyykkisenä, sosiaalisena sekä henkisenä ilmiönä, jolle tunnusomaisia piirteitä ovat mm. käytönhimo, sietokyvyn kasvu (toleranssi), vieroitusoireet, käytön heikentynyt hallinta, käytön muodostuminen elämässä keskeiseksi sisällöksi sekä käytön jatkaminen haitoista huolimatta (Hirschhovit 2009, 28; Havio ym. 2008, 40). Päihderiippuvuus voi olla myös eri asteista, vaihdellen lievästä vaikeasteiseen riippuvuuteen (Tamminen, 2000, 17).

Kun alkoholiriippuvainen lopettaa kroonisen alkoholin käytön, seuraa siitä veren alkoholipitoisuuden aleneminen päihteen poistuessa elimistöstä. Tämä puolestaan järkyttää päihteesen mukautunutta elimistöä aiheuttaen hermoston yliärttyvyyden. Tätä tilaa kutsutaan myös alkoholinvieroituslaksi ja siihen liittyy monia vieroitusoireita. (Holopainen 2004; Kiianmaa & Hyytiä 2003, 117.)

4.1.2 Vieroitusoireet

Vieroitusoireet ovat päihdekohtaisia (Kiianmaa & Hyytiä 2003, 117). Hoitotyön tavoitteena vieroitusoireisen potilaan hoidossa on vieroitusoireiden tunnistaminen, arviointi, hoitaminen sekä vaikeiden vieroitusoireiden ehkäiseminen ja päihteenkäytön katkaiseminen (Havio ym. 2008, 140). Sairaanhoidajan on tärkeää osata tunnistaa alkoholin aiheuttamat vieroitusoireet ja niiden taso, sillä hoito määräytyy oireiden vaikeusasteen mukaan (Havio ym. 2008, 140–141; Laitinen & Mäkelä 2003, 207). Alkoholin käytön lopettaminen saattaa aiheuttaa käyttäjälleen epämiellyttävän

krapulan, mutta myös hengenvaarallisen delirium tremens-tilan eli juoppohulluuden. Vieroitusoireiden voimakkuus sekä kesto ovat suhteessa käytettyyn päihteen määrään ja altistumisjakson pituuteen. (Kiiänmaa & Hyytiä 2003, 117.) Kertajuominen aiheuttaa käyttäjälleen yleensä joitakin tunteja kestävästä krapulasta, mutta pitkään alkoholia käyttäneellä vieroitusoireet kestävät tyypillisesti 3–7 vuorokautta päihteen käytön lopettamisen jälkeen (Holopainen 2004).

Alkoholista aiheutuvista vieroitusoireista puhuttaessa käytetään myös käsitettä vieroitusoireyhtymä. Tämä tarkoittaa sekä somaattisten että psyykkisten vieroitusoireiden muodostamaa kokonaisuutta jakaantuen kahteen alaluokkaan: komplisoitumaton ja komplisoitunut vieroitusoireyhtymä. Kun vieroitusoireet johtuvat selkeästi alkoholin käytöstä, eikä ole viitteitä somaattisista alkoholisairauksista, käytetään käsitettä komplisoitumaton vieroitusoireyhtymä, jonka vieroitusoireita ovat mm. karkeapiirteinen vapina, heikotus ja sairauden tunne, autonomisen hermoston hyperaktiivisuus (takykardia, kohonnut verenpaine), levottomuus, ahdistuneisuus, ärtyvyys ja lievät harhat sekä lievät keskushermosto-oireet. Komplisoitunut vieroitusoireyhtymä tarkoittaa edellistä vaikeaa-asteisempaa ja vaikeahoitoisempaa kokonaisuutta. Siinä saattaa olla piirteitä somaattisista komplikaatioista. Tähän alaluokkaan voi liittyä delirium tremens, Wernicke-Korsakovin oireyhtymä (vaikea aivovaurio), alkoholiaistiharhaisuus ja kouristukset. (Laitinen & Mäkelä 2003, 204; Havio ym. 2008, 139.)

Delirium tremens, alkoholidelirium eli kansanomaisesti juoppohulluus on yksi vakavimmista runsaan ja pitkäaikaisen alkoholin käytön aiheuttamista seurauksista. Oireet delirium tremensissä ovat samankaltaisia kuin komplisoitumattomassa vieroitusoireyhtymässä, mutta huomattavasti rajumpia. Alkuoireena saattaa ilmetä pelokkuutta, unettomuutta ja joskus myös vieroituskourituksia. Alkuvaiheen jälkeen kehittyä lisääntyneitä psykomotorista, verbaalista ja autonomista hyperaktiivisuutta (hikoilua, sydämentykytystä). Tilan pahetessa potilaan tajunnan taso saattaa hämärtyä ja hän muuttuu sekavaksi sekä desorientoituneeksi. Lisäksi potilaalla voi olla voimakkaita hallusinaatioita. Tilaan liittyy myös usein nestetasapainon häiriöt, kuumeilu ja kouristukset. Delirium tremens kehittyä yleensä 24–150 tunnin kuluttua alkoholinkäytön lopettamisesta tai vähentämisestä. Esiintymishuippu tälle tilalle kulminoituu 3–4 vuorokauden kohdalle. (Laitinen & Mäkelä 2003, 203–205.) Delirium tremens kestää yleensä 3–5 vuorokautta ja se vaatii sairaalahoitoa. Deliriumpotilas saattaa olla myös niin ahdistunut ja pelokas, että hän yrittää vahingoittaa itseään tai muita. Näiden potilaiden sairaudentunto on heikko tai ailahteleva, joten usein lääkärin tekemä M1-lähetelmä on tarpeen. Aiemmin delirium-tilaan liittyi jopa 15 % kuolleisuus, mutta oireyhtymän tunnistamisen ja hoitojen myötä kuolleisuus on laskenut 0,5–2 %:iin. Hoidettu delirium-tila lisää uuden deliriumin kehittymistä runsaan juomisen uusiutuessa. (Leppävuori & Alho 2007; Mäkelä 2006.)

Vieroitusvaiheeseen liittyy lisäksi lähes aina potilaiden kokemusten mukaan eriasteisia affektiivisiä häiriöitä (Havio ym. 2008, 74). Järvelän

(2004) mukaan alkoholiriippuvaiset kokevat vieroitusoireena moraalisen krapulan. Tähän kytkeytyy syyllisyyden ja häpeän tunteita. Havio ym. 2008 lisäävät vielä, että masennus, ahdistuneisuus, suicidaalisuus ja pelkotilat korostuvat voimakkaasti vieroitusvaiheessa.

4.2 Vieroitusoireiden hoito

Katkaisuhoidossa vieroitusoireiselle potilaalle aloitetaan aina rutiininomaisesti tiamiinihoito (B1-vitamiini), jota annetaan 100 mg kolmena päivänä peräkkäin lihakseen tai suonensisäisesti (kokonaisannos 300 mg) ja tämän jälkeen jatkuvana suun kautta. Tiamiinihoidolla pyritään ehkäisemään Wernicke-Korsakovin oireyhtymän syntyminen. (Laitinen & Mäkelä 2003, 207–208.)

Varsinaisia vieroitusoireita hoidetaan niiden vaikeusasteen mukaan. Lievät krapulan tyyppiset vieroitusoireet menevät yleensä itsestään ohitse levolla, nesteytyksellä ja ravinnolla. Neste- ja elektrolyyttitasapainon hoitoon riittää tavallisesti oraalinen nestehoito esimerkiksi urheilujuomat, mehut ja kivennäisvedet. Suonensisäiseen nestehoitoon turvaututaan vaikeissa tapauksissa. (Laitinen & Mäkelä 2003, 207–208.) Keskivaikeiden ja vaikeiden vieroitusoireiden hoitoon tarvitaan usein lääkinnällistä hoitoa ja se toteutetaan mahdollisuuksien mukaan avohoidossa tai sairaalahoidossa. Lääkehoidon tarkoituksena on ehkäistä ja lieventää varsinaisia vieroitusoireita, mutta myös helpottaa unensaantia, ahdistus- ja masennusoireita. Lisäksi pyritään korjaamaan vitamiinien, elektrolyyttien ja nestetasapainon häiriöt ja tätä kautta parantamaan potilaan ennustetta. (Havio ym. 2008, 142–146.)

Lyhytaikaista bentsodiatsepiinilääkitystä käytetään keskushermoston tilan rauhoittamiseksi valvotussa osastohoidossa. Tästä käytetään nimitystä ”diapamikyllästyshoito”. Tavallisesti lääke annetaan nopeasti imeytyvänä lääkemikstuurana. Kyllästyshoidossa diatsepaamimikstuuraa annetaan 10–20 mg 1–2 tunnin välein kunnes potilas nukahtaa tai saavutetaan kokonaisannos 200 mg. (Holopainen 2004.) Potilaan oireista ja tilanteesta riippuen saatetaan joskus tarvita lisäksi unilääkettä, antiepileptistä lääkettä tai rauhoittavaa lääkettä. Joskus potilaan rauhoittamiseksi sekä potilaan itsensä ja muiden turvallisuuden turvaamiseksi joudutaan turvautumaan potilaan eristämiseen ja lepositeisiin. (Laitinen & Mäkelä 2003, 209.)

Vieroitusoireiden ja hoidontarpeen arvioinnissa käytetään Australiassa kehitettyä CIWA-Ar-lomaketta (Clinical Institute Withdrawal Scale). Lomakkeella arvioidaan numeerisesti vieroitusoireita kuten vapinaa, hikoilua, pahoinvointia, oksentelua, päänsärkyä, ahdistuneisuutta, kiihtyneisyyttä ja tajunnan tasoa sekä mahdollisia häiriöitä kuulo-, tunto- ja näköaisteissa. Saatu tulos eli pistemäärä ohjaa lääkärinä lääkehoidon aloituksessa ja sairaanhoitajaa hoitotyöhön liittyvässä päätöksenteossa seurattava vieroitusoireista potilasta. (Havio ym. 2008, 140–141; Laitinen & Mäkelä 2003, 207.)

Varsinaisten vieroitusoireiden hoitamisen lisäksi katkaisuhoitopotilas tarvitsee ja hyötyy psykososiaalisesta hoidosta. Psykososiaalinen hoito lieventää osaltaan vieroitusoireita ja vähentää lääkehoidon tarvetta. Lisäksi hoito-ohjelmaan voi kuulua esimerkiksi hierontaa, rentoutusta, akupunktiota ja vyöhyketerapiaa. Näillä menetelmillä ei varsinaista tieteellistä näyttöä ole, mutta osa potilaista kokee ne subjektiivisesti myönteiseksi kokonaisuhoiton kannalta. (Laitinen & Mäkelä 2003, 210.) Psykososiaalisen hoidon määrää tulisikin lisätä lääkkeellisten hoitojen rinnalle entisestään, koska usein päihderiippuvuuteen liittyy monia sosiaalisia ongelmia (Laitila-Ukkola 2005).

5 PÄIHDEHOITOTYÖN AUTTAMISMENETELMÄT KATKAISUHOITOJAKSOLLA

Päihdehoitotyön auttamismenetelmiä voidaan nimetä ja tarkastella eri tavoin, riippuen tutkijasta ja päihdehoitotyötä tekevän yksikön toiminnasta ja toimintatavasta. Päihdehoitotyön auttamismenetelmiä ovat valitsemisamme Pro graduissaan tutkineet ja nimenneet mm. Halonen ja Paakeli-Kurronen (2006) sekä Savolainen (2006) kvalitatiivisesti tuotetuilla tutkimuksillaan. Kirjallisuudessa aihetta ovat käsitelleet Havio ym. (2008), Kylmä ja Juvakka (2007), Laitinen ja Mäkelä (2003) sekä Makkonen (2005). Kaikessa päihdehoitotyössä korostuu asiakkaan tukeminen, johon kuuluu keskusteleminen, kuunteleminen, konkreettisen ja henkisen tuen antaminen, kannustaminen, päihteenkäyttäjän ”rinnalla kulkeminen” (Havio ym. 2008, 127) toivon tunnetta vahvistaen. (Kylmä ja Juvakka 2007.) Hoitajan tekemän hoitotyön lisäksi ja tueksi päihdeongelmainen tarvitsee yleensä moniammatillista apua ja yhteistyötä eri tahojen kanssa (Havio ym. 2008, 145).

5.1 Hoitajakson alkaessa

Katkaisuhoiton akuuttivaiheessa pääpaino hoitotyössä on vieroitustilan arvioinnissa ja lievittämisessä. Osastolle tulovaiheessa asiakkaat kokevat vahvimmin fyysisiä vieroitusoireita, joten lääkehoito koetaan tärkeimpänä hoitomenetelmänä fyysisten ja psyykkisten oireiden helpottamisessa. (Halonen & Paakeli-Kurronen 2006.) Asiakkaiden mukaan yksi hankalimmista hoidon vaiheista on juuri selviämisvaihe, sillä lääkitystä ei voida aloittaa ennen humalatilasta selviämistä. Fyysiset vieroitusoireet koetaan pelottavina ja monen asiakkaan psyykkinen vointi romahtaa täysin vieroitusvaiheessa. Asiakkaat itse kuvaavat olotilaa henkiseksi romahtamiseksi. Tähän liittyy toivottomuuden tunnetta ja itsemurha-ajatuksia. (Halonen & Paakeli-Kurronen 2006.) Hoitotyölle tämä tuo haasteita ja asettaa vaatimuksia muille käytettäville auttamismenetelmille. Savolainen (2006) luokittelee vieroitusoireiden sekä muiden fyysisten oireiden ja sairauksien bio-medikaalisen hoidon, fyysisen terveydenhoidon sekä perushoidon kuuluvaksi fyysisiä voimavaroja palauttaviin ja vahvistaviin menetelmiin. Tähän kokonaisuuteen kuuluvat esimerkiksi kliiniset hoitotoimenpiteet ku-

ten pienten haavojen ja ruhjeiden hoito ja ompeleiden poisto sekä hoitoa tukevat vaihtoehtoiset hoitomuodot kuten korva-akupunktiohoito ja rentoutusryhmät.

Turvallisen hoitoympäristön luominen heti hoitajakson alusta alkaen luo perustan koko katkaisuhoidolle hoitajaksolla. Turvallinen hoitoympäristö sisältää niin fyysinen, psyykkisen kuin sosiaalisenkin ulottuvuuden. Päihdehoitotyötä tekevien hoitajien mukaan turvallinen hoitoympäristö muodostuu hoitohenkilökunnan yhteisestä näkemyksestä päihdeongelmaisen hoidon päämääristä, hoidollisesta lähestymistavasta ja yhteisistä sopimuksista. Turvallinen hoitoympäristö, käsitteen laajassa merkityksessä antaa potilaalle mahdollisuuden sairastaa rauhassa ilman ympäristöstä aiheutuvia häiritsevyyksiä. Potilaalla tulee olla mahdollisuus vetäytyä omaan huoneeseen ja rauhaan. (Halonen & Paakeli-Kurronen 2006.) Havion ym. (2008) mukaan päihteenkäyttäjän toipumista edistää konkreettinen ja rauhallinen hoitoympäristö, viihtyisät potilashuoneet sekä tarkoituksenmukaiset yhteiset tilat.

