

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma
Ensihoidon koulutusohjelma

Katju Sorsa ja Emma-Sofia Klemola

Eettinen osaaminen mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisessa ensihoidossa: Kohtaa potilas oikein

Opinnäytetyö 2015

Tiivistelmä

Katju Sorsa & Emma-Sofia Klemola

Eettinen osaaminen mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisessa ensihoidossa: Kohtaa potilas oikein, 34 sivua, 2 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja

Ensihoidon koulutusohjelma, ensihoitaja

Opinnäytetyö 2014

Ohjaaja: lehtori Emilia Laapio, Saimaan ammattikorkeakoulu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää oppimistapahtuma mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisesta kokemuskoulutuksen keinoin sekä arvioida oppimistapahtuman onnistumista. Oppimistapahtuman tavoitteena oli saada tietoa Saimaan ammattikorkeakoulun ensihoitajaopiskelijoiden asenteista mielenterveys- ja päihdepotilaita kohtaan ja asenteissa tapahtuneista muutoksista oppimistapahtuman jälkeen.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä: suunniteltiin ja toteutettiin oppimistapahtuma, joka käsitteli hyvää eettistä hoitoa potilaan näkökulmasta. Opinnäytetyöhön osallistuivat Saimaan ammattikorkeakoulun ensihoitajaopiskelijat, jotka suorittavat Eettinen osaaminen ja hoitotieteen perusteet -opintojakson syksyllä 2014. Oppimistapahtuman luennoitsijana toimi oman taustan omaava kokemuskouluttaja. Opinnäytetyön teoriaosassa käsiteltiin yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ja päihderippuvuutta sekä hoitajien asenteita psykiatrisen ja päihdeongelmaisen potilaan kohtaamisessa.

Oppimistapahtumaan osallistuneilta ensihoitajaopiskelijoilta kerättiin palautetta oppimistapahtumasta osittain strukturoidulla kyselylomakkeella. Oppimistapahtumasta saadun palautteen perusteella oppimistapahtumalla ei ollut vaikutusta ensihoitajaopiskelijoiden aikaisempiin asenteisiin mielenterveys- ja päihdepotilaita kohtaan. Palautteessaan osallistujat kuitenkin kertoivat kokemuskoulutuksen olevan hyvä ja mielenkiintoinen oppimismenetelmä, joka toi mukavaa vaihtelua perusopetukseen ja jota pidettiin onnistuneena.

Opinnäytetyössä tuotettua tietoa ja kokemusta voidaan hyödyntää Eettinen osaaminen ja hoitotieteen perusteet -opintojaksoa kehitettäessä. Oppimismenetelmänä kokemuskoulutus voitaisiin vakiinnuttaa osaksi sosiaali- ja terveysalan koulutusta.

Asiasanat: mielenterveys, eettinen osaaminen, ensihoito, asenteet, kokemuskoulutus, toiminnallinen opinnäytetyö

Abstract

Katju Sorsa & Emma-Sofia Klemola

Ethical competence when facing patients of mental health and substance abuse in paramedics: Face the patient correctly, 34 pages, 2 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services Lappeenranta

Degree Programme in Health Care Nursing

Degree Program in Emergency Care Nursing

Bachelor's Thesis 2014

Instructor: Ms Emilia Laapio, lecturer

The purpose of this thesis was to organize a learning event on mental health patient's and substance abuse patient's encounter for the student paramedics of Saimaa University of Applied Sciences. The aim of this thesis was to evaluate the attitudes of student paramedics and to increase student paramedics' ability to face mental health patients and substance abuse patients. Also exploring the changes in student paramedics' attitudes after the learning event was one of the purposes of this thesis.

This thesis was carried out functionally in co-operation with an experience educator. The experience educators are considered as experts of their own illnesses, which is why they have a great insight about being a patient. By their own experiences, the experience educators can give a lot of information about the encounters with the health care services. Therefore, this offers a great opportunity for students to learn how to support and help and raise awareness of mental health issues. The learning event dealt with good ethical treatment from patient's perspective.

The participants of the learning event were asked to give feedback about the learning event. Based on the feedback, the learning event didn't change the earlier attitudes of the student paramedics, but the experience educator's lecture was considered as an interesting and good learning method. Unfortunately, the low number of the participants affected on the reliability of the thesis. However the event was held as a success.

Keywords: mental health, ethical competence, paramedics, attitudes, functional thesis

Sisällys

1	Johdanto.....	5
2	Mielenterveys.....	6
2.1	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.....	7
2.2	Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivä ihminen.....	7
2.3	Mielenterveys- ja päihdepotilas ensihoidossa.....	8
2.4	Psykoosi.....	9
2.5	Itsetuhoisuus.....	10
3	Päihderiippuvuus.....	11
3.1	Huumausaineiden käyttö Suomessa.....	12
3.2	Alkoholinkäyttö Suomessa.....	13
3.3	Päihteiden sekakäyttö.....	14
4	Asenteet.....	15
4.1	Asenteen määrittely.....	15
4.2	Mielenterveyspotilaan kohtaaminen.....	16
4.3	Vuorovaikutus.....	17
4.4	Asenteen merkitys.....	18
5	Terveydenhuollon eettiset periaatteet.....	19
5.1	Eettisen osaamisen opinnot Saimaan ammattikorkeakoulussa.....	20
5.2	Kokemuskoulutus ja kokemuksellinen oppiminen.....	20
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät.....	21
7	Opinnäytetyön toteutus.....	22
8	Oppimistapahtumasta saatu palaute.....	24
9	Pohdinta.....	25
9.1	Oppimistapahtuman toteutus.....	27
9.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	28
9.3	Kehittämisehdotukset.....	29
	Taulukot.....	30
	Lähteet.....	31

Liitteet

- Liite 1 Tutkimuslupa
- Liite 2 Kyselylomake

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön aiheena on mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaaminen ensihoitotilanteissa. Tässä opinnäytetyössä tutkitaan Saimaan ammattikorkeakoulun ensihoitajaopiskelijoiden asenteita ja niiden merkitystä mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisessa ja hoidossa sekä kehitetään mielenterveys- ja päihdehoitotyön osaamista ensihoitotyössä.

Opinnäytetyöhön osallistuvat Saimaan ammattikorkeakoulun ensihoitajaopiskelijat, jotka suorittavat Eettinen osaaminen ja hoitotieteen perusteet -opintojakson syksyllä 2014. Opinnäytetyön toiminnallisena osana järjestetään kokemuskouluttajan pitämä luento, jonka aiheena ovat ensihoitajien mielenterveys- ja päihdepotilaan hoitotyöhön liittyvät asenteet, ja niiden vaikutus siihen, kuinka potilas kohdataan. Kokemuskoulutuksella tarkoitetaan toimintaa, jossa esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden opetuksessa ja ammattilaisten täydennyskoulutuksessa käytetään kokemustietoa muuta opetusta täydentämässä (Kokemuskoulutus.fi).

Kokemuskouluttajan omakohtainen tarina tarjoaa erinomaisen mahdollisuuden oppia näkemään ihminen sairauden takana. Henkilöillä, jotka ovat itse sairastuneet mielenterveyden häiriöön, on erityistä tietoa ja kokemusta siitä, millaista on olla mielenterveyspalveluiden käyttäjä ja mielenterveyskuntoutuja. Näitä kokemuksia kuulemalla ja hyödyntämällä voidaan vaikuttaa siihen, millaista hoitoa ja kuntoutusta potilaat ja kuntoutujat tulevaisuudessa saavat. Siten voidaan myös vaikuttaa terveysalan ammattilaisten asenteisiin sairastuneita kohtaan ja yleiseen yhteiskunnalliseen ilmapiiriin, jotta myös psyykkisesti sairastuneiden ja mielenterveyskuntoutujien olisi helpompi elää, tehdä työtä ja osallistua yhteiskuntaan. (Sykäri 2014.)

Edelleen vallalla on kirjavia hoitokäytäntöjä ja tiedon ja ymmärryksen puutetta, minkä vuoksi psyykkisesti sairastuneet eivät saa asianmukaista hoitoa riittävien ajoissa. Tämän asian korjaamiseksi kokemuskouluttajat ja -arvioijat voivat tehdä arvokasta työtä sekä itsensä että kaikkien sairastuneiden hyväksi. (Sykäri 2014.) Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on herättää ajatuksia ja keskustelua potilaan hoidon eettisyydestä sekä saada ensihoitajaopiskelijat tarkastelemaan

omia asenteitaan ja suhtautumistaan mielenterveys- ja päihdepotilaita kohtaan. Oppimistapahtuman tavoitteena on täten tuoda uusia näkökulmia mielenterveys- ja päihdepotilaan hoitamisen tueksi ja asiakkaan kanssa työskentelyn helpottamiseksi ensihoitotyössä. Hyödyn saajia ovat ensihoitotyötä tekevät, mielenterveyshäiriöön sairastuneet sekä heidän läheisensä.

Suurin osa mielenterveysongelmista kärsivistä ei tarvitse ensihoitoa. Sairaalan ulkopuolisessa hoitotyössä kohdataan kuitenkin entistä useammin psykiatrisen avun tarpeessa olevia potilaita, koska psykiatrisia sairaalapaikkoja on vähennetty ja hoitoajat ovat lyhentyneet. (Vuorilehto 2013, 657.) Aihealue on tästä syystä ajankohtainen, ja terveydenhuollon ammattilaisilta vaaditaan entistä enemmän valmiuksia psykiatrista hoitoa tarvitsevien ihmisten kohtaamiseen ja hoitamiseen. Myös mielenterveyspotilaiden tunnistaminen on koettu haasteelliseksi, vaikka mielenterveysongelmat ovatkin tänä päivänä yleisiä.

Koemme aiheen mielenkiintoiseksi, sillä haluamme parantaa mielenterveys- ja päihdehoitotyön laatua akuutin hoidon saralla sekä kehittää opiskelijoiden ammatillista toimintaa eettisen ajattelun pohjalta. Pidämme ennen kaikkea yhteistyön kehittämistä psykiatristen ja somaattisten sairauksien hoidon välillä tärkeänä, koska jokaisella potilaalla on oikeus saada samantasoista hoitoa. Aihealue on myös oman oppimisemme kannalta merkityksellinen, sillä toinen opinnäytetyöntekijöistä valmistuu sairaanhoitajaksi ja syventää hoitotyön osaamisen mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön ja toinen valmistuu ensihoitajaksi.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsittelemme yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ja päihderiippuvuutta, psykiatrisen ja päihdeongelmaisen potilaan kohtaamista sekä hoitajien asenteiden vaikutusta potilaan kohtaamistilanteessa.

