

---

# **Opioidikorvaushoidossa olevan asiakkaan terveyden edistäminen**




Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, syksy 2014

Johanna Rulja



HÄMEENLINNA  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Terveystenhoitotyö

---

|                  |   |                   |
|------------------|---|-------------------|
| <b>Tekijä</b>    | Johanna Rulja   | <b>Vuosi</b> 2014 |
| <b>Työn nimi</b> | Opioidikorvaushoidossa olevan asiakkaan terveyden edistäminen |                   |

---

## TIIVISTELMÄ

Aihe opinnäytetyölle lähti liikkeelle henkilökohtaisesta kiinnostuksesta opioidikorvaushoitoon sekä yleisesti tämän hetkiseen huumausainetilanteeseen Suomessa. Aihe räätälöitiin toimeksiantajalle hyödylliseen muotoon yhdessä toimeksiantajan kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää erään pirkanmaalaisen terveystakeskuksen opioidikorvaushoidossa olevien asiakkaiden käsityksiä terveyden edistämisestä ja sen toteutumisesta kyseisessä yksikössä.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena ja sen tarkoituksena oli saada kehitysehdotuksia terveyden edistämistyön kehittämiseen. Työ toteutettiin teemahaastatteluna ja aineisto analysoitiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä soveltaen. Teoriatietoa haettiin alan lehdistä, kirjallisuudesta sekä laadukkaista internet-lähteistä.

Tuloksista ilmeni, että opioidikorvaushoitoon ja siinä tapahtuvaan terveyden edistämiseen oltiin pääpiirteittäin tyytyväisiä. Hoito ei ollut vain pelkkää lääkkeiden antoa vaan kokonaisvaltaisempaa avun antoa ja huolehtimista kohti huumeista vapaata elämää. Kehitysehdotuksiksi annettiin vertaistuen vähäisyyteen puuttumista sekä lisäksi toivottiin psykologin palveluja ja erikoistuneen päihdesairaanhoidajan ammattitaitoa. Vertaistuen lisäämiseksi ehdotettiin korvaushoitolaisten yhteisiä kertaviikkoisia keskusteluiltoja. Toisaalta korvaushoitolaisten huono yhteishenki koettiin hieman rajoittavaksi tekijäksi.

Opinnäytetyö ei ole yleistettävissä suppean aineistonsa vuoksi, mutta se antaa mielenkiintoisen katsauksen kahden opioidiriippuvuudesta eroon pyrkivän tarinaan sekä antaa hyödyllistä kokemustietoa asiasta kiinnostuneelle. Lisäksi se täytti tarkoituksensa toimeksiantajaa ajatellen.

**Avainsanat** Huumeet, riippuvuus, opioidit, korvaushoito.

**Sivut** 30 s. + liitteet 20 s.

HÄMEENLINNA  
Degree Programme in Nursing  
Registered Public Health Nurse

---

|                                     |  |                  |
|-------------------------------------|--|------------------|
| <b>Author</b>                       | Johanna Rulja  | <b>Year</b> 2014 |
| <b>Subject of Bachelor's thesis</b> | Client's health promotion in opioid substitution treatment |                  |

---

ABSTRACT

The idea of this Bachelor's thesis got started from personal interest towards opioid substitution treatment and generally the current state of drug situation in Finland. The perspective and view of the subject was decided with the customer to best suit the customer's needs. The aim of this Bachelor's thesis was to find out opioid substitution treatment clients' understanding of health promotion and its fulfillment in a certain health-care center in Pirkanmaa.

The Bachelor's thesis was carried out as qualitative research and its purpose was to get suggestions for improvement to health promotion work. The thesis was executed as a theme interview and the material was analyzed using data-driven content analysis. Information for the theory part of the thesis was collected from subject field's articles, literature and quality Internet sources.

The results showed that clients were generally satisfied with the opioid substitution treatment and health promotion in it. The treatment was not only prescribing of medicine but more comprehensive help and care towards drug free life.

Acknowledging the lack of peer support, psychologist's services and substance abuse nurses' expertise were given for suggestions for improvement. To increase the peer support, weekly meetings between opioid substitution treatment clients were suggested. On the other hand, bad team spirit among clients was perceived as a limiting factor.

This thesis does not contain generally valid results due to limited material, but it does offer an interesting insight to the stories of two clients trying to end opioid addiction. It also gives useful information based on experience for people interested in the subject field. It also fulfilled its purpose considering the customer.

**Keywords** Drugs, addiction, opioids, substitution treatment.

**Pages** 30 p. + appendices 20 p

## SISÄLLYS

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | JOHDANTO.....   | 1  |
| 2     | HUUMEIDEN KÄYTTÖ SUOMESSA .....   | 2  |
| 2.1   | Huumeiden käytön esiintyvyys Suomessa .....   | 2  |
| 2.2   | Yleisimmät käytössä olevat huumausaineet Suomessa.....  | 3  |
| 2.2.1 | Kannabis .....  | 4  |
| 2.2.2 | Stimulantit .....   | 4  |
| 2.2.3 | Opiaatit ja opioidit .....  | 4  |
| 2.2.4 | Hallusinogeenit .....   | 5  |
| 2.2.5 | Päihteiden sekakäyttö .....   | 6  |
| 3     | HUUMAUSAINERIIPPUVUUDEN MÄÄRITTELYÄ .....   | 6  |
| 3.1   | Riippuvuuden yleinen määrittely .....   | 6  |
| 3.2   | Riippuvuuden syyt.....  | 7  |
| 3.3   | Huumausaineriippuvuuden määrittely ja tunnistaminen.....  | 8  |
| 4     | OPIOIDIRIIPPUUUS JA SEN HOITO .....   | 10 |
| 4.1   | Opioidiriippuvuus.....  | 10 |
| 4.2   | Vieroitushoito.....   | 11 |
| 4.3   | Korvaushoito .....  | 12 |
| 4.4   | Psykososiaalinen hoito .....  | 13 |
| 5     | OPIOIDIRIIPPUUUTTA SAIRASTAVAN ASIAKKAAN TERVEYDEN EDISTÄMINEN.....                                 | 14 |
| 6     | OPINNÄYTETYÖN TEHTÄVÄT JA TARKOITUS.....  | 16 |
| 7     | OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....   | 17 |
| 7.1   | Aineiston keruu .....   | 17 |
| 7.2   | Aineiston analyysi .....  | 18 |
| 8     | OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....   | 19 |
| 8.1   | Haastateltavien taustatiedot.....   | 19 |
| 8.2   | Asiakkaiden kokemuksia korvaushoidosta ja saamastaan terveysneuvonnasta 20                          |    |
| 8.2.1 | Terveydentilan kohentuminen .....   | 20 |
| 8.2.2 | Voimavarojen vahvistuminen.....   | 21 |
| 8.2.3 | Elämänlaadun parantuminen .....   | 21 |
| 8.2.4 | Ammatillisen tuen saaminen .....  | 22 |
| 8.3   | Asiakkaiden ajatuksia terveyden edistämistyön kehittämisestä ja sen haasteista korvaushoidossa..... | 23 |
| 8.3.1 | Erikoisosaamisen puuttuminen.....   | 23 |
| 8.3.2 | Sosiaalisen tuen tarve .....  | 24 |

---

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 9   | POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....              | 24 |
| 9.1 | Opinnäytetyön tulosten tarkastelua .....      | 24 |
| 9.2 | Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus ..... | 26 |
| 9.3 | Kehitysideat ja jatkotutkimusehdotukset ..... | 26 |
|     | LÄHTEET .....                                 | 28 |

|         |                                |
|---------|--------------------------------|
| Liite 1 | Teemahaastattelurunko          |
| Liite 2 | Sisällönanalyysi ja luokittelu |
| Liite 3 | Kehittämistehtävä              |

## 1 JOHDANTO

Suomen historiassa huumeiden käytön yleisyydessä on tapahtunut kaksi selvää piikkiä. Näitä kutsutaan niin sanotuiksi huumeaalloiksi. Ensimmäinen huumeaalto Suomessa oli 1960-luvun lopulla ja 1970-luvun alussa mutta laantui pian sen jälkeen ja tilanne rauhoittui pysyen vakaana aina 1990-luvulle saakka. Tällöin huumeiden käyttö kuitenkin yleistyi rajusti, toiseksi huumeaalloksi. Pienen notkahduksen jälkeen 2000-luvun alussa, huumeiden käyttö taas yleistyi hieman, mutta on nyt viime vuosina pysynyt melko samalla tasolla. Suomessa huumeiden ongelmakäyttäjien määrä arvioidaan opiaattien ja amfetamiinien ongelmakäyttäjien määrällä. Vuonna 2005 heitä oli 0,6–0,7 % maan väestöstä, eli noin 14 500–19 100 henkilöä. (Päihdelinkki 2011a; THL Huumetilanne 2011, 5.)

Huumaussaineet aiheuttavat käyttäjälleen riippuvuutta, joka voi olla etupäässä psyykkistä tai fyysistä. Toiset huumaussaineet aiheuttavat voimakkaampaa riippuvuutta kun toiset. Opiaatit ja opioidit ovat voimakasta fyysistä ja psyykkistä riippuvuutta aiheuttavia keskushermostoon lamaavasti vaikuttavia aineita. Opiaattien tai opioidien käytöllä haetaan euforista olotilaa ja raukeutta tai vakavan riippuvuuden jo muodostuessa helpotusta fyysisiksi kivuiksi muuttuneisiin vieroitusoireisiin. (Päihdelinkki 2011d.)

Opioidiriippuvuutta hoidetaan joko vieroitushoidolla tai opioidikorvaushoidolla, joissa molemmissa pääperiaatteena on kontrolloidusti korvata huumeannokset samalla tai samankaltaisella aineella. Tarkoituksena on joko päästä pienenevin annoksin käytetystä aineesta kokonaan eroon tai korvata laittoman opioidin tai opiaatin käyttö laillisella opioidilla, jolloin muun muassa vähennetään laitonta katukauppaa, riskiä erilaisille käytöstä johtuville tulehduksille ja muutenkin parannetaan käyttäjän elämän laatua. (Käypähoito 2012a.)

Valitsin tämän aiheen opinnäytetyöhöni, koska haluan laajempaa tietoutta päihteistä ja päihdehuollosta ja koen tämän osa-alueen tärkeäksi tulevan terveydenhoitaja-ammattini kannalta. Mielestäni tietoutta päihteistä on hyvä syventää, koska päihdeongelmia valitettavasti kohtaa esimerkiksi neuvoloissa, koulu- tai opiskeluterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa. Juuri opioidikorvaushoitoon liittyvä opinnäytetyöni aihe sai alkukipinän ollessani töissä terveysasemilla, joissa korvaushoitoa toteutettiin. Terveyden edistäminen näkökulmaksi tuli ideana toisaalta sairaanhoitajalta, mutta toisaalta itsekin halusin nimenomaan terveydenhoitajan kannalta hyödyllisen lähestymistavan aiheeseen.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena siis on selvittää erään pirkanmaalaisen terveysaseman opioidikorvaushoidossa olevien asiakkaiden terveyden edistämisen toteutumista. Kyseisen terveysaseman sairaanhoitajan kokemuksesta terveyden edistäminen opioidikorvaushoidossa on asia, joka ei ehkä toteudu niin hyvin kuin olisi tarpeen. Lisäksi opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää opioidikorvaushoidossa olevien asiakkaiden terveyden edistämisen ohjausta opinnäytetyöni tulosten pohjalta.

## 2 HUUMEIDEN KÄYTTÖ SUOMESSA

Tässä luvussa käsitellään huumeiden käytön esiintyvyyttä Suomessa viimeisimpien tietojen perusteella. Lisäksi luvussa esitellään joitakin tällä hetkellä yleisimmin käytössä olevia huumeita.

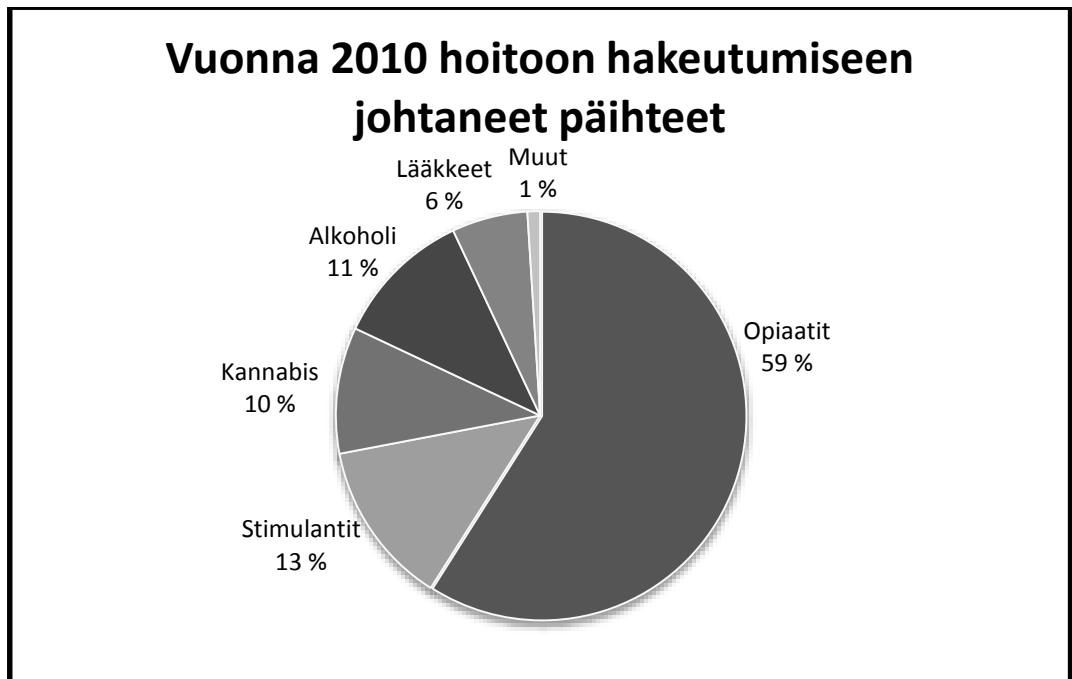
### 2.1 Huumeiden käytön esiintyvyys Suomessa

Ensimmäinen huumeaalto Suomessa oli 1960-luvun lopulla ja 1970-luvun alussa, mutta laantui pian sen jälkeen ja tilanne pysyi lähes muuttumattomana pitkään. Huumeiden käyttö kuitenkin yleistyi rajusti 1990-luvulla. Tämä niin kutsuttu toinen huumeaalto vei Suomen ennen kokemattomalle tasolle huumeiden käytön ja siihen liittyvien haittojen suhteen. (Päihdelinkki 2011a.)

Huumeiden käytön kasvu hidastui 2000-luvun alussa, mutta kääntyi sitten taas jonkin verran nousuun. Yleisesti ottaen huumeaineiden käyttö ja niihin liittyvät ongelmat ovat kuitenkin pysyneet melko vakaalla tasolla viime vuosina. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämässä väestötutkimuksessa vuonna 2010 todettiin erityisesti kannabiskokeilujen ja kotikasvatuksen selvästi lisääntyneen. Raportin mukaan viimeisen vuoden aikana 15–69-vuotiaista suomalaisista kannabista ilmoitti kokeilleensa 4 prosenttia, ja elämänsä aikana samasta ryhmästä joskus kokeilleensa 17 prosenttia. Miehet kokeilevat hieman useammin kuin naiset. Viime vuonna näyttäisi kannabiksen käyttö lisääntyneen erityisesti 25–34-vuotiaiden miesten keskuudessa. (Päihdelinkki 2011a; THL Huumetilanne 2012, 5, 41; THL Huumetilanne 2011, 5.)

Huumeiden ongelmakäyttäjien määrä arvioidaan Suomessa opiaattien ja amfetamiinin ongelmakäyttäjien määrällä. Vuonna 2005 heitä oli 0,6–0,7 % maan väestöstä, eli noin 14 500–19 100 henkilöä. (THL Huumetilanne 2011, 57.)

Hoitoon hakeutuneista ongelmakäyttäjistä suurin osa on juuri opiaattien ja amfetamiinin käyttäjiä. Kuvassa 1 esitetään vuonna 2010 hoitoon hakeutuneiden huumeiden käyttäjien hoitoon hakeutumiseen johtanut päihde. Koska korvaushoitoa on toistaiseksi tarjolla vain opiaattien käyttäjille, nämä luvut heijastavat kuitenkin vain hoidon tarjontaa eikä niinkään käytön yleisyyttä. Toisekseen, opiaattien käyttäjät ajautuvat useammin vaikeisiin ongelmiin ja hoitoon hakeutumiseen, kuin esimerkiksi ainoastaan kannabista käyttävät. (THL Huumetilanne 2012, 5, 56.)



*THL:n huumehoidon tietojärjestelmän mukaan ylivoimaisesti suurin hoitoon hakeutumiseen johtanut syy kaikkien huumeasiakkaiden joukosta vuonna 2010 oli opiaattien käyttö. (Huumetilanne 2012 THL, 56.)*

## 2.2 Yleisimmät käytössä olevat huumeaineet Suomessa

Eniten käytössä olevat huumeaineet ovat kannabis, amfetamiini, ekstaasi, opiaatit, khat, kokaiini, LSD, sienet ja gamma sekä erilaiset niin sanotut design huumeet eli muuntohuumeet. Huumeet jaetaan erilaisiin ryhmiin, joita ovat stimulantit, opiaatit ja opioidit sekä hallusinogeenit, kannabis omana ryhmänään. Näistä ryhmistä seuraavaksi käsitellään kaikista yleisimmät huumeaineet niiden käytön yleisyyden ja ajankohtaisuuden vuoksi.

Etenkin kannabis keskustelut käyvät kuumana niin meillä Suomessa kun ulkomaillakin. Hiljattain USA:n presidentti Barac Obama kohautti lausunnollaan The New Yorker -lehdessä kannabiksen vaarallisuuden vertaamisesta alkoholiin, mutta toisaalta muistutti myös marihuanan ja kovien huumeiden käytön eroista ja niiden vaikutuksista käyttäjälle ja yhteiskunnalle. Asiasta meillä kotimaassa uutisoi 20.1.2014 muun muassa Yle. (Yle 2014.)