Yhteinen arvopohja luo hoitotyölle perustan, joka näkyy hoitajien toiminnassa ja ammatillisessa suhtautumistavassa päihdeongelmaan. Asiakkaat puolestaan pitävät tärkeänä hoitajien asiallista ja ymmärtäväistä suhtautumista heihin tulivatpa he hoitoon millaisessa kunnossa tahansa. Ammattitaitoisen henkilökunnan ja muiden samassa tilanteessa olevien asiakkaiden läsnäolo koetaan tärkeäksi, sillä ne lisäävät yhteisöön kuuluvuuden tunnetta. (Halonen & Paakeli-Kurronen 2006.) Savolaisen (2006) mukaan turvallinen hoitoympäristö muodostuu fyysistä turvallisuutta ja yksityisyyttä turvaavista rakenteista, mutta myös talon tavoista ja työntekijöiden ja asiakkaiden sitoutumisesta yhteisiin pelisääntöihin. Näitä yhteisiä pelisääntöjä edustaa esimerkiksi hoitoon sitoutumissopimuksen tekeminen hoitajan kanssa, siinä määritellään muun muassa vierailijat, osastolla liikkumisen ja osastolta poistumisen periaatteet, aggressiivisen käyttäytymisen rajat sekä lääkehoidon periaatteet (vrt. Havio ym. 2008, 143–144).

5.2 Kohti päihteetöntä elämää

Päihdekeskeisen elämän seurauksena asiakkaiden elämänrytmi on sekaisin ja monet elämän perusasiat ovat jääneet hoitamatta (Halonen & Paakeli-Kurronen 2008). Monet päihteenkäyttäjät ovat hoitoon tullessaan lähes vuodepotilaita kunnoltaan. Tästä syystä ensimmäisinä hoitopäivinä korostuu hyvä perushoito (Havio ym. 2008, 144). Halosen ja Paakeli-Kurrosen (2006) mukaan tärkeä osa katkaisuhoidon on päivittäisissä toiminnoissa avustaminen sekä nukkumisesta, ravinnosta, nesteistä ja puhtaudesta huolehtiminen. Yksi keskeinen tavoite katkaisuhoidolle on säännöllisen vuorokausirytmien löytyminen. Asiakkaan fyysisen kunnan kohentuessa, hän saa voimia ja kykyjä huolehtia itsestään. Asiakkaat kokevat myös, että fyysisen kunnan ja olemuksen kohentaminen on edellytys muulle päihdeongelman hoitamiselle. Asiakkaan voimien kohentuessa keskitytään päihdehistorian ja elämäntilanteen selvittämiseen sekä asioiden tärkeysjärjestykseen asettamiseen. Selvitettäviä asioita ovat esimerkiksi työhön, opiskeluun, perheeseen, asumiseen, asunnottomuuteen ja taloudelliseen tilanteeseen liittyvät asiat ja asetetaan yhdessä tavoitteet hoidolle ja laaditaan hoitosuunnitelma. (Halonen & Paakeli-Kurronen, 2006.)

Potilaan elämäntilanteen ollessa usein sekava ja käytännön asiat solmussa, tarvitsevat potilaat hoitajien tukea ja konkreettista apua kuten yhteydenottoa eri viranomaistahoihin. Yksi syy tähän on, että potilaalle usein jo pelkkä puhelinumero etsiminen tuottaa hankaluuksia. Käytännön asioiden ohella katkaisuhoidon asiakas tarvitsee tukea myös ihmissuhdeasioiden hoitamisessa. (Halonen & Paakeli-Kurronen, 2006.) Pitkään kestäneellä päihdehoitokäytöllä on vaikutuksia myös potilaan ihmissuhteisiin. Vaikutukset kohdistuvat voimakkaimmin potilaan perheeseen, puolisoon, lapsiin tai iäkkäisiin vanhempiin. Hoitajat järjestävät katkaisuhoidon aikana perhe- ja paritapaamisia, joiden tarkoituksena on auttaa ja tukea päihdeongelmasta aiheutuneissa kriisitilanteissa. (Halonen & Paakeli-Kurronen, 2006.) Laitinen ja Mäkelä (2003, 201) tukevat tätä näkemystä todetessaan katkaisuhoidon olevan kriisivaihe myös asiakkaan ympäristön kannalta. Kriisivaihe on hedelmällinen muutosten käynnistämiseen, joten se tulee hyödyntää (Laitinen & Mäkelä 2003, 201).

Akuuttia katkaisuhoidon tulisi seurata päihdekuntoutus, kuten Makkonen (2005) toteaa: ”katko edellyttää jatkoa”. Päihdehoitotyön yksi tavoite on asiakkaan saattaminen tietoiseksi omasta päihteenkäytöstään, jotta hän motivoituisi ja sitoutuisi omaan hoitoonsa sekä jatkohoitoon. Hoitavalla henkilöllä ja vuorovaikutuksella suuri merkitys asiakkaan motivoitumisessa ja hoitoon motivoinnissa (Havio ym. 2008, 37). Jatkohoidon toteutumisen onnistumiseen vaikuttaa asiakkaan mukaan ottaminen jatkohoidon suunnitteluun sekä riittävän informaation antaminen eri hoitovaihtoehtoja (Halonen & Paakeli-Kurronen, 2006).

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA ONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa katkaisuhuhoitopotilaiden mielipiteitä käytetyistä päihdehoitotyön auttamismenetelmistä päihdepsykiatrisessa yksikössä.

Tavoitteena oli tuottaa tietoa auttamismenetelmien toteutumisesta ja tärkeydestä päihdehoitotyössä akuuttikatkaisuvaiheessa. Tietoa voidaan hyödyntää päihdekatkaisuprosessin kehittämisessä ja hoitajien päihdepsykiatrisen osaamisen vahvistamisessa.

Tutkimusongelmat opinnäytetyössä olivat seuraavat:

1. Minkälaisia mielipiteitä akuuttikatkaisuhoito-potilailla oli saamastaan päihdehoitotyöstä katkaisuhoidon aikana:

- vieroitusoireiden arvioinnista ja lievittämisestä,
- turvallisen hoitoympäristön luomisesta,
- elämänrytmin palauttamisesta,
- elämäntilanteen selvittämisessä ja järjestämisessä tukemisesta sekä
- päihhteettömyyteen tukemisesta?

2. Minkälainen merkitys näillä päihdehoitotyön osa-alueilla on potilaan hoitojaksolla ollut?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

7.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö pohjaa positivistiseen ajatussuuntaan, jossa ilmiöiden operationalisoinnin kautta tapahtuu niiden saattaminen mitattavaan muotoon. Tässä muodossa niitä voidaan käsitellä matemaattisten välineiden avulla. (Nurmela 2006.) Opinnäytetyössä on käytetty kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Siitä voidaan käyttää myös nimitystä tilastollinen tutkimus, sillä sen avulla voidaan selvittää lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. (Heikkilä 2008, 16.) Kvantitatiivisen tutkimuksen keskeisiä piirteitä ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat, hypoteesien testaus, käsitteiden määrittely, aineiston keruun suunnitelmat, tutkittavien henkilöiden valitseminen (otos), aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon sekä johtopäätösten tekeminen tilastolliseen analysointiin perustuen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 136). Tuloksia voidaan kuvata numeeristen suureiden avulla ja havainnollistaa mm. taulukoiden muodossa. Lisäksi voidaan selvittää asioiden välisiä riippuvuuksia. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla saatuja tuloksia pyritään yleistämään havaintoyksikköä laajempaan joukkoon. (Heikkilä 2008, 16.)

7.2 Kyselylomake ja sen laatiminen

Tutkimusstrategiana opinnäytetyössä on pääosin survey-tutkimus. Tyypillistä survey-tutkimuksessa on, että tietystä ihmisjoukosta poimitaan otos, jolta aineisto kerätään strukturoidussa muodossa esim. kyselylomaketta tai strukturoitua haastattelua käyttäen. Tällä tavalla saadun aineiston avulla pyritään kuvailemaan, vertailemaan ja selittämään tutkittavaa ilmiötä. (Hirsjärvi ym. 2007, 130.)

Opinnäytetyön toteuttamiseen tarvitaan tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman kattavasti ja halutulla tavalla mittaava kyselylomake. Sen tulee rajata tutkittava käsite, mutta myös erotella käsitteistä eri tasoja. Lisäksi kyselylomakkeen tulee olla täsmällinen eli sen tulisi kuvata tutkittavaa käsitettä oikein ja antaa tietoa tutkittavasta asiasta. Toisin sanoen kyselylomakkeen tulee vastata asetettuun tutkimusongelmaan. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2006, 206–207.) Aikaisemmissa tutkimuksissa asiakkaan näkökulmaa päihdehoitotyöstä on tutkittu kvalitatiivisesti, joten päihdehoitotyön auttamismenetelmien mittaamiseen ei Suomessa ole kehitetty kyselylomaketta. Valmiin kyselylomakkeen puuttuminen teki opinnäytetyöstä haastavan, koska tutkimusta varten tuli laatia kyselylomake, joka mittaa tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman tarkasti ja vastaa asetettuun tutkimusongelmaan. Akuuttikatkaisuhoitoon potilaat ovat usein herkässä tilassa ja haastattelu saattaisi toimia myös vahvana interventiona, joten kyselylomake tuntui siksikin parhaalta tietojenkeräysmenetelmältä. Tutkimusten mukaan potilaan on helpompi vastata sensitiivisiin kysymyksiin sosiaalisesti

etäisellä tutkimusmenetelmällä, kuten itse täytettävällä kyselylomakkeella (Ahola 2009).

Kyselylomakkeen laatiminen aloitettiin tutustumalla mahdollisimman kattavasti aiheeseen liittyvään aiempaan tutkimustietoon (ks. Metsämuuronen, 2006, 64). Teoriatiedosta käyttökelpoisiksi nousivat Halonen ja Paakkeli-Kurrosen (2006) sekä Savolaisen (2006) päihdehoitotyön auttamismenetelmiä käsittelevät pro gradu -tutkimukset. Näiden tutkimustulosten pohjalta kyselylomakkeen laatimiseen saatiin tarvittavat keskeiset käsitteet sekä niiden operationalisoinnit. (ks. Metsämuuronen, 2006, 64). Päihdehoitotyön auttamismenetelmät muodostuvat juuri näistä käsitteistä ja niiden mitattavissa olevista määritelmistä.

Kyselylomake (Liite 1) sisältää lyhyen demografisen osan, jolla kartoitetaan vastaajien taustatietoja kuitenkin niin, että anonymiteetti säilyy. Näillä muuttujia edustavilla tekijöillä saattaa olla vaikutusta tutkittaviin asioihin (Heikkilä 2008, 47). Kyselylomakkeen mielipiteitä (vrt. käsitys tai kanta asiasta, Suomen kielen perussanakirja 2001, 208) mittava osa koostuu kuudesta päihdehoitotyön auttamismenetelmiä käsittelevästä osiosta. Nämä osiot puolestaan koostuvat päihdehoitotyön auttamismenetelmiä koskevista väittämästä ja toteamuksista. Niiden mukaan päihdehoitotyön auttamismenetelmiä ovat vieroitusoireiden arviointi ja lievittäminen (kysymykset 10–13), turvallisen hoitoympäristön luominen (kysymykset 14–27), elämänrytmin palauttaminen (kysymykset 28–32), elämäntilanteen selvittämisessä ja sen järjestämisessä tukeminen (kysymykset 33–39) sekä päihtetömyyteen tukeminen (kysymykset 40–43) (Halonen & Paakkeli-Kurrosen 2006). Survey-tutkimuksesta poiketen kyselylomake sisältää yhden avoimen kysymyksen, johon vastaaja sai halutessaan vastata vapaamuotoisesti, esittäen mm. toiveita ja kehittämisehdotuksia yms. (kysymys 44).

Tutkimusongelmien mukaisesti vastausta haettiin siihen, minkälaisia mielipiteitä katkaisuhuhoitopotilailla on auttamismenetelmien toteutumisesta katkaisuhoidon aikana ja minkälainen merkitys näillä päihdehoitotyön osa-alueilla hänen mielestään on hoitojaksolla ollut? Toisin sanoen tutkimuksella selvitettiin potilaiden sisäistä subjektiivista tuntemusta tutkittavasta ilmiöstä. Tämän tyyppinen tutkimus on mielipidetiedustelu, joten sitä voidaan mitata asenneasteikolla. Mitattaessa mielipideväittämiä tavallisin käytetty asenneasteikko on Likertin asteikko. Kyselylomakkeessa käytetään negatiivinen–positiivinen skaalattuja viisiportaisia Likertin asteikkoja potilaiden kokemusten mittaamiseen. (ks. Heikkilä 2008, 52–53; Metsämuuronen 2006, 102–103.)

Kyselylomaketta laadittaessa kiinnitettiin huomiota kyselylomakkeen toimivuuteen, loogisuuteen, ymmärrettävyyteen ja helppokäyttöisyyteen (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2006, 207). Väittämät pyrittiin laatimaan niin, että potilaat voisivat vastata niin kuin he todella ajattelevat (ks. Heikkilä 2008, 56). Kyselylomakkeen soveltuvuus tarkoitukseensa varmistettiin esitutkimuksen avulla pilotoimalla se Järvenpään sosiaalisairaa-

lassa vastaavalla osastolla (n= 6). Esitestaamisen jälkeen tehtiin tarpeelliset muutokset lomakkeeseen (ks. Heikkilä, 2008, 61).

7.3 Esitestausta Järvenpään sosiaalisairaalassa

Järvenpään sosiaalisairaala on A-klinikkasäätiön omistama ja ylläpitämä Suomen ainoa päihdeongelmien hoitoon erikoistunut sairaala. Päihdehoito- ja palveluita sosiaalisairaala on tuottanut ja tarjonnut vuodesta 1952. Sosiaalisairaalaan pääsee hoitoon miltä paikkakunnalta tahansa, sillä sairaala toimii valtakunnallisesti. Hoitopaikka tulee kuitenkin varata etukäteen ja yleensä potilaan kotikunta osallistuu niin paikkavaraukseen kuin hoitokustannuksiinkin maksusitoumuksella. (Järvenpään sosiaalisairaala n.d.)