2 Mielenterveys

Nykyään mielenterveys käsitetään tavallisimmin sekä voimavaraksi että ihmisen ja ympäristön vuorovaikutukseen liittyväksi kehitysprosessiksi, jossa koettu psyykinen hyvinvointi vaihtelee ajan ja elämäntilanteiden myötä. Mielenterveyteen ja sen rakentumiseen vaikuttavat niin ympäristötekijät kuin fyysiset ja perinnöllisetkin tekijät (Vuori-Kemilä 2010, 13). Terveiden ja hyvinvoinnin laitok-

sen (2012) mukaan mielenterveys ei ole sairauksien puuttumista, vaan mielen hyvinvointia ja ihmisen kykyä selvitä arjesta.

Psykiatriset sairaudet ja erilaiset mielenterveydenhäiriöt ovat yksi suurimmista sairausryhmistä Suomessa. Kuosmasen (2013) mukaan sairaalan ulkopuolella kohdattavien mielenterveyspotilaiden määrä on kasvussa hoitopaikkojen vähäisyyden ja avohoidon riittämättömyyden takia. Tämän vuoksi ennaltaehkäisyn merkitys on suuri ja jokaisen terveydenhuoltoalan ammattilaisen tulisi osata tunnistaa mahdollisia oireita ja ohjata potilasta (Sairaanhoitajan työ, Sairaanhoitajaliitto).

2.1 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Ensihoidon perustehtävä määritellään laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785). Sen mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Myös potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

2.2 Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivä ihminen

Mielenterveyspotilaat sairastavat somaattisia sairauksia muuta väestöä keskimääräistä enemmän ja myös kuolevat keskimääräistä aikaisemmin (Etene 2009). Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyy usein heikko itsearvostus ja psyykkisten itsesääätelykeinojen niukkuus. Elämänhistorian tai häiriöiden johdosta myös sosiaaliset taidot voivat olla varsin puutteelliset ja elämänhistoria hylkäämisten kyllästävä. (Saarelainen 2010, 46.) Monet mielenterveyspotilaat liikkuvat vähän, syövät yksipuolisesti, tupakoivat ja käyttävät runsaasti alkoholia. Heidän voi olla vaikeampi hankkia tietoa ja ehkäisevää hoitoa kuin muun väestön. (Etene 2009.) Usko omiin mahdollisuuksiin ja voimavaroihin saattaa olla heikko, samoin psyykinen energia ja aloitekyky (Saarelainen 2010, 55).

Mielenterveys- ja päihdeasiakkailla perustarpeista huolehtiminen, arkielämästä selviytyminen ja sosiaalinen kanssakäyminen tuottavat usein ongelmia, joten he tarvitsevatkin vaihtelevassa määrin tukea, ohjausta ja apua (Saarelainen 2010, 57.) Hoitomyöntyvyys on usein ollut huono. Potilas ei ole sitoutunut jatkohoittoon, koska hän ei ole mieltänyt ongelmiaan elämäänsä haittaaviksi tekijöiksi tai kokenut tulleen hoidossa ymmärretyksi ja autetuksi. (Holmberg 2008, 16.) Pitkäaikaisista vakavista mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien ihmisten ongelmat näkyvät usein jo ulkoisesta olemuksesta, sillä he voivat olla hoitamattoman oloisia, käyttäytyä oudosti, puhella ja naureskella itsekseen. Vaikeasti päihderiippuvainen ehkä erottuu muista likaisen ulkoasun, hajun ja päihtyneen käytöksen vuoksi. Leimautuminen vaikeuttaa konkreettisesti ihmisen elämää ja mahdollisuuksia; mielenterveys- tai päihdeasiakasta ei haluta naapuriksi, työkaaveriksi eikä vierustoveriksi bussissa. (Saarelainen 2010, 47.)

2.3 Mielenterveys- ja päihdepotilas ensihoidossa

Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/758) mukaan potilaalla tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluita käyttävää tai niiden kohteena olevaa henkilöä. Suurin osa mielenterveysongelmista kärsivistä ihmisistä ei tarvitse ensihoidtoa. Psykiatristen sairaansijojen väheneminen ja avohoidon riittämättömyys ovat kuitenkin johtaneet siihen, että psykiatrisen avun tarpeessa olevia potilaita kohdataan sairaalan ulkopuolisessa hoitotyössä yhä useammin. Erityisesti huumeita käyttävät, psykoottiset ja itsemurhaa yrittäneet potilaat tarvitsevat ensihoidon palveluja yhä enemmän. (Kuosmanen 2013, 480.) Hoitoa tarvitaan yleensä silloin, kun potilas ei pysty huolehtimaan itsestään, hän on vaaraksi itselleen tai ympäristölleen tai kun hänen ruumiillinen terveytensä ja hyvinvointinsa vaarantuu psyykkisten oireiden vuoksi (Holmström 2012, 238.) Psyykkinen pahoinvointi näkyy päihdeongelmien lisääntymisenä, mielenterveysongelmien kärjistymisenä sekä näihin liittyen perheiden ja lasten osalta sosiaalisina ongelmina, psyykkisenä pahoinvointina ja lastensuojelun tarpeiden kasvuna. (Vuori-Kemilä 2010, 22.)

Mielenterveyspotilaan somaattisen sairauden tunnistaminen ja sairauden vakavuuden arviointi on joskus vaikeaa ja hoito vaihtelee eri puolilla Suomea (Etene 2009). Psykiatrista apua tarvitseva potilas voi hahmottaa oireitaan eri tavalla

kuin muut potilaat. Hän ei ehkä tunnista psyykkisiä oireitaan ja hälyttää apua jonkin somaattisen ongelman vuoksi. (Kuosmanen 2013, 480.) Psyykkinen kokemus, kuten pelko ja ahdistus, ilmenee aina fysiologisesti esimerkiksi sydämentykytyksenä, hikoiluna tai jännittyneisyytenä. Toisaalta fyysiseen kokemukseen, kuten kipuun, liittyy aina psyykkinen kokemuksellisuus, esimerkiksi epätoivo ja ahdistus. Jotkut somaattiset sairaudet voivat aiheuttaa erilaisia psyykkisiä oireita ja mielenterveyden häiriöitä. Alkuperältään psyykkiset pulmat, sisäiset ristiriidat, pelot ja syyllisyys, voivat puolestaan heijastua pelkästään somaattisina, vaikkapa vatsa- tai iho-oireina. (Vuori-Kemilä 2010, 12.) Tilanne on ensihoitajille haasteellinen erityisesti silloin, jos potilas on täysin sairaudentunnon ja vastustaa hoitoon lähtöä (Kuosmanen 2013, 480).

2.4 Psykoosi

Psykoosilla tarkoitetaan oireyhtymää, jossa todellisuudentajun häiriintymiseen liittyy mm. aistiharhoja, harhaluuloja, ajatuksen ja puheen hajanaisuutta tai järjestymätöntä ja outoa käyttäytymistä (Vuorilehto 2013, 657). Psykoosissa ihmisen on vaikea erottaa, mikä on totta ja mikä ei, vaikkakin joillakin osa-alueilla ihminen kykenee myös jäsentyneeseen toimintaan (Kanerva, Kuhanen & Seuri 2013, 191). Hänen ajatuksenkulkunsa voi olla epäjohdonmukaista, ajan ja paikan logiikka häiriintynyt, kieli kummallista ja sanojen merkitys muuttunut (Vuorilehto 2013, 657). Psykoottisessa tilassa potilas suojautuu uhkaa vastaan esimerkiksi piiloutumalla, eristäytymällä, juoksemalla ja olemalla ärsyttämättä muita, mutta hän voi myös käyttäytyä uhkaavasti. Lisäksi alkoholin ja huumeiden aiheuttama psykoottinen tila voi olla hengenvaarallinen, koska potilaalla voi esiintyä kouristus- ja tajunnanmenetyiskohtauksia, jotka voivat aiheuttaa jopa sydämen pysähtymisen. (Koivisto 2008, 173-175.)

Skitsofrenian Käypä hoito -suositus ohjeistaa, että psykoosivaarassa olevat henkilöt tulisi tunnistaa ja hoito aloittaa jo oireilun alkuvaiheessa. Ennen psykoosin puhkeamista on potilaalla yleensä ollut ei-psykoottisten ja lievien psykoottisten oireiden värittävä vaihe. Ennakko-oireet ja -merkit ovat yleisluonteisia eivätkä aina suinkaan tarkoita psykoosiin sairastumista. Nämä oireet voivat kestää muutamista päivistä jopa vuosiin. Yleisiä oireita ovat ahdistuneisuus, levottomuus, ärtyisyys, masennus, mielialan heilahtelu, apaattisuus, energian-

puute, keskittymiskyvyttömyys, unihäiriöt, ruokahalun muutokset, oudot kokemukset, kuten havaintovääritymät, epäileväisyys, pakkoajatukset ja -toiminnot sekä käyttäytymisen muutokset, kuten vetäytyminen ihmissuhteista, koulunkäynnin heikkeneminen ja kummallinen käyttäytyminen (ks. tarkempi lista Skitsofrenian Käypä hoito-suosituksesta). (Kanerva ym. 2013, 193.)

Psykoottisen potilaan kanssa on kaikissa tilanteissa pyrittävä yhteisymmärrykseen hänen hoidostaan ja kuljetuksestaan. Psykoottinen potilasoireistaan huolimatta kokea vointinsa normaaliksi eikä katso tarvitsevansa hoitoa, vaikka sen tarve on ammattilaisen mielestä ilmeistä. Tämä niin sanottu sairautentunnon puuttuminen vaikeuttaa usein hoidon turvaamista ja johtaa tahdonvastaisiin hoitoihin. (Vuorilehto 2013, 658.)

2.5 Itsetuhoisuus

Itsetuhoisuudella tarkoitetaan pyrkimystä tai toimintaa, johon liittyy itsen vahingoittaminen tai henkeä uhkaavan riskin ottaminen (Koponen 2008, 231). Itsemurhia tehdään Suomessa vuosittain noin tuhat, mikä tarkoittaa sitä, että päivässä melkein kolme ihmistä tekee itsemurhan. Osa näistä ihmisistä on yrittänyt viestittää jollakin tavalla ympäristölleen itsemurha-aikeistaan, mutta viestejä ei ole ymmärretty oikein. (Kanerva & Kuhanen 2013, 242.)