Suomessa STT teki nettikyselyn kannabiksen kokeilusta eduskunnan kansanedustajille tammikuussa 2014. Kahdestasadasta kansanedustajasta kahdeksankymmentäkahdeksan vastasi kyselyyn, joista viisi ilmoitti kokeilleensa kannabista. Vastaajista yli kaksi kolmasosaa oli sitä mieltä, että kannabiksen tämän hetkinen sääntely Suomessa on hyvää. (Keskisuomalainen 2014.)



### 2.2.1 Kannabis

Kannabis on yleisnimitys Cannabis Sativa -nimisestä hampukasvista saataville eri valmisteille. Marihuana on kasvin kuivattuja kukkia, lehtiä ja versoja, hasis kasvin pihkaa. Kannabisöljyä saadaan tislamalla. Kannabista käytetään polttamalla sätkissä, tavallisessa tai vesipiipussa. Sitä käytetään myös ruokaan tai juomaan sekoitettuna, tavallisimmin leivoksissa ja teessä. (Päihdelinkki 2011b.)

Kannabiksen välittömiä vaikutuksia ovat muun muassa hilpeys, hyvä ja leijuva olotila, euforia, tunne uudenlaisesta itsensä ymmärtämisestä ja puheliaisuus. Sillä on myös ikäviä vaikutuksia, kuten epämiellyttäviä mielen-tiloja, masentuneisuutta, harhoja ja sekavuustiloja sekä paniikkitilat. Näitä esiintyy etenkin suuria annoksia käytettäessä ja kokemattomilla käyttäjillä. Lisäksi välittömiä vaikutuksia ovat uneliaisuus ja häiriöt ajan, paikan ja etäisyyden tajussa. (IRTI-VUOSIKIRJA 2010, 22; Päihdelinkki 2011b.)

Pitkäaikaisessa käytössä ongelmaa saattavat tuottaa muistihäiriöt, passiivisuus ja keskittymiskyvyn häiriöt. Muita vaaroja kannabiksen pitkäaikaiskäytössä ovat hengitysteiden syövät ja riski akuuttiin psykoosiin kasvaa. (IRTI-VUOSIKIRJA 2010; Päihdelinkki 2011b.)

### 2.2.2 Stimulantit

Stimulanteiksi luokitellaan muun muassa amfetamiini, ekstaasi, joka on amfetamiinijohdos, ja kokaiini. Stimulantit eli piristeet ovat keskushermostoa kiihottavia aineita. Amfetamiini ja sen johdannaiset ovat ulkonäöltään tabletteja, kapseleita, jauhetta tai liuosta. Kokaiini on kokapensaan lehdistä tehtyä jauhetta. Käyttötapoja ovat nuuskaaminen, suun kautta nautittuna tai ruiskeena suoneen. Kokaiinia käytetään myös polttaen. (Koivisto 2000, 8; IRTI-VUOSIKIRJA 2010, 22.)

Toivottuja vaikutuksia piristeillä ovat hyvän olon tunne, energisyyden sekä seksuaalisuuden tunne ja itsevarmuuden lisääntyminen. Esimerkiksi amfetamiinin vaikutus kestää useita tunteja. Toivottujen vaikutusten jälkeen esiintyy masentuneisuutta ja epävarmaa olotilaa. Ei-toivottuja vaikutuksia piristeillä ovat aggressiivisuus, sekavuus, ruumiin lämmön nousu, nälän tunteen häviäminen ja paniikkitilat. Pitkäaikaisessa käytössä ongelmaksi tulevat unettomuus, persoonallisuuden muutokset ja muistihäiriöt. Amfetamiini on voimakkaasti etenkin fyysistä riippuvuutta aiheuttava stimulantti. Kokaiini puolestaan aiheuttaa lähinnä psyykkistä riippuvuutta. Ekstaasilla on samoin psyykkistä riippuvuutta aiheuttava vaikutus. (IRTI-VUOSIKIRJA 2010, 22–23; Koivisto 2000, 8; Päihdelinkki 2011c.)

### 2.2.3 Opiaatit ja opioidit

Opiateilla tarkoitetaan keskushermostoon lamaavasti vaikuttavia aineita, joita saadaan ooppiumunikosta. Opiaatteja ovat heroini, morfiini sekä kodeiini ja niitä käytetään suun kautta, nuuskaamalla, polttamalla tai suonon-

sisäisesti. Opiaatit luokitellaan erittäin vaarallisiksi huumausaineiksi. (Päihdelinkki 2011d.)

Opiattien käytöllä haetaan euforista olotilaa ja raukeutta. Käyttäjä ikään kuin vajoaa omaan sisäiseen maailmaansa. Tottunut käyttäjä kuitenkin joutuu käyttämään ainetta saavuttaakseen normaalin olotilan ja pitääkseen krooniset kivut ja muut vieroitusoireet poissa. Fyysisenä vieroitusoireena kun esiintyy aluksi lähinnä psyykkistä levottomuutta, joka muuttuu käytön jatkuessa pian fyysisiksi kivuiksi. Muita vieroitusoireita ovat kuumeinen olo, ripuli ja pahoinvointi. Lisäksi muita haittavaikutuksia opiaattien käytöstä ovat maksa- ja munuaisvauriot, nivel- ja keuhkosairaudet sekä piikitämisestä aiheutuvat tulehdukset. Yliannostuksessa on hengityksen pysähtymisen riski tai ainakin elimistön elintoimintojen lamaantuminen ja syvä kooma. (Koivisto 2000, 8; Päihdelinkki 2011d.)

Heroiini on yleisimmin käytetty opiaatti. Se muuttuu aivoissa morfiiniksi ja sitoutuu opioidireseptoreihin. Heroiiniin syntyy herkästi voimakas fyysinen riippuvuus, ja aineen sietokyky kasvaa nopeasti. Heroiini on ruskeaa tai valkeaa jauhetta ja sitä käytetään suun kautta, nuuskaamalla, polttamalla tai suonensisäisesti. (Koivisto 2000, 8; Päihdelinkki 2011d; IRTI-VUOSIKIRJA 2010, 24.)

Opioidit ovat opiaateista synteettisesti valmistettuja lääkkeitä, joita käytetään vahvoina kipulääkkeinä ja opiaattiriippuvuuden hoidossa. Opioidien, kuten buprenorfiinin (Subutex®, Temgesic®, Suboxone®), vaikutus on samankaltainen kuin opiaattien ja Suomessa niiden väärinkäyttö on yleistynyt katukaupassa nopeasti. Ongelmallista buprenorfiinin väärinkäytössä on se, että sitä enimmäkseen käytetään suonensisäisesti, ja koska Suomessa käytössä olevat buprenorfiinit ovat resoribletin muodossa, niiden sisältämät sidosaineet aiheuttavat verisuoniin erilaisia vaurioita ja tulehduksia sekä esimerkiksi vakavia silmänpohjan muutoksia ja näin ollen näkökyvyn heikkenemistä. Näitä haittoja välttääkseen jotkut käyttäjät käyttävät buprenorfiinin nenän limakalvojen kautta, mutta tässä tavassa seurauksena on nenän limakalvojen vaurioituminen. (Päihdelinkki 2011d; Päihdelinkki 2011e; Koivisto 2000, 9.)

### 2.2.4 Hallusinogeenit

Hallusinogeneiksi luokitellaan LSD ja erilaiset sienet. Suomessa tunnetaan parisenkymmentä psyykeen vaikuttavaa sientä. Näitä ovat muun muassa suippomadonlakki niminen lahottajasieni ja punainen sekä ruskea kärpässieni. LSD on väritön, hajuton ja mauton vesiliukoinen aine. Sitä esiintyy tabletteina, kapseleina, jauheena sekä liuotettuna sokeriin tai paperiin. LSD:tä käytetään suonensisäisesti, suun kautta tai nuuskaamalla. (IRTI-VUOSIKIRJA 2010, 22; Päihdelinkki 2011f; Lemberg 2011, 6.)

Kaikilla hallusinogeneilla on samantapaisia vaikutuksia, joita ovat näkö-, haju-, maku- ja kosketusaistimusten vääristyminen ja herkistyminen: muun muassa värien voimistuminen ja geometrinen kuvioiden näkeminen. Muita vaikutuksia ovat ajantajun menetykset, sekavuus ja paniikkireaktiot. LSD voi aiheuttaa myös kuolemantapauksia, ne yleensä johtuvat itsemur-

hasta, väkivallasta tai tapaturmasta. Pitkäaikaisessa käytössä voi esiintyä masennusta, vainoharhaisuutta ja pelokkuutta. Joskus LSD:n käyttö aiheuttaa myöhemmin itsekseen ilmaantuvia mielenhäiriöitä, flash-backejä. LSD on voimakkain aistiharhoja aiheuttava aine ja se aiheuttaa psyykkisen riippuvuuden. (IRTI-VUOSIKIRJA 2010, 22; Lemberg 2011, 6; Koivisto 2000, 9.)

### 2.2.5 Päihteiden sekakäyttö

Päihteiden sekakäyttö on päihdyttävien aineiden samanaikaista tai vuoroitusta käyttöä ja sen tarkoituksena on tehostaa tai säädellä käytettyjen aineiden vaikutusta. Usealla huumeiden ongelmakäyttäjällä on käytössä opiaatit, rauhoittavat lääkkeet eli bentsodiatsepiinit, alkoholi ja kannabis. Ei myöskään ole tavatonta käyttää sekä opiaatteja että amfetamiina. Yleisin sekakäytön muoto on kuitenkin alkoholi ja rauhoittavien ja unilääkkeiden tai huumausainelääkkeiden käyttö, kuin huumeiden sekä käyttö. (Huume-tilanne 2011 THL, 57; Seppä, Aalto, Alho & Kiiänmaa 2012, 71–73.)

Päihteiden sekakäyttö lisää riskiä yliannoksiin, tapaturmiin, kuolemiin ja infektioihin. Se on myös vaikeahoitaisempaa, kuin yksittäisen päihteen ongelmakäyttö. (Huume-tilanne 2011 THL, 57; Seppä ym. 2012, 71–73.)

## 3 HUUMAUSAINERIIPPUVUUDEN MÄÄRITTELYÄ

Riippuvuus on laaja käsite ja sen määrittelemiseksi onkin esitetty monia erilaisia teorioita. Tässä luvussa käsitellään riippuvuutta ja addiktiota yleisesti. Lisäksi tässä luvussa käsitellään huumausaineriippuvuuden syitä ja huumausaineriippuvuuden tunnistamista.

### 3.1 Riippuvuuden yleinen määrittely

Riippuvuuksia on erilaisia. Ihminen voi olla riippuvainen jostakin aineesta, kuten tupakasta, alkoholista tai heroiinista – tai riippuvuutta voi olla toiminnallisiin asioihin, kuten seksiin, peleihin tai liikuntaan. Riippuvuus on käsitteenä kuitenkin niin laaja, että sitä on vaikea yksiselitteisesti määrittellä. Lisäksi on syytä ymmärtää, että riippuvuus ja addiktio kuvaavat puhekielessä usein samaa asiaa, vaikka tosi asiassa ihminen voi olla riippuvainen asioista, jotka eivät kuitenkaan ole hänelle vahingollisia, kuten esimerkiksi toisista ihmisistä. Addiktiosta puhuttaessa riippuvuus johonkin aineeseen tai toimintaan on muuttunut jo haittaavaksi tekijäksi ihmisen elämässä. (Nyyssönen 2008, 3; Vuorikoski 2012, 4; Eerola 2008, 7.)

Riippuvuus voidaan määrittellä toimintana, jossa ei välitetä toiminnan jatkamisen aikaan saamista ongelmista. Tällöin kontrolli tilanteen hallitsemiseksi on hävinnyt ja toiminta on pakonomaista. (Vuorikoski 2012, 4.)

### 3.2 Riippuvuuden syyt

Päihteiden avulla tavoitellaan mielihyvää, yhteenkuuluvuuden tunnetta, itsensä ilmaisua, pahan olon poistoa tai jännityksen tarpeen tyydyttämistä. Perinteisesti ajateltuna päihderiippuvuudet on selitetty periytyvänä ongelmana. Nykyään tiedetään, että perimä ei selitä riippuvuuksia kokonaan, vaan on vain yksi osatekijä. Riippuvuuden syntymistä ei itse asiassa vielä täysin osata selittää eikä myöskään päihdeongelmien siirtymismekanismia sukupolvelta toiselle vielä täysin tunneta. Tutkimuksista selviää kuitenkin, että toisissa sukuhaaroissa esiintyy enemmän päihderiippuvuuksia kuin toisissa. Geenien osuus riippuvuuden syntymiselle on arviolta 40–60%. (Nyyssönen 2008, 3, 5–6; Irti Huumeista n.d.)

Kuka tahansa siis voi jäädä riippuvaiseksi päihteistä. Muitakin riskitekijöitä ajatellaan olevan, kuin vain geeniperimä. Ihmistyyppit, joilla on alhainen stressinsietokyky, halu kokea asiat välittömästi, levottomat, impulsiiviset ja elämyksiä etsivät ovat suuremmassa vaarassa tulla päihteistä riippuvaiseksi. Samoin myös ihmiset, jotka ovat yksinäisiä ja erakoituvia, joilla on ongelmia ihmissuhteissa ja joilla ei ole realistista kuvaa itsestään. Lisäksi henkilön sosiaalinen ympäristö paineineen ja tottumuksineen vaikuttaa riippuvuuden syntyyn kuten myös lähiympäristön asenteet päihteiden käyttöä kohtaan. (Lemberg 2011, 10; Irti Huumeista n.d.)

Lapsuudessa mahdollisista tulevista ongelmista päihteiden kanssa voi antaa merkkiä lapsen aggressiivinen käyttäytyminen, impulsiivisuus sekä muut vakavat käytöshäiriöt ja itsehallinnan vaikeudet. Riskitekijöitä nuoren päihteidenkäytön aloittamiselle, ja sitä kautta mahdollisen riippuvuuden kehittymiselle, ovat vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmat, perheen heikko sosioekonominen asema, perheen rajojen epäjohtonmukaisuus, vanhempien ja nuoren välisen suhteen etäisyys ja perheen vihamielinen ilmapiiri. Lisäksi asuinympäristö rikollisuuden ja huumeiden helpon saannin osalta voi lisätä riskiä nuoren päihteiden käytön aloittamiselle. Suurin vaikuttava tekijä on kuitenkin päihteisiin myönteisesti suhtautuva kaveripiiri. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 166–167.)

Riskitekijät eivät kuitenkaan tarkoita automaattisesti nuoren päihdeongelmia, sillä monilla nuorilla on suojaavia tekijöitä, kuten älykkyys, positiivinen temperamentti ja nuoren usko omiin kykyihinsä. Myös lähiympäristön tuki sekä erityisesti vanhempien huolenpito ehkäisevät nuoren mahdollisia päihdeongelmia. (Havio ym. 2008, 166–167.)

Päihteistä saatu mielihyvä on yksi suurimmista syistä käytölle. Useimmat huumeet aktivoivat mesolimbisen dopamiiniradan eli niin sanotun mielihyväradan. Tämä samainen alue aivoissa aktivoituu myös tavanomaisista mielihyvää tuottavista toiminnoista, kuten syömisestä, juomisesta, imetämisestä ja sukupuoliyhteydestä. Mielihyväradan osan accumbens-tumakkeen dopamiinin vapauttaminen lisääntyy muun muassa näistä toiminnoista, mutta myös – bentsodiatsepiineja lukuun ottamatta – huumeista. Tämän arvellaankin olevan syy miksi huumeet aiheuttavat mielihyvää käyttäjälleen. Huumeet aiheuttavat muutoksia mesolimbiseen dopamiinirataan, mutta vasta toistuvan altistuksen seurauksena. (Seppä ym. 2012, 29–30.)

Käytön alussa saatava hyvän olon tunne ja nautinto muuttuu ajan myötä pakonomaiseksi toiminnaksi, eikä tuota enää haluttua olotilaa vastaavilla määrillä, joten saman nautinnon saavuttamiseksi tarvitaan suurempia määriä käytettävää ainetta. Toisin sanoen toleranssi, eli sietokyky, aineelle kasvaa. Esimerkkinä annosmäärien kasvamisesta voisi olla opiaattien ja bentsodiatsepiinien kokeneet käyttäjät, jotka tarvitsevat kymmeniä tai jopa satoja kertoja suurempia annoksia, kuin aikaisemmin saadakseen tavoitellun vaikutuksen aineesta. (Seppä ym. 2012, 27.)

Toleranssi mekanismina tarkoittaa sitä, että elimistö pyrkii joko vähentämään huumeen vaikutusta alentamalla, eli poistamalla, sen pitoisuutta elimistössä (aineenvaihdunnallinen toleranssi) tai kohottamalla hermoston sietokykyä huumeelle (hermostollinen toleranssi). Aineenvaihdunnallinen toleranssi kehittyy jatkuvan ja runsaan huumealtistuksen seurauksena, kun taas hermostollinen toleranssi kehittyy nopeasti toistuvan altistuksen seurauksena. Hermoston hermofysiologisten ja – kemiallisten reaktioiden ansiosta huumeen vaikutus pienenee, hermosto siis pyrkii toimimaan normaalisti huumeesta huolimatta. (Seppä ym. 2012, 28.)

### 3.3 Huumausaineriippuvuuden määrittely ja tunnistaminen

Huumeiden käyttö voidaan luokitella käyttötiheyden mukaan. Ensimmäinen taso on kokeilu- ja satunnaiskäyttö, jossa riippuvuutta ei ole vielä muodostunut. Ajoittaiseksi tai säännölliseksi käytöksi luokitellaan tilanne, jossa aineen käyttö on säännöllistynyt, annoskoot mahdollisesti suurentuneet ja ilmenee merkkejä vieroitusoireista sekä riippuvuudesta ja lisäksi käytön lopettaminen voi olla vaikeaa. Viimeisenä luokituksena on ongelmakäyttö ja huumeriippuvuus, jossa suuri osa ajasta kuluu huumeen hankkimiseen, käyttämiseen tai vieroitusoireista selviämiseen ja niiden hoitamiseen. Tässä luokittelussa satunnaisen ja ajoittaisen käytön raja on kuitenkin häilyvä, ja on näin ollen vaikea määritellä, milloin siirrytään satunnaiskäytöstä ajoittaiseen käyttöön. (Havio ym. 2008, 62–63.)