Järvenpään sosiaalisairaalassa hoidetaan alkoholi-, lääke-, huume- ja monipäihderiippuvaisia sekä heidän läheisiään. Sairaalassa toteutetaan moniammatillista hoitotyötä henkilökunnan koostuessa muun muassa lääkäreistä, sairaanhoitajista, sosiaaliterapeuteista, psykologeista, psykiatrilla, fysioterapeutilla, lastentarhanopettajista, sairaalapastorilla, kuntoutusohjaajista, toimintaterapeutilla ja musiikkiterapeutilla. Sosiaalisairaala tarjoaa alkoholikatkaisua, katkaisu ja vieroitushoitoja, vaativaa päihdekuntoutusta sekä kuntouttavaa yhteisöhoitoa. (Järvenpään sosiaalisairaala n.d.)

Alkoholikatkaisuhuolto-osasto on sosiaalisairaalan uusimpia hoitopalveluita, sillä osasto aloitti toimintansa 1.10.2008. Alkoholikatkaisuhuolto- osasto syntyi yhteiskunnallisesta tarpeesta tarjota edullisempia ja nopeampia palvelumalleja alkoholiongelmaisten auttamiseksi. Perustettu uusi osasto on 8- paikkainen. Hoidon tavoitteena on, että potilas voi turvallisesti lopettaa pitkittyneen alkoholinkäytön. Lisäksi hoidon tavoitteena on motivoida potilaita jatkohoitoon ja kuntoutukseen erityisesti avohoidossa esimerkiksi kotikunnan A-klinikalla tai työterveyshuollossa. (Järvenpään sosiaalisairaala n.d.)

Päihdepalveluiden tuottamisen ohella Järvenpään sosiaalisairaala on ollut koko historiansa ajan valtakunnallinen päihdealan koulutuksen tuottaja ja kehittäjä. Koulutustoiminta onkin kiinteässä yhteydessä sosiaalisairaalan käytännön hoitotyöhön ja tutkimustoimintaan. Päihdehoidon lisä- ja täydennyskoulutusta järjestetään myös yhteistyössä eri koulutusorganisaatioiden ja muiden toimijoiden kanssa. (Järvenpään sosiaalisairaala n.d.)

Järvenpään sosiaalisairaalan tehtävänä on myös päihdehuollon suunnittelun ja hoitomenetelmien kehittämisen kannalta tarpeellisen tutkimustyön tekeminen. Tutkimusyksikön oma visio on toimia kliinisen hoitotutkimuksen kehittämiskeskuksena. Yhtenä sosiaalisairaalan strategiaan perustuvana painopistealueena on alkoholiongelmaisten ns. Käypä hoito -suositukseen perustuvat hoito-ohjelmat (Järvenpään sosiaalisairaala n.d.)

Järvenpään sosiaalisairaalan ja erityisesti yhteyshenkilömme tutkimuspäällikkö, YTT Jouni Tourusen myönteinen ja kannustava suhtautuminen

pienempimuotoisempaankin tutkimustoimintaan näkyi esimerkiksi siinä, että opinnäytetyötä varten kehitetty kyselylomake pilotoitiin alkoholikatkaisuhoido-osastolla. Pilotointi oli tärkeä vaihe opinnäytetyöprosessissa ja se antoi arvokasta tietoa kyselylomakkeesta opinnäytetyöntekijöille. Lisäksi tutkimuspäällikkö, YTT Tourunen antoi oman asiantuntijalausunnon kyselylomakkeesta, mikä osaltaan auttoi opinnäytetyöntekijöitä kyselylomakkeen modifioinnissa.

7.4 Opinnäytetyönaineiston keruu, käsittely ja analysointi

Ennen aineiston keruun aloittamista haettiin asianmukaiset tutkimusluvut niin Kanta-Hämeen keskussairaalan eettiseltä toimikunnalta kuin Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän johtajaltakin. Lupa alkuperäisen Pro gradu -tutkimuksen, Halonen & Paakeli-Kurrosen, päihdehoitotyön auttamismenetelmien käyttöön kyselylomakkeessa varmistettiin soittamalla Pirkko Paakeli-Kurroselle, jonka kanssa sovittiin käyttöoikeudesta auttamismenetelmien suhteen. Aineisto opinnäytetyöhön kerättiin maaliskuun alkuun 2009. Opinnäytetyön kohderyhmän muodostivat Forssan sairaalan osasto 11 päihdepsykiatrian akuuttikatkaisuhoidopotilaat (N=36).

Kyselylomake jaettiin potilaille osastolla hoitohenkilökunnan toimesta potilaan kotiutusta edeltävässä vaiheessa. Potilaita ja hoitajia informoitiin tutkimuksesta ja sen toteuttamisesta heille suunnatuissa saatekirjeissä (Liitteet 2 ja 3) (ks. Moule 2009, 65). Täytetyt kyselylomakkeet potilas palautti kirjekuoreen suljettuna osastolla olevaan suljettuun laatikkoon, Tavoitteena oli, että kyselylomake tavoittaa kaikki maaliskuun alkuun 2009 akuuttikatkaisuhoidossa olleet potilaat. Katkaisuhoidopotilaita aineiston keruu ajankohtana osastolla oli 109. Huomioitavaa on, että kyselylomake jaettiin vain halukkaille ja vastaamisesta kieltäytymisiä ei tilastoitu. Näin ollen 38 potilasta halusi osallistua tutkimukseen vastaamalla kyselylomakkeeseen. Kyselyyn vastanneista 36 kyselylomaketta voitiin ottaa mukaan analysointiin.

Palautetut kyselylomakkeet tarkistettiin ja numeroitiin. Tarkastuksen yhteydessä jouduttiin hylkäämään kaksi kyselylomaketta, koska niissä oli täytettynä vain demografinen osuus. Kyselylomakkeiden tiedot syötettiin ja tallennettiin havaintomatriisiin muotoon SPSS vers. 17 for Windows -tilasto-ohjelmaan aineiston käsittelyä varten. Havaintomatriisia tarkasteltaessa huomattiin, että taustamuuttujien syntymävuodesta on tarkoituksemukaista muodostaa viisi syntymävuotta edustavaa luokkaa. Aineistoa tarkasteltiin aluksi kuuden päihdehoitotyön osa-alueen mukaisesti jaoteltuna tunnuslukujen, kuten frekvenssien, prosenttien, keskiarvon sekä keskihajonnan avulla. Näiden tunnuslukujen avulla aineistosta saatiin yleiskuva siitä, millaisia arvoja kyselylomakkeen väittämät olivat saaneet ja oliko tuloksista luettavissa jotakin säännönmukaisuuksia.

Tämän jälkeen aineistosta poistettiin vastausvaihtoehto, en osaa sanoa, koska vastausvaihtoehto on tulkinnanvarainen, ja vääristää kaikkia matemaattisia arvoja (ks. Valli 2007, 186). Uudelleen määritellystä aineistosta

otettiin uudet frekvenssit (Liite 1), keskiarvot, keskihajonnat, prosenttija-kaumat, joita on käsitelty tekstissä. Prosenttiosuuksia tarkastellessa on väittämien vastaukset täysin eri mieltä ja osittain eri mieltä yhdistetty ja nimetty luokaksi ei toteutunut. Vastaukset täysin samaa mieltä ja osittain samaa mieltä on yhdistetty luokaksi toteutunut.

Aineisosta luotiin uudet summamuuttujat päihdehoitotyön auttamismenetelmien osa-alueiden mukaan. Mukaan ei otettu kysymystä, jolla tiedusteltiin vastausta tutkimusongelmaan 2, millainen merkitys päihdehoitotyön osa-alueella on potilaan hoitajaksolla ollut. Tämä siksi, että sen sisältö eroaa merkitykseltään osa-alueen muista väittämistä. Aineistolle suoritettiin chin-neliötesti taustamuuttujien vaikutusta muuttujiin tarkasteltaessa. Spearmanin korrelaatiotestiä käytettiin vertailtaessa osa-alueita toisiinsa mahdollisten riippuvuuksien löytämiseksi. Spearmanin korrelaatioarvot vaihtelevat -1:n ja +1:n välillä. Mitä lähempänä lukua 1 arvo on, sitä suurempi on riippuvuus. (Heikkilä 2008, 203–204.) Lopuksi aineistosta katsottiin päihdehoitotyön auttamismenetelmien osa-alueiden Cronbachin alfa. Kerroin on välillä 0 ja 1. Mitä suurempi kerroin, sitä yhtenevämpi on osa-alueen kyky mitata samaa asiaa. (Heikkilä 2008, 187.)

7.5 Tutkimusympäristö

Forssan sairaala on osa Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymää (FSTKY). Kuntayhtymän muodostavat viisi kuntaa Forssa, Humppila, Jokioinen, Tammela ja Ypäjä. Kuntayhtymän tehtävä on tuottaa, järjestää ja vastata terveydenhuoltopalveluista sekä eräistä sosiaalisista kuntayhtymän alueella. Vuodesta 1994 tähän terveydenhuollon organisaatioon on kuulunut myös A-klinikka. Kuntayhtymän alueella asuu noin 36 000 ihmistä.

Vuonna 2005 organisoitiin Forssan seudun terveydenhuollonkuntayhtymässä yksi hallinnollinen vastuualue, jonka sisälle kuuluvat kaikki kunnalliset mielenterveyspalvelut. Mielenterveystyön vastuualue koostuu seuraavista tulosyksiköistä; lasten- ja nuortenpsykiatria, A-klinikka, aikuispsykiatria sisältäen avo-, laitos- ja kuntouttavan psykiatrian sekä mielenterveystyön peruspalvelut sisältäen perheneuvolan, terveyskeskuspsykologit sekä puheterapeutit. Vuonna 2007 perustettiin aikuispsykiatrian osaston yhteyteen päihdepsykiatrian yksikkö, osasto 11A. (Mielenterveys- ja päihdeosaamisen kehittämishanke Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymässä 2008–2009.)

Forssan sairaalan osasto 11 on suljettu aikuisten akuuttipsykiatrian vuodeosasto. Osasto on jaettu kahteen yksikköön. Yksiköistä käytetään nimitystä A- ja B-puoli. Osaston A-puoli on 8-paikkainen päihdepsykiatrinen yksikkö. Yksikössä hoidetaan alkoholi- ja huumeatkaisuhoidopotilaita, sekä päihdepsykoosi- ja kaksoisdiagnoosipotilaita. Katkaisuhoidoon potilaat tulevat joko sovitusti A-klinikan tai terveyskeskuksen kautta. Katkaisuhoidojaksot ovat useimmiten noin 5–14 vuorokauden mittaisia. Yksikkö vastaa vain akuuttikatkaisuhoidosta, joten päihdepotilaiden jatkohoito toteutetaan

muualla. Osaston B-puoli vastaa akuuttipsykiatrisesta hoidosta. Potilaspaikkoja on yhdeksän, joista kolme on geropsykiatrisia tutkimuspaikkoja. Osastolla hoidetaan mm. psykoosi- ja masennuspotilaita, itsemurha- ja elämänkriisipotilaita sekä psykiatristen pitkäaikaispotilaiden kriisivaiheita. Potilaat tulevat osastolle pääasiassa joko B1- tai M1-lähetteellä. Osasto vastaa myös konsultaatiokäynneistä sairaalaan muihin yksiköihin ja kriisipuheluista päivystysaikana. Virka-aikana psykiatrian poliklinikan akuuttiryhmä huolehtii edellä mainituista.

Potilaiden hoidon suunnittelusta, toteutuksesta, seurannasta ja arvioinnista vastaa osaston työryhmä(henkilökunta). Työryhmään kuuluvat psykiatrian ylilääkäri, osaston lääkäri, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, sairaanhoitaja, mielenterveyshoitaja, sosiaalityöntekijä, sairaalapastori. Henkilökuntaan kuuluvat myös osaston sihteeri ja laitoshuoltajat. Lisäksi osasto 11 tekee paljon moniammatillista yhteistyötä kaikkien mielenterveystyön vastuualueeseen kuuluvien tahojen kanssa, etenkin psykiatrian poliklinikan, A-klinikan sekä sosiaalitoimen kanssa.

Osaston toiminnassa toimintaa ohjaavia arvoja ovat ihmisarvo, oikeudenmukaisuus ja itsemääräämisoikeus. Osastolla toteutetaan yksilövastuuisen hoitotyönperiaatteita, elementteinä vastuullisuus, itsenäisyys, kokonaisvaltaisuus ja kattavuus. Yksilövastuista hoitotyötä toteuttavat osaltaan omahoitajat, jotka valitaan potilaan tullessa osastolle. Omahoitajat toimivat potilaan ”tukijoina, luottohenkilöinä, ja puolestapuhujina” muille työryhmänjäsenille. Hoidon alkaessa potilaan kanssa yhdessä laaditaan hänelle hoitosuunnitelma, jota tarkastetaan säännöllisesti hoitajakson aikana. A-puolen katkaisuhoidossa oleville potilaalle ei ole nimetty varsinaisia omahoitajia. Katkaisuhoitopotilaiden hoitotyöstä vastaavat A-puolelle erikseen valitut työntekijät, jotka ovat perehtyneet päihdepsykiatriseen hoitotyöhön.

Jotta potilas ja hänen tilanteensa tulisi huomioiduksi mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, osastolla toteutetaan perhe- ja verkostokeskeistä hoitotyötä. Tavoitteena on, että potilaan perhettä tavataan 24 tunnin kuluessa potilaan tultua osastolle. Myös potilaan muu sosiaalinen verkosto kartoitetaan potilaan kunnon salliessa. Potilaan tilanteen ja kunnon mukaan hoito on koko hoidon ajan perhe- ja verkostokeskeistä. Osaston työskentelytavoissa ja toiminnassa painotetaan yhteisön ja yhteisöllisyyden merkitystä niin hoitotyössä kuin työryhmän jäsentenkin keskuudessa.

8 TULOKSET JA NIIDEN TARKASTELU

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa katkaisuhoitopotilaiden mielipiteitä käytetyistä päihdehoitotyön auttamismenetelmistä päihdepsykiatrisessa yksikössä Forssan sairaala osasto 11:sta. Saatujen tulosten perusteella tavoitteena oli tuottaa tietoa auttamismenetelmien toteutumisesta ja tärkeydestä päihdehoitotyössä akuuttikatkaisuvaiheessa. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Forssan seudun Mielenterveys- ja päihdeosaamisen kehittämishankkeessa, johon liittyy päihdekatkaisuprosessin kehittäminen ja hoitajien päihdepsykiatrisen osaamisen vahvistaminen. Opin-

näytetyöhön liittyvä kysely toteutettiin Forssan sairaalan osasto 11:llä kevään ja kesän 2009 aikana vastausprosentin ollessa 94,7 (N=36). Kyselylomakkeen kysymykset on laadittu kahteen aiempaan kvalitatiiviseen Pro gradu -tutkimukseen perustuen.

Tulokset on esitetty päihdehoitotyön auttamismenetelmien mukaisesti jaoteltuna kuuteen pääosiin. Näiden alla on raportoitu pääluokkia koskevat ja rakentavat väittämät kyselylomakkeen mukaisessa järjestyksessä. Tulokset on esitetty otoskokoina, keskiarvoina, keskihajontoina (Liite 4), sekä prosenttilukuina tekstissä ja taulukoissa. Taulukoita on käytetty selkeyttämään tulosten havainnollistamista.