Ensimmäiseen itsemurhayritykseen kuolee noin puolet (Kanerva & Kuhanen 2013, 242). Valtaosa itsemurhayrityksen tehneistä potilaista onneksi kuitenkin epäonnistuu. He ovat merkittävä ensihoitoa tarvitseva ryhmä. Pääosa itsemurhayrityksistä tehdään lääkeaineilla, jolloin kuolemanvaara on huomattavasti pienempi kuin esimerkiksi hirttäytymällä tai ampumalla tehdyissä yrityksissä, joista suurin osa johtaa kuolemaan. On kuitenkin hyvä muistaa, että merkittävä osa itsemurhaa yrittäneistä potilaista ei ole alun perinkään halunnut kuolla. (Vuorilehto 2013, 660-661.) Itsemurhaan päätyvät henkilöt suorittavat tekonsa usein yksinäisyydessä ja käyttävät tehokkaita keinoja (Koponen 2008, 234).

Itsemurhaa yrittänyt potilas kokee olevansa kaaoksen keskellä, uupunut ja toivoton (Vuorilehto 2013, 660). Suhteessa omaan itseensä on saattanut olla perustavanlaatuisia joidenkin tarpeiden huomioimattomuutta, suhde läheisiin on voinut olla vinoutunut tai suhde omaan yhteisöön ja asema siinä on voinut muo-

dostua yksilölle kohtuuttoman raskaaksi. Tällaisessa vuorovaikutusasetelmassa itsemurhaa yrittäneen ei välttämättä tarvitse olla sen häiriytyneempi kuin muiden siinä tilanteessa olevien. (Koponen 2008, 234.) Tällöin ensihoitajan tehtävä on edustaa empaattisesti aikuisuutta ja realismia. Myös toivon ylläpitäminen on tärkeää hoitomotiivaation herättämiseksi. (Vuorilehto 2013, 660.)

3 Päihderiippuvuus

Psykiatriin sairauksiin liittyy merkittävä päihderiippuvuuden esiintyminen tai riski sairastua päihderiippuvuuteen (Helamo 2008, 241). Kiianmaan ja Hyytiän (2003) mukaan päihderiippuvuudesta voidaan puhua, kun ihmisellä on pakonomainen tarve saada päihdettä jatkuvasti tai ajoittain eikä hän enää hallitse suhdettaan riippuvuuden kohteeseen, päihteeseen (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 42). Päihteiden käyttö liittyy usein toimintakykyä merkittävästi heikentävänä tekijänä muihin psykiatriin häiriöihin, kuten mieliala- ja persoonallisuushäiriöihin sekä yleistyvästi myös psykooseihin. Päihteidenkäyttö lisää myös tapaturma- ja itsemurhavaaraa, ja itsemurhayrityksistä suurin osa tapahtuu päihdeiden vaikutuksen alaisena. (Koponen & Lepola 2008, 219.)

Riippuvuus ilmenee prosessina, jota edeltää usein hallitumpi käyttö. Päihteiden käyttötavoista puhuttaessa voidaan puhua muun muassa kokeilu-, satunnais-, viihde-, tapa-, ongelma- ja riippuvuuskäytöstä sekä hallitusta kohtuukäytöstä, suurkulutuksesta ja muun muassa lääkkeiden väärinkäytöstä. Riippuvuus ilmenee yksilötasolla niin fyysisinä, psyykkisinä, sosiaalisina kuin henkisinäkin tiloina ja oireina (Hirschovitz 2008, 30).

Psyykinen riippuvuus ilmenee käyttöhaluina ja himoina, käytön pakonomaisuutena, kontrolloimattomuutena sekä ajatusten ja toiminnan kiertymisinä aineen hankinnan ja käytön ympärille. Psyykkisessä riippuvuudessa ajattelulle tunnusomaisia piirteitä ovat rationalisointi sekä toimimattomat uskomukset, kuten kokemus siitä, että ilman riippuvuutta aiheuttavaa ainetta tai toimintoa ei selviydy. Fyysinen riippuvuus muodostuu toistuvan pitkäaikaisen käytön seurauksena, kun elimistö mukautuu vieraan kemiallisen aineen läsnäoloon. Mukautumisen myötä kehittyy toleranssi eli sietokyky, jolloin kyseistä ainetta tarvitaan enemmän saman vaikutuksen aikaansaamiseksi. Elimistön sopeuduttua aineeseen

seuraa vieroitusoireita käytön äkillisestä lopettamisesta. Oireet riippuvat käytetystä aineesta. Sosiaalinen riippuvuus näyttäytyy sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Esimerkiksi huumeriippuvaisilla päihteiden käyttö on niin kokonaisvaltaista, että suhteet sellaisiin ihmisiin, jotka eivät käytä päihteitä, voivat jäädä vähäisiksi tai hiipuvat kokonaan. (Hirschovitz 2008, 32-33.)

3.1 Huumausaineiden käyttö Suomessa

Varsinainen huumeongelma Suomessa alkoi käytännössä siitä, kun kannabis ja LSD rantautuivat Suomeen ja niiden käyttö ja myynti alkoivat näkyä katukuvas-
sa niin kutsutun ensimmäisen huumeaallon aikana 1960-luvun lopulla. Sen jälkeen huumausaineet ovat arkipäiväistyneet koko maassa ja levinneet ympäri maata viimeistään 1990-luvun puolivälissä alkaneen niin sanotun toisen huumeaallon myötä. (Partanen & Kurtelius 2013, 672.) Varsinaisia huumeidenkäyttäjiä arvioidaan Suomessa olevan 20 000–30 000. Suomessa tämän ryhmän koon on viime vuosina uskottu olevan nopeassa nousussa. (Koponen & Lepola 2008, 227.)

Huumausaineet voidaan jakaa vaikutuksensa perusteella eri luokkiin. Keskushermostoa kiihottavia huumausaineita eli stimulantteja ovat muun muassa amfetamiini, amfetamiinijohdannaiset, kokaiini, gammahydroksivoihappo (GHB), khat ja useat muuntohuumeet, kuten MDPV. Keskushermostoa lamaavia ja kipua lievittäviä taas ovat oopiumi, morfiini, heroini, synteettiset opiaatit, kodeiini, metadoni ja gammahydroksivoihappo (GHB) suurina annoksina sekä barbituraattiunilääkkeet ja rauhoittavat lääkkeet. Hallusinogeenisiä eli aistiharhoja ja -virheitä aiheuttavia ovat LSD, kannabistuotteet, synteettiset kannabinoidit, kuten JWH-018, -073 ja -081, psilosybiini, PCP eli enkelipölyksi kutsuttu fensyklidiini, meskaliini eli peyote-kaktuksesta eristetty tai synteettisesti valmistettu huumaava aine, aiemmin mainituista kiihottavista aineista khat ja amfetamiinijohdannaisista ekstaasi. (Partanen & Kurtelius 2013, 675.)

Käytetyn päihteen laadusta riippumatta käytön taustalla on usein erilaisia taloudellisia, sosiaalisia sekä psykiatrisia ongelmia. Nykynäkemyksen mukaan huumausaineiden käyttö on luokiteltavissa vakavaksi lääketieteelliseksi sairaudeksi, jonka hoitoon on kiinnitettävä huomiota ja josta kärsivän hoitoon pääsy on tur-

vattava. Tavallinen hoitopalvelujen piiriin hakeutumisen syy ovat vieroitusoireet, joiden laatu vaihtelee huomattavastikin eri huumeilla. (Koponen & Lepola 2008, 228.)

Huumeiden ongelmakäyttäjät näyttävät olevan varsin syrjäytyneitä tai selvässä syrjäytymisuhkassa. Huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteet ovat pystyneet tavoittamaan suuren osan pistämällä huumeita käyttävistä palvelujärjestelmän piiriin ja mahdollistaneet myös terveysneuvonnan ja pistosvälineiden vaihdon lisäksi myös muiden huumeiden käyttäjien elämäntilannetta kohentavien palveluiden saatavuutta. (Havio ym. 2008, 64.)

3.2 Alkoholinkäyttö Suomessa

Suomalaisten alkoholin kulutus ja sen myötä alkoholisairaudet ovat lisääntyneet huomattavasti. Alkoholin kulutus oli 1980-luvun alussa keskimäärin 6,5 litraa asukasta kohden (100-prosenttiseksi alkoholiksi muutettuna). Vuonna 2011 alkoholijuomien kokonaiskulutus taas oli hieman yli 10 litraa asukasta kohden. (Partanen & Kurtelius 2013, 663.) Alkoholia on käytetty pitkään rentoutumiskeinona, osana uskonnollisia seremonioita sekä erilaisiin lääkinnällisiin tarkoituksiin. Yhtä kauan ovat tiedossa olleet myös alkoholin käyttöön liittyvät haitat, joiden sairauteen viittaava luonne on viime vuosikymmeninä korostunut. (Koponen & Lepola 2008, 221.)

Väestötason tutkimukset osoittavat, että tietyltä kulutustasolta alkaen alkoholinkäyttöön liittyvien terveydellisten ja sosiaalisten haittojen todennäköisyys kasvaa voimakkaasti. Viikon aikana juodun alkoholimäärän riskirajaksi on tutkimusten perusteella Suomessa valittu terveelle, keskikokoiselle, työikäiselle naiselle 16 ja miehelle 24 annosta. Kertakäytön ylärajana on naisille 5 ja miehille 7 annosta. Kertakäytön rajojen ylittymisen viikoittain ja viikkorajojen ylittymisen jatkuvasti katsotaan edellyttävän hoitoa, elleivät omat ponnistelut riitä kulutuksen vähentämiseen. Karkean arvion mukaan noin viidennes alkoholia käyttävistä miehistä ja kymmenisen prosenttia naisista juo viikon aikana riskirajan verran tai sitä enemmän. (Seppä 2013.)

Alkoholinkäytön suoranaiset psykiatriset komplikaatiot ovat alkoholimyrkytys, alkoholin vieroitusoireet sekä muistihäiriöt, kuten Korsakoffin psykoosi ja de-

mentia. Jopa 60 prosentilla alkoholisteista esiintyy masennusta, sillä alkoholi voi aiheuttaa masennusta suoraan keskushermoston aineenvaihduntaan kohdistuvan vaikutuksensa vuoksi. Masennusoireisto voi johtaa itsemurhaan, johon päätyy 2-3 prosenttia alkoholisteista. Muut alkoholinkäyttöön liittyvät haitat ovat suuressa määrin sosiaalisia tai työelämässä selviämiseen liittyviä. Alkoholisteilla on usein parisuhdeongelmia, ongelmia työpaikalla sekä konflikteja viranomaisten kanssa. (Koponen & Lepola 2008, 223-224.)