Tautiluokitus ICD-10 määrittelee päihteiden haitallisen käytön ja riippuvuusoireyhtymän. Taulukossa 1 esitellään päihteiden haitallisen käytön kriteerit. Taulukossa 2 on riippuvuusoireyhtymän kriteerit.

*Haitallisen käytön määritelmän ICD-10 tautiluokituksen mukaan:*

|   |
|---|
| <b>Haitallisen käytön kriteerit</b><br>Kaikkien kohtien A-D tulee täytyä  |
| <b>A</b> On selvä näyttö, että päihteen käyttö aiheutti psyykkisen tai fyysisen haitan tai tuntuvasti myötävaikutti sen syntyyn               |
| <b>B</b> Haitta on selvästi tunnistettavissa ja määritettävissä   |
| <b>C</b> Päihteen käyttö kesti ainakin yhden kuukauden tai sitä esiintyi toistuvasti 12 kuukauden jakson aikana                               |
| <b>D</b> Häiriö ei täytä minkään muun saman päihteen käyttöön liittyvän mielen-terveyden häiriön kriteerejä (paitsi äkillisen päihtymystilan) |

*Riippuvuusoireyhtymän määritelmä ICD-10 tautiluokituksen mukaan:*

|   |
|---|
| <b>Riippuvuusoireyhtymän kriteerit</b><br>Kolmen tai useamman seuraavista kriteereistä on esiinnyttävä yhtäaikaaisesti kuukauden ajan viimeisimpien 12 kuukauden aikana tai toistuvasti, mikäli jaksot ovat kuukautta lyhyempiä   |
| <b>1. Esiintyy voimakas himo tai pakonomainen halu ottaa päihdettä.</b>   |
| <b>2. Kyky hallita päihteen käytön aloittamista, määrää tai lopettamista on heikentynyt.</b>  |
| <b>3. Esiintyy vieroitusoireita päihteen käytön päättyessä tai vähentyessä.</b> Ne voivat ilmetä<br>a) käytetylle päihteeille tyypillisenä vieroitusoireyhtymänä tai<br>b) alkuperäisen tai muun samankaltaisesti vaikuttavan päihteen käyttönä vieroitusoireiden lievittämiseksi.                          |
| <b>4. Sietokyky kasvaa.</b> Tämä voi ilmetä siten, että<br>a) käytettyä annosta suurennetaan päihtymyksen tai entisen vaikutuksen saavuttamiseksi tai<br>b) entinen annos tuottaa selvästi heikomman vaikutuksen käytön jatkuessa.  |
| <b>5. Käyttö muodostuu elämän keskeiseksi asiaksi.</b> Tämä voi ilmetä<br>a) muista merkittävistä kiinnostuksen kohteista tai tyydytyksen lähteistä luopumisena joko osittain tai kokonaan tai siten, että<br>b) tuntuva osa ajasta kuluu päihteen hankkimiseen, käyttöön ja sen vaikutuksista toipumiseen. |
| <b>6. Käyttö jatkuu huolimatta sen aiheuttamista kiistattomista haitoista, joista käyttäjä on tietoinen tai joista hänen voidaan olettaa olevan tietoinen</b>   |

(Terveyskirjasto 2007.)

Huumausaineriippuvaisen tunnistaminen voi olla vaikeaa, sillä aina huumeiden käyttö ei näy päällepäin. Jotkin asiat kuitenkin voivat antaa aiheita epäillä huumeiden käyttöä. Näitä ovat päihteen käytön somaattiset komplikaatiot, jotka ajavat huumeiden käyttäjät hoidon piiriin, kuten infektiot, tapaturmat, vatsavaivat, verenkierron ongelmat tai myrkytys- ja vieroitusoireet. Erityisesti opioidien käytöstä kertovat pistojäljet, supistuneet pupillit, raukeus, hitaus, hengityslama ja hitaat refleksit. Lisäksi huumeiden käytön merkkejä voivat olla myös aggressiivinen käytös ja

vainoharhaisuus ilman aikaisempia psykiatrisia oireiluja sekä päihtymys ilman alkoholia. (Terveysportti n.d; Terveyskirjasto 2006.)

Nuorten kohdalla pitäisi huolen herätä, jos nuoren koulumenestys romahtaa, kaveripiiri muuttuu, nuoren käytös muuttuu ja elämän arvot ja elintavat muuttuvat jyrkästi. Nuori voi saada äkillisiä raivokohtauksia, on sulkeutunut ja kohtelee tylästi lähipiiriään. Lisäksi huumeiden käytöstä kertovia merkkejä voivat olla nuoren keskittymisvaikeudet ja mielenkiinnon menettäminen aiempiin harrastuksiinsa. Myös nuorten kohdalla edellä mainitut huumeiden käyttöön viittaavat merkit pätevät. (Päihdelinkki; Seppä ym. 2012, 217.)

## 4 OPIOIDIRIIPPUUUS JA SEN HOITO

Tämän luvun aiheita ovat opioidiriippuvuus ja sen hoito. Opioidiriippuvuuden hoitona on yleisimmin joko vieroitushoito tai korvaushoito ja näiden molempien rinnalla voidaan antaa psykososiaalista hoitoa päähoitomuodon tukena.

### 4.1 Opioidiriippuvuus

Eri huumeiden riippuvuusominaisuudet vaihtelevat suuresti. Riski tulla riippuvaiseksi käytetystä aineesta on heroiinin ja kokaiinin kohdalla suurin. Järvenpään sosiaalisairaalan ylilääkäri Antti Holopaisen mukaan ihmisen yksilöllinen alttius kehittyä riippuvaiseksi heroiinista vaihtelee huomattavasti. Ne, joille riippuvuus kehittyy helposti, ovat jo muutamien viikkojen tai kuukausien toistuvan käytön jälkeen niin riippuvaisia heroiinista, että tilanne on jo johtanut aineen sietokyvyn kasvuun, aineen hii-moon ja vaikeuteen lopettaa aineen käyttö. Oireet voimistuvat melko nopeasti käytön jatkuessa ja tila johtaa kuukausien tai muutaman vuoden kuluessa aineen pakonomaiseen käyttöön. Fyysinen riippuvuus on niin vahva, että ainetta on välttämätöntä saada hermoston normaali toiminnan turvaamiseksi. Tällöin aineen tuoman mielihyväkokemuksen merkitys on jo vähentynyt. (Seppä ym. 2012, 31; Päihdelinkki 2011g; Päihdelinkki 2011e.)

Heroiinin vieroitusoireet helpottavat paitsi heroiinilla myös muulla ominaisuuksiltaan samaan ryhmään kuuluvalla aineella. Näitä ovat muut opiaatit kuten morfiini, kodeiini, opium-unikon kodista tehty uuttee eli unikkottee sekä synteettiset lääkeopiaatit, joiden väärinkäyttö on lisääntynyt merkittävästi viime vuosina. (Seppä ym. 2012, 31; Päihdelinkki 2011g; Päihdelinkki 2011e.)

Nykykäsityksen mukaan opiaatit aiheuttavat toiminnallisia ja rakenteellisia muutoksia aivojen mielihyvakeskuksessa. Nämä muutokset saavat aikaan sen, että aivojen tuottama luonnollinen opioidi, endorfiini, vähenee ja tämä aiheuttaa tilalle tyypilliset oireet. Nämä muutokset ovat nykykäsityksen mukaan osalla ihmisistä hitaasti palautuvia käytön loppumisen jälkeen tai osalla muutokset voivat jäädä jopa pysyviksi. (Päihdelinkki 2011g; Terveysportti.)

Hoitamattomana opioidiriippuvuus on siis pitkäkestoinen ja etenevä sairaus. Retkahdukset ovat tyypillisiä opioidiriippuvuudelle pitkienkin päiheteettömien kausien jälkeen. Se on sairautena verrattavissa pitkäaikaisiin somaattisiin sairauksiin, joihin tyypillisesti kuuluvat elinikäinen hoito, mahdollisimman hyvä hoitotasapaino ja oireettomuuden saavuttaminen sekä ajoittaiset sairauden pahenemisvaiheet. (Päihdelinkki 2011g; Terveysportti n.d.)

Opioidiriippuvuuden päähoitomuotoina on lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito ja lisäksi hoidon tukena on psykososiaalinen hoito. Toimintatavat vaihtelevat hoitoyksiköittäin sen suhteen kuinka hoitoa toteutetaan, etenkin psykososiaalisen tuen osalta. Hoito yleensä aloitetaan päihdeongelmaisten hoitoon erikoistuneissa yksiköissä ja hoidon vakiintuneessa vaiheessa se pyritään siirtämään perusterveydenhuollossa toteutettavaksi. Vieroitushoidon tavoitteena on päiheteettömyys, korvaushoidon tavoite taas on kuntoutuminen tai haittojen vähentäminen. (THL 2012.)

### 4.2 Vieroitushoito

Vieroitushoito on vieroitukseen tähtäävää hoitoa opioidiriippuvuudesta. Vieroitushoidossa potilaalle annetaan opioididiagonisteja (metadoni, buprenorfiini) tai antiadrenergisia lääkkeitä (klonidiini, lofeksidiini) pienenevin annoksin vieroitusoireita helpottamaan. Opioideja käytettäessä vieroitusoireet ilmaantuvat yleensä 1–5 vuorokaudessa. Vieroitusoireiden ilmaantuminen riippuu siitä, mitä ainetta käytetään. Esimerkiksi lyhytvaikutteisen opioidin, kuten heroiinin vieroitusoireet alkavat jo 4–6 tunnissa ja ovat pahimmillaan 30–75 tunnin kuluttua viimeksi otetusta annoksesta kestäen usein reilun viikon. Pitkävaikutteisen opioidin, kuten buprenorfiinin, vieroitusoireet alkavat 1–3 vuorokaudessa ja kestävät kolmesta neljään viikkoa. (Terveyskirjasto 2006; Käypä hoito 2012a.)

Vieroitusoireet alkavat ahdistuneisuudella ja levottomuudella sekä huumehakuisella käyttäytymisellä, kivut ja säröt, kouristukset ja oksentelu, nenän ja silmien vuotaminen ja ripuli voivat seurata ensioireita. Muita oireita helpotetaan oireiden mukaisella lääkityksellä, kuten pahoinvointilääkkeellä, ahdistuslääkkeellä, tulehduskipulääkkeellä ja ripuliin voidaan antaa loperamidia. (Terveyskirjasto 2006; Käypä hoito 2012a.)

Opioididiagonisteja käytettäessä hoidossa pysytään paremmin. Vieroitushoito kestää tavallisimmin 2–4 viikkoa, mutta realistinen vieroittautumisaika on ennemminkin 3–12 kuukautta. Vieroituksen onnistumiseen antavat paremman ennusteen käyttäjän muiden päihteiden vähäinen käyttö, vähäinen psykiatrinen oheissairastavuus, vähäinen syrjäytyneisyys ja tukea antava sosiaalinen verkosto. Tärkeimpiä hyvän ennusteen antavia tekijöitä ovat kuitenkin lyhyt opioidien käyttöhistoria, alhainen toleranssi tai suonensisäisen käytön puuttuminen. (Käypä hoito 2012a; Seppä ym. 2012, 87.)



### 4.3 Korvaushoito

Korvaushoito on pitkäkestoista lääkkeellistä hoitoa opioidiriippuvaiselle, minkä tarkoituksena on kuntoutuminen tai haittojen vähentäminen. Korvaushoidossa potilaalle annetaan opioideja (metadoni tai naloksoni-buprenorfiiniyhdistelmävalmiste) ja annos sovitetaan vastaamaan potilaan toleranssia siten, että vieroitusoireet ja aineenhimo pysyvät poissa. Potilas ei saa mielihyvää käyttämällä muita opioideja, koska korvaushoidossa annettu lääke valtaa aivojen opioidireseptorit. (Käypä hoito 2012a; Terveysportti n.d.)

Korvaushoidon ehtona on potilaan opioidiriippuvuus ja aiemman vieroitushoidon epäonnistuminen ja sen tavoitteena on estää tai merkittävästi vähentää laittomien opioidien käyttöä, rikollisuutta ja suonensisäiseen käyttöön ja yliannostukseen liittyviä riskejä. Lisäksi korvaushoidon tarkoituksena on mahdollistaa riippuvuuksien hoito ja psykososiaalinen kuntoutus sekä myös mahdollistaa potilaan opiskelu ja työllistyminen. (Käypä hoito 2012a; Terveyskirjasto 2006.)

Korvaushoidon aloittamista edeltää hoitoarvio, joka on 1-5 käyntikertaa päihdepsykiatrian yksiköissä, päihdehuollon erityispalveluyksiköissä tai terveyskeskuksessa. Hoitoarviokäyntien tarkoitus on kartoittaa potilaan kokonaistila koskien päihteiden käyttöä sekä fyysistä ja psyykkistä tilaa, mutta ennen kaikkea arvioida sairastaako potilas opioidiriippuvuutta. Arvioinnin perusteella tehdään hoitosuunnitelma, jossa on määriteltynä hoitomuoto, käytettävät lääkitykset ja hoidon porrastus. Potilas siis sijoittuu joko kuntouttavaan korvaushoitoon, jonka tavoitteena on päihteettömyys tai haittoja vähentävään korvaushoitoon, jonka tarkoituksena on parantaa potilaan elämän laatua. (Seppä ym. 2012, 88–90; Saukkonen 2010, 6–8.)

Hoitoon tulee päästä 2–3 kuukauden kuluttua arvioinnista. Metadonihoito aloitetaan yleensä osastolla, mutta buprenorfiinihoito voidaan aloittaa avohoidon puolella. Jatkohoito toteutetaan korvaushoitoyksikössä mahdollisimman lähellä potilaan asuinpaikkaa, kuten terveysasemalla. Esimerkiksi Tampereella vuonna 2010 kuntouttavassa korvaushoidossa hoidon alun intensiivivaihe toteutettiin K-klinikalla ja hoidon kesto oli 1,5 vuotta. Tämän jälkeen hoito siirtyi joko terveysasemalle tai lääkkeen anto järjestettiin apteekkisopimuksella. (Seppä ym. 2012, 88–90; Saukkonen 2010, 6–8.)

Suomen Lääkärilehden julkaiseman Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito Suomessa -artikkelin (2014, 481–486) mukaan vuonna 2011 vieroitus- ja opioidikorvaushoidossa kävijöitä oli kaikkiaan 2439 henkilö, joista 66 % oli kuntouttavassa opioidikorvaushoidossa. Haittoja vähentävässä korvaushoidossa oli 24 % ja 7 % haki lääkityksensä apteekista eli heillä oli niin sanottu apteekkisopimus, joka tarkoittaa sitä, että hoitaval lääkäri on tehnyt lääkemääräykset johonkin tiettyyn apteekkiin eli sopimusapteekkiin.

Korvaushoidon vaikuttavuudesta on Suomessa tehty jonkin verran tutkimuksia, mutta alalla toivotaan lisää kattavia tutkimuksia kyseisestä aiheesta. Päihdetyön erikoislehti Tiimin numerossa 2/2013 yhteyskuntatieteiden

tohtori Jani Selin tarkastelee artikkelissaan (22–25) korvaushoidon vaikuttavuutta. Selin on katsauksessaan käyttänyt kuutta eri PubMed-, Mediline- (ProQuest) ja Arto-tietokannoista löytyvää tutkimusta, joissa seurattiin korvaushoitopotilaita vähintään vuoden ajan ja joissa tutkimuksen kohteena olivat korvaushoidon vaikutukset tai korvaushoitopotilaiden tilassa tarkasteluajana tapahtuneet muutokset. Selinin mukaan korvaushoidossa pysyminen oli hyvällä tasolla yhden vuoden jälkeen kaikissa tutkimuksissa; 80–94 % potilaista tarkasteltavasta aikavälistä ja paikkakunnasta riippuen. A-klinikkasäätiön hoitoyksikköä käsitelleessä tutkimuksessa kahtena ensimmäisenä vuotena hoidossa pysyvyys oli 78 % ja 4,5–6,5 vuoden jälkeen hoidon aloituksesta 71 %.

Hoidon keskeytymisen syitä olivat väkivaltaisuus, uhkailu väkivallalla tai sopeutumattomuus hoitoon. Selinin mukaan korvaushoidosta vieroittautuminen oli harvinaista, vain 2–4 % potilaista vieroittautui seurannan aikana. Tutkimuksissa huomattiin myös, että vieroittautumista ei tapahtunut enää kolmen ensimmäisen vuoden jälkeen. Selin kirjoittaa myös, että tutkimukset osoittivat potilaiden saaneen korvaushoidosta apua muiden päihteiden käytön vähentämiseen tai lopettamiseen ja sosiaalisen tilanteen koehenemiseen. (Selin 2013, 22–25.)

#### 4.4 Psykososiaalinen hoito

Psykososiaalista hoitoa voidaan antaa vieroitushoitoon liitettynä tai korvaushoidon yhteydessä. Psykososiaalinen hoito on psykoterapeuttista keskustelua ja yhdessä tekemistä. Psykososiaalinen hoito voi olla siis yksilöterapiaa, verkostoterapiaa, jossa työskennellään yhdessä potilaan ja potilaan läheisten kanssa, vertaistukiryhmää tai vaikkapa musiikki- ja taideterapiaa. (Käypä hoito 2012a.)

Konkreettisia esimerkkejä psykososiaalisesta hoidosta ovat palkitsemiseen perustuva hoito eli palkkiohoito, jossa vaikkapa puhtaista huumeeseuloista palkitaan ostosetelein tai lisäämällä metadoniannosta, tai muutamasta kuukaudesta kahteen vuoteen kestävä yhteisöhoito, jossa opetellaan vastuun ottamista ja arjen askareita päihteettömässä ympäristössä yhdessä muiden hoidettavien ja henkilökunnan tuella. Lisäksi psykososiaalinen hoito voi olla esimerkiksi kahdentoista askeleen hoito, jossa päihderiippuvuus katsotaan sairaudeksi ja tavoitteena on päästä päihteettömyyteen oppimisteoreettisin menetelmin (NA-ryhmät eli nimettömät narkomaanit). (Käypä hoito 2012a.)