Tuloksia tarkastellessa on syytä mainita, että kaiken kaikkiaan potilaiden mielestä päihdehoitotyön auttamismenetelmät toteutuivat hoitojaksolla erittäin hyvin. Tämän osoittaa analyysin tuloksena saadut prosenttiosuudet, keskiarvot ja keskihajonnat. Huomioon tulee kuitenkin ottaa, että potilaat saattavat usein ilmaista suurempaa tyytyväisyyttä kuin tuntevat, koska tämän ajatellaan olevan hyväksyttävämpää kuin tyytymättömyyden ilmaisu. Aiempien tutkimusten mukaan vähintään 80 % asiakkaista ilmaisee tyytyväisyyttä mihin tahansa mittaukseen ja vaihtelut vastausten välillä jäävät siksi vähäisiksi. (Hiidenhovi 2001.)

8.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeeseen (Liite 5) vastasi yhteensä 36 (N=36) potilasta, joista 28 oli miehiä ja 8 naisia. Vastaajista suurin osa (n=14) oli syntynyt vuosina 1950–1959. Vanhin vastaaja oli syntynyt vuonna 1943 ja nuorin vuonna 1978. Kyselyn ajankohtana työelämässä oli yhdeksän vastaajaa, seitsemäntoista ilmoitti olevansa työttömiä ja eläkkeellä oli kymmenen. Koulustaustaltaan vastaajista yhdellätoista oli käytynä kansa- tai peruskoulu, yksi oli ylioppilas, seitsemällä oli jokin ammattikoulutus ja seitsemällä opisto-/alempi amk- tai korkeakoulututkinto. Perhesuhteistaan 24 ilmoitti olevansa yksin eläviä ja 12 olevansa avo- tai avioliitossa. Asumistilanteen suhteen 35 asui omassa tai vuokra-asunnossa, yksi asui sukulaisten tai tuttavien luona, kukaan ei ollut asunnoton.

Vastanneiden alkoholinkäytön pituus ennen katkaisuhoidoa vaihteli alle viikosta (n=13) yli kuukauteen (n=6). Suurin osa vastaajista (n=16) ilmoitti käyttäneensä alkoholia viikosta yhteen kuukauteen ennen katkaisuhoidoa, yksi ei vastannut tähän kysymykseen. Aikaisemmin katkaisuhoidossa oli ollut 27 vastaajaa. Suurimmalla osalla (n=14) näistä aiemmin katkaisuhoidossa olleilla vastaajilla oli takanaan 1–2 katkaisuhoidokertaa. Kahdeksan ilmoitti olleensa katkaisuhoidossa 3–5 kertaa ja kuudella oli takanaan yli kuusi katkaisuhoidokertaa (Liite 5).

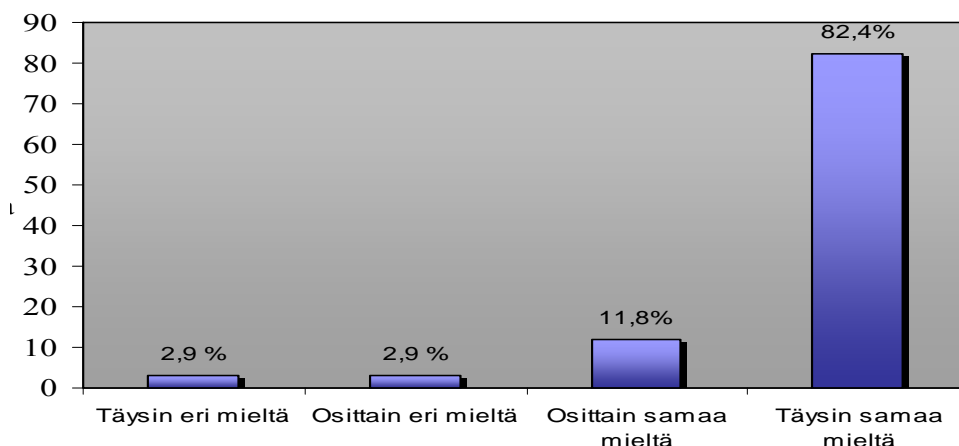
8.2 Vieroitusoireiden arviointi ja lievittäminen

Ensimmäinen auttamismenetelmä oli vieroitusoireiden arviointi ja lievittäminen, jossa pääpaino on lääkehoidolla (taulukko 1). Tulosten perusteella lääkehoito toteutui vastaajien mielestä hyvin (88,6 %) eli vieroitusoireet tulivat hoidetuksi. Onnistuneella lääkehoidon toteutuksella onkin tutkimusten mukaan merkitystä koko katkaisuhoidon onnistumiselle. Sen sijaan tuloksissa ilmeni potilaiden olleen hieman epätietoisia toteutetusta lääkehoidosta (85,9 %). Oikein toteutettuun lääkehoitoon kuuluu myös potilaan informointi annetusta lääkkeestä ja sen vaikutuksista. Toisaalta tarkasteltaessa nimenomaan hoidon alkuvaihetta, saattaa potilaan tiedon vastaanottokyky olla heikentynyt esim. promillien vaikutuksesta ja näin ollen saatu informaatio ei ole tallentunut muistiin. (Savolainen 2006, Halonen & Paakeli-Kurronen 2006.) Alkoholin aiheuttamista riskeistä potilaat saivat mielestään riittävästi tietoa (95,1 %). Tähän voi vaikuttaa se, että ko. asioista puhutaan vasta hoitajakson loppupuolella, joten asia muistetaan paremmin.

TAULUKKO 1 *Vieroitusoireiden arviointi ja lievittäminen*

	N	TOTEUTUI %	EI TOTEUTUNUT %
Riskeistä saatu tieto	34	95,1	2,9
Saatu lääkehoito	35	88,6	11,4
Tieto saadusta lääkehoidosta	35	85,7	14,3

Toisessa tutkimusongelmassa haettiin vastausta siihen, millainen merkitys vieroitusoireiden arvioinnilla ja lievittämisellä on ollut potilaalle hoitajakson aikana (kuva 2). Tätä auttamismenetelmää pidettiin kolmanneksi tärkeimpänä (Ka. 3,74).



KUVA 2 *Pidän tärkeänä vieroitusoireiden arviointia ja lievittämistä*

8.3 Turvallisen hoitoympäristön luominen

Auttamismenetelmä, turvallisen hoitoympäristön luominen on mielenkiintoinen, sillä siinä potilas subjektiivisesti arvioi omaa turvallisuuden tunnettaan hoitajaksolla (taulukko 2). Auttamismenetelmässä potilas huomioidaan inhimillisenä yksilönä joka käy läpi kriisivaihetta kaivaten aitoa kohtaamista (Mäkelä 2005). Halonen ja Paakeli-Kurronen (2006) toteavat, että tämän auttamismenetelmän onnistunut toteutus mahdollistaa myös muiden auttamismenetelmien käytön katkaisuhoidon mukaan. Tulosten mukaan henkilökunta kohteli potilaita ystävällisesti (97,1 %) syyllistämättä heitä, kuitenkin potilaiden kokemus hyväksytyksi tulemisesta vaihteli, toteutumisen jäädessä 82,9 %:iin. Henkilökunta oli potilaiden mielestä ammattitaitoista. Sen sijaan tuloksissa huomio kiinnittyi siihen, että potilaiden mielestä hoitajilla ei aina ollut tarpeeksi aikaa heille, ja kahdenkeskisiä keskusteluja kaivattiin lisää (ei toteutunut: 11,7 %). Toteutunutta vuorovaikutussuhdetta hoitajan kanssa potilaat pitivät melko onnistuneena (97,1 %), vaikka Vähäniemen (2008, 101) mukaan päihdeongelmaisen on usein vaikea luottaa hoitohenkilöstöön. Hoitajan vuorovaikutuksella potilaan kanssa on merkitystä, sillä se lisää potilaan kokemaa emotionaalisen tuen määrää ja vahvistaa elämänhallinnan tunnetta (Mikkola 2006).

TAULUKKO 2 Turvallisen hoitoympäristön luominen (1/2)

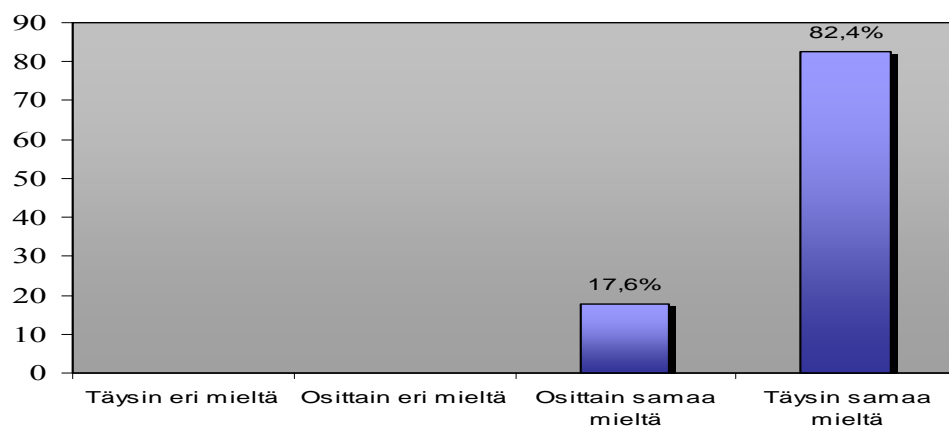
	N	TOTEUTUI %	EI TOTEUTUNUT %
Yksinolo halutessa	31	76,4	22,6
Keskusteltu tarpeeksi	34	88,2	11,7
Kokemus hyväksytyksi tulemisesta	35	82,9	17,2
Ammattitaitoinen henkilökunta	35	97,2	2,9
Yksilöllinen kohtelu	33	90,9	9,1
Onnistunut vuorovaikutussuhde	35	97,1	2,9

Tulokset osoittivat (taulukko 3), että potilaat ovat saaneet keskustella muiden potilaiden kanssa riittävästi (91,4 %). Vertaistuen merkitys katkaisuhoidossa on ilmeinen, sillä mahdollisuus jakaa kokemuksia muiden vastaavassa tilanteessa olevien ihmisten kanssa auttaa potilasta näkemään oman tilanteen paremmin (Savolainen 2006; Halonen & Paakeli-Kurronen 2006). Kaiken keskellä potilas kaipaa myös yksin oloa ja omaa aikaa, jotta voi rauhoittua ja pohtia omaa tilannettaan. Hämmästyttävä tulos on, että osa potilaista ilmoitti, etteivät he ole halutessaan saaneet olla yksin riittävästi (22,6 %). Se, mistä tämä johtui ja mitkä tekijät sitä estivät, vaatisi lisäselvitystä.

TAULUKKO 3 Turvallisen hoitoympäristön luominen (2/2)

	N	TOTEUTUI %	EI TOTEUTUNUT %
Vieroitusoireiden seuranta	35	97,2	2,9
Autetuksi tuleminen	35	94,2	5,8
Ystävällinen kohtelu	35	97,1	2,9
Ei ole syyllistetty	34	94,1	5,8
Hoitajalla on ollut aikaa minulle	35	88,6	11,5
Keskustelu muiden potilaiden kanssa	35	91,4	8,6

Toisen tutkimusongelman mukaisesti selvitettiin myös, millainen merkitys turvallisen hoitoympäristön luomisella on ollut vastaajalle (kuva 3). Tämän auttamismenetelmän toteutumista pidettiin kaikkein tärkeimpänä (Ka 3,82).



KUVA 3 Turvallisen hoitoympäristön luominen

8.4 Elämänrytmin palauttaminen

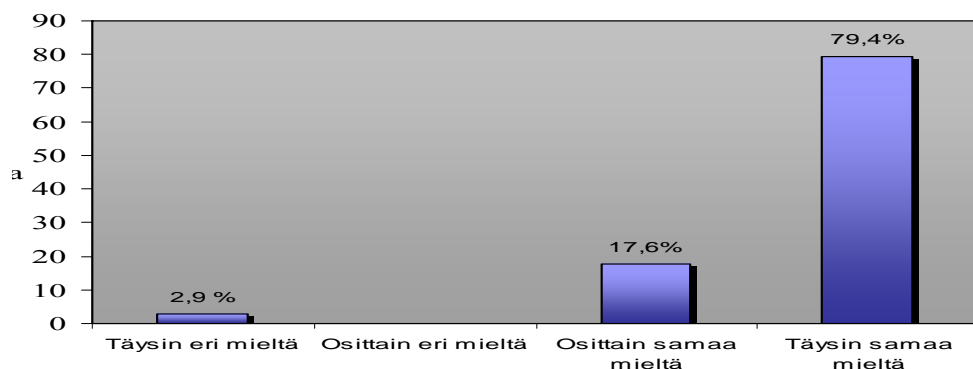
Elämänrytmin palauttamiseen auttamismenetelmänä kuuluu mm. unensaannin helpottaminen, ruokailurytmin säännöllistäminen, hygienian hoidon ja muiden sairauksien huomioinnin. Tulosten mukaan nämä potilaan perustarpeet huomioitiin hyvin (taulukko 4). Päihdeongelmaisen ruokavalio ja ruokarytmi saattaa olla epäasiallinen, joten osastolla säännöllisesti tarjottua ruokaa arvostettiin ja ruokailurytmi säännöllistyi. Myös avoimessa vastauksessa kiiteltiin osaston hyvää ruokaa. Alkoholin käytön hallitessa elämää liittyy nukkumiseen ja unen saantiin usein vaikeuksia. Poti-

laiden mielestä heidän unensaantiaan helpotettiin riittävästi (94,3 %). Kysyttäessä avunsaantia hygienian hoidossa vastauksissa oli suhteessa eniten, en osaa sanoa vaihtoehtoja sekä omia kommentteja, kuten. ei ole tarvetta yms. Tämä saattaa johtua siitä, että vastaajat eivät olleet niin huonokuntoisia, että olisivat tarvinneet apua hygienian hoidossa, joten kysymys saattoi aiheuttaa hämmennystä vastaajissa. Päihdeongelmaisella saattaa olla muitakin hoitoa vaativia sairauksia tai vaivoja kuten diabetes, astma, iho-ongelmia, inkontinenssia jne. Vastaajien mielestä hoitojaksolla nämä asiat huomioitiin hyvin (94,5 %). Hämmennystä saattoi aiheuttaa myös kysymys henkisen hyvinvoinnin seurannasta, sillä vastaaja ymmärtää kysymyksen omalla tavallaan. Edellä mainitut potilaan perustarpeita koskevat asiat ovat olennaisia, sillä Halosen ja Paakeli-Kurrosen (2006) mukaan potilaan fyysisen kunnon ja olemuksen kohentaminen ovat edellytys muulle päihdeongelman hoitamiselle.