3.3 Päihteiden sekakäyttö

Monipäihteisyys- ja sekakäyttö-käsitteitä käytetään paljolti samassa merkityksessä. Monipäihteisyydellä kuitenkin tarkoitetaan usein eri päihteiden jaksoittaisesti tai tilannekohtaisesti vaihtelevaa käyttöä, kun taas sekakäytöllä viitataan usein eri aineiden samanaikaiseen ja sattumanvaraiseen käyttöön. Tavallisin monipäihteisyyden, päihteiden sekakäytön muoto on alkoholin, lääkkeiden ja/tai huumeiden samanaikainen tai peräkkäinen päihdekäyttö. (Havio ym. 2008, 64-65.)

Kun lääkkeitä, alkoholia ja huumausaineita käytetään sekaisin, yliannostuksen ja myrkytysten vaara on ilmeinen (Partanen & Kurtelius 2013, 672). Sekakäyttö on alkoholin käytön jälkeen yleisin päihteiden käytön muoto (Havio ym. 2008, 65). Sekakäyttötyypistä huumeongelmaa pidetään kansainvälisesti kaikkein vaikeimpana huumeongelman muotona. Yliannostuskuolleisuus tässä ryhmässä on "puhtaiden" aineiden käyttäjäryhmiin verrattuna suurempaa. Vieroitus on yleensä vaikeampaa, kun huomioon on otettava useita riippuvuuksia. (Holopainen 2011.)

Monipäihteisyys eli päihteiden sekakäyttö on yleistynyt ja lisääntynyt erityisesti nuorten, miesten ja alkoholiongelmaisten keskuudessa viime vuosina. Lääkkeillä pyritään usein tehostamaan alkoholin ja huumeiden vaikutusta tai niillä yritetään lievittää muista aineista tulevia vieroitusoireita. (Havio ym. 2008, 64-65.) Kroonistuneessa sekakäyttötyypisessä päihderiippuvuudessa on tavallista, että aineesta toiseen on helppo siirtyä, ja aikaisemmin kehittynyt pakonomainen käyttäytyminen aktivoituu myös uuden aineen kanssa (Holopainen 2011). Sekakäyttö voi olla hyvin päihdehakuista käyttöä eli pää halutaan sekaisin millä

tahansa aineella, jolloin myös elämä alkaa muuttua kaoottiseksi. Elämänhallinta vähenee ja riskikäyttäytyminen lisääntyy välinpitämättömyyden kasvamisen myötä. (Havio ym. 2008, 65.)

Sekakäytölle ovat siis tyypillisiä komplisoituneet psykiatriset ongelmat, sosiaalinen syrjäytyminen ja pitkälle kehittyneenä myös fyysisen terveyden heikkeneminen. Suonensisäisen käytön seurauksena tapahtuva tarttuvien tautien leviäminen, bakteeritulehdusten ja muiden tulehdustautien sekä tuberkuloosin uudelleen ilmaantuminen ovat ilmiöitä, joita esiintyy syrjäytyneiden päihdeongelmaisten keskuudessa. (Holopainen 2011.)

4 Asenteet

Tässä opinnäytetyössä asenteella tarkoitetaan ensihoidon opiskelijan myönteistä tai kielteistä suhtautumista mielenterveys- ja päihdepotilaaseen, mikä on yhteydessä opiskelijan tiettyyn tapaan reagoida mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamistilanteessa. Opinnäytetyön tekijöiden oletuksena on, että asenteilla on vaikutusta ensihoitajaopiskelijoiden käyttäytymiseen ja toimintavalmiuteen mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisessa.

4.1 Asenteen määrittely

Saarniahon (2005) mukaan asenne sanana voidaan käsittää tunteiden, ajatusten sekä toiminnan kokonaisuutena, mutta lisäksi asenteilla voidaan tarkoittaa yleistä ja pysyvää tunnetta jostakin asiasta. Sepän (2003) mukaan asenteissa onkin tiedollisen aineksen lisäksi mukana runsaasti tunnekomponentteja, mieltymyksiä, sympatiaa, antipatiaa, uskomuksia ja epäilyksiä. Asenteiden kehittyminen on tiiviisti yhteydessä ihmisen omiin elämäkokemuksiin, perheen arvo maailmaan ja ympäröivään kulttuuriin. Asenteilla on myös merkittävä vaikutus hoidon onnistumiseen sairauksissa, jotka liittyvät yksilöllisiin elintapoihin, kuten esimerkiksi päihteiden käyttöön. Tällöin potilaan asenne ratkaisee hoitoon haukeutumisen ja hoidon hyväksymisen; hoitavan henkilön asenne vaikuttaa hoidon aloittamiseen, sisältöön ja toteuttamiseen. (Helamo 2008, 258.)

Ranteen (2007) mukaan yleinen suhtautuminen mielisairauksiin ja mielenterveyspotilaisiin on yhä negatiivista ja leimaavaa, ja hoitajilla on myös negatiivisia ennakkoluuloja tätä potilasryhmää kohtaan. Negatiiviset stereotypiat, jotka kohdistuvat potilaisiin, kehittyvät varhain ja niitä on vaikea muuttaa. Terveystieteiden ammattilaisten keskuudessa negatiiviset asenteet mielisairautta ja mielenterveyspotilaita kohtaan aiheuttavat avuttomuuden tunteita ja tehottomuutta ja voivat aiheuttaa esteitä mielenterveyspotilaiden hoitamiseen. (Ranne 2007.)

4.2 Mielenterveyspotilaan kohtaaminen

Ranteen (2007) mukaan asenteiden ajatellaan ohjaavan ihmisten toimintaa ja siksi niiden tutkiminen ja ymmärtäminen ovat hoitotieteen alueella tärkeitä: asenteet vaikuttavat käyttäytymiseen, ja hoitohenkilökunnan asenteet mielisairautta ja mielenterveyspotilaita kohtaan vaikuttavat siihen, minkälaista hoitoa nämä potilaat saavat. Koiviston (2008) mukaan psykiatrisen potilaan kokema todellisuuden muuttuminen itsehallinnan menetyksenä ja minän muuttumisen tunteena vaatiikin hoitajalta ammatillista ja sensitiivistä potilaan ja hänen perheensä kohtaamista.

Tärkeitä kohtaamistilanteissa ovat rauhallisuus ja turvallisuuden tunteen lisääminen, jotta potilas voi kokea tulevansa ymmärretyksi, kuulluksi ja luotetuksi. Riippuvuus toisten avusta yhdessä mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvien häpeän kokemusten kanssa tekee ihmisen hyvin herkkävireiseksi, jolloin hän tuntee helposti tulevansa kohtaamistilanteissa loukatuksi tai sivuutetuksi. Hoitamisen ja auttamistyön kohteena olemiseen saattaa liittyä myös holhoamisen ja nöyryytyksen kokemus. (Saarelainen 2010, 46.) Etenen (2009) mukaan kyse on usein lisäksi asenteista: potilasta ei aina uskota eikä tutkita, vaikka hän kertoisi oireistaan.

Koivisto (2008) painottaa, että potilaan kokema turvallisuus ja haavoittuvuudelta suojaaminen ovat akuutissa vaiheessa tärkeitä. Potilaiden voi olla vaikea erottaa ne, jotka yrittävät auttaa heitä, sekä ne, joiden he uskovat aiheuttavan heille harmia. Kyvykkyyden ja vahvuuksien painottaminen vuorovaikutuksessa antaa kuitenkin perustan myönteiselle itsekunnioitukselle, hallinnan tunteelle, ihmisuhteille ja elämän tarkoituksen löytymiselle. (Koivisto 2008.)

4.3 Vuorovaikutus

Toimiva vuorovaikutus on luottamuksellisen hoitosuhteen perusta. Se auttaa potilasta osallistumaan päätöksiin, vähentää sairastumiseen liittyvää psyykkistä kuormitusta ja edistää potilaan paranemista. Kannustus ja tuki tai sen puute vaikuttavat sekä potilaan kokemukseen että hänen terveystyönsä. Huonot kohtaamiset jäävät voimakkaasti potilaiden mieleen ja vaativat korjaantukseen lukuisia hyviä kohtaamisia. (Pyörälä & Hietanen 2011, 469.)

Tarkasteltaessa vuorovaikutustilannetta keskeisin tekijä on viestintä. Terveystyössä joudutaan tilanteisiin, joissa potilaille annetaan erilaista tietoa. Tieto voi olla joskus hyvinkin ikävää, tyytymättömyyttä ja jopa aggressiivisuutta herättävää. Tilanteet, joissa potilas on päihtynyt tai psyykkisesti sairas tai joissa joudutaan puuttumaan potilaan itsemääräämisoikeuteen, voivat kehittyä uhkaviksi. On siis tärkeää miettiä, millä tavalla tietoa potilaalle välitetään. Kiihtyneen tai häiriintyneen ihmisen on vaikea omaksua tietoa, joten lauseiden selkeys ja lyhyys on erittäin tärkeää. Keskustelun kuluessa sairaanhoitajan tulisi myös tehdä huomioita potilaan reaktioista: Miten potilas ottaa tiedon vastaan? Ymmärtääkö hän kuulemaansa? Näkyykö huolestumisen tai ärsyyntymisen merkkejä? (Miettinen & Kaarne 2008, 274-275.)

Luottamuksellisen vuorovaikutuksen luominen potilaan kanssa on ratkaisevan tärkeää. Luottamuksellisuuden saavuttaminen perustuu paitsi hoitajan tapaan kohdata potilas, myös käyttäytymiseen ja kaikkeen kommunikointiin sekä auttamismenetelmiin, joita hoitaja käyttää. (Koivisto 2008, 174.) Hoitajan asennoitumisen ohella myös hänen taitonsa luoda ja vahvistaa luottamuksellista ja avointa vuorovaikutusilmapiiriä on auttamisen kannalta keskeinen. Hoidollisen tilan ja ilmapiirin luominen rakentuu työntekijän ja asiakkaan kohtaamisen sanattomien ja sanallisten ensihetkien varaan. Tällöin työntekijän on hyvä – kii-reestäkin huolimatta – viestiä asiakkaalleen, että hän on olemassa tätä varten. (Saarelainen 2010, 61-62.)

Viestintä voidaan jakaa verbaaliseen ja nonverbaaliseen viestintään. Nonverbaalisella viestinnällä on vuorovaikutustilanteessa tärkeämpi merkitys, koska eleillä, ilmeillä, asennoilla sekä äänenpainoilla ja -sävyillä on ratkaiseva vaiku-

tus etenkin silloin, kun potilas on kiihtynyt. Erityisen merkittävä seikka on se, että monet nonverbaaliset reaktiot saattavat olla tiedostamattomia. Siksi onkin tärkeää pohtia niitä tarkemmin, jotta niihin voi kiinnittää huomiota niin omassa käytöksessään kuin toisen osapuolen olemuksessa. (Miettinen & Kaarne 2008, 274-276.)