Psykososiaalisten hoitomuotojen saatavuus kuitenkin vaihtelee ja tämä tarkoittaa sitä, että näitä hoitumuotoja on harvoin mahdollista valita. Tutkimukset kuitenkin osoittavat psykososiaalisen hoidon olevan hyödyksi opioidivieroitus- tai korvaushoidon aikana. (Käypä hoito 2012a.)

Cochrane-katsauksessa, jossa meta-analyysiin sisällytettiin 11 tutkimusta, vuodelta 2011 selvitettiin neljän psykososiaalisen hoidon tuloksellisuutta opioidiriippuvuuden vieroitushoidossa. Nämä neljä hoitoa olivat palkkiohoito, palkkiohoito yhdistettynä yhteisövahvistushoitoon, manualisoitu keskusteluhoito ja perheterapia. Tutkimuksen tulokseksi saatiin, että mikä

tahansa psykososiaalinen hoitomuoto liitettynä lääkkeelliseen vieroitus-  
hoitoon lisäsi todennäköisyyttä sille, että potilaat kävivät vieroituksen lop-  
puun suunnitellusti, käyttivät vieroituksen aikana vähemmän opioideja,  
kiinnittyivät jatkohoitoon ja olivat päihdeettömiä jatkoseurannassa. (Käypä  
hoito 2012b.)

## 5 OPIOIDIRIIPPUVUUTTA SAIRASTAVAN ASIAKKAAN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Terveyden edistäminen on terveyden edellytyksiin vaikuttamista ja sen  
uhkien ehkäisyä, toimintaa, jossa terveys ymmärretään yksilön ja yhteisön  
voimavaraksi. Terveyden edistäminen ei ole vain terveydenhuollon har-  
teilla, vaan siihen tarvitaan yhteiskunnan kaikkia sektoreita. Terveyttä  
edistetään monilla toiminta-alueilla ja näitä ovat terveyttä lisäävä ja suo-  
jaava yhteiskuntapolitiikka, terveellisen ympäristön suunnittelu ja raken-  
taminen, turvallisuuden, yhteisöjen ja kansalaistoiminnan sekä peruspalve-  
lujen kehittäminen ja kasvatukselliset menetelmät. (Havio, Inkinen & Par-  
tanen 2008, 104–105; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Terveyden kokeminen on subjektiivinen asia. Jokainen kokee sen omalla  
tavallaan, mitkä tekijät vaikuttavat terveyteen, miten terveyteen vaikutta-  
vat tapahtumat etenevät ja miten näihin tapahtumiin voidaan puuttua.  
WHO:n määritelmän mukaan terveys on kokonainen fyysisen, psyykkisen  
ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, ei pelkästään sairauden tai vamman puut-  
tuminen. (Havio ym. 2008, 104–105.)

Päihdetyössä terveyden edistämässä työntekijällä on suuri merkitys. On  
havaittu, että työntekijän eettiset näkemykset omasta tehtävästään voivat  
edistää tai haitata terveyden edistämisen toteutumista. Esteeksi terveyden  
edistämislle voi muodostua työntekijän kielteinen asenne, pessimismi  
hoitotulosten suhteen, tiedon ja taidon puute, kiire, arkuus ja pelko hoito-  
suhteen säilymisen suhteen sekä työyhteisön päihdetyölle antaman tuen  
puute. (Havio ym. 2008, 104–105.)

Huumeista vieroittautuvalla henkilöllä on paitsi suuri työ päästä itse riip-  
puvuutta aiheuttavasta aineesta eroon, myös kaikesta muusta, mikä hänen  
elämässään on kuulunut huumeiden käyttöön. Näitä ovat entinen vahingol-  
linen elämän tyyli ja kaveripiiri. Kun käyttäjän koko henkilökohtainen  
maailma on pyörinyt huumeiden ympärillä, ei ole helppoa omaksua heti  
uutta erilaista elämäntyyliä. Tässä muutoksessa päihdesairaanhoitaja voi  
antaa tukea sekä pohtia yhdessä potilaan kanssa, kuinka elää ilman päih-  
teitä, kuin myös antaa tietoa vähemmän haitallisesta elämäntavasta. (Ha-  
vio ym. 2008, 148–149.)

Huumeiden käyttäjien omassa *Weturi*-lehdessä eräs nimettömänä pysytel-  
lyt opioidiriippuvainen tuo opioidikorvaushoidon positiivisia puolia esiin.  
Hän kertoo siitä, kuinka suuri ero entisen huumeiden kyllästyvän elämän  
ja korvaushoidossa käymisen välillä on ja siitä, kuinka joillakin vie aikaa  
tuttua tähän muutokseen. Muuttuneiksi asioiksi hän kuvaa sen, että enää  
ei tarvitsekaan tehdä rikosta jokapäiväisen piikkinsä eteen tai sen, kuinka

joillekin on uusi ja hieno asia saada huomiota muiltakin kuin vain poliisilta ja vartioilta. Positiivisena asiana hän pitää myös sitä, että saa tutustua päihteettömiin ihmisiin eli korvaushoidon henkilökuntaan. Kirjoittaja kertoo, että henkilökunnalla onkin iso rooli korvaushoidossa käyvän potilaan motivoimiselle ja uusien eväiden löytämiselle elämään. Tämä vaatii henkilökunnalta auttamisen halua sekä ammattitaitoa. Lisäksi hän kirjoittaa, että asioiden kanssa ei kannata kiirehtiä ja odottaa heti täyttä luottamusta ja raittiutta henkilöltä, joka on vuosikausia ollut päihtyneenä lähes päivittäin, vaikka asiakkaalla itsellään olisikin halu muuttua tässä ja nyt heti. Kirjoittajan mielestä korvaushoito on hyvä paikka päästä ohjatusti hiljalleen eroon käytetyistä päihteistä sekä saada kehuja pienistäkin edistyksistä eikä vain saada moitteita retkahtamisista. Lopuksi kirjoittaja toteaa, että vaikka muutos on hidasta, on korvaushoidossa otettu iso askel kohti parempaa, joka on hieno asia. (Weturi 2013, 8–9.)

Muun muassa päihdetyössä käytetään psykoterapeuttista käsitettä terapeutin allianssi. Tällä tarkoitetaan asiakkaan ja työntekijän liittoutumista asiakkaan auttamiseksi, hänen ongelmien helpottamiseksi ja ratkaisujen löytämiseksi. Terapeuttinen allianssi pitää sisällään työntekijän ja asiakkaan välisen positiivisen tunnesiteen ja merkitsee molemmin puolista uskoa, kunnioitusta ja huolenpitoa, joka synnyttää tunteen kumppanuudesta. Terapeuttinen allianssi tuottaa tulosta hoidossa ja hyvän terapeuttisen allianssin luomiseen vaikuttaa työntekijän valmiudet ja ominaisuudet. (Oksanen 2008, 4–7.)

Paitsi motivoimista ja muutoksen tielle ohjaamista kohti parempaa elämää, terveyttä edistäväksi toiminnaksi voisi opioidikorvaushoidossa laskea myös sen haittavaikutusten vähentämisen tai torjumisen. Tässä auttaa päihdetyöntekijä, joka kertoo, kuinka minimoida haittavaikutukset. Opioidia käytettäessä tavallisimpia haittavaikutuksia ovat ummetus ja vatsavaivat. Oikean ruokavalion ohjauksella ja muistuttamalla nauttia runsaasti nesteitä voidaan lievittää ummetusta oleellisesti. Myös hyvällä hammashygienialla on tärkeä merkitys opioidikorvaushoidossa, sillä opioidit vähentävät suun syljen eritystä ja lisäävät riskiä kariekseen ja ientulehdukseen. (Seppä ym. 2012, 90–91.)

Lisäksi opioidit voivat aiheuttaa seksuaalitoimintojen häiriöitä, sillä ne vaikuttavat moniin seksuaalitoimintoja sääteleviin neurohormonaalisiin järjestelmiin. Miehillä testosteroni pitoisuudet ovat usein alhaisia opioidikorvaushoidon aikana. Tosin seksuaalitoimintojen häiriöt voivat liittyä vahvasti muuhunkin, kuin opioidikorvaushoitoon. Ongelmien takana voi olla esimerkiksi edelleen jatkuva muiden päihteiden käyttö, jokin muu lääkitys, koettu trauma tai fyysinen sairaus. Opioidikorvaushoidon haittavaikutuksena voi esiintyä myös unihäiriöitä. Korvaushoitopotilaille ei mielellään anneta tavallisimpia unilääkkeitä eli bentsodiatsepiineja, joten vaihtoehtoina ovat hyvästä unihygieniasta huolehtiminen ja ponnistelut normaalin vuorokausirytmien saamiseksi. (Seppä ym. 2012, 90–91.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TEHTÄVÄT JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää erään pirkanmaalaisen terveyskeskuksen opioidikorvaushoidossa olevien potilaiden terveyden edistämisen toteutumista. Toive tutkimuksen kohteesta tuli terveyskeskuksen sairaanhoitajalta. Korvaushoidon parissa työskentelevän sairaanhoitajan kokemuksen mukaan terveyden edistäminen on asia, johon ei ehkä tarpeeksi kiinnitetä huomiota opioidikorvaushoidossa ja toiveena olisi mahdollisesti kehittää työskentelyä potilaiden kanssa tutkimustulosteni pohjalta. Koska olen valmistumassa terveydenhoitajaksi, tarkoituksena oli saada tähän ammattiin liittyvä aihe ja myös tästä syystä selvityksen kohteeksi valittiin yhdessä toimeksiantajan kanssa juuri terveyden edistäminen.

Itse koen päihdetyön mielenkiintoiseksi ja siitä syystä halusin tehdä aiheeseen liittyvän opinnäytetyön. Koen, että tulevan ammattini kannalta on tärkeää tutustua hyvin myös päihdemaailmaan. Tätä kokemusta ja tästä saamaani tietoutta asiasta voin hyödyntää työssäni, missä sitten tulenkin työskentelemään, lasten ja nuorten parissa, työterveydessä tai neuvoloissa. Päihdeongelmat ovat kuitenkin sen verran yleisiä, että niitä kohtaa työelämässä väistämättä jossain määrin.

Opinnäytetyön kysymykset ovat seuraavat:

1. Miten opioidikorvaushoidossa oleva asiakas käsittää terveyden edistämisen ja miten hän kokee, että terveyden edistäminen toteutuu kyseisessä hoitoyksikössä?
2. Miten opioidikorvaushoidossa oleva asiakas toivoisi, että terveyden edistämiseen kiinnitettäisiin enemmän huomiota?
3. Millaista tukea asiakas kaipaisi päihdehoitajalta tai hoitavalta yksiköltä?

## 7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tässä opinnäytetyössä on käytetty laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan todellista elämää. Koska laadullisessa tutkimuksessa ajatellaan todellisuuden olevan moninainen, pyritään tutkittavaa kohdetta tarkastelemaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on löytää tai paljastaa tosiasioita enemmän kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.)

Laadullinen tutkimus ei ole vain yhdenlainen hanke vaan sillä tarkoitetaan joukkoa erilaisia tulkinnallisia tutkimuskäytäntöjä. Laadullista tutkimusta on vaikea määritellä, koska sillä ei ole täysin omaa teoriaa tai tutkimustekniikkaa. Laadullisen tutkimuksen erilaisia lajeja on kymmenittäin. Näistä tiedonhankinnan strategioista yleisimmät ovat tapaustutkimus, etnografia, fenomenografia, Grounded Theory ja toimintatutkimus. (Hirsjärvi ym. 2009, 162; Metsämuuronen 2001, 16.)

Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä, että tiedon hankinta on kokonaisvaltaista ja aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa, suositaan ihmistä tiedon keruun instrumenttina sekä käytetään induktiivista analyysiä eli aineistoa tarkastellaan monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti ja tutkijan pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia seikkoja. Lisäksi laadullisessa tutkimuksessa valitaan kohdejoukko tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksen menetelmää käyttäen, tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä sekä siinä käsitellään tapauksia ainutlaatuisina ja tutkitaan aineistoa sen mukaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa suositaan tutkimustekniikoita, joissa tutkittavan näkökulmat ja ääni pääsevät esille, joista esimerkkinä ovat teemahaastattelu, osallistuva havainnointi, ryhmähaastattelut ja erilaiset dokumenttien ja tekstien diskursiiviset analyysit. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

### 7.1 Aineiston keruu

Aineistonkeruumenetelmäksi valitsin puolistrukturoidun yksilöhaastattelun eli teemahaastattelun. Haastattelu voi olla muodoltaan strukturoitu, puolistrukturoitu tai avoin. Haastattelun etu on, että siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa, joka luo joustavuutta tilanteelle. Haastattelija voi tarvittaessa muuttaa aiheiden järjestystä tai motivoida haastateltavaa tai esittää tarkentavia kysymyksiä. (Metsämuuronen 2001, 39–40; Hirsjärvi ym. 2009, 204–205.)

Haastattelua on silloin järkevä käyttää aineiston keruuseen, kun tutkitaan vähän kartoitettua tai tuntematonta aihetta, halutaan syventää tai selventää saatuja vastauksia tai saatua tietoa tai kun halutaan tarkkailla vastaajaa kokonaisvaltaisesti ilmeitä ja eleitä myöden. Lisäksi haastattelu on silloin hyvä menetelmä kun tutkittava aihe jo ennalta arvattavasti tuottaa vastauk-

sia monitahoisesti tai moniin suuntiin tai kun käsitellään arkaluontoisia tai vaikeita asioita. (Hirsjärvi ym. 2009, 205–206.)

Tarkoitukseni oli haastatella opioidikorvaushoidossa käyviä asiakkaita ja kysyä heiltä heidän käsityksiään terveyden edistämisestä ja sen toteutumisesta korvaushoidossa. Koska teemahaastattelu sopii haastattelu tavaksi silloin, kun kohteena ovat intiimit tai arat aiheet tai kun halutaan selvittää heikosti tiedostettuja asioita, oli teemahaastattelu mielestäni hyvä valinta haastattelumuodoksi. Opinnäytetyöni aihetta kun ei liiemmin ole käsitelty kirjallisuudessa eikä tutkimuksia juuri tästä aiheesta löydy. (Met-samuuronen 2001, 42.)

Terveysaseman sairaanhoitaja valitsi kaksi haastatteluun soveltuvaa asiakasta ja pyysi heitä haastateltavakseni. Haastattelut tein kahtena peräkkäisenä päivänä terveysasemalla, toinen haastateltava toisena päivänä ja toinen toisena päivänä. Haastattelut nauhoitin nauhurilla ja myöhemmin litte-roin nauhat eli kirjoitin sanasta sanaan paperille, mitä haastatteluissa keskusteltiin. Haastattelut kestivät yhteensä noin puolitoista tuntia ja käsinkirjoitettua tekstiä tuli yhteensä 20 A4-arkkia.

Ennen haastatteluita tein teemahaastattelurungon, joka sisälsi yhdeksän kysymystä. Kysymykset olivat jaotellut kolmeen teemaan: taustatiedot, terveyden edistäminen korvaushoidossa ja terveyden edistämistyön kehittäminen. Haastattelurunko on työssä liitteenä. (LIITE 1)

### 7.2 Aineiston analyysi

Aineiston analysointiin valitsin aineistolähtöisen sisällönanalyysin, koska se mielestäni sopii parhaiten työni analysointimenetelmäksi. Laadullisessa tutkimuksessa tavallisimpia analyysimenetelmiä ovat teemoittelu, tyypittely, sisällönerittely, diskurssianalyysi ja keskusteluanalyysi. Aineiston analyysitapa valitaan sen mukaan, mikä parhaiten tuo vastauksen ongelmaan tai tutkimustehtävään. Ymmärtämiseen tähtäävässä lähestymistavassa käytetään tavallisesti laadullista analyysia ja päätelmien tekoa, kun taas selittävään pyrkivässä lähestymistavassa käytetään päätelmien teon lisäksi tilastollista analyysia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 219.)

Aineistolähtöisessä lähestymistavassa aineistosta etsitään teemoja, josta tutkittavat puhuvat. Tällöin tekstiä lähestytään kokonaisuutena ja pyritään rakentamaan sen oma sisällöllinen logoiikka. Aineistolähtöisessä lähestymistavassa käytetään analyysimenetelmänä teemoittamista. Siinä on kyse aineiston pelkistämisestä etsimällä tekstin olennaisimmat osat. Teemojen avulla pyritään löytämään tekstin merkityksenantojen ydin. Teemoittamisessa apuna voi käyttää käsitekarttaa. Kunkin teeman aiheista tehdään omat käsitekartat ja lopuksi kaikki käsitekartat voidaan liittää toisiinsa, minkä jälkeen voidaan syventää teemojen merkityssisällön tulkintaa. Lopputuloksena on yksityiskohtainen merkitysverkosto. Teemoittamisessa vaarana on, että tutkija tuo esiin sellaisia teemoja, joita tekstissä ei ole. Tärkeää siis on pysyä tekstille uskollisena. (Aaltola & Valli 2007, 55–56.)

Laadullista tutkimusta analysoitaessa aineisto luokitellaan ja jäsennellään systemaattisesti eri tema-alueisiin. Keskeistä on löytää temaattinen koko-

naisrakenne, joka kuvaa koko aineistoa. Analysoinnin tavoitteena on löytää keskeiset ydinkategoriat, jotka kuvaavat kohdetta ja joiden varaan tutkimustulosten analysointi voidaan rakentaa. Laadullinen tutkimus on aina tekijänsä tulkinta tutkittavasta aiheesta. (Aaltola & Valli 2007, 80–81.)

Opinnäytetyössäni luin litteroinnin jälkeen aineiston moneen kertaan läpi, jotta mitään asiaa ei jäisi huomioimatta. Sen jälkeen alleviivasin tekstistä tärkeimmät asiat ja kirjoitin ne pelkistäen lapulle. Pinosin samaa teemaa käsittelevät laput omiin pinoihinsa muodostaen näin niistä alaluokkia. Alaluokat yhdistin yläluokaksi, joista tuli pääotsikot opinnäytetyöni tekstiin tulokset -osioon.