TAULUKKO 4 *Elämänrytmin palauttaminen*

	N	TOTEUTUI %	EI TOTEUTUNUT %
Henkisenvoinnin seuranta	35	88,6	11,5
Unensaantia on helpotettu	35	94,3	5,8
Ruokailurytmi on säännöllistynyt	35	91,5	8,6
Apu hygienian hoidossa	32	90,7	9,4
Muiden sairauksien huomiointi	36	94,5	5,6

Saatujen tulosten mukaan perustarpeiden huomiointia hoidon yhteydessä pidettiin melko tärkeänä auttamismenetelmänä, sen saadessa keskiarvon 3.74 (kuva 4).



KUVA 4 *Perustarpeiden huomioiminen*

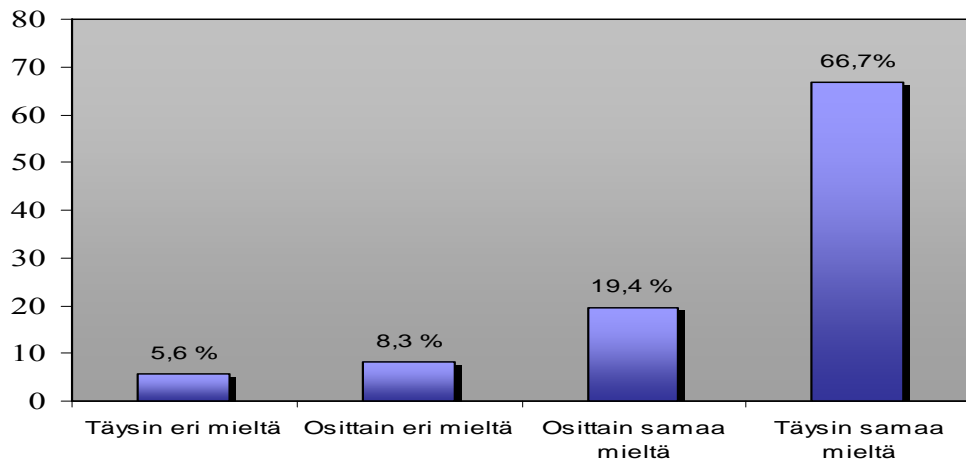
8.5 Elämäntilanteen selvittäminen ja sen järjestämisessä tukeminen

Tavoitellessa potilaan kokonaisvaltaista huomioimista ja hoitamista tulee katkaisuhoidon sisältää myös potilaan elämäntilanteen selvittämistä ja sen järjestämisessä tukemista. Tämä näkökohta osoittaa, että potilaan tilanteesta ollaan aidosti kiinnostuneita ja hoidettavaa tarkastellaan laajalaisesti (Vähäniemi 2008,101). Päihteidenkäyttäjän elämäntilanne voi olla sekava ja ongelmia saattaa liittyen mm. parisuhteeseen, läheisiin, työpaikkaan ja viranomaistahoihin. Vastaajat arvioivat tämän auttamismenetelmä osa-alueen toteutuneen huonoimmin hoitojakson aikana (taulukko 5). Kriittisimmin suhtauduttiin läheisten huomiointiin toteutumisen ollessa vain 73,6 % ja avunsaantiin asioiden järjestämisessä, jossa ainakin osittain ilman avunsaantia koki jääneensä 23,5 % vastaajista. Erityisesti perheetömät kaipasivat enemmän läheisten huomioimista hoitojaksonsa aikana. Halonen ja Paakeli-Kurronen (2006) toteaaakin, että potilailla on usein hoitojaksolla kiire saada kaikki asiat nopeasti järjestykseen, sillä potilaiden mielessä pyörivät monet asiat pyörremyrskyn tavoin. Huomioitaessa katkaisuhoitojakson pituus on syytä pohtia, kuinka paljon ja missä mittakaavassa on tarkoituksenmukaista potilaan asioita järjestää hoitojakson aikana. Sen sijaan useat tutkimustulokset puoltavat läheisten huomiointia ja mukaan ottamista potilaan hoitoon (Halonen & Paakeli-Kurronen 2006; Savolainen 2006; Kilkku 2008). Toisaalta jos potilaalla on ongelmia läheisten kanssa ja hän ei halua olla kontaktissa heidän kanssaan, tulee potilaan tahtoa kunnioittaa. Myös katkaisuhoidon akuutin luonteen vuoksi erityisesti perhekeskeisyyden toteuttaminen saattaa olla hankalaa (Vähäniemi 2008, 114).

TAULUKKO 5 *Elämäntilanteen selvittäminen ja sen järjestämisessä tukeminen*

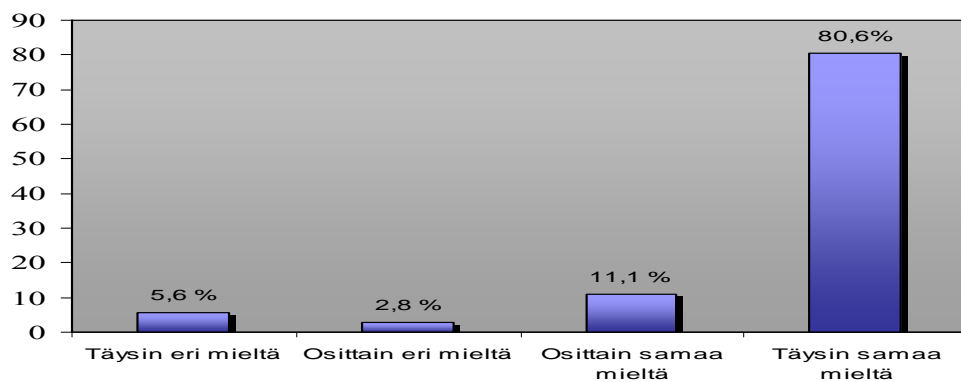
	N	TOTEUTUI %	EI TOTEUTUNUT %
Elämäntilannetta on käsitelty	36	80,6	19,4
Elämäntilanteen asiat tärkeysjärjestykseen	34	82,4	17,7
Läheiset on huomioitu	34	73,6	26,4
Olen saanut apua asioiden järjestämiseen	36	76,5	23,5
Olen saanut tavata läheisiäni hoitojaksoni aikana	36	74,3	25,7

Vastaajat kokivat elämäntilanteen selvittämisen yhdessä hoitajan kanssa melko tärkeänä. Kysymyksen vastausten keskiarvo oli 3,47 (kuva 5).



KUVA 5 *Koen tärkeäksi elämäntilanteeni selvittämisen hoitajan kanssa*

Tärkeämpänä kuin edellistä, potilaat pitivät avun ja tuen saamista elämäntilanteeseen järjestämisessä. Kysymyksen vastausten keskiarvo oli 3,69 (kuva 6).



KUVA 6 *Elämäntilanteen järjestämisessä tukeminen ja auttaminen*

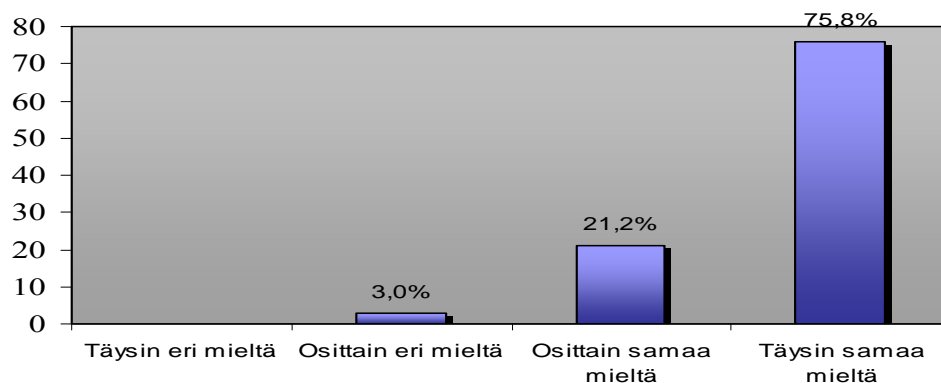
8.6 Päihteettömyyteen tukeminen

Katkaisuhoidon yhtenä keskeisenä tavoitteena on tukea potilasta päihteettömyyteen ja siihen tulisi kuulua kiinteänä osana jatkohoidonsuunnittelu sekä ylipäättänsä tietoisuus jatkohoidosta. Saatujen tulosten mukaan potilailla ei ollut aivan selvää tietoa jatkohoidostaan toteutumisen jäädessä vain 87,9 %:iin, hoitajan kanssa asiasta oli keskustellut 88,2 % vastaajista (taulukko 6). Tähän saattoi vaikuttaa se, että osaston käytännön mukaisesti jatkohoidonsuunnittelusta vastaa ensisijassa A-klinikan henkilökunta, eikä katkaisuhoitoyksikön henkilökunta. Potilaiden mielestä hoitajat kuitenkin kannustivat heitä päihteettömyyteen (91,2 %), vaikka tietoisuus jatkohoidosta ontui.

TAULUKKO 6 Päihteettömyyteen tukeminen

	N	TOTEUTUI %	EI TOTEUTUNUT %
Keskusteltu jatkohoidosta	34	82,2	11,8
On tietoinen jatkohoidosta	33	87,9	12,2
Kannustettu päihteettömyyteen	34	91,2	8,8

Vastaajat kokivat erittäin tärkeäksi (ka 3.76) jatkohoitonsa suunnittelun yhdessä hoitajan kanssa (kuva 7).



KUVA 7 Jatkohoidon suunnittelun tärkeys yhdessä hoitajana kanssa.

8.7 Tulosten kertomaa

Tuloksia tulkitessa tulee pitää mielessä otoksen pieni koko $N=36$. Tuloksista on kuitenkin mahdollista juuri tätä otosta koskien tehdä pienimuotoisia päätelmiä Spearmanin korrelaatiotestin sekä Chin neliötestin avulla. Tarkastellessa aineistoa Spearmanin korrelaation avulla, ilmeni vahvaa riippuvuutta vieroitusoireiden arvioinnin ja lievittämisen sekä turvallisen hoitoympäristön välillä ($r=0,498$). Korrelaatiosta ei voida tehdä kausaalisia päätelmiä, mutta voitaneen ajatella, että mitä turvallisempana potilas koki ympäristönsä, sen vastaanottavaisempi hän oli mahdollisesti hoidolle tai vaihtoehtoisesti, mitä paremmin hän koki vieroitusoireidensa seurannan ja lievityksen onnistuneen, sitä vahvemmin hän koki myös turvallisen hoitoympäristön osa-alueiden toteutuneen. Erityisesti yksilöllinen kohtelu korreloi vieroitusoireiden arvioinnin ja lievittämisen sekä turvallisen hoitoympäristön kokemisessa ($r=0,324-0,598$). Tämä puolestaan osoittaa, että tullessaan yksilöllisesti kohdelluksi, potilas kokee myös vieroitusoireiden seurannan ja lievittämisen sekä turvallisen hoitoympäristön toteutuneen. Näiden osa-alueiden toteutuminen puolestaan vahvistaa tunnetta yksilöllisestä kohtelusta.

Elämäntilanteen selvittämisessä ja sen järjestämisessä tukeminen korreloi vahvasti päihdeettömyyteen kannustamisen kanssa ($r=0,507$). Elämäntilanteen selvittäminen ja sen järjestämisessä tukeminen vahvistaa tunnetta, että päihdeettömyyteen tuetaan ja päihdeettömyyteen tukeminen puolestaan voimistaa elämäntilanteen selvittämisen ja järjestämisen toteutumisen kokemusta. Elämäntilanteen selvittäminen ja sen järjestämisessä tukeminen korreloi vahvasti myös tunteeseen läheisten huomioonottamisesta ($r=0,563$). Läheiset kuuluvat olennaisena osana potilaan elämään ja elämäntilannetta selvitettyä ja järjestettyä myös heidän osuuttaan käsitellään. Läheisten huomioonottaminen vahvistaa tunnetta siitä, että elämäntilannetta on selvitetty ja sen järjestämisessä tuettu.

Ristiintaulukoidessa chin-neliötestiä hyväksikäyttäen taustamuuttujien suhdetta päihdehoitotyön auttamismenetelmiin, aineistosta nousi esiin mielenkiintoisia tekijöitä. Aineiston riippuvuuden ollessa vahva, tarkasteltiin taustamuuttujien ja mielipiteiden suhdetta toisiinsa. Mikäli tuloksissa oli esim. miehillä enemmän eriäviä mielipiteitä, ne käännettiin muotoon, miehet tarvitsevat. Tämä siksi, että osa-alueen jäädessä toteutumatta osoittaa se, että sen tarve olisi suurempi.

Miehet kokivat kohtelunsa ystävällisemmäksi kuin naiset ($p=.029$). Naiset puolestaan pitivät turvallisuuden tunteen kokemista tärkeämpänä kuin miehet. ($p=.017$). Myös elämäntilanteen selvittämistä hoitajan kanssa naiset pitivät tärkeämpänä ($p=.026$). Miehet kaipaavat enemmän jatkohoidosta keskustelua, sillä he kokivat keskustelun toteutuneen heikommin kuin naiset ($p=.001$), he myös tarvitsevat enemmän päihdeettömyyteen kannustamista, tämän osa-alueen toteututtua heikommin ($p=.015$).

Perheettömät kaipasivat puolestaan enemmän vieroitusoireiden arviointia ja lievittämistä ($p=.008$) sekä keskustelua hoitajan kanssa ($p=.001$). Per-

heettömät kokivat henkilökunnan ammattitaidon heikommaksi kuin perheelliset ($p=.008$) ja he kaipasivat ystävällisempää kohtelua ($p=.017$). Perheettömien mielestä elämäntilanteen käsittely hoitajan kanssa ei ollut yhtä tärkeää kuin perheellisten ($p=.000$). He kokivat myös, ettei läheisiä oltu huomioitu riittävästi hoitajaksolla ($p=.022$), eivätkä he olleet saaneet tavalta heitä riittävästi ($p=.001$). Vastajat, jotka ilmoittivat juoneensa vähintään viikon ja enintään kuukauden, toivoivat enemmän apua hygienian hoidossa ($p=.021$).

Ammattikoulutaustaiset vastajat kokivat, etteivät olleet tulleet hyväksytyksi omana itsenään ($p=.015$) kuin muun koulutustaustan omaavat vastajat. He kokivat myös vuorovaikutussuhteensa onnistuneen muita heikommiksi ($p=.025$) ja kaipasivat enemmän muiden sairauksien huomioimista ($p=.015$). Opisto/AMK-taustaisten vastaajien mielestä hoitajilla ei ollut heille aikaa tarpeeksi ($p=.025$). Korkeammin koulutetut kokivat heidän henkisen vointinsa seurannan jääneen puutteelliseksi. ($P=.002$).