Pyörälän ja Hietasen (2011) mukaan vuorovaikutustaitojen oppimisessa keskeisiä ovat omat kokemukset sekä niiden tietoinen pohdinta ja käsitteellistäminen, reflektio. Omien tunteiden tunnistaminen helpottaa toimimista ammatillisesti vaativissa tilanteissa sekä tukee ammatillisten rajojen säilyttämistä. Esimerkiksi aggressiivisen potilaan kohtaaminen voi herättää itsessä pelkoa tai vihamielisiä tunteita. Omien tunteiden havaitseminen auttaa käyttäytymään siten, ettei tilanne kärjisty. Asiallinen, kohtelias ja provosoitumaton käytös rauhoittaa usein potilaan. (Pyörälä & Hietanen 2011.)

4.4 Asenteen merkitys

Työntekijän hoidollinen asennoituminen on pohja, jolle auttamissuhde rakentuu. Hoidolliseen asennoitumiseen kuuluu rohkaiseva, tarvittaessa rauhoittava, inhimillinen ja empaattisen ymmärtävä suhtautuminen asiakkaaseen sekä myönteisen ja luottamuksellisen yhteistyösuhteen rakentaminen ja ylläpitäminen. (Saarelainen 2010, 61.) Työntekijä, joka suhtautuu kielteisesti päihdeongelmaisiin tai tiettyyn maahanmuuttajaryhmään, välittää sanattoman viestintänsä kautta tätä perussuhtautumistaan myös asiakastilanteissa, ellei hän ole selvittänyt itselleen omia asenteellisia ”rajojaan”. Tunnistamalla nämä kielteiset asenteensa, tarkastelemalla niitä kriittisesti ja kyseenalaistamalla ne työntekijä voi tulla tietoiseksi myös niistä uskomuksista, jotka asennetta ylläpitävät. Usein nämä uskomukset ovat tunnepitoisia, vääristyneitä ja harhaanjohtavia yleistyksiä, joita ylläpitämällä ihminen voi ikään kuin ”oikeuttaa” suhtautumisensa. (Saarelainen 2010, 55.)

Mielenterveysongelmaisiin ja päihdeongelmaisiin kohdistuvat yhteiskunnalliset ja kulttuuriset asenteet ovat edelleen varsin kielteisiä, joten ympäristön taholta koettu negatiivinen paine on sekin asiakkaan rooliin liittyvä kärsimyksen lähde. Häiriöstä tai sairaudesta suoranaisesti koetun kärsimyksen tavoittaminen ja

ymmärtäminen voi olla ulkopuoliselle mahdotonta. Esimerkiksi vaikeimmissa psyykkisissä häiriöissä, kuten psykooseissa, ihminen ei kykene havaitsemaan itseään ja ympäristöään realistisesti, vaan kokee erilaisia harha-aistimuksia ja tulkitsee ajattelussaan itseään ja ympäristöään oudolla tavalla. (Saarelainen 2010, 47.)

5 Terveysthuollon eettiset periaatteet

Terveysthuollon päämääränä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksen lievittäminen. Terveysthuollossa ollaan jatkuvasti tekemisissä ihmiselämän peruskysymysten kanssa. Etiikka tulee konkreettiseksi ja käytännölliseksi, kun on kysymys terveydestä ja sairaudesta, syntymästä ja kuolemasta, hyvästä elämästä sekä ihmisen haavoittuvuudesta ja rajallisuudesta. Terveysthuollon eettisiä periaatteita ovat oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonta. (Etene 2001.)

Lainsäädäntö luo yleensä eettisen keskustelun pohjan, eräänlaisen vähimmäistason, josta pyritään pidemmälle ja parempaan. Pelkästään lain kirjaimen tiukka seuraaminen ei aina riitä eettisesti kelvollisten ratkaisujen perustaksi, vaan joskus lain kirjaimen tulkinta luovalla ja hyvään pyrkivällä tavalla saattaa olla eettisesti kelvollinen tapa toimia. Eettiset periaatteet ovat hallinnollisteknistä lainsäädäntöä pysyvämpiä toiminnan viitoittajia. (Etene 2011.)

Eettisen vastuun kantaminen potilaan hoidosta ja hyvinvoinnista vaatii syvällistä hoitotyön osaamista ja hoitotieteellistä ajattelua. Eettinen hoitamisen taito edellyttää myönteistä asennoitumista hoitamiseen ja itsensä kehittämiseen niin työntekijänä kuin ihmisenäkin. Se on heijastusta yleisestä olemisen tavasta. Myönteisyys ja suvaitsevaisuus toisia kohtaan sekä itsensä tunteminen ja hyväksyminen luovat hyvät mahdollisuudet eettiseen hoitamiseen. (Etiikka-sarja: Eettinen hoitamisen taito, Sairaanhoidajaliitto.)

5.1 Eettisen osaamisen opinnot Saimaan ammattikorkeakoulussa

Eettinen osaaminen ja hoitotieteen perusteet -opintojakso on pakollisiin ammattiotintoihin kuuluva kolmen opintopisteen laajuinen opintokokonaisuus. Opintojakson suoritettuaan opiskelija osaa selittää etiikan peruskäsitteet, kuvata eettisiä ongelmia hoitotyössä, käyttää eettistä päätöksentekoprosessia pohtiessaan hoitotyön eettisiä ongelmia, selittää hoitotieteen peruskäsitteet, kuvata hoitotieteen teorioita, arvioida hoitotieteellistä tietoa ja soveltaa sitä näyttöön perustuvan hoitotyön pohjaksi. (Saimaan ammattikorkeakoulu, SoleOPS 2014.)

Eettinen osaaminen kuuluu kaikkien sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoiden osaamistavoitteisiin jo opiskelun alusta lähtien. Eettinen osaaminen tarkoittaa sitä, että opiskelija kykenee ottamaan vastuun omasta toiminnastaan ja sen seurauksista, osaa toimia alansa ammattieettisten periaatteiden mukaisesti, osaa ottaa erilaiset toimijat huomioon työskentelyssään, osaa soveltaa tasa-arvoisuuden periaatteita, osaa soveltaa kestävän kehityksen periaatteita sekä kykenee vaikuttamaan yhteiskunnallisesti osaamistaan hyödyntäen ja eettisiin arvoihin perustuen. (Saimaan ammattikorkeakoulu, SoleOPS 2014.)

5.2 Kokemuskoulutus ja kokemuksellinen oppiminen

Kokemusasiantuntija voidaan määritellä kokemusasiantuntijakoulutuksen käyneeksi henkilöksi, jolla on omakohtaista kokemusta mielenterveys- ja/tai päihdeongelmasta, joko sitä sairastavana, siitä kuntoutuvana, palvelun käyttäjänä tai omaisena. Hänellä on kokemukseen perustuvaa tietoa sairaudesta, sairastamisesta sekä hoidossa ja kuntoutuksessa olemisesta. Kokemusasiantuntija tietää, mikä häntä on auttanut ja mitkä tekijät ovat vaikuttaneet hänen tai hänen läheisensä toipumiseen. Hänellä on myös halu kehittää palveluita tai auttaa muita oman kokemuksensa perusteella. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2009; Mielen avain -hanke 2012.) Jankon (2008) mukaan kokemusasiantuntijana toimiminen edellyttää riittävän pitkälle edennyttä kuntoutumisprosessia, omien kokemusten reflektointia ja kykyä sekä taitoa käyttää omia kokemuksia työvälineenä (Rissanen 2013, 14).

Kokemuskouluttajat ovat oman arkensa parhaita asiantuntijoita. He antavat kasvatusta erilaisille sairauksille, jotka voivat aiheuttaa väärinkäsityksiä tai joita koh-

taan on väärä ennakkoluuloja. Terveystieteiden ammattitietoa, mutta ei tuntumaa sairaan tai vammaisen todelliseen arkeen. Kokemustiedon yhdistäminen ammattitietoon tuo parhaan tuloksen, jotta työssä osataan ottaa huomioon tärkeimmät asiat. (Karvonen & Kononen 2012.)

Kokemuksellinen oppiminen voidaan ymmärtää oppijaa monipuolisesti koskettavana ja aktivoivana toiminnallisena prosessina, joka käyttää hyväkseen eri aistikanavia, tunteita, elämyksiä, mielikuvia ja mielikuvitusta – kokemuksia. Keskeistä on persoonallisen ja sosiaalisen kasvun tukeminen sekä oppijan itse-tuntemuksen lisääminen, tietoisuus omasta oppimisesta ja oppimaan oppiminen sekä käsitykset oppimisen kohteista. Oppiminen on konstruktivistisen tiedonkäsitteilyn mukaista jatkuvaa tiedon syventämistä ja ymmärtämistä, oman tietämisen rakentamista. (Leppilampi & Piekkari 1998, 9-11.) Kokemuksellisen oppimiskäsityksen mukaan oppiminen on kokemusten muuttumista ja laajentumista (Kupias 2001,16). Reflektiivisyys eli kyky pohtia ja kyseenalaistaa perusolettamuksia on toimintaa, jossa ihminen tutkii kokemuksiaan, ajattelee ja arvioi tekemäänsä tavoitteenaan uuden ymmärtämisen taso – se on omien uskomusten oikeutusten tutkimista (Kupias 2001, 24).

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyönämme suunnittelimme keväällä 2014 ja toteutimme syksyllä 2014 ensihoitajaryhmälle mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamiseen liittyvän oppimistapahtuman osana Eettinen osaaminen ja hoitotieteen perusteet -opintojaksoa. Oppimistapahtumassa luennoitsijana toimi oman taustan omaava kokemuskouluttaja. Tarkoituksenamme oli tutkia ensihoitajaopiskelijoiden asenteita mielenterveys- ja päihdepotilasta kohtaan sekä arvioida oppimistapahtuman onnistumista. Opinnäytetyössä tuotettua tietoa ja kokemusta voidaan hyödyntää opintojaksoa kehitettäessä.

Tutkimuskysymykset

1. Miten oppimistapahtuma vaikutti ensihoitajaopiskelijoiden asenteisiin mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohtaamisessa?
2. Miten kokemuskouluttajan hyödyntäminen oppimismenetelmänä koettiin?