## 8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tässä osioissa tarkastellaan opinnäytetyön tuloksia. Ensiksi kerrotaan haastateltavien taustatietoja huumeidenkäytön osalta ja sen jälkeen tarkastellaan haastattelujen antamia tuloksia opinnäytetyön kysymyksiin.

### 8.1 Haastateltavien taustatiedot

Molemmat haastateltavat olivat olleet kaksi vuotta kuntouttavassa opioidikorvaushoidossa. Ensimmäisellä haastateltavalla oli yksi aikaisempi kokemus korvaushoidosta, joka kuitenkin oli epäonnistunut. Hän oli ollut buprenorfiini -pudotuksessa, joka oli ollut tarkoitus tehdä vuoden aikana. Lääkepudotus oli tehty korvaushoitosopimuksen sisään sillä ajatuksella, että jos pudotus ei onnistuisi, hän voisi siirtyä suoraan korvaushoitoasiakkaaksi. Näin kävikin. Haastateltavalla oli kuitenkin ollut korvaushoidon aikana paljon sivustakäyttöä eli hän käytti myös kadulta saamiaan huumeita, joten vaihtoehdoksi annettiin joko metadonin aloittaminen tai hoidon lopettaminen. Haastateltava suostui kokeilemaan metadonia, mutta jo yhden osastolla vietetyn päivän jälkeen päätti lopettaa hoidon, koska koki metadonin liian vahvaksi aineeksi eikä sitä halunnut käyttää.

Toisella haastateltavalla ei ollut minkäänlaisia kokemuksia katkaisuhoidoista tai korvaushoidoista. Hän oli ollut vankilassa muutaman vuoden, jossa käyttö oli jatkunut, mutta käytännön syistä oli ollut tuomion alussa noin kolme kuukautta ilman huumeita.

Ensimmäinen haastateltavista oli aloittanut huumeiden käytön 16–17-vuotiaana. Ensimmäinen huume oli ollut kannabis, jota hän alkoi käyttää runsaasti ja samalla oli päihteiden sekakäyttöä. Haastateltava kokeili buprenorfiinia ensimmäisen kerran 17–18-vuotiaana aloittaen käytön ensin nenän kautta ja kun se ei enää riittänyt, aloitti hän suonensisäisen käytön.

Haastateltava kertoi buprenorfiinin olleen aina hänelle ykköshuume, mutta jonkin verran käytti myös esimerkiksi amfetamiinia ja ekstaasia sekä muita huumeita. Huumeriippuvuutensa hän huomasi noin puolen vuoden suonensisäisen käytön jälkeen. Hän oli aina ajatellut, että ei tule huumeista riippuvaiseksi, mutta sitten huomasi, että ei enää pystyisikään pitämään taukoa buprenorfiinista.



Toinen haastateltavista oli aloittanut alkoholin käytön 12–13-vuotiaana ja kannabiksen käytön 15-vuotiaana. Amfetamiini ja morfiinijohdannaiset tulivat kuvaan 16-vuotiaana. Hän myös aluksi ajatteli pystyvän käyttämään huumeita ilman riippuvuutta, mutta sitten huomasi tulevansa vieroitusoireista kipeäksi, jos ei niitä saanut.

Molemmat haastateltavat olivat sitä mieltä, että osa syy huumeiden käytön aloittamiselle oli kaveripiiri. Kumpikaan ei kuitenkaan ollut mitään ryhmäpainostusta kokenut. Molemmilla oli ollut sen verran suuri kokeilunhalu, että olivat päättäneet kokeilla huumeita. Kokeilunhalun lisäksi oli ollut näyttämisen halua ja ensimmäinen haastateltava oli kokenut huumeiden käytön olevan ”coolia”.

Molemmat haastateltavat olivat kyllästyneet huumeiden täyteiseen elämään, jota oli kestänyt karkeasti puolet heidän elämästään, ja tästä syystä hakivat apua ongelmaansa. Kummatkaan eivät halua olla loppuelämänsä sidonnaisia korvaushoitoon, vaan haluavat päästä elämään lääkkeitä vapaata elämää sitten, kun aika on siihen kypsä.

### 8.2 Asiakkaiden kokemuksia korvaushoidosta ja saamastaan terveysneuvonnasta

Ensimmäinen osa teemahaastattelusta käsitteli terveyden edistämisen käsitteistä ja ymmärtämistä asiakkaan näkökulmasta. Lisäksi selvitettiin, miten terveyden edistäminen heidän mielestään näkyy korvaushoidossa ja miten se on vaikuttanut heidän elämäänsä. Sisällön analyysiä tehtäessä aineistosta nousi neljä terveyden edistämiseen liittyvää alaluokkaa. Nämä olivat terveydentilan kohentuminen, voimavarojen vahvistuminen, elämänlaadun parantuminen ja ammatillisen tuen saaminen. Haastateltavien suorat lainaukset on sisennettyä.

#### 8.2.1 Terveydentilan kohentuminen

Molemmat haastateltavat olivat sitä mieltä, että korvaushoito on kaikkienensa vaikuttanut erittäin positiivisesti heidän terveydentilaansa. He ymmärsivät terveyden edistämisen kokonaisvaltaiseksi ihmisen hoitamiseksi ja auttamiseksi korvaushoidossa.

...kukaan ei varmasti oo silloin hyvässä kunnossa, kun tulee korvaushoitoon, koska monet on ollu kuitenkin, itekin olin vuosia ollu kadulla ja silloin jo pelkästään syöminen on tois-sijaista, koska se sun lääkkeen hankkiminen kadulta on aina ensisijaista. Niin koen, että se olis sitä terveydentilan ja kunnon edistämistä, että pääsee niin kun peruskuntoon...

...mitenkä voi mun mielestä niin kun kaikilta osa-alueilta parantaa...ettei pelkkä se, että haetaan lääkkeitä...

Konkreettisesti terveyden edistäminen on vaikuttanut haastateltavien fyysisen kunnon ja terveydentilan kohentumiseen. Esimerkkeiksi he antoivat

painon nousun liian alhaisista lukemista normaalipainoon, toinen kertoi anemian korjaantuneen ja toinen vahvistuneesta puolustuskyvystä aikaisempaan verrattuna.

...ilman korvaushoitoa todennäköisesti mä painaisin 42 kiloo...

...kun nyt on terveys kunnossa ja käy verikokeissa ja näin, mulla oli joskus anemiaa paljon ja näin...

Että niin kun ihan konkreettisesti vaikuttanu lihassmassaan, ihan kaikkeen. Ylipäätään siis yleisterveydentilaan. En mä nykyään saa esimerkiksi niin helposti flunssia...

### 8.2.2 Voimavarojen vahvistuminen

Toinen alaluokka oli voimavarojen vahvistuminen. Molemmat haastattelut kokivat, että korvaushoito on antanut heille energiaa tehdä päivittäisiä askareita sekä mahdollisuuden kouluttautumiseen, sillä enää ei tarvitse huolehtia päivittäisen lääkeannoksen hankkimisesta. Näin ollen on siis jäänyt aikaa elää normaalia elämää.

...kun sä oot tän päivän lääkkees niin ku saanu ni sää joudut jo heti perään miettiin, jo samana päivänä, että mistäs huomisen lääkkeet. Niin ethän sää siihen väliin et todellakaan pysty ottaan niitä opintoja, sä et pysty pitää omasta kunnosta millään lailla niin ku huolta...

Tietysti se, että nyt kun ei mee aika siihen, että metsästä sitä lääkettä niin mä teen joka päivä ruokaa, mikä ennen ei niin ku tosiaankaan ollu päivän semmonen välttämätön asia.

Tota itte koko ajan aktivoituu enemmän ja enemmän tekeen asioita...

...on hienoo, että päivässä on kaikkee...ruuanlaittoa ja siivoomista...kaikkee tämmöstä näin...Et pystyy tekeen niin ku sellasia mitä normaalit ihmiset tekee asioita...

### 8.2.3 Elämänlaadun parantuminen

Elämänlaadun parantuminen näkyi muun muassa harrastusten tulemisella osaksi elämää ja liikkumisen ilona. Molemmat olivat alkaneet käydä kuntosalilla, jonne korvaushoidon kautta olivat saaneet kortit. Muita liikuntalajeja, joista haastateltavat olivat innostuneet, olivat pyöräily, uinti ja koripallon heittelemine. Ulkoilusta nautittiin myös. Molemmat kokivat elämänlaatunsa nyt hyväksi.

...mä tykkään ulkoilla hirveesti ja on pystynyt ehkä ruveta tekeen semmosia asioita, jotka ei aikasemmin olis ollu mahdollisia...tai ei niitä vaan tullu tehtyä.

...käydä jossain tua lintutorneilla vaan fiilisteelen ja istuun ja katteelen lintuja ja tolleen. Niin se on ihan kivaa, semmos-ta, mitä aikasemmin ei vaan pystynyt tekeen.

Toinen haastateltava kertoi parantuneista väleistä sukulaisiin, minkä koki erittäin tärkeäksi asiaksi. Lisäksi hän kertoi nykyään vierailevansa vanhempiansa luona huomattavasti useammin kuin ennen. Haastateltava ei kuitenkaan ole kertonut vanhemmilleen korvaushoidosta, koska pelkää heidän ajattelevan asiasta negatiivisesti ensimmäisestä pieleen menneestä korvauhoidosta johtuen.

...mulla on paremmat välit sukulaisiin, kun mulla on ikinä ollu...meillä oli (isän kanssa) todella pitkään niin kun kylmät välit...hävettää mitä kaikkee mä oon joutunu vanhemmat laittaa läpi ja mitä kaikkee ne on joutunu kärsiin mun puolesta...se sano, että on ihana saada vanha oma poika takasin. Se oli hieno kuulla omalta isältä.

#### 8.2.4 Ammatillisen tuen saaminen

Molempien haastateltavien kertomasta nousi esiin hoitavan yksikön ammatillisen tuen antaminen ja sen merkitys heidän terveyden edistämises-sään sekä korvaushoidon onnistumisessa. Haastateltavat arvostivat sitä, että heitä halutaan auttaa kokonaisvaltaisesti, eikä korvaushoito ollut pelkkää lääkkeiden hakua.

...kyllähän täältä niin ku periaatteessa on mahdollista saada apua ihan kaikkeen, mitä vaan on. Siis niin kun psyykkiseen puoleen sit fyysiseen puoleen...

Ettei pelkästään, jos ny puhutaan korvaushoidosta, että ei se oo pelkkä se, että haetaan lääkkeitä...

Molemmat haastateltavat kokivat, että heillä on hyvät välit hoitajiin. Myös tutuksi tullut omalääkäri oli tärkeä asia. Toinen haastateltava koki henkilökunnan turvaverkokseen, joidenka puoleen voi kääntyä tarpeen tullen.

...aina jos tuntuu siltä, että on tulossa niin kun semmonen olo, että repsahtaa, voi soittaa, voi tulla käymään...Jos sulla sillon ei oo mitään turvaverkkoo niin kun täällä on, että sä voit soittaa, että hei, voinko tulla jutteleen niin sehän on satavarma, että sä lähdet sitten hakeen jotain...

Samaten se, että kun mulla on niin kun toi omalääkäri, joka tässä on tullut hyvinkin tutuksi niin pystyy täällä hoitaa kaikki...

### 8.3 Asiakkaiden ajatuksia terveyden edistämistyön kehittämisestä ja sen haasteista korvaushoidossa

Toinen teemahaastattelun osa käsitteli terveyden edistämistyön kehittämistä. Haastateltavilta kysyttiin, millaista tukea he kaipaisivat hoitavalta henkilökunnalta sekä minkälaisia haasteita he ajattelivat terveyden edistämistyössä olevan ja oliko heillä muutosehdotuksia. Tässä osiossa pelkistämisen jälkeen nousi kaksi alaluokkaa: erikoisosaamisen puuttuminen sekä sosiaalisen tuen puute.

#### 8.3.1 Erikoisosaamisen puuttuminen

Pääsääntöisesti haastateltavat olivat tyytyväisiä korvaushoitoon ja siinä tapahtuvaan terveyden edistämiseen. Suurimmaksi puutteeksi nousi erikoisosaamisen puuttuminen.

Ainut mikä täällä varmaan on semmonen, että täällä ei oo psykologia...koska mä uskoisin, että siitä olis monelle korvaushoitolaiselle hyötyä.

Ehkä tietysti yks on se, että ei meillä ole yhtään päihdehoitajaa, et meillä on sairaanhoitaja...Niin onhan se välillä semmosta, että joutuu vähän niin kun selittää asiat sillain et...Kyllä ne aina sit kysyy, et mitä sä tarkotat tolla (katukie-li).

Lisäksi parannusehdotuksesi ilmeni korvaushoitolääkkeen haittavaikutuksista kertominen etukäteen. Molemmilla oli tietenkin kokemusta esimerkiksi ummetuksesta jo katukäytöstä, mutta yllätyksenä oli tullut lääkkeen vaikutus esimerkiksi seksuaalitoimintoihin. Lisäksi toinen haastateltava oli huolissaan hampaiden hyvinvoinnista, koska koki korvaushoitolääkkeiden olleen syynä yllättäen alkaneeseen hampaiden reikiintymiseen. Haastateltava mietti, oliko lääkkeen sisältämä sitruunahappo tähän syyllinen. Lisäksi oli kokemuksia runsaasta hiustenlähdestä. Kaivattiin siis avointa keskustelua haittavaikutuksista ja faktoja asiaan liittyen.

En saanu tietoo hoitajilta etukäteen. Tai siis no, tiesinhän mä sen jo katukäytöstä niin kun, että tota on ummetusta, mutta eipä siihen, eikä mistään semmosesta, että voi tulla jotain. Ei meille mitään semmosta oo kerrottu. Et se on päinvastoin ollu vaan sillain, et jos jotain on huomannu ni sitten on ollu sillain, että hei, onks tää ihan normaalia, että käy näin.

Eikä siis ollu hajuakaan tosta, että se voi seksiin vaikuttaa noin paljon niin kun tota korvaushoitolääkkeet. Siitä ei ollu niin kun mitään puhetta.

### 8.3.2 Sosiaalisen tuen tarve

Molemmat haastateltavat kaipasivat yhteistä tekemistä kaikkien korvaushoitolaisten kanssa vertaistuen saamiseksi. Heidän kertoman mukaan tällaisia kokoontumisia on ollut joskus aikaisemmin. Toisaalta kuitenkin molempia harmitti korvaushoitoryhmän huono yhteishenki. Jopa uhkailuja oli koettu sekä kateutta, jos toisilla menee paremmin.

...ollu sellassia, että on pidetty kaikkien korvaushoitolaisten kans niin kun sellainen joku, vaikka kerran viikossa, kerran kahdessa viikossa sillain, että kaikki tulee tiettyyn kellonai-kaan ja sitten puhutaan niitä näitä taikka ongelmia läpi tai joi- tain tälläst.

...on uhkailtu, on ihan siis suoraan niin kun tullu sellasia puheluita, että on joutunu ottaan poliisiin yhteyttä.

Kun ite taas toivoo kauheesti, että kaikki pääsis eteenpäin ja kaikilla olis hyvä olla ja näin ni sit mä en oikein voi ymmär- tää semmosta et sit ollaan kateellisia siitä, että ei halua olla enää siinä pisteessä, missä oli ennen hoitoo...

## 9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä osiossa pohditaan opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta. Lisäk- si pohditaan opinnäytetyön tuloksia sekä tehdään niistä johtopäätöksiä. Lopussa tarkastellaan opinnäytetyön tulosten hyödyntämistä ja jatkotutki- musehdotuksia.

### 9.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua

Molemmilla opinnäytetyöhöni haastattelemillani asiakkailla opioidikor- vaushoito oli tähän mennessä onnistunut hyvin. Molemmilla oli noin kaksi vuotta sitä nyt takana. He molemmat olivat ainakin tällä hetkellä motivoi- tuneita ja sitoutuneita hoitoon. Vastaukset olisivat siis voineet olla toisen- laisia, jos haastateltavat olisivatkin olleet esimerkiksi haittoja vähentäväs- sä korvaushoidossa tai muuten hoidon aikana enemmän hankaluuksia ko- keneita asiakkaita.

Asiakkaat, joita työhöni haastattelin, olivat sairaanhoitajan valitsemia. Tämä oli siinä mielessä hyvä asia, että hän pystyi näin ehdottamaan haas- tateltavaksi suurimmalla todennäköisyydellä yhteistyöhaluisia asiakkaita. Koska työn tarkoitus oli selvittää asiakkaiden kokemuksia terveyden edis- tämisestä korvaushoidossa sekä löytää kehitysehdotuksia, oli hyvä, että haastateltavat olivat tarkoin valikoituja. Toisaalta näin saatiin todennäköi- sesti myös kaikista tyytyväisimmät vastaukset, joka ei välttämättä tuonut kuitenkaan eniten kehitysehdotuksia esiin.

Mielekästä oli, että molemmat haastateltavat olivat puheliaita ja puhuivat avoimesti kokemuksistaan ja elämästään. Näin ollen minulle jäi tunne, että

sain heiltä rehellisiä vastauksia. Molemmat kokivat terveyden edistämisen olevan niin kokonaisvaltainen asia, että sitä oli vaikea erottaa erilliseksi osaksi korvaushoitoa. Se oli kaikkea sitä, mitä onnistunut korvaushoito on.

Haastattelutilanteissa annoin heidän puhua vapaasti, vaikka aihe hieman toisinaan rönsyilikin esimerkiksi johonkin yksittäiseen tapahtuneeseen tilanteeseen, joka ei suoranaisesti ollut oleellista opinnäytetyöni kannalta. Näin sain paremman kokonaiskuvan haastateltavista, mikä auttoi haastattelun eteenpäin viemisessä ja tarkentavien kysymysten tekemisessä. Kysymykseni olivat avoimia, joihin haastateltavat vastasivat mukavan laajasin. Johdattelevia kysymyksiä välttelin.