Kansakoulupohjaiset olivat muita tyytyväisempiä elämäntilanteensa asioiden tärkeysjärjestyksen laittamiseen (.019). Ammattikoulu/opisto/AMK-koulutustaustaiset vastajat kaipasivat enemmän apua asioidensa järjestämiseen.

8.8 Ajatuksia hoitojaksoon liittyen

Kyselylomakkeen lopussa oli yksi avoin kysymys, johon potilas sai halutessaan esittää ajatuksiaan hoitoonsa liittyen esim. kehittämisehdotuksia, toiveita yms. Tähän kohtaan vastasi 17 potilasta (42,2 %). Sisältöä väljästi analysoitaessa teksteistä löytyi selkeästi yksi pääkohta, rajoittaminen ($n=7$). Tämän koettiin kohdistuvan yhteydenpitoon ulkopuolisten kanssa, esim. puhelimen käyttö, liikkuminen osastolla esim. wc:t lukittuna sekä osaston ulkopuolelle esim. kanttiinissa käynti. Vastaajien kritisointi on ymmärrettävää. Vähäniemi (2008, 102) toteaaakin, että usein päihdeongelmallisilla on vaikeuksia sopeutua hoitoyksikön sääntöihin ja sopimuksiin.

”Puhelinyhteys omaisiin hirveän huono, koska työajat-paikat ovat sellaisia ettei millään saa kiinni. Monta tärkeää asiaa jää hoitamatta. Esim. kuntopyörä olisi paikallaan, kun aina istuu tai nukkuu. Fyysinen kunto on hyvä alku henkiselle kunnolle.”

”Puhelimen käyttöä voisi pidentää, koska on myös illemmalla saada puhua läheisten kanssa eikä vain 12-13. Ei se haittaa hoitoa mitenkään. Voisi esim. poikien kanssa puhua illalla ja muittenkin. Kahvia saisi keittää silloin kun haluaa.”

Ympäristön viihtyisyyteen kiinnitettiin huomiota ($n=4$) ja ehdotettiin jopa valmiita muutosehdotuksia. Viihtyisyyteen liittyviä ajatuksia oli etenkin naisten vastauksissa ja ne olivat aivan inhimillisesti ja kohtuullisia ehdotuksia.

”Puhelimen käyttö pitäisi olla vapaampaa. Parvekkeenkäyttöaika pidemmäksi. Potilasvaatteita pitäisi nykyaikaistaa (ehjiä, ettei aina tarvitse olla omia). Suunnittelin hoitajaksoni aikana parvekkeen viihtyisyyden edistämistä- tuoli/keinupaikkojen muuttamista ->uudet laudat (käsitellyt) penkkeihin, omat likaiset ja rumat. Uudet kukkaistutukset lasiseinustalle ovat pitkissä laatikoissa näyttävät. Virkistävät potilaita ja vieraita. ”

Katkaisuhoito toteutetaan päihdepsykiatrisessa yksikössä, jossa potilailla on monenlaisia ongelmia. Tämä seikka saikin osakseen kritiikkiä, joka osaltaan osoittaa, ettei toisten potilaiden tilannetta aina jaksettu ymmärtää.

”Henkilökohtaista keskustelua hoitajan kanssa ja se että ”holistien” kanssa on ”psyko”potilaita on raskasta ja kuulla heidän sekoilujaan.”

”No ei. Forssan yksikössä asiat ovat mielestäni kunnossa. Ainoa miinus on, että jos joku toimii epäasiallisesti ja vastoin normeja, niin siitä joutuu kaikki kärsimään, ovet esim. joka paikkaan lukossa.”

Keskustelua hoitajan kanssa pidettiin tärkeänä, sillä enemmän keskustelua kaipasi kolme vastaajaa. Yksi mainitsi kaipaavansa juuri elämäntilanteensa selvittämiseen liittyvää keskustelua.

”Jutteluokioita saisi olla enemmän. !!!”

”Haluaisin (hoitajan nimi) kanssa selvittää asioita + lääkärin kanssa koska mieleeni on tullut itsemurha-ajatuksia, masennukset ovat lisääntyneet

Helputusta hoitoon pääsyyn kaivattiin. Yksi vastaajista koki hoitoon pääsemisen vaikeaksi promillerajan vuoksi.

”Ehkä pitäisi päästä helpommin hoitoon, kun koettaa lopettaa juomisen. Esim. promilleraja. Koska sitä on vaikea yksin lopettaa pitkän juomaputken jälkeen.”

Vastaajista osa(n=5) halusi ilmaista tyytyväisyytensä ja esittää kiitoksensa hoitajaksostaan.

”Hyvä ruoka ja henkilökunta”

”Olen täysin tyytyväinen hoitooni. ”

”Omahoitoni on erittäin esimerkillistä.”

Yksi vastaajista kiteytti koko päihdeongelman taustalla olevan problematiikan todeten:

...Kaikki on loppujen lopuksi itsestäni kiinni. Ei kukaan pakota minua juomaan.”

9 POHDINTA

9.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa on muistettava, että se riippuu täysin tiedon keräämiseen käytetystä mittarista (Metsämuuronen 2006, 117). Mittaria arvioidaan usein käsitteillä sisäinen ja ulkoinen validiteetti sekä reliabiliteetti. Sisäinen validiteetti tarkoittaa kykyä mitata oikeaa ilmiötä ja ulkoinen validiteetti tutkimuksen yleistettävyyttä (Metsämuuronen 2006, 117; Vilka, 2005, 161). Sisäistä validiutta tarkastellessa otetaan huomioon se, ovatko operationalisoidut käsitteet teorian mukaisia ja ilmiötä tarpeeksi laajasti kattavia (sisällön validiteetti) ja löytyykö, mikäli tutkimuksen taustalla on joku teoria, sille aineistollista tukea (rakennelvaliditeetti) (Metsämuuronen 2006, 119–120).

Reliabiliteetti tarkoittaa mittarin kykyä mitata tutkittavaa ilmiötä luotettavasti kerta toisensa jälkeen vastausten pysyessä samantasoisina (sisäinen realibiliteetti) (Metsämuuronen, 2006, 117) ja sen kyky mittaukseen on ympäristöriippumaton (ulkoinen reliabiliteetti) (Vilka 2005, 161; Metsämuuronen 2006, 117; Tuomi 2007, 150). Reliabiliteettiä arvioitaessa vaikuttavaa on, edustaako otosjoukko perusjoukkoa riittävästi, vastausprosentti, tietojen syötön tarkkuus ja erilaiset mittausvirheet (Vilka 2007, 150). Luotettavuutta heikentäviä tekijöitä ovat esim. vastaajan väärin tai eritaivoiin ymmärtämät kysymykset, tallennuksessa sattuvat virheet yms. (Vilka 2005, 162). Kyselylomakkeen päihdehoitotyön auttamismenetelmien osa-alueiden Cronbach α : Vieroitusoireiden arviointi ja lievittäminen (.882), turvallisen hoitoympäristön luominen (.918), elämänrytmin palauttaminen (.736), elämäntilanteen selvittäminen ja sen järjestämisessä tukeminen (.792) ja päihdeettömyyteen tukeminen (.758). Kyselylomakkeen kaikkien osioiden yhteisalfa on .733.

Opinnäytetyön kyselylomakkeen validiutta tarkastellessa tulee huomioida, että kysymykset on operationalisoitu aiempien laadullisten pro gradu - tutkimusten, Halonen ja Paakkeli-Kurronen (2006) sekä Savolainen (2006), pohjalta. Opinnäytetyö on siis osittain deduktiivinen ja vastaukset alkuperäisten tutkimusten tutkimustulosten kanssa yhteneviä. Kyselylomakkeen luotettavuutta lisää sen esitestaaminen sekä asiantuntijalausunto sen toimivuudesta (Moule & Goodman 2009, 184). Opinnäytetyössä käytettyyn kyselylomakkeeseen on tehty asiantuntijalausunnon pohjalta tarvittavat muutokset. Otosjoukko vastaa perusjoukkoa eli katkaisuhoidopotilaita valtakunnallisesti vahvasti.

Kyselylomake jaettiin 38 potilaalle. Kaikki lomakkeet palautettiin, kahdessa ei ollut kuin demografinen osuus täytettynä. Näin ollen vastausprosentti oli 97,4 % (N=36), mikä on hyvä. Osastolla oli tutkimusajankohtana 109 potilasta, joista osa keskeytti hoidon, eikä täten valikoitunut vastaajiksi. Voidaan todeta, että kyselyyn vastasi vähintään kolmannes koko ajanjakson potilaista. Yhdestä kyselylomakkeesta puuttui kokonaan toisen

sivun vastaukset, eikä näin ollen ole tiedossa, miten tutkittava olisi sen sisältämiin kysymyksiin vastannut. Koska SPSS:stä on otettu mukaan vain suhteellista prosentiosuutta mittaavat luvut, on tämä puuttuva vastaus eliminoitunut prosentteja laskettaessa ohjelman toimesta.

Luotettavuutta tarkasteltaessa merkittäväksi tässä otannassa nousee avoimen kysymyksen merkitys Likertin asteikon väittämiin. Mikäli potilas vastasi avoimeen kysymykseen, sen sisältö vastasi väittämien arviointia. Potilaat, jotka kaipasivat enemmän hoitajan kanssa keskustelua, arvioivat kyseisen kohdan väittämän, olen saanut tarpeeksi keskustella hoitajan kanssa, olleen osittain tai täysin eri mieltä. Myös avoimeen kysymykseen hoitoa hyväksi arvioineet arvioivat myös väittämät samaa mieltä kohdan ympyröiden. Suhde avoimen kysymyksen ja väittämien kanssa täyttyi jokaisessa avoimeen kysymykseen vastanneiden kyselylomakkeessa. Tämä tukee sitä ajatusta, että kyselylomakkeeseen on vastattu ajatuksella ja siihen on suhtauduttu tosissaan.

Opinnäytetyössä haettiin vastausta siihen, kuinka tärkeänä potilaat pitivät auttamismenetelmien toteutumista. Nämä kysymykset on kysytty suoraan lomakkeessa malliin, pitääkö potilas tärkeänä kyseistä auttamismenetelmää, joten kysymystä tuskin ymmärretään väärin ja voidaan todeta vastausten olevan siltä osin suhteellisen luotettavia. Tuloksiin saattaa kuitenkin vaikuttaa tutkittavan tietoisuus tutkimukseen osallistumisesta sekä hoitajan tietoisuus tutkimuksen toteutuksesta osastolla (Metsämuuronen 2006, 1162).

Opinnäytetyön eri vaiheissa on aineiston kokoamiseen, käsittelyyn sekä analysointiin vaikuttanut tutkijatriangulaatio eli kahden eri opinnäytetyön tekijän yhteistyö. Tämä tutkija-asetelma on syventänyt työn tarkastelua kahden eri näkemyksen täydentäessä toisiaan yhteisen päämäärän tavoittelussa. Usean tutkijan osallistuminen tutkimuksen eri vaiheisiin ja ilmiön tarkasteluun laajenee, sillä tulosten tarkasteluun vaikuttaa aina niiden tarkastelijan kulttuurillinen tausta, älykkyys, logiikan taju ja kirjoitustaito. (Davies 2007, 222–223.) Useamman tutkijan osallistuminen tutkimuksen tekoon parantaa tutkimuksen reliabiliutta (Nurmela 2002).

9.2 Opinnäytetyön toteuttamiseen liittyviä eettisiä näkökohtia

Ihmisille, jotka hakeutuvat päihdekatkaisuhoidon, on kehittynyt jonkinasteinen päihderiippuvuus. Päihderiippuvuudesta kärsivällä potilaalla on usein samanaikaisesti jokin psykiatrinen sairaus tai persoonallisuushäiriö, niin sanottu kaksoisdiagnoosi. (Havio ym. 2008, 200.) Tämän johdosta on kaikissa tutkimusprosessimme vaiheissa huomioitava eettiset näkökulmat erityisen huolellisesti. Opinnäytetyön kannalta on kuitenkin äärettömän arvokasta saada katkaisuhoidopotilailta eli palveluiden käyttäjiltä kokemuseräistä tietoa hoidon toteutumisesta. Päihdepalveluiden laatusuosituksissa (2002) korostetaan, että palveluiden käyttäjiltä tulee kerätä palautetta siitä, millaisena he ovat saamansa palvelun kokeneet. Erityisesti hoitoon ja hoitotyöhön kohdistuva potilastyytyväisyyden mittaaminen on tär-

keää, sillä ensisijaisesti hoitotyön osuus on juuri se joka määrää potilaiden tyytyväisyyden hoitoon kokonaisuudessaan (Yellen 2002). Katkaisuhoidossa yksi hoidon onnistumisen arviointikriteereistä on potilaan mielipide saamastaan hoidosta. Mitä paremmin hoito vastaa potilaan omaan tarpeeseen, sitä paremmin se mahdollisesti vaikuttaa. Palveluperiaatteen toteutuminen potilaasta käsin voidaan selvittää vain kysymällä sitä potilaalta itseltään (Töyry, 2003).

Helsingin julistus 1964, määrittelee ihmisiin kohdistuvalle tutkimukselle asetettuja eettisiä vaatimuksia, joihin kuuluu mm. yksilön integriteetin kunnioitus. Tutkimus on toteutettava niin, ettei siitä koidu yksilölle mitään haittaa. Yksilöltä on pyydettävä lupa tietoon perustuen tutkimuksen toteuttamiseen hänen kohdallaan ja tutkittava saa lopettaa ilman mitään selitystä tutkimukseen osallistumisen oman tahtonsa mukaan (Helsingin julistus 1964). Tutkimusta ohjaavat myös Laki henkilötiedoista, 523/1999 (Finlex 1999) sekä Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 785/1992 (Finlex 1992).

Tutkimuksen alussa potilaalle selitettiin ymmärrettävällä ja rehellisellä tavalla tutkimuksen tarkoitus ja mitä hänen mahdollinen osallistumisensa siihen merkitsee. Potilaalle annettiin myös tutkimuksesta kertova saatekirje (Liite 2). Näiden annettujen tietojen perusteella potilas teki tietoisien valinnan osallistumisestaan tutkimukseen. Osallistuminen oli täysin vapaaehtoista, eikä potilaan kieltäytyminen vaikuttanut hänen hoitoonsa. Kyselylomakkeen väittämiä laadittaessa on vältetty liian intiimejä ja henkilökohtaisia väittämiä. Potilaalla on oikeus antaa vain niitä tietoja, joita hän haluaa. Opinnäytetyössä on otettu huomioon, että liikuttaessa ihmisen psyykkisellä tasolla, tulee toimia hienovaraisesti ja ihmisyyttä kunnioittaen. (Leino-Kilpi 2003, 284–296, Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2006, 26–34.)