3. Miten oppimistapahtuma onnistui?

7 Opinnäytetyön toteutus

Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjeistämistä tai järjestämistä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Toteutustapana voi olla kirja, kansio, vihko, opas tai järjestetty näyttely tai tapahtuma. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyö valmistui suunnitellusti alkuperäisen aikataulun mukaan (Taulukko 1). Opinnäytetyömme tarkoituksena oli järjestää kokemuskouluttajan avulla toteutuva oppimistapahtuma Saimaan ammattikorkeakoulun ensihoitajaopiskelijoille. Oppimistapahtuma toteutettiin osana Eettinen osaaminen ja hoitotieteen perusteet -opintojaksoa syksyllä 2014. Oppimistapahtuman tavoitteena oli saada tietoa ensihoitajien asenteista mielenterveys- ja päihdepotilaita kohtaan sekä tutkia oppimistapahtumaan osallistuneiden ensihoitajaopiskelijoiden asenteissa tapahtuvaa muutosta kokemuskoulutuksen jälkeen. Oppimistapahtumassa halusimme painottaa ensikontaktin tärkeyttä mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivän potilaan kohtaamisessa. Opinnäytetyötä varten anoimme tutkimusluvan Saimaan ammattikorkeakoululta (Liite 1).

Kokemuskouluttajan tehtävät ovat pääasiassa silloin tällöin tapahtuvia toimeksiantoja, joista useimmiten tilaaja maksaa palkkion – tämän palkkion tilaaja voi määrätä itse. Kaikki tahot eivät maksa palkkiota. (Sykäri 2014.) Kuluja kokemuskouluttajan tehtävistä ei saisi koitua, joten varauduimme itse matkakulujen korvaamiseen. Kokemuskouluttajan rekrytoinnin järjestimme itse Imatran Klubitalon kautta omien kontaktiemme avulla.

Halusimme opintopäivän luennoitsijaksi oman taustan omaavan kokemuskouluttajan, sillä uskomme, että kokemuskouluttajalta opiskelijat saavat hyviä käytännön välineitä käytännön kentille. Imatran Klubitalon henkilökunta välitti tiedon opinnäytetyöstämme kokemuskouluttajille, joista yksi koki aiheemme omakseen. Kun saimme tiedon, että sopiva kokemuskouluttaja oli löytynyt, sovimme

tapaamisen hänen kanssaan Imatran Klubitalolle. Tapaamisen yhteydessä sovimme aikataulusta sekä muista käytännön järjestelyistä. Palkkiota kokemuskouluttaja ei halunnut, mutta sovimme kustantavamme hänelle lounaan Saimaan ammattikorkeakoulun ruokalassa luentopäivänä. Lisäksi suunnittelimme hieman oppimistapahtuman runkoa sekä toteutusta. Oppimistapahtumaan olimme varanneet aikaa 90 minuuttia. Emme avaa tässä opinnäytetyössä oppimistapahtuman tarkkaa sisältöä tai keskustelun aiheita niiden arkaluontoisuuden vuoksi, koska haluamme taata ensihoitajaopiskelijoiden anonymiteetin. Myöskään Saimaan ammattikorkeakoululta anottu tutkimuslupa ei kata oppimistapahtuman sisällön julkaisemista.

Yhteistyökumppaniksi oppimistapahtuman toteutukseen tarvitsimme kokemuskouluttajan lisäksi Eettinen osaaminen ja hoitotieteen perusteet -opintojakson opettajan sekä opinnäytetyötä ohjaavan opettajan, joiden kanssa oppimistapahtumaa suunnittelimme: opettajat hyväksyivät suunnitelman ennen sen toteuttamista. Kävimme informoimassa tulevasta oppimistapahtumasta ensihoitajaryhmää viikkoa aikaisemmin, jotta saisimme mahdollisimman monta osallistujaa oppimistapahtumaan. Myös opintojakson opettaja motivoi opiskelijoita osallistumaan oppimistapahtumaan Eettinen osaaminen ja hoitotieteen perusteet -kurssin alkaessa. Informoimme ensihoitajaopiskelijoita lisäksi siitä, että keräisimme oppimistapahtuman yhteydessä palautetta luennosta. Osallistuminen ja palautteen antaminen oli kuitenkin vapaaehtoista.

Palaute oppimistapahtumasta kerättiin opiskelijoilta osittain strukturoidulla kyselylomakkeella (Liite 2). Oppimistapahtumasta saadun palautteen avulla saimme tietoa opiskelijoiden asenteista sekä oppimistapahtumaan liittyvistä kokemuksista, mikä auttaa tulevaisuudessa kehittämään opintojaksoa.

TUTKIMUKSEN VAIHE	AJANKOHTA
Opinnäytetyösuunnitelman valmistelu	Tammi-toukokuu 2014
Oppimistapahtuman valmistelu	Kesä-syyskuu 2014
Oppimistapahtuman järjestäminen	Syyskuu 2014
Raportin kirjoittaminen	Loka-marraskuu 2014

Taulukko 1. Opinnäytetyön aikataulu.

8 Oppimistapahtumasta saatu palaute

Opinnäytetyöhön osallistui neljä ensihoitajaopiskelijaa. Koska osallistujamäärä jäi pieneksi, aineiston analyysissä emme käyttäneet apuna induktiivista sisälönanalyysia, vaan analysoimme kunkin kyselylomakkeen manuaalisesti. Samasta syystä emme myöskään havainnollistaneet tuloksia taulukoiden avulla.

Kyselylomakkeen neljä ensimmäistä kysymystä kartoittivat ensihoitajaopiskelijoiden aikaisempia mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohtaamiseen liittyviä kokemuksia sekä oppimistapahtuman vaikutusta aiempaan käsitykseen mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisesta. Kaikki vastaajat olivat kohdanneet mielenterveys- ja päihdepotilaita aikaisemmin työssään, joten mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaaminen oli kaikille tuttua. Vastauksista kävi ilmi, että aiemmat kohtaamiset koettiin normaaleiksi kohtaamistilanteiksi ja että mielenterveys- ja päihdepotilas tulisi kohdata samalla tavalla kuin kaikki muutkin potilaat. Lisäksi osassa vastauksista nousi esiin hoitajana toimimiseen kuuluvia käsitteitä, kuten rauhallisuus, varovaisuus sekä päätöksenteko yhdessä potilaan kanssa. Kaikki vastaajat kokivat, että oppimistapahtuma ei vaikuttanut aiempaan käsitykseen mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisesta.

Ensihoitajaopiskelijoiden kokemuksia kokemuskoulutuksesta kartoitettiin kysymällä, onko kokemuskoulutus heille jo aikaisemmin tuttua, sekä miten kokemuskouluttajan luento oppimismenetelmänä koettiin. Vastaajista kahdelle kokemuskoulutus oli aikaisemmin tuttua ja kahdelle tämä oli uusi kokemus. Kolme

vastaajaa koki kokemuskoulutuksen menetelmänä erittäin hyväksi ja hyödylliseksi tavaksi oppia sekä tarpeelliseksi erityisesti sellaisille opiskelijoille, joilla ei ole aikaisempaa kokemusta mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohtaamisesta. Yksi vastaaja toi kuitenkin ilmi ihmisten kyynisyyden ja haluttomuuden puuttua toisten ihmisten väärinkäytöksiin eikä kokenut kokemuskoulutuksen muuttavan ihmisen perusluonnetta.

Viimeisenä kysimme ensihoitajaopiskelijoiden arviota oppimistapahtuman onnistumisesta. Vastaajien mielestä oppimistapahtuma oli onnistunut, ja kokemuskouluttajaan oltiin tyytyväisiä: puhujaa ja oppimistapahtuman sisältöä pidettiin hyvänä. Lisäksi oppimismenetelmänä kokemuskoulutuksen koettiin tuovan mukavaa vaihtelua perusopetukseen sekä valottavan hyvin potilaan näkökulmaa hoidon toteutumisessa.

9 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää oppimistapahtuma mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisesta kokemuskoulutuksen keinoin sekä arvioida oppimistapahtuman onnistumista. Oppimistapahtuman tavoitteena oli saada tietoa ensihoitajaopiskelijoiden asenteista mielenterveys- ja päihdepotilasta kohtaan sekä tutkia oppimistapahtumaan osallistuneiden ensihoitajaopiskelijoiden asenteissa tapahtuvaa muutosta oppimistapahtuman jälkeen.

Opinnäytetyön aihe on tärkeä ja ajankohtainen niin ensihoidossa kuin muussakin hoitotyössä. Vaikka rajasimme opinnäytetyömme aiheen vain ensihoitajia koskevaksi, voidaan tätä tutkimusta kuitenkin hyödyntää koko sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla. Tulevaisuudessa voimmekin siis hyödyntää opinnäytetyöstä saatua tietoa työpaikasta riippumatta, myös esimerkiksi opiskelijoiden ohjaustehtävissä. Pyörälän ja Hietasen (2011) mukaan kaikkien ihmisten vuorovaikutustaidot eivät ole hyvät eivätkä ne itsestään kehity. Taipumus toimia totutulla, potilaan kannalta epätydyttävälläkin tavalla, on suuri. Erityisesti opintojen alussa opiskelijat eläytyvät usein syvästi potilaiden tilanteisiin, mutta herkkyyks vähenee opintojen loppua kohti. Tutkimukset kertovat myös kyynisyyden ja stressin lisääntymisestä: jatkuva kärsimyksen kohtaaminen, kiire ja muut työelämän realiteetit voivat synnyttää rutiinia, jossa on vähän sijaa empatialle. Opinnäyte-

työprosessi vahvisti tietämystämme asenteiden merkityksestä hoitotyössä ja potilaan kohtaamisessa sekä auttoi meitä kehittymään tutkitun tiedon hakemisessa ja tarkastelemaan erilaisia lähteitä kriittisesti.

Myös Hämäläinen, Järviseuu ja Mättö (2013) ovat tutkineet Saimaan ammattikorkeakoulun terveysalan opiskelijoiden asenteita mielenterveyspotilaita kohtaan. Kyseisestä tutkimuksesta ilmeni, että aiemmat kohtaamiset mielenterveyspotilaiden kanssa, muiden terveysalan ammattilaisten asenteet ja yhteiskunnasta omaksutut asenteet vaikuttivat eniten terveysalan opiskelijoiden asenteisiin mielenterveyspotilaita kohtaan. Tutkimukseen osallistujista 84 % oli sitä mieltä, että mielenterveys- ja päihdehoitotyön teoriaopintoja oli riittämättömästi ennen mielenterveyshoitotyön harjoitteluun lähtöä. Merkittävää kuitenkin oli opiskelijoiden asenteiden muuttuminen positiivisempaan suuntaan mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen. Tämän opinnäytetyön johtopäätöksenä voidaan kenties todeta, ettei yksittäisellä oppimistapahtumalla voida vaikuttaa suuresti opiskelijoiden asenteisiin. Hämäläisen ym. (2013) tutkimuksesta kuitenkin selviää, että kokonaisella opintojaksolla oli vaikutusta opiskelijoiden asenteiden muuttumiseen positiivisemmiksi. Koska kokemuskoulutus tässä opinnäytetyössä koettiin hyvänä oppimismenetelmänä ja koska kokemustieto tarjoaa tuleville terveysalan ammattilaisille korvaamatonta tietoa, voitaisiin oppimistapahtuma yhdistää esimerkiksi johonkin suurempaan opintokokonaisuuteen, jolloin se palvelisi tarkoitustaan paremmin.