Kysyessäni parannusehdotuksia jatkoin kuitenkin kysymystäni teoriaosiooni viitaten sen verran, että haluaisivatko haastateltavat apua enemmän joihinkin konkreettisiin asioihin, kuten ummetukseen. Molemmat kertoivat tästä asiasta puhuneenkin sairaanhoitajan kanssa, toinen kuitenkin koki, että ei ollut saanut tietoa ennen kuin oli kysynyt asiasta. Tämä kysymykseni johdatti haastateltavan kertomaan myös korvaushoitolääkkeiden vaikuttaneen yllättävän paljon muun muassa seksuaalitoimintoihin, joka todettiin myös opinnäytetyöni teoriaosiossa.

Opinnäytetyön kysymyksiin saatiin siis vastaukseksi, että haastateltavat olivat pääpiirteittäin erittäin tyytyväisiä korvaushoitoon ja sen toteutumiseen. Molemmat arvostivat paljon sitä työtä, mitä sairaanhoitajat tekivät heidän eteensä. Terveyden edistämisen he kokivat kokonaisvaltaiseksi hoitamiseksi ja avun annoksi hoitavalta yksiköltä ja kokivat sen koskevan kaikkia osa-alueita heidän elämässään.

Kehitysehdotukseksi annettiin päihdehoitajan ja psykologin lisääminen hoitohenkilökuntaan, jotta saataisiin vielä syvällisempää tuntemusta päihdemaailmasta ja asiakkaiden psyykinen puoli tulisi vielä paremmin huomioitua. Lisäksi kaivattiin yhteistä tekemistä korvaushoitolaisten kesken vertaistuen saamiseksi. Toisaalta hankalaksi koettiin se, että tällä hetkellä korvaushoitolaisten keskuudessa oli huono yhteishenki ja ristiriitoja ei voitu yhdessä kaikkien osapuolten kanssa selvittää mustamaalisen kohteeksi joutumisen pelossa.

Ehdotukseni yhdessä tekemiselle voisi olla ohjatut vertaistukiryhmät, joissa voisi olla aina jokin teema, kuten parisuhde, seksuaalisuus, opiskelun tai työn haasteet korvaushoitolaiselle, ravitsemus ja liikunta. Tapausmiskerran alussa olisi teemoista lyhyt teoriaosa, jonka jälkeen olisi vapaa keskustelua kyseisestä teemasta tai muista mieltä askarruttavista asioista. Hoitajat voisivat tehdä yhdessä korvaushoitolaisten kanssa myös jonkin pienen retken luontoon terveystaseman lähetyville ja näin viettää aikaa yhdessä. Toiminnallista muuta tekemistä voisi olla esimerkiksi, jos löytyy sopivia tiloja, kokeilla leipomista korvaushoitolaisten kanssa, jolloin tulisi harjoiteltua ihan arkisiakin asioita. Lisäksi korvaushoitolaisille voisi tulla luennoimaan joku entinen käyttäjä, joka on jo päässyt päihteettömään elämään kiinni. Hän voisi kertoa oman tarinansa ja kannustaa muita onnistumaan korvaushoidossa.

## 9.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimustyötä ja myös opinnäytetyötä tehtäessä on noudatettava, muun muassa eettisyyden vuoksi, hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvä tieteellinen käytäntö on rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta, tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien käyttämistä sekä muiden tutkijoiden työn ja saavutusten huomioon ottamista asianmukaisella tavalla. Lisäksi tutkimuksen tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Hirsjärvi ym. 2008, 24.)

Lisäksi hyvää tieteellistä käytäntöä on ennen tutkimuksen aloittamista, että tutkimusryhmän asema, oikeudet, osuus tekijyydestä, vastuut ja velvollisuudet sekä tutkimustulosten omistajuutta ja aineistojen säilyttämistä koskevat kysymykset selvitetään kaikkien osapuolien hyväksymällä tavalla. Ennen opinnäytetyöni haastatteluosuutta allekirjoitimme opinnäytetyösovimuksen kyseessä olevan terveystieteiden tutkimuskeskuksen avopuolen johtajan kanssa, jossa sain luvan haastatella asiakkaita. Lisäksi sovimme, että lähetän asiakkaita hoitavalle sairaanhoitajalle etukäteen teemahaastattelu rungon. (Hirsjärvi ym. 2008, 24.)

Opinnäytetyöni on tehty niin, että haastateltavien henkilöllisyyttä ei voi tunnistaa säilyttäen näin heidän anonymiteettinsä. Lisäksi opinnäytetyössä kerrotaan vain eräästä pirkanmaalaisesta terveystieteiden tutkimuskeskuksesta, joten lukijalle ei selviä, missä tarkalleen haastattelut on suoritettu. Litteroidut haastattelupaperit hävitettiin asianmukaisella tavalla. Samoin haastattelun ääninauha tuhottiin heti litteroinnin jälkeen.

Haastateltavat osallistuivat vapaaehtoisesti haastateltavaksi. Huomioitavaa kuitenkin on se, että sairaanhoitaja valikoidusti valitsi haastateltavat. Tällöin hän pystyi valitsemaan sellaiset asiakkaat, joilta todennäköisesti saatiin eniten positiivisia vastauksia. Toisaalta nämä haastateltavat oli valittu juuri sen takia, että heidän kanssaan onnistui yhteistyö sujuvimmin ja sairaanhoitaja tiesi, että he osaisivat parhaiten kertoa suullisesti kokemuksistaan ja mielipiteistään. Koska haastateltavia oli vain kaksi, voidaan pohtia myös sitä, uskalsivatko haastateltavat kertoa täysin rehellisesti mielipiteistään ja parannusehdotuksistaan. Pelko tunnistettavuudesta sairaanhoitajien keskuudessa saattoi olla rajoittava tekijä.

## 9.3 Kehitysideoita ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyölläni ei varsinaisesti ole yleistettävissä suppean aineiston vuoksi. Mielestäni se kuitenkin antaa mielenkiintoisella tavalla kurkistuksen huumemaailmaan ja kertoo lyhyesti kahden, ainakin tällä hetkellä, entisen käyttäjän tarinan sekä heidän ajatuksiaan korvaushoidosta. Tämä opinnäytetyö antaa jollekin asiaan perehtyvälle hyvää lisätietoa ja ymmärrystä asiaan liittyen. Lisäksi teoriaosioon olen pyrkinyt hakemaan viimeisintä tietoa Suomen huumetilanteesta, korvaushoidosta ja sen toteuttamisesta Suomessa, joten se antaa hyvän tietoisuuden asiasta kiinnostuneelle. Opinnäytetyöni on myös hyvin ajankohtainen, sillä tällä hetkellä käydään paljon keskustelua esimerkiksi kannabiksen laillistamisesta tai ainakin sen

diskriminalisoimisesta sekä korvaushoidon toimivuudesta ja hyödyllisyydestä.

Jatkotutkimusehdotuksena voisi olla tutkimus, jossa kartoitettaisiin laajemmin asiakkaiden ajatuksia korvaushoidosta ja terveyden edistämisestä valtakunnallisesti. Teoriaosiota tehdessäni vastaan tuli kyllä tutkimuksia siitä, kuinka kauan korvaushoidossa asiakkaat pysyvät ja kuinka suuri prosentti hoidon lopetti, mutta korvaushoidon sisältöä, sen laadukkuutta, ei tutkittu. Korvaushoitoa on kritisoitu siitä, että toisinaan – tai ainakin joissakin yksiköissä – hoito painottuu lähinnä ainoastaan lääkkeenantoon. Korvaushoidon laadun merkitystä suhteessa saatuihin tuloksiin olisikin tärkeä tutkia jatkossa.



## LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II näkökulmia aloittavalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 2. korjattu ja täydennetty painos. Helsinki: WS Bookwell Oy.

Eerola, K. 2008. ”MULLA ON PÄÄTÖS JA VALINTA TEHDÄ MUUTOKSIA SEN SUHTEEN MIMMOSEN ELÄMÄN MÄ HALUUN” Huumeita käyttäneiden henkilöiden kuntoutumisen tarkastelua voimaantumisteorian valossa. Tampereen yliopisto. Tutkielma. Viitattu 9.9.2013. <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/79128/gradu02626.pdf?sequence=1>

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

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Karisto.

Hirjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. 2008. Helsinki: Otava.

Irti Huumeista ry. 2010. IRTI-VUOSIKIRJA Huumetyön erikoisjulkaisu. Porvoo: Kirjapaino Uusimaa.

Irtihuumeista. n.d. Riippuvuuden syntyminen. Viitattu 10.9.2013. [http://www.irtihuumeista.fi/tietoa\\_ja\\_tukea/riippuvuus/riippuvuuden\\_syntyminen](http://www.irtihuumeista.fi/tietoa_ja_tukea/riippuvuus/riippuvuuden_syntyminen)

Irtihuumeista. n.d. Kokeilun ja käytön merkkejä/käyttämisen muutoksia. Viitattu 16.9.2013. [http://www.irtihuumeista.fi/tietoa\\_ja\\_tukea/tunnista\\_ja\\_toimi/kokeilun\\_ja\\_kayton\\_merkkeja/kayttaytymisen\\_muutoksia](http://www.irtihuumeista.fi/tietoa_ja_tukea/tunnista_ja_toimi/kokeilun_ja_kayton_merkkeja/kayttaytymisen_muutoksia)

Keskisuomalainen 2014. STT:n kysely: Harva kansanedustaja kokeillut kannabista. Viitattu 16.2.2014. <http://www.ksml.fi/uutiset/kotimaa/sttn-kysely-harva-kansanedustaja-kokeillut-kannabista/1762187>

Koivisto, T. 2000. IRTI KOUKUSTA – sosiaalisen tuen merkitys huumeriippuvuudesta irrottautumisessa. Tampereen yliopisto. Tutkielma. Viitattu 9.9. 2013. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00023.pdf>

Käypä hoito 2012a. Huumeongelmaisen hoito. Viitattu 20.9.2013 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50041>

Käypä hoito 2012b. Psykososiaalisen hoidon merkitys opioidivieroituksessa. Viitattu 20.9.2013  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nak05134>, Amato L, Minozzi S, Davoli M ym. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. Cochrane Database Syst Rev 2011;(9):CD005031

Lemberg, M. 2011”... Ni sit ne vaa tarjos mulle, ni mä otin siit sit välist” Tapaustutkimus Paimiolaisnuorten huumeiden ensikokeilusta ja kaksi selviytymistarinaa. Tampereen yliopisto. Tutkielma. Viitattu 10.9.2013.  
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu04822.pdf>

Metsämuuronen, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 2. tarkistettu painos. Viro.

Nyyssönen, M. 2008. Alkoholi- ja huumeaddiktiota koskevat syy- ja vastuutulkinnat päihdekuntoutusasiakkailla. Tampereen yliopisto. Tutkielma. Viitattu 11.9.2013. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03638.pdf>

Oksanen, J. 2008. Terapeuttinen allianssi tuottaa tulosta hoidossa. Tiimi Päihdetyön erikoislehti 1/2008, 4–7.

Päihdelinkki 2011a. Huumeiden käyttö Suomessa. Viitattu 8.4.2013. [www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/112-huumeiden-kaytto-suomessa](http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/112-huumeiden-kaytto-suomessa)

Päihdelinkki 2011b. Kannabis. Viitattu 25.4.2013. <http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Kannabis>

Päihdelinkki 2011c. Ekstaasi. Viitattu 6.5.2013. <http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Ekstaasi>

Päihdelinkki 2011d. Heroiini ja opiaatit. Viitattu 8.5.2013. <http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Heroiini>

Päihdelinkki 2011e. Buprenorfiini päihdekäytössä. A, Hietalahti erikoissairaanhoitaja. Viitattu 11.2.2014. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/321-buprenorfiini-paihdekaytossa>

Päihdelinkki 2011f. LSD. Viitattu 31.7.2013. <http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Lsd>

Päihdelinkki 2011g. Huumeriippuvuus. Viitattu 11.9.2013. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/346-huumeriippuvuus>

Saukkonen, A. 2010. Lääke yksin ei riitä. Tiimi Päihdetyön erikoislehti 6/2010, 6–8.

Selin, J. 2013. Mikä vaikutus? Korvaushoidon seurantatutkimukset kertovat. Tiimi Päihdetyön erikoislehti 2/2013, 22–25.

Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiianmaa, K. 2012. Huume ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Terveyden edistäminen. Viitattu 22.01.2014. <http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>

Tanhua, H., Virtanen, A., Knuuti, U., Leppo, A. & Kotovirta, E. 2011. Huumetilanne Suomessa 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Opiattiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoito. Viitattu 17.9.2013. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/neuvoaantavat-fi/opiaattiriippuvaisten-vieroitus-ja-korvaushoito](http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoaantavat-fi/opiaattiriippuvaisten-vieroitus-ja-korvaushoito)

Terveyskirjasto 2006. Huumeongelman hoito. Viitattu 16.9.2013. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00056&p\\_haku=opiodikorvaushoito](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00056&p_haku=opiodikorvaushoito)

Terveyskirjasto 2007. ICD- 10 – diagnoositaulukot. Viitattu 5.9.2013. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix00486](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00486)

Terveysportti. Nuorten huumeriippuvuus – tarvitaanko opiodikorvaushoitoa?, Viitattu 24.10.2012. <http://www.terveysportti.fi>

Varjonen, V., Tanhua, H., Forsell, M. & Perälä, R. 2012. Huumetilanne Suomessa 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy. Viitattu 23.4.2013. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103121/URN\\_ISBN\\_978-952-245-801-8.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103121/URN_ISBN_978-952-245-801-8.pdf?sequence=1)

Vorma, H., Partanen, A., Alho, H. & Leppo, A. 2014. Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito Suomessa. Suomen Lääkärilehti 7/2014 vuosikerta 69, 481–486. Viitattu 14.2.2014. [http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/nosto7\\_3.pdf](http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/nosto7_3.pdf)

Vuorikoski, M. 2012. AMMATTIAUTTAJIEN KOKEMUKSIA EMPATIAN VIESTIMISESTÄ RIIPPUVUUSONGELMAISILLE ASIAKKAILLE. Tampereen yliopisto. Tutkielma. Viitattu 10.9.2013. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu06096.pdf>

Weturi. 2013. Korvaushoidon positiiviset puolet. Weturi 6/2013, 8–9.

Yle. 2014. Obama: Marihuana ei vaarallisempaa kuin alkoholi. Viitattu 16.2.2014. [http://yle.fi/uutiset/obama\\_marihuana\\_ei\\_vaarallisempaa\\_kuin\\_alkoholi/7040397](http://yle.fi/uutiset/obama_marihuana_ei_vaarallisempaa_kuin_alkoholi/7040397)

TEEMAHAASTATTELURUNKO

**Haastateltavien taustatiedot:**

- a) Kuinka kauan olet ollut korvaushoidossa?
- b) Oletko kuntouttavassa vai haittoja vähentävässä korvaushoidossa?
- c) Päihdehistoria

**1. Terveyden edistäminen korvaushoidossa**

- a) Mitä terveyden edistäminen sinusta tarkoittaa?
- b) Mitä terveyttä edistäviä asioita korvaushoidossa mielestäsi on?
- c) Miten ne ovat vaikuttaneet sinun terveyteesi/elämääsi?
- d) Millaiseksi kaiken kaikkiaan koet elämän laatusi tällä hetkellä?

**2. Terveyden edistämistyön kehittäminen**

- a) Millaista tukea kaipaisit päihdehoitajalta tai hoitavalta yksiköltä?
- b) Millaisia haasteita terveyden edistämistyöhön mielestäsi liittyy (muutosehdotukset)?

PELKISTÄMINEN

ALALUOKKA

Korvaushoito antaa työkalut  
terveenä pysymiseen

Parempi yleisterveydentila

Kohti parempaa kuntoa

Terveydentilan  
kohentuminen

Painon nousu

Terveys nyt kunnossa, ane-  
mia korjattu

Terveydentilan ja kunnon  
edistämistä

Elämän kaikkien osa-  
alueiden parantamista

Ei tarvitse miettiä, kuinka saada kadulta päivittäinen annos

Jaksaa tehdä ruuan puolesta päivittäiset askareet

Pystyy tekemään sellaisia asioita, kun normaalitkin ihmiset tekevät

Energisempi olotila

Aktivoiduu enemmän tekemään asioita

Mahdollistaa arkiaskareiden tekemisen

Mahdollistaa koulutuksen

Ulkoilu

Saliharrastus

Lihasmassan nousu

Liikuntaharrastukset

Siivoaminen ja ruuanlaitto kivaa

Elämästä nauttiminen

Hyvä elämänlaatu

Asiat hyvin

Paremmat välit sukulaisiin kuin koskaan ennen

Voimavarojen vahvistuminen

Elämänlaadun parantuminen

---

Saa apua psyykkisen puolen asioihin

Saa apua fyysisen puolen ongelmiin ja asioihin

Ei pelkkää lääkkeiden hakua

Hyvät välit hoitajiin

Hyvä suhde omalääkäriin

Turvaverkko

Pääsee puhumaan hoitajille

Terveydentilan kohentaminen

Voimavarojen vahvistaminen

Elämänlaadun parantaminen

Ammatillisen tuen saaminen

Ammatillisen tuen saaminen

Terveyden edistämisen osa-alueet korvaushoidossa

---

## PELKISTÄMINEN

Korvaushoitolääkkeiden haittavaikutuksista etukäteen kertominen

Psykologi puuttuu

Päihdehoitaja puuttuu

Tapaaminen korvaushoitolaisten kesken

Uhkailu toisten korvaushoitolaisten taholta

Kateellisuus

## ALALUOKKA

Erikoisosaamisen puuttuminen

Sosiaalisen tuen saaminen

---



# **TERVEYDENHOITAJA ESILLÄ – KUINKA OLLA VAKUUTTAVA ESIINTYJÄ?**

Opinnäytetyön tulosten esitleminen terveystieteiden sairaanhoitajille




Ammattikorkeakoulun terveydenhoitotyön kehittämistehtävä

Hoitotyön koulutusohjelma, Terveydenhoitotyön sv.