Opinnäytetyön eettistä puolta tarkasteltaessa ja etsittäessä tietoa mahdollisesta tutkimuksen teon vaikutuksesta psykiatriseen/mielenterveyden häiriöstä kärsivään potilaaseen, löydettiin Hotin (2004) psykiatrisille potilaille tehty tutkimus. Siinä hän toteaa tutkimuksen tekoon liittyen useiden potilaiden kokeneen myönteisesti, että heitä kuultiin ja heidän kokemuksiaan ja mielipiteitään arvostettiin. (Hotti 2004, 58, 129).

Täytetyt kyselylomakkeet potilas palautti kirjekuoreen suljettuna osastolla olevaan suljettuun laatikkoon, josta opinnäytetyön tekijät keräsivät ne keran viikossa. Näin varmistettiin, ettei tietoja kyetty osastolla lukemaan, vaan ne pysyivät opinnäytetyön tekijöiden ja vastaajien välisinä. Vastaajat ja opinnäytetyön tekijät eivät kohdanneet missään tutkimusprosessin vaiheessa. Vastaukset kerättiin nimettöminä, joten vastaajan anonyymius kyettiin varmistamaan, eikä vastaajia voida jäljittää missään tutkimusprosessin vaiheessa. Aineiston analysoinnin lopuksi kyselylomakkeet hävitettiin polttamalla.

9.3 Kehittämisehdotuksia ja haasteita jatkotutkimukselle

Tämä opinnäytetyö oli pienimuotoinen (N=36) ja tulokset koskevat vain tätä otantaa ja Forssan sairaalan osasto11:sta päihdepsykiatrian yksikköä eikä tuloksia täten voida yleistää koskemaan perusjoukkoa. Huomioitavaa kuitenkin on, ettei perusjoukko, akuuttikatkaisuhoidon (5–7 vrk) läpikäyneet valtakunnallisestikaan ole kovin suuri. Tämän opinnäytetyö tulosten pohjalta voidaan kuitenkin ehdottaa, mihin suuntaan katkaisuhoitoa potilaiden näkemyksen mukaan tulisi kehittää osasto11:sta.

Tulosten perusteella ilmeni mm. seuraavia kehitettäviä asioita. Katkaisuhoitossa tulee entistä enemmän kiinnittää huomiota vuorovaikutukseen potilaan ja hoitajan välillä sekä ajan antamiseen potilaalle. Tällä edistetään potilaan huomioimista yksilönä sekä yksilöllistä kohtelua, jotka osaltaan taas saattavat vaikuttaa potilaan motivoitumisessa jatkohoitoon. Tähän liittyen myös potilaan informointia hoitajaksoon liittyvissä asioissa mm. lääk- ja jatkohoidon suunnittelu tulee lisätä. Hoitajakso tulee toteuttaa kuitenkin niin, että potilaan yksinolo on mahdollista hänen niin halutessa. Ympäristön viihtyvyyteen tulee kiinnittää huomiota ja osastolla käytössä olevien rajoitusten tarkoituksenmukaisuutta harkita uudelleen.

Yksi mahdollisuus katkaisuhoiton kehittämiseen yksikössä on lisäkoulutus, sillä sen avulla on mahdollista saada uusia näkökantoja ja löytää entistä tuloksellisempia hoitomenetelmiä.

Jatkossa vastaavanlainen kysely tulisi suunnata hoitohenkilökunnalle. Saatuja tuloksia voitaisiin verrata keskenään ja kartoittaa, kohtaavatko hoitajan toteuttama hoitotyö sekä potilaan odotukset siitä.

Lopuksi todetaan Tammista lainaten: "Ettei yhdessäkään raitistumistarinassa tullut esiin, että raitistuminen olisi tapahtunut jonkin hoitometodin ansiosta..., vaan motivaatio raitistumiseen löytyy jostakin muualta – ennen hoitoa tai hoidon jälkeen, mutta aina hoidosta riippumatta." (Tamminen 2008, 87).

LÄHTEET

- Ahola, A. 2009. Monta menetelmää, monenlaisia vastauksia. Tilastokseus. Viitattu 31.8.2009.
http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-06-08_004.html?s=0.
- Alho, L. 2006. Raskaana olevan alkoholinkäyttäjän hoitotyö. Kandidaattitutkielma. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto. Viitattu 12.8.2008
<http://www.myllyhoito.fi/liitteet/myllyhoito-00010454-7.pdf>.
- Alkoholijuomien kulutus 2007. STTV. Viitattu 20.4.2008.
http://www.sttv.fi/ylo/tiedotteet_frameset.htm.
- Alkoholiohjelma 2004–2007, Yhteistyön lähtökohdat 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:7. Viitattu 12.8.2008
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/04/aa1082984116271/passthru.pdf>.
- Davies, M, B. 2007. Doing successful Research Project. China: Palgrave Macmillan.
- Greggas, A. 2007. Elämäntavat raittiiksi- Lahden osasto ry. ETRA-liitto ry. Viitattu 19.9.2008.
<http://www.etra-liitto.fi/alkoholisyopa.pdf>.
- ETENE. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2001.Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Viitattu 14.9.2008
<http://www.etene.org/dokumentit/julkaisuyhtfin.pdf>.
- Forssan mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen kehittämishanke Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymässä 2008–2009. Hankesuunnitelma. Työryhmä Nurmi- Niemelä, T., Hyvönen, T., Turunen, M., Puro, M. & Suhonen, R.
- Halonen, M. 2005. Päihdepalvelujen saatavuus, vaikuttavuus ja palveluun ohjautuminen asiakkaiden kuvaamina. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto.
- Halonen, P. & Paakeli-Kurronen, P. 2006. Päihdehoitotyön auttamismenetelmät katkaisuhuolto-osastolla – asiakkaiden ja hoitajien kuvaamana. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Kuopion Yliopisto.
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7.uud.p. Helsinki: Edita Prima Oy.

Henkilötietolaki 22.4.1999/52. Viitattu 6.11.2008
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>.

Hiidenhovi, H. 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalle. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Tampereen yliopisto. Viitattu 13.9.2008.
<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5165-1.pdf>.

Hirschovits, T. 2009. Riippuvuus ilmiönä. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T, Kylmänen, P. & Agge, E.(toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen Graafiset palvelut Oy, 27– 48.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13.osin uud.p. Vantaa: Dark Oy.

Holopainen, A. 2004. Katkaisuhoito laitosolosuhteissa artikkeli. A-Klinikkasäätiö. Viitattu 12.7.2008.
<https://rtstm.teamware.com/Resource.phx/alkoholi/taustoja/katkaisu.htx.i604.doc>.

Hotti, A.2004. "Mitä psykiatrinen potilas haluaa tietää?" Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Turun yliopisto.

Hätönen, H. 2005. Tiedonsaanti psykiatrisessa sairaalahoidossa–mielenterveyspotilaan näkökulma. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto Viitattu 24.9.2008
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00443.pdf>.

Hölttä, J. 2006. ”Muiden silmissä vaan häirikkö..” kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avunsaannin haasteet. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto. Viitattu 24.9.2008
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01228.pdf>.

Inkinen, M. 2004. Päihdesairaanhoidajan työn sisältö A-klinikkasäätiössä. Monistesarja nro 42, A-klinikkasäätiö. Viitattu 28.8.2008.
<http://www.a-klinikka.fi/julkaisut/verkkojulkaisut/index.html>.

Itäpuisto, M. 2005. Kokemuksia alkoholiongelmaisten vanhempien kanssa eläystä lapsuudesta. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Sosiiaalipsykologian ja sosiologian laitos, Kuopion yliopisto. Viitattu 28.9.2008.
<http://www.uku.fi/vaitokset/2005/isbn951-27-0363-7.pdf>.

Juhela, P. 2007. Ikääntyminen ja alkoholi –puuttumattomuuden ongelma. *Kansanterveys*, vol.3/2007, s.16–17. Viitattu 26.9.2008.
<http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/pdf2007/kansanterveys307final.pdf>.

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

Järvenpään sosiaalisairaala.n.d. Viitattu 1.9.2009.
<http://www.sosiaalisairaala.fi/index.php>.

Kiianmaa, K. & Hyytiä, P. 2003. Päihteiden vaikutusten neurobiologinen perusta. Teoksessa Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) *Päihdelääketiede*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 110–119.

Kilkku, N. 2008. Potilasopetuksesta ensipsykoosipotilaan hoidossa. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto. Viitattu 5.6.2009.
<http://acta.uta.fi/teos.php?id=11127>.

Kiuru, H. 2003. Kokemus alkoholiperheessä kasvamisesta, selviytymisestä ja tuesta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Viitattu 14.9.2008.
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00289.pdf>.

Koponen, A. 2006. Sikiöaikana päihteille altistuneiden lasten kasvuympäristö ja kehitys. Väitöskirja. Valtiotieteellinen tiedekunta, sosiaalipsykologian laitos, Kuopion yliopisto. Viitattu 24.9.2008
ethesis.helsinki.fi/julkaisut/val/sosps/vk/koponen/sikioaik.pdf.

Kuoleman syyt. Kuolemat, joihin liittyy alkoholi, vuodet 1998–2006. Tilastokeskus 2008. Viitattu 11.8.2008.
http://www.stat.fi/til/ksyyt/2006/ksyyt_2006_2008-05-29_tau_003.html.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Toivo hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena. *Tutkiva hoitotyö*. 4/ 2007. vol 5, 4–8.

Laitila-Ukkola, M. 2005. Päihdehuollon näköinen sosiaalityö? Suomalaisen päihdehuollon sosiaalityötarinoita. Lisensiaatintutkimus. Sosiaalityön laitos, Lapin yliopisto. Viitattu 20.4.2008.
http://www.sosnet.fi/includes/file_download.asp?deptid=16345&fileid=7450&file=20060103111642.pdf&pdf=1.

Laitinen, K. & Mäkelä, R. 2003. Katkaisuhoido. Teoksessa Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) *Päihdelääketiede*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 203–211.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 6.11.2008
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>.

Leino-Kilpi, H. 2003. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka Teoksessa Etiikka hoitotyössä. Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Juva: WS Bookwell Oy, 284–298.

Leppävuori, A. & Alho, H. 2007. Alkoholideliriumin hoito. Lääkärikirja Duodecim. 123(2): 169–75. Viitattu 14.8.2008.
<http://www terveyskirjasto.fi/terveysportti/Dlehti2.tunnista?a=Y&t=H&fname=duo96220.htm#s3>.

Helsingin julistus 1964. Lääkäriliitto. Viitattu 24.9.2008
<http://www.laakariliitto.fi/etiikka/helsinginjulistus.html>.

Makkonen, T. 2005. Katko edellyttää jatkoa. Katkaisu- ja vieroitushoidon kehittäminen palvelutarpeen arvioinnin pohjalta. Päihdepalvelujen kehittämishanke, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Moule, P. & Goodman, M. 2009. Nursing research an introduction. Indian: Typeset by C& M Digitals.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. 2009:3. Viitattu 9.10.2009.
<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>,

Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Humanistinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto. Viitattu 20.9.2008.
<http://dissertations.jyu.fi/studhum/9513927288.pdf>.

Mäkelä, R. 2003. Alkoholiriippuvuus ja muu psyykinen sairastavuus. Teoksessa Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. Jyväskylä;Gummerus Kirjapaino Oy, 181–191.

Mäkelä, R. 2005. Miten Käypä Hoito-suositukset ohjaavat psykososiaalista hoitoa? Hyvinvointia tasavertaisesti. Valtakunnalliset Päihdepäivät 2005. Viitattu 28.8.2008.
http://www.health.fi/content/files/PP2005_tiivistelmat.pdf .

Mäkelä, R. 2006. Juoppohulluus ja muut alkoholipsykoosit. Viitattu 28.8.2008.
<http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/236-juoppohulluus-ja-muut-alkoholipsykoosit>.

Nurmela, T. 2002. Ajattelun taito ja lupa ilmaista. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos, Tampereen Yliopisto. Viitattu 30.8.2009
<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5321-2.pdf>

Perälä, M-L. 2006. Asiakkaan näkökulma laatuun. Laatu perusterveydenhuollossa. Sisä- Suomen ja Pohjanmaan yliopistollisen terveystieteiden konsortion ja PERTTU-projektin yhteinen seminaari. Perusterveydenhuollon tutkimus. Tampere 15.9.2006. Viitattu 20.10.2008.
<http://www.uta.fi/laitokset/tsph/perttu/pdf/Perala.pdf>.

Päihdebarometri 2007. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 5/07. Viitattu 10.10.2008.
<http://www.health.fi/timage.php?i=100638&f=1&name=P%E4ihdebarometri2007.pdf>.

Päihdepalvelujen laatusuosituksien. 2002. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Suomen Kuntaliitto. Helsinki; Edita Prima Oy.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2008, Alkoholi ja huumeet. Stakes. <http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/paihde/Paihdetilastollinen2008.pdf>.

Ristaniemi, T. 2005. Psykiatrisen sairaalan ”armahtava todellisuus”? Asiakaslähtöisyys psykiatrisen kuntoutuspotilaan kokemana. Lisensiaattityö. Valtiotieteellinen tiedekunta. Yhteiskuntapolitiikan laitos, sosiaalityö, Helsingin yliopisto.

Rousu, S. 2007. Lastensuojelun tuloksellisuuden arviointi organisaatiossa, näkymätön tuloksellisuus näkyväksi. Akateeminen väitöskirja. Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta – johtamistieteiden laitos, Tampereen yliopisto. Viitattu 20.9.2008
<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7174-2.pdf>.

Ruisniemi, A. 2006. Minäkuvan muutos päihderiippuvaisuudesta toipumisessa. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos, Tampereen yliopisto. Viitattu 20.9.2008
<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6619-5.pdf>.

Sairaanhoitajaliitto. 2007. Toimintamallit käytännöiksi–projekti. Viitattu 13.9.2008.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/mp/db/file_library/x/IMG/77646/file/Raportti2007ssl.pdf.

Savolainen, M. 2006. Asiakkaasta arvioijaksi – laadullinen tutkimus katkaisuhoitotyöstä. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.

Sosiaali- ja terveysministeriö.2004. Alkoholinkäytöstä kysyttävä potilas-kontakteissa. Tiedote 261/2004 .Viitattu 16.8.2008.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/2215/index.htm>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Alkoholipolitiikan ajankohtaiskatsaus. Muistio. Viitattu 13.9.2008
<http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/paihde/alkoh/katsaus.htm.i151.pdf>.

Sotkanet. Viitattu 12.9.2008.
<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/sotkanet/index.htm>

Suhonen, R. 2008. Terveysthuollon laatu fokuksessa. Tutkiva Hoitotyö Vol.6(2), 2008, 3.

Suomen kielen perussanakirja. 2001. Kotimaisten kielten tutkimuskeskus. Helsinki; Edita Oyj.

Tamminen, M. 2000. Paluu normaaliin. Tutkimus addiktiivisen päihdeidenkäytön lopettamisesta. Stakes, Raportteja 247. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J.2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

Töyry, E. 2001. Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa. Mittarin kehittäminen ja käyttö. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteen tiedekunta, Kuopion yliopiston.