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa tiivistyy se ydin, jota opinnäytetyöllämme tavoittelemme. Eettisten ohjeiden tarkoituksena on tukea sairaanhoitajien, terveydenhoitajien, kättilöiden ja ensihoitajien (AMK) eettistä päätöksentekoa heidän päivittäisessä työssään. Ohjeet ilmaisevat sairaanhoitajille, muille terveydenhuollossa työskenteleville sekä väestölle sairaanhoitajan perustehtävän yhteiskunnassa ja hänen työnsä periaatteet. (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet, Sairaanhoitajaliitto.)

Sairaanhoitaja suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Sairaanhoitaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja luo hoitokulttuurin, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat. Sairaanhoitaja toimii tehtävässään oikeudenmukaisesti. Hän hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin

yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta. (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet, Sairaanhoitajaliitto.) Hoitajien haasteena on siis toimia jokaisessa tilanteessa eettisesti ja tasa-arvoisesti, jotta hoitotilanteissa korostuisi ammatillinen ja potilasta kunnioittava vuorovaikutus.

Ensihoitotyön kehittämisen kannalta olisi tärkeää, että jo koulutuksessa huomioidaisiin mielenterveys- ja päihdepotilaiden alati kasvava määrä ja että hoitajan eettistä vastuuta sekä vuorovaikutustaitojen tärkeyttä korostettaisiin opetuksessa enemmän. Näin pystyttäisiin parantamaan hoitajien ymmärrystä ja taitoa toimia haasteellisissa tilanteissa sekä mielenterveys- ja päihdepotilaiden saaman hoidon laatua ja tuloksellisuutta. Koulutuksen avulla opiskelijoita voitaisiin auttaa tunnistamaan omia tunteitaan suhteessa toimintaansa hoitajana sekä puhumaan ajatuksia herättäneistä tilanteista, mikä auttaisi jaksamaan potilastyössä. Lisäämällä koulutusta voitaisiin näin myös poistaa mahdollisia ennakoasenteita mielenterveys- ja päihdepotilaita kohtaan.

9.1 Oppimistapahtuman toteutus

Olemme melko tyytyväisiä oppimistapahtuman toteutukseen. Vaikka oppimistapahtuman osallistujamäärä jäi valitettavan pieneksi, se saavutti sille asetetut tavoitteet ja oppimistapahtumasta saatu tieto oli arvokasta. Oppimistapahtuman järjestäminen oli mielekästä meille molemmille, koska aihe oli erittäin mielenkiintoinen ja pystyimme yhdistämään sekä sairaanhoitajan että ensihoitajan näkökulman. Myös aiheen ajankohtaisuus ja aiemman tutkitun tiedon vähäisyys johtivat alun perin aiheen valintaan.

Oppimistapahtumaa suunnitellessamme pyrimme huomioimaan mahdollisimman laajasti riskitekijät, jotka voisivat vaikuttaa negatiivisesti osallistujien ennakkokäsityksiin sitä kohtaan. Oppimistapahtumaan liittyviä riskitekijöitä olivat osallistujien ennakoasenteet aihetta kohtaan, aiheen sensitiivisyys ja henkilökohtaisuus, ensihoitajaopiskelijoiden passiivisuus osallistua oppimistapahtumaan sekä sopivan kokemuskouluttajan valinta. Myös kyselylomaketta laaties-

samme kiinnitimme huomiota kysymysten asetteluun ja sisältöön, jotta saisimme mahdollisimman monen vastaamaan palautekyselyyn.

9.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen pyrkimyksenä on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa selvitetään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on välttämätöntä tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta. (Kylmä & Juvakka 2012, 127.)

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan yleisesti sovittuja pelisääntöjä suhteessa kollegoihin, tutkimuskohteeseen, rahoittajiin, toimeksiantajiin ja suureen yleisöön (Vilka 2005, 30). Tutkimuksen ja opinnäytetöiden tekemisessä eettiset seikat ovat merkittäviä. Epäonnistuminen eettisissä kysymyksissä saattaa viedä pohjan koko tutkimukselta. Tutkimusetiikassa on kyse lukuisista valinta- ja päätösten tekotilanteista, joita tutkimuksen tekijän on ratkaistava tutkimusprosessin eri vaiheissa. (Kylmä & Juvakka 2012, 137.)

Opinnäytetyön tuloksia tarkasteltaessa on otettava huomioon, ettei asenteiden tutkiminen ole helppoa, sillä omien asenteiden tiedostaminen ja erityisesti negatiivisten tunteiden myöntäminen voidaan kokea vaikeiksi. Oppimistapahtuman vähäinen osallistujamäärä saattoi myös vaikuttaa ensihoitajaopiskelijoiden vastausten todenmukaisuuteen. Esimerkiksi pelko anonyymiteetin särkyemisestä saattoi vaikuttaa saatuun palautteeseen.

Koska tutkimuksen kohteena olivat asenteet ja aihe itsessään on asenteita herättävä, tiedostimme, että ensihoitajaopiskelijoiden motivoiminen osallistumaan oppimistapahtumaan olisi haastavaa. Käydessämme informoimassa ensihoitajaryhmää oppimistapahtumasta yritimme kuitenkin painottaa aiheen tärkeyttä, oppimismenetelmän erilaisuutta verrattuna tavalliseen tuntiopetukseen sekä tuoda esiin opinnäytetyön tarkoitusta. Ennen kaikkea tutkimuksen eettisyyden kannalta koimme tutkimukseen osallistujien informoimisen oppimistapahtumasta tärkeäksi. Toisaalta oppimistapahtumasta tiedottaminen etukäteen saattoi osaltaan vaikuttaa vähäiseen osallistujamäärään. Opinnäytetyön aihe voitiin

kokea esimerkiksi liian sensitiiviseksi, minkä vuoksi ensihoitajaopiskelijat eivät halunneet osallistua oppimistapahtumaan.

Oppimistapahtuman osallistujamäärä jäi lopulta valitettavan pieneksi, mikä vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Johtuipa niukka osallistujamäärä sitten negatiivisista asenteista mielenterveys- ja päihdepotilaita kohtaan ja tästä johtuvasta mielenkiinnon puutteesta tai aiheen tärkeyden kyseenalaistamisesta, saamastamme palautteesta kävi kuitenkin selvästi ilmi, että oppimistapahtumaa pidettiin onnistuneena ja hyvänä oppimismenetelmänä. Jälkeenpäin ajateltuna olisimme voineet esittää kyselylomakkeessa tarkentavia kysymyksiä asenteisiin liittyen, esimerkiksi antamalla tarkkoja vastausvaihtoehtoja pohdittaessa omia tuntemuksia mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamiseen liittyen.

9.3 Kehittämisehdotukset

Oppimistapahtumasta saatuja kokemuksia voidaan hyödyntää Eettinen osaaminen ja hoitotieteen perusteet -opintojakson kehittämisessä. Jatkossa olisi kiinnostavaa verrata kahta opiskelijaryhmää, joista toinen osallistuisi kokemus-asiiantuntijakoulutukseen ja toinen perinteiseen opetukseen, ja tutkia ryhmien asenteellisia eroja kurssin jälkeen. Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös hoitajien asenteiden vaikutus hoitotyön laatuun.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää myös esimerkiksi mielenterveys- ja päihdehoitotyö -kurssin teoriaopintojen kehittämisessä. Hämäläisen ym. (2013) mukaan moni terveysalan opiskelijoista koki, ettei tiennyt riittävästi mielenterveyshoitotyön menetelmistä ennen harjoittelua ja että opinnot eivät olleet riittävän käytännönläheisiä. Käytännönläheisyyttä perusopetukseen voitaisiinkin tuoda esimerkiksi kokemuskouluttajan avulla, jolloin kokemustieto täydentäisi koulutuksen teoriaopintoja. Tällöin opiskelijoilla olisi mahdollisuus saada tartuntapintaa mielenterveys- tai päihdekuntoutujan kohtaamisesta ennen mielenterveys- ja päihdehoitotyön harjoittelua.

Taulukot

Taulukko 1. Opinnäytetyön aikataulu, s. 24.

Lähteet

Etene 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Etene-julkaisuja 1.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf. Luettu 7.5.2014.

Etene 2009. Mielenterveysetiikka – Sinulla ja minulla on moraalinen vastuu.

Etene-julkaisuja 25.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17132&name=DLFE-522.pdf. Luettu 23.2.2014.

Etene 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Etene-julkaisuja 32.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf. Luettu 7.5.2014.

Etiikka-sarja: Eettinen hoitamisen taito. Sairaanhoidajaliitto.

http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/5_2009/etiikka-sarja/etiikka-sarja_eettinen_hoitamise/. Luettu 7.5.2014.

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

Helamo, I. 2008. Hoidollinen interventio – puutu, puhu ja kohtaa. Teoksessa Holmberg, J. Hirschovits, T. Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille – Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto, 239-269.

Hirschovitz, T. 2008. Riippuvuus ilmiönä. Teoksessa Holmberg, J. Hirschovits, T. Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille – Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto, 27-48.

Holmberg, J. 2008. Mitä on mielenterveys- ja päihdehoitotyö?. Teoksessa Holmberg, J. Hirschovits, T. Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille – Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto, 11-26.

Holmström, P. 2012. Mielenterveyspotilas ensihoidossa. Teoksessa Castrén, M. Helveranta, K. Kinnunen, A. Korte, H. Laurila, K. Paakkonen, H. Pousi, J. & Väisänen, O. (toim.). Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otava. Suomen Punainen Risti, 238.

Holopainen, A. 2011. Päihteiden sekakäyttö.

<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/113-monipaihteisyys>. Luettu 25.2.2014.

Hämäläinen, N., Järviseu, J. & Mättö, A. 2013. Terveysthuollon opiskelijoiden asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan. Saimaan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Kanerva, A., Kuhanen, C. & Seuri, T. 2013. Keskeisimmät mielenterveyden häiriöt ja hoitotyö. Teoksessa Kuhanen, C. Oittinen, P. Kanerva, A. Seuri, T. & Schubert, C. Mielenterveys hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 180-235.

Kanerva, A. & Kuhanen, C. 2013. Erytiskysymyksiä mielenterveystyössä. Teoksessa Kuhanen, C. Oittinen, P. Kanerva, A. Seuri, T. & Schubert, C. Mielenterveys hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 236-255.