Lahdensivu, syksy 2014

Johanna Rulja



---

# SISÄLLYS

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | JOHDANTO.....   | 1  |
| 2     | TERVEYDENHOITAJA OHJAAJANA JA OPETTAJANA.....         | 2  |
| 2.1   | Millainen on hyvä esitys ja opetusmateriaali .....    | 2  |
| 2.2   | Hyvä PowerPoint -esitys .....                         | 3  |
| 2.3   | Äänenkäyttö .....                                     | 4  |
| 2.4   | Esiintyminen ja kehonkieli.....                       | 4  |
| 3     | PRESENTAATIO TERVEYSKESKUKSEN SAIRAANHOITAJILLE ..... | 6  |
| 3.1   | Suunnittelu .....                                     | 6  |
| 3.2   | Toteutus.....   | 8  |
| 3.3   | Arviointi .....                                       | 9  |
| 3.3.1 | Osallistujien arviointi .....                         | 9  |
| 3.3.2 | Itsearviointi.....                                    | 9  |
|       | LÄHTEET .....   | 12 |

Liite 1 Arviointilomake

## 1 JOHDANTO

Terveydenhoitajan ammatin kannalta on tärkeää omata hyvät suulliset ja kirjalliset ilmaisutaidot sekä hyvä esiintymistaito. Terveydenhoitaja tarvitsee myös ohjauksen ja opettamisen taitoja ohjatessaan asiakkaita, asiakasryhmiä, opiskelijoita tai moniammatillisen työryhmän tai tiimin jäseniä. (Ammattinetti 2014; Terveydenhoitajaliitto 2008b, 13, 16.)

Terveydenhoitaja tarvitsee hyvää esiintymistaitoa sekä hyvää suullista ja kirjallista ilmaisutaitoja esimerkiksi suunnitellessaan ja pitäessään neuvoloissa perhevalmennus- tai vanhempainryhmiä. Tällöin on tärkeää kiinnittää huomiota materiaaliin ja sen sisältöön, äänenkäyttöön, esiintymiseen sekä kehonkieleen. (Ammattinetti 2014; Marckwort n.d. 151–153.)

Esitystä – oli se sitten koulutustilaisuus, esitelmä tai neuvolan vanhempainryhmän vetäminen – valmisteltaessa tulee pitää mielessä selkeän tavoitteen asettaminen, yleisön ymmärtäminen, esityksen rakentaminen yleisön tarpeiden mukaan sekä esiintymispelon hallitseminen. Esityksen tulee olla selkeä ja hyvin havainnollistettu sanallisina, äänellisinä ja audiovisuaalisin keinoin. (Harvard Business School Press 2005, 3; Koskimies 2002, 59–61.)

Esiintyessä on tärkeää kiinnittää huomioita paitsi äänenkäyttöön myös olemukseen ja kehonkieleen. Tiivistettynä hyvää ja vakuuttavaa esiintymistä on, kun esiintyjä on ryhdikäs, rauhallinen, rento ja rohkea. Ryhdikkyys on eduksi äänentuotolle ja lisäksi saa esiintyjän olemuksen vakuuttavaksi. Rauhallisuus luo kuuntelijoille tunteen, että esiintyjä hallitsee käsittelemänsä aiheen ja esiintymisensä. Rentous puolestaan viestii kuulijoille puhujan viihtyvän esiintymistilanteessa sekä auttaa heitä keskittymään itse aiheeseen paremmin. Rentous helpottaa myös esiintyjän puheen tuottamista. Rohkeus sen sijaan antaa kuulijoille luvan olla eri mieltä ja haastaa heidät keskusteluun. (Kallio 2006, 8.)

Tämän terveydenhoitotyön kehittämistehtävän tarkoituksena on käsitellä teorian kautta terveydenhoitajan työn kannalta tärkeää esiintymistaitoa sekä esityksen pitämiseen liittyvää suullista ja kirjallista ilmaisutaitoa. Lisäksi tässä kehittämistehtävässä selostetaan opinnäytetyössä Opioidikorvaushoidossa olevan asiakkaan terveyden edistäminen saatujen tulosten esitleminen terveyskeskuksen henkilökunnalle, jossa opinnäytetyön haastattelut tehtiin. Esitys tehtiin PowerPoint –ohjelmaa apuna käyttäen. Tässä kehittämistehtävässä kerrotaan esityksen suunnittelu, toteutus sekä arvioinnit esityksestä.

## 2 TERVEYDENHOITAJA OHJAAJANA JA OPETTAJANA

Terveydenhoitaja tarvitsee työssään hyviä yhteistyö-, ihmissuhde- ja vuorovaikutustaitoja. Terveydenhoitajan tulee omata näin ollen myös hyvä esiintymistaito sekä suullinen ja kirjallinen ilmaisutaito. Terveydenhoitajan tulee hallita ryhmätyömenetelmiä sekä osata ohjata vertaistukiryhmiä, sillä työntehtävään kuuluu muun muassa erilaisten terveyttä edistävien tilaisuuksien ja oppituntien pitäminen. Näistä esimerkkeinä ovat laihdutus-, liikunta-, tupakasta vieroitus-, perhevalmennus- ja vanhempainryhmät sekä ihmissuhdekasvatustunnit. (Terveydenhoitajaliitto n.d.a; Ammattinetti 2014; Terveydenhoitajaliitto 2008b, 13, 16.)

Terveydenhoitajan työnkuvaan kuuluu siis paljon asiakkaiden ohjaamista ja opettamista. Lisäksi terveydenhoitaja tarvitsee ammatissaan opetuksen ja ohjauksen taitoa myös ohjattaessa opiskelijoita heidän työharjoitteluisaan, kuin myös toimiessaan asiantuntijana erilaisissa moniammatillisissa työryhmissä ja tiimeissä. (Terveydenhoitajaliitto n.d.a; Ammattinetti 2014; Terveydenhoitajaliitto 2008b, 13, 16.)

### 2.1 Millainen on hyvä esitys ja opetusmateriaali

Hyvää opetusmateriaalia suunniteltaessa tulee kiinnittää huomiota sen määrään ja laatuun. Opetusmateriaalin tulee olla ajantasaista, luotettavaa ja kohderyhmälle soveltuvaa. Hyvä opetusmateriaali motivoi ja aktivoi oppijaa oppimaan. (Lut:n opettajan laatuopas, 2009, 22.)

Esitystä valmisteltaessa tulisi miettiä, mikä on esityksen kokonaistavoite ja mikä on esityksen pääteema. Näiden jälkeen voi teemasta miettiä, mitkä ovat sen pääsisällöt, jotka ehdottomasti käsitellään. Tämän jälkeen voi miettiä yksityiskohdat. Esitys voi olla tarpeen mukaan luonteeltaan infor- moiva, motivoiva tai tunnelmaa kohottava. (Koskimies 2002, 59.)

Tietoa jakavissa esityksissä, kuten koulutustilaisuuksissa tai raporteissa, tärkeää on esityksen selkeys ja että se on havainnollistettu hyvin sanallisin, äänellisin ja audiovisuaalisin keinoin. Alussa kerrotaan mihin kaikkeen esitys liittyy sekä kerrotaan esityksen sisällysluettelo, johon palataan esityksen aikana ja kerrotaan missä kohdassa edetään. Tietoa jakavissa esityksissä ja puheissa on hyvä käyttää runsaasti graafisia kuvioita tai havainnollistavia esimerkkejä. Hyvin koulutettu ja kokenut yleisö on haastava ja näin ollen heti aluksi tulee yleisölle tuoda ilmi puhujalla olevan heille sanottavanaan uutta tietoa, muuten kuuntelumotivaatio kaikkoon. (Koskimies 2002, 59–61.)

Esitystä pidettäessä tilaisuus aloitetaan esittelemällä itsensä ja kertomalla esityksensä aihe. Esityksen aloitus kannattaa suunnitella alkavaksi jollakin kuulijoita herättelevällä ja mielenkiintoa lisäävällä asialla, kuten kysy-

myksellä, yllättävällä ajatuksella, omilla kokemuksilla tai pienellä kertomuksella. Esityksen alussa on hyvä saada kontakti yleisön kanssa eli niin sanotusti murtaa muuri ja sen tarkoituksena on luoda yhteinen henki. Kuulijat on saatava uskomaan puhuja luotettavaksi ja päteväksi sekä kokemaan puhujan olevan heidän puolellaan, jolloin asiat omaksutaan helpommin. (Loimaan ammatti- ja aikuisopisto 2010; Koskimies 2002, 67–69.)

Esitystä pidettäessä tulisi pyrkiä siihen, että sisältö tulee luokiteltua pää- ja sivuaiheisiin sekä huolehtia siitä, että pääasiat tulee esitettyä havainnollisesti ja mieleenpainuvasti. Hyvä olisi, jos kuulija muistaa esityksen jälkeen kaksi kolme esityksessä kerrottua asiaa pysyvästi. Esitys on erityisen onnistunut, jos mieleen painuneita asioita on jopa vielä enemmän. Hyvä nyrkkisääntö esityksen kaavaksi on: kerro lyhyesti, mitä aiot kertoa, kerro, ja lopuksi kerro tiiviisti, mitä kerroit. Yksi tehokas esityksen rakenne on moduulirakenne, jossa ainakin kahdenlaisia moduuleja kannattaa käyttää: varsinainen asia ja sen jälkeen asian havainnollistaminen. (Koskimies 2002, 62–63.)

Myös lopetus on tärkeä. Hyvä lopetus voi olla esimerkiksi yhteenveto, johtopäätös, saavutetun tavoitteen toteaminen tai toimintaan kehottava veetoimus, kehoitus tai haaste. Lopuksi voi kiittää yhteisestä ajasta ja yleisön mielenkiinnosta, mutta yleisö tulisi valmistella loppua varten, eikä vain yllätyksellisesti sanoa kiitos ja loppu. (Koskimies 2002, 71–72.)

## 2.2 Hyvä PowerPoint -esitys

Hyvän PowerPoint –esityksen tunnusmerkkejä ovat korkeintaan kolme asiaa tai yksi graafinen kuva yhdessä diassa, diasarja on yhdenmukainen, enintään kolmen värin käyttö ja tekstivärinä mieluiten musta. Lisäksi suositeltavaa on käyttää vain yhtä yksinkertaista kirjasintyyppiä. Riittävän suuri fonttikoko on myös tärkeä ja sen tulisi olla yhteneväinen kaikissa dioissa. (Koskimies 2002, 140–141.)

Häiritseviä tekijöitä diasarjassa ovat liian usein toistuvat tehokeinot, kuten liukuvärit ja varjostukset sekä ääniefektit ja animaatiot. Lisäksi kuvia ei tule käyttää liikaa, vaan niiden tulee ilmaista jotain, mitä teksti ei kerro. Syytä on myös kiinnittää huomiota siihen, että pienaakkosia on helpompi lukea kuin suuraakkosia. (Koskimies 2002, 140–141.)

PowerPoint –esitystä pidettäessä dioissa pitäisi olla vai niitä asioista, joita käsitellään. Diat eivät saa jäädä irrallisiksi. Diojen tulisi olla esitettävässä järjestyksessä, jotta ei tarvitse hypätä diasta toiseen eikä nopeasti selailta, joitakin ei-käsiteltäviä dioja. PowerPoint –esitystä pidettäessä ei ole suositavaa kääntää selkää yleisölle, vaikka joutuisikin suoraan taululta lukemaan. (Koskimies 2002, 142–143.)

### 2.3 Äänenkäyttö

Äänenkäyttö on tärkeä osa kommunikointia. Ääni vaikuttaa kuulijoihin enemmän kuin puhuttu kieli. Hyvä puheääni on vaihtelevaa, matalahkoa ja suhteellisen persoonallista. Lisäksi hyvä puheääni on riittävän kuuluvaa ja artikulaatio, täsmällinen ja hallittu ääntäminen, selkeää. Äänen kimakkuus, monotonisuus tai epäselvyys mielletään negatiivisiksi puheäänien ominaisuuksiksi. (Marckwort n.d. 100; Kallio 2006, 160–163.)

Äänenkäytössä vaihtelevuus luo mielenkiintoa. Kuulijan on helpompi keskittyä ja seurata esitystä, jossa esiintyjällä on vaihteleva eikä yksitoikkoinen ääni. Taitava äänenkäyttäjät osaa luoda tarvittavaa tunnelmaa äänen vaihtelevuudella. Esiintyjän tulisikin itse päästä samaan mielentilaan, jota äänellään haluaa luoda, jotta äänen käyttö olisi luontevaa. Ilmeikkyyttä ääneen tuo vaihtelut voimakkuudessa, puhenoudessa ja äänen korkeudessa. Kovalla äänellä puhuminen lisää vaikuttavuutta ja hiljainen tai hidas ääni rauhoittaa sekä lisää kuulijoiden tarkkaavaisuutta. Innostuneisuutta lisää nopea ja melko korkea puhetyyli. Salaperäisyyttä puhetyyliin tuo suorastaan kuiskaava ääni sekä taukojen pitäminen, jotka luovat odotusta. (Marckwort n.d. 100–102; Stuart 2001, 156.)

Toisaalta kovalla äänellä puhuminen saattaa kuulostaa aggressiiviselta samoin jos puhe on korkeaa ja kireää. Hiljainen ääni taas voi tehdä epävarman ja väsyttävän vaikutuksen sekä hyvin hidas puhetyyli pidemmän päälle pitkästyttävän ja jopa nukuttavan vaikutuksen. (Marckwort n.d., 101.)

Äänen muodostuksessa tärkeää on lihaksiston rentous, hyvä ryhti sekä hyvä hengitystekniikka. Etenkin hartia- ja niskalihaksia on hyvä venyttellä ennen puheen pitämistä. Kireät lihakset saavat äänen väsymään. Hyvä hengitystekniikka puolestaan on hengittää koko keuhkoilla eikä vaan keuhkojen yläosalla, eli niin sanottua pintahengitystä. Mitä enemmän keuhkoissa on ilmaa, sitä voimakkaampi ääni on. Sekä hengitystekniikkaan että rentoutumista voi opetella erilaisin harjoituksin, joita löytyy kirjallisuudesta paljon. Etenkin puhetyössä olevalle äänenhuolto on tärkeää. (Marckwort n.d., 102–103; Stuart 2001, 164; Kallio 2006, 161–163.)

### 2.4 Esiintyminen ja kehonkieli

Esiintyessä on tärkeää kiinnittää huomioita paitsi äänenkäyttöön myös olemukseen ja kehonkieleen. Kehonkieli viestii paljon esiintyjän tilasta ja se voi olla joko positiivista tai negatiivista. Hermostuneisuuden ja epävarmuuden yleisö pystyy helposti aistimaan puhujan kehonkielestä. Toisaalta puhuja voi vaikuttaa myös itseensä kehonkielellään. Itsevarma kehonkieli tukee itsevarmaa olemusta. (Marckwort n.d., 104–105.)

Esiintyessä tulee kiinnittää huomiota asentoon, katsekontaktiin, käsien liikkeisiin ja liikkumiseen. Myös ilmeellä on merkitystä. Kuulijat kuuntelevat ja katselevat paljon mieluummin hymyilevää ja ystävällisen näköistä puhujaa, kuin epäystävällistä puhujaa. (Marckwort n.d., 104–109; Stuart 2001, 137.)

Puheen tai esitelmän alussa on hyvä pitää pieni itsensä kokoamishetki, jolloin esiintyjä hengittää muutaman kerran rauhallisesti syvään, katsoa kuulijakuntaa ja ottaa rennon ryhdikkään asennon. Esiintyjän rento ja avoin kehokieli auttaa kuulijoita omaksumaan kuulemansa asiat paremmin, kuin jos esiintyjä on hermostunut ja jännittynyt. Onkin tutkittu, että avoin kehokieli auttaa omaksumaan jopa 40% paremmin kuultavan asian, kuin jos esiintyjällä on kädet puuskassa ja jalat ristissä. (Stuart 2001, 138; Marckwort n.d., 105–106.)

Tärkeää on myös hyvä katsekontakti yleisöön. Toisinaan kuulee annettavan vinkkejä katsoa vaikka takaseinään tai etsiä yleisöstä ystävällisen näköistä kuulijaa jolle puhua, jos koko kuulijakunnan huomioiminen tuntuu vaikealta. Tämä ei kuitenkaan ole mielekästä kenenkään kannalta. Jos yleisöstä valitsee yhden niin sanotusti silmätikukseen, tulee tälle varmasti kiusaantunut olo ja muille taas laiminlyöty olo. Samoin yleisö kyllä huomaa, jos esiintyjä tuijottelee kattoa tai takaseinää. Paras on, kun harjoittelee katsomaan koko yleisöään, varsinkin jos yleisö on pieni, ja vielä niin, että katse viipyy muutaman sekunnin kerrallaan katsottavassa henkilössä. Katsekontakti viestii, että on kiinnostunut yleisöstään sekä hyvä katsekontakti antaa myös itsevarmuutta ja auktoriteettia esiintyjälle. (Stuart 2001, 139–143; Marckwort n.d., 106–107.)

Esiintyjän on kiinnitettävä huomiota myös käsiinsä, mitä niillä saa tehdä ja mitä niillä ei tule tehdä. Toiset puhuvat enemmän käsillään kuin toiset. Käsillä elehtiminen elävöittää esitystä ja on luonnollista käyttäytymistä ihmiselle. Silloin kun käsiä ei tarvita, niiden tulisi olla rentoina ja tyhjinä kehon sivuilla, tai jos mukana on muistikortteja, niitä voi pitää toisessa kädessä ja toinen jää näin ollen vapaaksi elehtimistä varten. Käsiä voi myös pitää kevyesti yhdessä, jos se tuntuu luontevammalta. Käsillä ei ole tarkoitus hypistellä tavaroita, kosketella naamaa, raapia jotain kehon osaa, puristaa tuolin selkänöjää, osoittaa kuulijoita, hieroa innostuneesti yhteen eikä piilottaa selän taakse tai taskuihin eikä laittaa puuskaan tai istua niiden päällä. (Stuart 2001, 144–146; 107–109.)