Vehviläinen- Julkunen, M. & Paunonen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 206–214.

Valli, R. 2007. Mitä numerot kertovat? Teoksessa Aaltola, J & Valli, R. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. 2. uud.p. Juva: WS Bookwell Oy.

Vihmo, J. 2007. Alkoholien käytän aiheuttamat haittakustannukset. Stakes.Viitattu 5.9.2008.
<https://rtstm.teamware.com/Resource.phx/alkoholi/ajankohtaista/paatosseminaari07.htm.i1065.pdf>.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Tammi.

Vähäniemi, A. 2008. Mielenterveys- ja päihdepotilaan hyvä hoitoympäristö. Teoksessa Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 101– 125.

Yellen, E. Davis, G. & Ricard, R. 2002. The Measurement of Patient Satisfaction. *Journal of nursing care quality*, 2002 Jul, 16(4):23-9. Viitattu 21.10.2008.

<http://web.ebscohost.com.proxy.hamk.fi:2048/ehost/pdf?vid=2&hid=21&sid=f166677f-ba5b-47bf-8e12-b6c12c3ac1d9%40sessionmgr9>

Ole hyvä ja täytä taustatietosi

OSALLISTUJIIEN TAUSTATIETOLOMAKE

Tilastointinumero

1. Sukupuoli mies nainen
2. Syntymävuosi V. _____
3. Koulutustausta kansa/peruskoulu ylioppilas
 ammattikoulutus opisto/alempi korkeakoulututkinto
 korkeakoulututkinto
4. Työtilanne työelämässä työtön
 eläkkeellä
5. Perhesuhteet yksin avo-/avioliitossa
6. Asumistilanne oma asunto (vuokra/omistus) sukulaisten/ tuttavien luona
 Asunnoton

Alkoholinkäyttöä koskevia kysymyksiä

7. Katkaisuhoidon edeltävän alkoholinkäytön pituus viikko tai alle viikosta yhteen kuukauteen
 yli kuukausi
8. Oletko ollut katkaisuhoidossa aiemmin olen en ole ollut
9. Jos olet ollut aiemminkin alkoholikatkaisuhoidossa, kuinka monta kertaa olet ollut? 1–2 kertaa 3–5 kertaa
 Yli 6 kertaa

Arvioi ympyröimällä seuraavista väittämistä se numero, joka parhaiten kuvaa mielipidettäsi hoitojaksoon liittyvistä osa-alueista

	(f) Täysin samaa mieltä	(f) Osittain samaa mieltä	(f) Osittain eri mieltä	(f) Täysin eri mieltä	(f) En osaa sanoa
HAVAITOMATRIISIN FREKVENSIIJAKAUMA					
10. Olen saanut tarpeeksi tietoa alkoholinkäyttöni liittyvistä riskeistä	29	4	-	1	1
11. Olen saanut olotilaani helpottavaa lääkehoitoa tarpeeksi	24	7	2	2	-
12. Olen saanut riittävästi tietoa lääkehoidosta	13	17	3	2	-
13. Pidän tärkeänä vieroitusoireiden arviointia ja lievittämistä	28	4	1	1	1
14. Halutessani olen saanut olla yksin	17	7	5	2	-
15. Kanssani on keskusteltu tarpeeksi	17	13	3	1	1
16. Olen kokenut tulleeeni hyväksytyksi omana itsenäni	23	6	3	3	-
17. Henkilökunta on ollut ammattitaitoista	29	5	1	-	-
18. Minua on kohdeltu yksilöllisesti	22	8	3	-	1
19. Vuorovaikutussuhde hoitajan kanssa on onnistunut hoitojaksollani	20	14	1	-	-
20. Vieroitusoireitani on seurattu	24	10	-	1	-
21. Olen tuntenut tulleeeni autetuksi	27	6	1	1	-
22. Minua on kohdeltu ystävällisesti	30	4	-	1	-
23. Minua ei ole syyllistetty	27	5	1	1	1
24. Hoitajalla on ollut aikaa minulle	19	12	3	1	-
25. Olen saanut keskustella muiden potilaiden kanssa	28	4	2	1	-
26. Pidän tärkeänä turvallisuuden tunteen kokemista hoitojaksollani	27	7	-	-	1

HAVAINATOMATRIISIN FREKVENSSIJAKAUMA (f)	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
27. Henkistä hyvinvointiani on seurattu	19	12	3	1	1
28. Unensaantiani on helpotettu	25	8	1	1	1
29. Ruokailurytmini on säännöllistynyt	29	3	2	1	1
30. Olen saanut tarvittaessa apua hygieniani hoidossa	23	6	1	2	2
31. Muut sairauteni ja hoidontarpeet on huomioitu	29	5	1	1	-
32. Pidän tärkeänä perustarpeitteni huomiointia hoitoni yhteydessä	27	6	1		1
33. Elämäntilannettani on käsitelty kanssani	20	9	6	1	-
34. Elämäntilanteeseen liittyviä asioita on laitettu tärkeysjärjestykseen	13	13	5	2	2
35. Läheiseni on otettu hoitojaksollani huomioon	16	9	6	3	2
36. Koen tärkeäksi elämäntilanteeni selvittämisen yhdessä hoitajan kanssa	24	7	3	2	-
37. Olen saanut käytännön apua asioiden järjestämiseen	17	9	3	5	2
38. Olen saanut tavata läheisiäni hoitajakson aikana	22	3	7	2	2
39. Minulle on tärkeää saada apua ja tukea elämäntilanteeni järjestämisessä	29	4	1	2	-

HAVAINNOMATRIISIN FREKVENSIIJAKAUMA (f)	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
40. Jatkohoidostani on keskusteltu riittävästi	18	12	4	-	2
41. Olen tietoinen jatkohoidostani	16	13	2	2	3
42. Minua on kannustettu pähenteettömyyteen	27	5	2	-	2
43. Koen tärkeäksi jatkohoitoni suunnittelemisen yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa	27	7	1	-	1

44. Onko mieleesi tullut joitakin ajatuksia hoitoosi liittyen
esim. kehittämisehdotuksia, toiveita yms.

HYVÄ KATKAISUHOITOYKSIKÖN ASIAKAS

Olemme kaksi Hämeen ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja-opiskelijaa ja teemme opintoihin liittyvää opinnäytetyötä Forssan sairaalan osasto 11: lle.

Tutkimuksemme tarkoitus on selvittää Sinun kokemuksiasi katkaisuhoidossa käytettävistä päihdehoitotyön auttamismenetelmistä ja niiden toteutumisesta hoitosi yhteydessä. Tutkimuksemme tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa katkaisuhoidon kehittämisessä potilaiden tarpeita vastaavaksi.

Osallistumisesi olisi meille tärkeää, koska Sinä olet paras tiedonantaja tämän aiheen suhteen. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen tai siitä kieltäytyminen ei vaikuta hoitoosi.

Kaikki antamasi tiedot tulevat olemaan ehdottoman luottamuksellisia. Käsittelemme aineistoa siten, ettei Sinun henkilöllisyytesi paljastu tutkimuksen missään vaiheessa, eikä Sinua voida tunnistaa annettujen tietojen perusteella.

Voit osallistua tutkimukseen täyttämällä oheisen kyselylomakkeen ja palauttamalla sen kirjekuoreen suljettuna osastolla olevaan palautuslaatikkoon. Palautuslaatikko on lukittu ja vain me voimme sen tyhjentää. Osaston henkilökunta ei ole missään tekemisissä täytettyjen kyselylomakkeiden kanssa vaan kaikki tieto jää täysin Sinun ja meidän väliseksi.

Tulemme analysoimaan materiaalin tietokoneohjelmalla ja vain tulokset tulevat myöhemmin julkisiksi. Tutkimustulokset ovat osastolla nähtävillä raportoituna opinnäytetyön muodossa tutkimuksen valmistuttua.

VASTAUKSESTANNE KIITTÄEN JA YSTÄVÄLLISIN TERVEISIN

Anne Uravuori

Tarja Vuorinen

Lisätietoja halutessasi saat meihin yhteyden:

anne.uravuori@student.hamk.fi

tarja.vuorinen@student.hamk.fi

TIEDOTE OSASTO 11:N HENKILÖKUNNALLE AKUUTTİKATKAISUHOITOA KOSKEVASTA TUTKIMUKSESTA

Teemme opinnäytetyötä Hämeen ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmassa osana sairaanhoitajan tutkintoa. Opinnäytetyön nimi on: ”Akuuttikatkaishoito-potilaiden kokemuksia päihdehoitotyön auttamismenetelmistä”. Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa katkaishoito-potilaiden mielipiteitä käytetyistä päihdehoitotyön auttamismenetelmistä päihdepsykiatrisessa yksikössä.

Tavoitteena on tuottaa tietoa auttamismenetelmien toteutumisesta ja tärkeydestä päihdehoitotyössä akuuttikatkaishoivaiheessa. Tietoa voidaan hyödyntää päihdekatkaishoito-prosessin kehittämisessä ja hoitajien päihdepsykiatrisen osaamisen vahvistamisessa.

Olemme laatineet kyselylomakkeen, jonka toivomme teidän jakavan potilaille. Ennen lomakkeen antamista potilaalle, häneltä kysytään halukkuutta osallistua mielipidemittaukseen. Tässä yhteydessä hänelle korostetaan osallistumisen vapaaehtoisuutta sekä sitä, ettei siitä kieltäytymisellä ole vaikutusta hänen hoitoonsa.

Potilaalle jaettava materiaali sisältää saatekirjeen, kyselylomakkeet sekä palautuskuoren. Potilaalle tulee järjestää aikaa ja rauhallinen tila kyselylomakkeen täyttämistä varten. Täyttämisen jälkeen potilas sulkee kyselylomakkeen itse palautuskuoreen ja palauttaa sen palautuslaatikkoon. Tyhjennämme palautelaatikon kahden viikon välein.

Aineiston kerääminen kestää neljän kuukauden ajan.

Lisätietoja voi tiedustella:

Sh-opiskelija HAMK
Tarja Vuorinen
tarja.vuorinen@student.hamk.fi

Sh-opiskelija HAMK
Anne Uravuori
anne.uravuori@student.hamk.fi

YHTEISTYÖSTÄ KIITTÄEN

Opinnäytetyön ohjaajan yhteystiedot:
Marjut Hovi Lehtori Hoitotyön ko/hoitotyön sv/Forssa
marjut.hovi@hamk.fi

LIITE 4

Päihdehoitotyön auttamismenetelmät	N	ka	kh
Vieroitusoireiden arvioiminen ja lievittäminen			
Olen saanut tarpeeksi tietoa alkoholinkäyttöni liittyvistä riskeistä	34	3,79	0,592
Olen saanut olotilaani helpottavaa lääkehoitoa tarpeeksi	35	3,51	0,853
Olen saanut riittävästi tietoa lääkähoidosta	35	3,17	0,822
Pidän tärkeänä vieroitusoireiden arviointia ja lievittämistä	34	3,74	0,666
Turvallisen hoitoympäristön luominen			
Halutessani olen saanut olla yksin	31	3,26	0,965
Kanssani on keskusteltu tarpeeksi	34	3,35	0,774
Olen kokenut tulleeeni hyväksytyksi omana itsenäni	35	3,43	0,979
Henkilökunta on ollut ammattitaitoista	35	3,80	0,473
Minua on kohdeltu yksilöllisesti	33	3,58	0,663
Vuorovaikutussuhde hoitajan kanssa on onnistunut hoitojaksollani	35	3,54	0,561
Vieroitusoireitani on seurattu	35	3,63	0,646
Olen tuntenut tulleeeni autetuksi	35	3,69	0,676
Minua on kohdeltu ystävällisesti	35	3,80	0,584
Minua ei ole syyllistetty	34	3,71	0,676
Hoitajalla on ollut aikaa minulle	35	3,40	0,775
Olen saanut keskustella muiden potilaiden kanssa	35	3,69	0,718
Pidän tärkeänä turvallisuuden tunteen kokemista hoitojaksollani	34	3,82	0,387
Elämänrytmin palauttaminen			
Henkistä hyvinvointiani on seurattu	35	3,40	0,775
Unensaantiani on helpotettu	35	3,63	0,690
Ruokailurytmini on säännöllistynyt	35	3,71	0,710
Olen saanut tarvittaessa apua hygieniani hoidossa	32	3,56	0,840
Muut sairauteni ja hoidontarpeet on huomioitu	36	3,72	0,659
Pidän tärkeänä perustarpeitteni huomiointia hoitoni yhteydessä	34	3,74	0,618
Elämäntilanteen selvittämisessä ja sen järjestämisessä tukeminen			
Elämäntilannettani on käsitelty kanssani	36	3,33	0,862
Elämäntilanteeseen liittyviä asioita on laitettu tärkeysjärjestykseen	34	3,18	0,869
Läheiseni on otettu hoitojaksollani huomioon	34	3,12	1,008
Koen tärkeäksi elämäntilanteeni selvittämisen yhdessä hoitajan kanssa	36	3,47	1,878
Olen saanut käytännön apua asioiden järjestämiseen	34	3,15	1,132
Olen saanut tavata läheisiäni hoitajakson aikana	35	3,37	1,031
Minulle on tärkeää saada apua ja tukea elämäntilanteeni järjestämisessä	36	3,69	0,822
Päihdeettömyyteen tukeminen			
Jatkohoidostani on keskusteltu riittävästi	34	3,44	0,746
Olen tietoinen jatkohoidostani	33	3,33	0,890
Minua on kannustettu päihdeettömyyteen	34	3,71	0,760
Koen tärkeäksi jatkohoitoni suunnittelemisen yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa	33	3,76	0,561

*Keskiarvon teoreettinen vaihteluväli on 1–4

VASTAAJIEN TAUSTATIEDOT

	(f)
Sukupuoli	
Mies	28
Nainen	8
Syntyneet	
<1950	6
1950-1959	15
1960-1969	11
1970-1979	4
Koulutustausta	
Kansa/peruskoulu	11
Ylioppilas	1
Ammattikoulutus	7
Opisto/alempi amk/ korkeakoulututkinto	7
Työtilanne	
Työelämässä	9
Työtön	17
Eläkkeellä	10
Perhesuhteet	
Yksin	24
Avo/avioliitto	12
Asumistilanne	
Oma asunto (Vuokra/omistus)	35
Sukulaisten/tuttavien luona	1

**Katkaisuhoitoa edeltävän alkoholinkäytön
pituus**

viikko tai alle	13
Viikosta yhteen kuukauteen	16
Yli kuukausi	6

**Onko ollut aiempia
katkaisuhoitojaksoja**

On ollut	27
Ei ole ollut	9

Jos aiemmin, montako kertaa ollut

1-2 kertaa	14
3-5 kertaa	8
Yli kuusi kertaa	6