Karvonen, M. & Kononen, H. 2012. Kokemuskouluttaja kertoo ammattilaisille miltä sairastuneesta oikeasti tuntuu. 3.11.2012. Yle uutiset, Häme. http://yle.fi/uutiset/kokemuskouluttaja_kertoo_ammattilaisille_milta_sairastuneesta_oikeasti_tuntuu/6362183. Luettu. 28.11.2014.

Kiianmaa, K. & Hyytiä, P. 2003. Ihmisen riippuvuuskäyttäytyminen. Teoksessa Havio, M. Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi, 42.

Koivisto, K. 2008. Psykoottisen potilaan auttaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Teoksessa Holmberg, J. Hirschovits, T. Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille – Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto, 169-185.

Kokemuskoulutus.fi. 2013.

<http://www.kokemuskoulutus.fi/kokemuskoulutus/>. Luettu 28.11.2014

Koponen, H. 2008. Itsemurhariski. Teoksessa Lepola, U. Koponen, H. Leinonen, E. Joukamaa, M. Isohanni, M. & Hakola, P. Psykiatria. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, 231-238.

Koponen, H. & Lepola, U. 2008. Päihdehäiriöt. Teoksessa Lepola, U. Koponen, H. Leinonen, E. Joukamaa, M. Isohanni, M. & Hakola, P. Psykiatria. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, 219-230.

Kuosmanen, L. 2013. Psykiatrinen potilas ensihoidossa. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Porthan, K. (toim.). Ensihoito. Helsinki: Tammi, 480.

Kupias, P. 2001. Oppia opetusmenetelmistä. Educa-Instituutti Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima oy, 127-137.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Leppilampi, A. & Piekkari, U. 1998. Terve, terve! Opitaan yhdessä oppimisen ja elämän taitoja. Salpausselän kirjapaino.

Mielen avain -hanke 2012. Kokemusasiantuntijakoulutus. Mielen avain -hankkeen kokemusasiantuntijakoulutuspilotti. Projektisuunnitelma. www.mielenavain.fi.

Mielenterveyden keskusliitto. Sykäri, S. (toim.). Kokemuskouluttajan käsikirja. <http://www.mtkl.fi/@Bin/1602090/Kokemuskouluttajan+k%C3%A4sikirja.pdf>. Luettu 28.4.2014.

Miettinen, P. & Kaarne, M. 2008. Väkivallaton vuorovaikutus. Teoksessa Holmberg, J. Hirschovits, T. Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille – Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto, 271-282.

Partanen, O. & Kurtelius, O. 2013. Huumausaineiden väärinkäyttö. Teoksessa Kuisma, M. Holmström, P. Nurmi, J. Porthan, K. & Taskinen, T. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 672-691.

Pyörälä, E. & Hietanen, P. 2011. Vuorovaikutustaidot osana lääkärin ammatillista kehittymistä. Suomen Lääkärilehti 6/2011, 469-473. http://www.promedico.fi/storage/julkaisut/vuorovaikutustaidot_osana_laakarin_ammattillista_kehittymista.pdf. Luettu 20.10.2014.

Ranne, P. 2007. Hoitajien asenteet mielisairautta ja mielenterveyspotilaita kohtaan. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Rissanen, P. 2013. Mitä on kokemusasiantuntijuus? Teoksessa Falk, H., Kurki, M., Rissanen, P., Kankaanpää, S. & Sinkkonen, N. Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, 14-19. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110670/URN_ISBN_978-952-302-028-3.pdf?sequence=1. Luettu 1.12.2014.

Saarelainen, R. 2010. Päihdetyö. Teoksessa Vuori-Kemilä, A. Stengård, E. Saarelainen R. & Annala, T. Mielenterveys- ja päihdehoitotyö: Yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY, 33-44.

Saarniaho, R. 2005. Internetix opinnot: Asenteet. http://opinnot.internetix.fi/fi/muikku2materiaalit/lukio/ps/p1/4_yksilo_ryhmat_ja_yhteiso/02_asenteet?C:D=hNqf.gZYj&m:selles=hNqf.gZY. Luettu 28.4.2014.

Saimaan ammattikorkeakoulu, SoleOPS. 2014. https://ops.saimia.fi/opsnet/disp/fi/ops_OpetTapTeks/tab/tab/sea?opettap_id=1825666&stack=push. Luettu 28.11.2014.

Sairaanhoidajan työ. Sairaanhoidajaliitto. http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoidajan_tyo/. Luettu 7.5.2014.

Sairaanhoidajien eettiset ohjeet. Sairaanhoidajaliitto.3.10.2014. <https://sairaanhoidajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoidajan-eettiset-ohjeet/>. Luettu 5.11.2014

Seppä, K. 2013. Alkoholinkäyttö Suomessa. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/111-alkoholinkaytto-suomessa>. Luettu 25.2.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>. Luettu 1.12.2014.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Mielen hyvinvointi. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/amis/mielen_hyvinvointi. Luettu 28.4.2014.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 30.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi, 9.


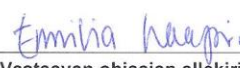
Vuori-Kemilä, A. 2010. Mielenterveys. Teoksessa Vuori-Kemilä, A. Stengård, E. Saarelainen R. & Annala, T. Mielenterveys- ja päihdehoitotyö: Yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY, 7-16.

Vuorilehto, M. 2013. Psykiatrinen potilas ensihoidossa. Teoksessa Kuisma, M. Holmström, P. Nurmi, J. Porthan, K. & Taskinen, T. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 657-662.



**Tutkimuslupahakemus
Sosiaali- ja terveysala**

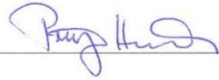
<p>Organisaatio, jolta tutkimuslupa haetaan Saimaan ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala</p>
<p>Opinnäytetyön tekijöiden organisaatio ja organisaation osoite Saimaan ammattikorkeakoulu, Skinnarilankatu 36, 53850 Lappeenranta</p>
<p>Opinnäytetyön nimi Eettinen osaaminen mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisessa ensihoidossa: Kohtaa potilas oikein</p>
<p>Opinnäytetyön tekijät Emma-Sofia Klemola, E-S12, Katju Sorsa, SH-K12</p>
<p>Opinnäytetyön ohjaajat Emilia Laapio</p>
<p>Opinnäytetyösuunnitelman tiivistelmä Opinnäytetyömme tarkoituksena on suunnitella ja toteuttaa syksyllä 2014 ensi- hoitajaryhmälle EH13M mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamiseen liittyvä oppimistapahtuma osana Eettinen osaaminen ja hoitotieteen perusteet - opintojaksoa sekä arvioida oppimistapahtuman onnistumista. Opinnäytetyössä tuotettua tietoa ja kokemusta voidaan hyödyntää opintojaksoa kehitettäessä.</p>
<p>Tutkimusmenetelmien kuvaus Toiminnallinen opinnäytetyö, jossa yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Toteutustapana on oppimistapahtuma.</p>
<p>Opinnäytetyössä tarvittava tausta-aineisto (pöytäkirjat, raportit tms.) -</p>
<p>Tutkimusaineiston säilyttäminen ja hävittäminen Opiskelijoilta saadut palautteet säilytetään analyysivaiheen ajan asianmukaisesti ja hävitetään tämän jälkeen asianmukaisesti.</p>

<p>Opinnäytetyön aikataulu Idea syksy 2013, suunnitelma kevät 2014, toteutus ja raportointi syksy 2014. Opinnäytetyö valmistuu 12/2014 mennessä.</p>
<p>Opinnäytetyön hyödyntäminen Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Eettinen osaaminen ja hoitotieteen perusteet -opintojakson kehittämisessä tuleville ryhmille.</p>
<p>Muut yhteistyökumppanit -</p>
<p>Liitteet (tutkimussuunnitelma ym. mahdolliset liitteet) Tutkimussuunnitelma</p>
<p>Muuta mahdollista huomioon otettavaa Hoidamme kokemuskouluttajan rekrytointin ja tästä aiheutuvat kulut varaudumme kustantamaan itse.</p>
<p>Allekirjoitukset ja yhteystiedot</p> <p>Lappeenranta 23.5.2014 </p> <p>Paikka ja aika Hakijan allekirjoitus</p> <p>Korpraalinkuja 3 as. 101, 53810 Lappeenranta/ Kihliäntie 50, 54960 Vehkakaipale</p> <hr/> <p>Hakijan osoite</p> <p>e-klemola@student.saimia.fi puh. 040-7051251/ katju.sorsa@student.saimia.fi puh. 040-8200911</p> <hr/> <p>Hakijan sähköpostiosoite ja puhelinnumero</p> <p>Lappeenranta 23.5.2014 </p> <p>Paikka ja aika Vastaavan ohjaajan allekirjoitus</p> <hr/> <p>emilia.laapio@saimia.fi</p> <hr/> <p>Vastaavan ohjaajan sähköpostiosoite ja puhelinnumero</p>
<p>Tutkimusluvan myöntämistä koskeva päätös</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisena</p> <p><input type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään muutoksin (selvitys ja muutosvaatimukset)</p>

perusteluihin)

Tutkimuslupaa ei myönnetä (selvitys perusteluihin)

Perustelut:

Jappeensaari 28.5.2014  Pijo Huovila

Paikka ja aika Hyväksyjän allekirjoitus ja nimenselvennys

KYSELYLOMAKE

Tällä lomakkeella toivomme sinun antavan palautetta järjestämästämme oppimistapahtumasta. Palautteen perusteella haluamme kehittää Eettinen osaaminen ja hoitotieteen perusteet -opintojaksoa sekä saada tietoa oppimistapahtuman onnistumisesta. Palautteen antaminen on vapaaehtoista ja tapahtuu nimettömästi. Palautteet käsitellään luottamuksellisesti ja käsittelyn jälkeen palautelomakkeet hävitetään asianmukaisesti.

1. Oletko kohdannut työssäsi mielenterveys- ja päihdepotilasta?
 - Kyllä
 - En

2. Jos vastasit edelliseen kysymykseen ”kyllä”, miten koit kohtaamistilanteen? Jos vastasit ”en”, millainen käsitys sinulla oli mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisesta?

3. Vaikuttiko oppimistapahtuma aiempaan käsitykseen mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisesta?
 - Kyllä
 - Ei

4. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, miten käsityksesi muuttui?

5. Onko kokemuskoulutus sinulle aikaisemmin tuttua?

- Kyllä
- Ei

6. Miten koit kokemuskouluttajan luennon oppimismenetelmänä?

7. Miten arvioisit oppimistapahtuman onnistumista (sisältö, tarpeellisuus jne.)?

KIITOS VASTAUKSISTASI!