Liikkuminen on myös asia, millä voidaan vaikuttaa esitykseen joko positiivisesti tai negatiivisesti. Rauhallinen liikkuminen silloin tällöin aktivoi yleisöä ja myös esiintyjää itseään. Jatkuva ravaaminen sen sijaan tekee esityksestä rauhattoman. Paikallaan olo tekee rauhallisen vaikutelman, mutta toisaalta se voi myös passivoittaa esitystä. Paikalla ollessaan esiintyjän tulisi seistä rauhallisesti paikallaan. Keinumiset puolelta toiselle, yhdellä jalalla seisomiset ja jalkojen ristiin laittamiset eivät tue itsevarmaa esiintyjää. Kuten eivät myöskään varpaille nousemiset, polvista notkumi-

set eivätkä kenkien ulkoreunoilla seisomiset. (Marckwort n.d., 109; Stuart 2001, 148–149.)

### 3 PRESENTAATIO TERVEYSKESKUKSEN SAIRAANHOITAJILLE

Tässä luvussa käsitellään presentaation eli esityksen suunnittelua ja toteutusta. Lopuksi on kuulijoiden arvio esityksestä sekä esiintyjän itsearvio esityksen suunnittelusta ja toteutuksesta.

#### 3.1 Suunnittelu

Otin yhteyttä terveystakeskukseen, jossa haastattelut tein, ja kysyin koska voisin tulla esittelemään opinnäytetyöni tuloksia. Avosairaanhoidon osastonhoitaja kysyi voisinko pitää esitelmän suuremmallekin joukolle, jos sitä tulisi kuuntelemaan korvaushoitajien lisäksi myös muita sairaanhoitajia, jotka ovat työskennelleet korvaushoidon asiakkaiden kanssa. Tämä tieteenkin sopi minulle ja ajattelin voisiko tämä esitys olla samalla kehittämistehävänä. Kysyin asiaa opinnäytetyötäni ohjanneelta opettajalta ja asia sopi hänelle.

Aloitin esityksen suunnittelun miettimällä, mitä asioista haluan painottaa PowerPoint -esityksessäni. Loppuseminaari diaesitykseni ei sellaisenaan kelvannut esitettäväksi, sillä siinä keskityttiin liikaa opinnäytetyön tekniisiin puoliin. Ne eivät olleet niin oleellisia työn tuloksien esittelyn kannalta terveystakeskukseen henkilökunnalle. Päätin tehdä uudelle pohjalle esityksen, johon otin muutaman valmiin dian loppuseminaari PowerPoint -esityksestäni. Eniten keskityin työn tuloksiin ja autenttisiin lainauksiin, joita otin opinnäytetyöstäni paljon enemmän, kuin loppuseminariesitykseeni.

Esityksen alussa kerroin, miksi olin valinnut aiheen Opioidikorvaushoidossa olevan asiakkaan terveyden edistäminen ja mikä oli työn tarkoitus ja mitkä olivat tavoitteet. Mietin olevan järkevää hieman kertoa kuulijoille myös mistä kaikesta opinnäytetyöni koostui, joten esitykseen laitoin lyhyesti opinnäytetyöni sisällön kokonaisuudessaan. Lisäksi kerroin yhden dian verran siitä, mitä tutkimusmenetelmää olin käyttänyt, miten aineiston keräsin ja kuinka sen analysoin. Sen jälkeen tein terveyden edistämisestä oman dian ja kerroin hieman laajemmin, kuin loppuseminaarissa, mitä olin terveyden edistämisestä opinnäytetyöhöni kirjoittanut. Ajattelin, että jos yleisössä on muitakin kuin korvaushoitajia, terveyden edistämistä voisi olla hyödyllistä avata tarkemmin.

Tämän jälkeen keskityin opinnäytetyöni keskeisiin tuloksiin. Ensin kerroin, mitä tuloksia olin kaikkienensa saanut ja seuraavissa dioissa avasin tu-



loksia terveyden edistämisen osalta kohta kohdalta tarkemmin. Perään laitoin aina kyseisen aiheen autenttiset lainaukset tukemaan esittelemiäni tuloksia.

Terveyden edistämisosion jälkeen keskityin kehitysehdotuksiin, jotka tein samaan tapaan kuin edellisessä osiossa; ensin saamani tulokset ja sen jälkeen autenttiset lainaukset. Sekä tässä että edellisessä osiossa suorien lainauksien kohdalla tarkoitukseni oli aina sanoa suorista lainauksista jotain, eikä vain jättää yleisön luettavaksi.

Lopuksi esitin omia tutkimus- ja kehittämisideoitani. Tarkastelin lyhyesti myös työni luotettavuutta, pätevyyttä ja eettisyyttä.

Kuvia olisin halunnut laittaa esitykseeni myös, josta ohjaava opettajakin vinkkasi, mutta yrityksistäni huolimatta en niitä koneellani onnistunut työhön liittämään. Yritin Paint –ohjelmallakin tehdä kuvia, mutta totesin sen olleen huono idea. Internetistä en voinut kuvia suoraan ottaa tekijänoikeudellisista syistä. Kuvat siis jäivät uupumaan esityksestäni.

Lisäksi suunnitteluvaiheessa perehdyin teoriatietoon, kuinka tehdä hyvä PowerPoint –esitys sekä kuinka olla hyvä esiintyjä/puhuja. Tätä varten olin lainannut kirjastosta viisi kirjaa, joiden aiheena oli esiintymistaito, viestiminen ja kouluttaminen. Muun muassa näistä kirjoista kirjoitin tämän työn teoriaosion.

Koska esitykseni oli myös kehittämistehtäväni, jota oli tarkoitus arvioida, tein arviointilomakkeen, joka on liitteenä työn lopussa (liite 1). Arviointilomakkeeseen laitoin kohdat, jossa kuulijat saivat arvioida esiintymistäni ja äänenkäyttöäni sekä esityksen selkeyttä. Lopuksi halusin tietää oliko esityksestäni heille jotain hyötyä ammatillisessa mielessä.

Kun sain PowerPoint –esitykseni valmiiksi harjoittelin sitä niin mielessäni kuin ääneen lukemalla. Tein paria diaa varten muistilapun, jossa esimerkiksi määrittelin joitakin käsitteitä, jotta muistaisin ne varmasti oikein. Lisäksi mietin valmiiksi, miten saisin mielenkiintoisen alun esitykselleni. Halusin aloittaa kehumalla työntekijöitä hyvästä työstä korvaushoidossa, sillä sitä he mielestäni tekivät. Halusin kertoa myös siitä, että olin tullut erittäin hyvälle mielelle haastattelujani tehdessä. Oli ollut erittäin mukava kuulla, että haastateltavilla ainakin sillä hetkellä meni hienosti, kun haastattelut tein.

Viimeiseksi mietin, että olisi kiva laittaa materiaalia kiertämään yleisön joukkoon. Minulla oli edelleen tallessa kaksi lehtiartikkelia, jotka olivat kiertämässä yleisössä myös loppuseminaarissani ja ajattelin niiden soveltuvan myös tähän esitykseen, vaikka osalle ainakin tuttua asiaa olisi. Lehtiartikkelit käsitelivät korvaushoidon tarpeen kasvua, jonka haasteena ovat kuntien säästötalkoot sekä päihdelääkäreiden asenteista tehtyä tutkimusta päihdepotilaitaan kohtaan. Tutkimus lääkäreiden asenteista potilaita kohtaan oli Lääkäri-lehdessä, joka oli julkaistu 8.11.2013 sivulla 2923–2927,

ja korvaushoitoa käsittelevä artikkeli oli Mediuutisissa nro:ssa 30 sivuilla 6–7, julkaistu 13.9.2013.

### 3.2 Toteutus

Olimme sopineet puhelimesta osastonhoitajan kanssa päivän ja kellon ajan opinnäytetyöni tulosten esittelyyn. Sovimme tapaavamme puolta tuntia ennen esitystä osastonhoitajan huoneen luona. Tulostin ennen esitystä arviointilomakkeet ja lähetin PowerPoint –esitykseni osastonhoitajan sähköpostiin, jota hän pyysi saada edelleen lähettää henkilökunnalle, jotka ovat korvaushoidon parissa töissä. Lisäksi laitoimme tietokoneen ja videotykin valmiiksi esitystä varten.

Osastonhoitaja oli kutsunut paikalle noin kymmenkunta sairaanhoitajaa ja terveydenhoitajaa. Heistä kaksi korvaushoitajaa, yksin sairaanhoitaja ja yksi terveydenhoitaja osastonhoitajan lisäksi saapuivat kuulemaan esitystäni. Aikaa oli varattu esitykselle ja keskustelulle noin tunnin verran. Esitys alkoi vasta 14.30, joten osa työntekijöistä oli mahdollisesti lähdössä kotiin sen aikana tai muusta syystä eivät päässeet irtaantumaan töistään.

Esitin PowerPoint –esitykseni ja saimme aikaan mukavasti keskustelua aiheeseen liittyen. Aikaa meni koko varattu aika eli tunnin verran. Keskustelua oli myös esityksen lomassa eikä pelkästään esityksen päätyttyä.

Osastonhoitaja ja korvaushoitajat olivat tyytyväisiä saamiini tuloksiin ja tästä aiheesta heillä työyhteisössä keskustelu vielä jatkuu. Vertaistukiasian tärkeyden työntekijät ymmärtävät ja haluaisivat asialle jotain tehdä. Samoin heillä on ollut puhetta kokemusasiantuntijan käyttämisestä. korvaushoitolaisten huono yhteishenki katsotaan hoitajienkin parissa haasteelliseksi asiaksi ja samoin se, että ei aina tahdo löytyä asiakaskunnasta kiinnostusta ottaa osaa ylimääräisiin tempauksiin. Sellaista kuitenkin mietittiin, voisiko joku kolmannen sektorin järjestö mahdollisesti pitää halukaille vertaistuki-iltoja, joissa käsiteltäisiin erilaisia teemoja, kuten parisuhde ja seksuaalisuus.

Seksuaalialioista hoitajien ja asiakkaiden välillä jonkin verran puhutaan ja tiedostetaan, että korvaushoitolääkkeet voivat aiheuttaa harmia asiakkaille. Esimerkiksi potenssiiongelmissa on lähetetty lääkärille asiakkaita. Lisäksi tiedostetaan, että seksuaalitoimintoihin voivat vaikuttaa esimerkiksi traumat tai muuten rankat aikaisemmin koetut asiat, kuten se, että naiset usein rahoittavat huumeiden käyttöönsä käyttämällä kauppatavaranaan omaa kehoaan.

### 3.3 Arviointi

Tässä luvussa käsitellään esityksen arviointia. Ensiksi käydään läpi osallistujien arviointi, sitten itsearviointi. Arviointilomake löytyy liitteenä työn lopusta.

#### 3.3.1 Osallistujien arviointi

Kuulijoita esitykselläni oli siis viisi. Jaoin kaikille arviointilomakkeen, mutta kaksi ehti sen täyttämään ja palauttamaan esityksen jälkeen. Loppujen piti lähettää lomake postissa jälkikäteen. Sain kuitenkin vain yhden lomakkeen postissa.

Ensimmäisessä kohdassa pyysin arvioimaan esitykseni selkeyttä. Arvioiniksi sain esityksen olleen selkeä, johdonmukainen ja rauhallinen sekä yksi oli arvioinut sen numerolla 10. Palautetta kuitenkin sain siitä, että olisin voinut puhua enemmän asiantietoa PowerPointin ulkopuolelta, eli yhden kuulijankin mielestä luin liikaa suoraan dioista. Myös kuvia kaivattiin esitystä elävöittämään.

Toinen kohta oli äänenkäytön arviointia. Palautteeksi sain melko selkeää, kuuluva, selkeä puhe ja jälleen yksi oli arvioinut kohdan numerolla 10.

Esiintymistaitoni kohdassa kolme arvioitiin olleen hyvää ja selkeää. Yhden arvioijan mielestä minulla oli miellyttävä läsnäolo ja rauhallinen olemus sekä asiantunteva ote ja hänelle tuli vaikutelma, että olin perehtynyt asiaan hyvin. Yksi kuulija arvioi pienen jännitykseni aiheuttaneen alussa hiukan ongelmaa, mutta esitys siltä osin oli kuitenkin parantunut loppua kohden. Kiitosta tuli siitä, että esitys sai innostumaan aiheesta ja näin herätti keskustelua.

Lopuksi halusin tietää oliko esityksestäni kuulijoille jotain hyötyä ammatillisessa mielessä. Kaikki pitivät esitystäni hyödyllisenä ja kiinnostavana. Yksi arvioija kertoi esityksen saaneen hänet miettimään sitä, että vaikka toimisi terveydenhoitajana tai sairaanhoitajana työhönsä olisi aina löydettävä terveyttä edistävä näkökulma.

#### 3.3.2 Itsearviointi

Esitykseni sujui melkein niin kuin olin suunnitellut. Sain kerrottua kaikki aikomani asiat. Äänenkäyttöön kiinnitin huomiota, mutta koska tila oli aika pieni ja kuulijoita vain vähän, ei minun tarvinnut juuri kovempaa puhua, kuin normaalisti. Lukemani asiat katsekontaktista pidin mielessä koko esityksen ajan ja mielestäni onnistuin ihan hyvin katsomaan kutakin kuulijaa vuorollaan ilman kiirettä. Ehkä kuitenkin vähemmän olisin voinut

katsoa dioja taululta ja enemmän yleisöä, jännittäessä tulee helposti tukeuduttua enemmän dioihin, kun olisi tarpeen.

Onnistuin olemaan mielestäni melko rauhallisesti esityksen ajan. Hieman jännitti, joka näkyi suun kuivumisena ja alussa sanat hieman takeltelivat. Sekä myös siitä näkyi jännitys, että katsoin hieman liikaa diojani taululta. Minulla oli vesipullo laukussa, josta siemailin kulauksen aina sopivissa väleissä niin, ettei se häirinnyt esitystä. Kädet pyrin pitämään rennosti ja kevyesti yhdessä vyötärön tienoilla ja jalat pidin vierekkäin paikoillaan, enkä niillä tehnyt mitään ylimääräistä liikehdintää. Muistilappu oli minulla pöydällä, josta muutamassa kohdassa esitystäni luin suoraan kirjoittamani asiat, mutta silloinkin pyrin luomaan katsekontaktia yleisöön jonkin verran. Parempi olisi ollut, jos olisin muistanut asiat kunnolla ulkoa, jolloin pelkkä vilkaisu muistilappuun olisi riittänyt.

PowerPoint –esityksestä tein niin hyvän kun osasin. Mielestäni siinä esitin kaikki tarpeelliset asiat. Hieman mietin oliko tarpeen esitellä koko oppinäytetyöni sisältöä, mutta ajattelin niin, että jos itse olisin yleisössä enkä oppinäytetyötäni olisi siis koskaan lukenut, olisi mielekästä saada joku käsitys sen koko sisällöstä. Pääasiat eli oppinäytetyöni tulokset esitin mielestäni selkeästi ja havainnollistin niitä autenttisilla lainauksilla.

Toinen mietityttämään jäänyt seikka oli parin dian liian suuri fontti koko. En ymmärtänyt esitystäni tehdessä, että tekstin mennessä liian alas tekstikehikosta, se ei näy diaesitystä pidettäessä. Onneksi muistin ulkoa mitä dioissa lukee, joten esityksen aikana pystyin täydentämään piiloon jäävät sanat. Mutta kotona olisi pitänyt käydä koko diaesitys läpi diaesitys – näkymää käyttäen. Muuten yritin pitää diat mahdollisimman yksinkertaisina ja selkeinä. Niissä dioissa, joissa oli autenttisia lainauksia, oli aika paljon tekstiä, mutta kävin diat suullisesti rauhallisesti läpi jättäen aikaa lukemiselle.

Lopetukseen olisin voinut myös kiinnittää enemmän huomiota ja harjoitella sitä vielä paremmin. Ehkä kuitenkin loppu tuli hieman yllätyksellisesti. Muutama edellinen dia oli herättänyt sen verran keskustelua, että ehkä minulla sitten karkasi ajatus siitä missä kohdassa esitystä meninkään. Lopuksi kiitin yleisöä ja halusin välittää heille tiedon siitä, että pidin heidän työtään tärkeänä. Viimeiseen diaan siis laitoin ”Kiitos ja tsemppiä tärkeään työhön!”.

Harmittava asia oli myös se, että en saanut kaikkia arviointilomakkeita takaisin. Esityksen jälkeen oli kuulijoilla jo työpäivä päättynyt, joten heillä ei ollut enää aikaa tai jaksamista keskittyä lomakkeen täyttämiseen. Jaoin arviointilomakkeet heti esityksen alussa, mutta tiesin sen olevan vaarana, että niiden täyttämiseen ei ehdi esityksen aikana keskittyä. Toisaalta lomakkeiden täyttämiseen olisi pitänyt varata aikaa esityksen loppuun, mutta toisaalta esityksen aikana syntyi sen verran keskustelua, että käytössä olevaa aikaa oli vaikea arvioida.

Kaikkienensa minulle jäi kuitenkin ihan hyvä mieli esityksestä. Oli mukava kuulla, että työstäni oli henkilökunnalle hyötyä ja että sen tulokset tulevat saamaan aikaan keskustelua työyhteisössä. Tässä kyseisessä terveystieteiden tutkimuksessa on paljon kehitetty opioidikorvaushoitoa ja siinä on onnistuttu hyvin. Kehitystyö jatkuu vielä ja hyvä, että opinnäytetyöstäni on mahdollisesti jotain ajatuksia ja keskustelua herättävää apua.

Esiintyjänä minulla on vielä paljon opittavaa. Sain kuitenkin hyvän käsityksen tämän työn teorian avulla, mitä hyvä esitys vaatii ja miten olla hyvä esiintyjä. Sain tästä hyvät eväät ja miettimisen aihetta tulevaa ammattiani varten. Lisäksi esiintyminen ei minua liiakseen pelota, joten on kiva, jos työssäni kohtaan paljon esiintymistilanteita ja niiden kautta saan kehittää esiintymistaitojani.

## LÄHTEET

Alaoutinen, S., Bruce, T., Kuisma, M., Laihanen, E., Nurkka, A., Riekkö, K., Tervonen, A., Virkki-Hatakka, T., Kotivirta, S. & Muukkonen, J. 2009. Lut:n opettajan laatuopas. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Viitattu 10.11.2014. <http://www.lut.fi/documents/10633/29855/lut-opettajan-laatuopas.pdf/bc65885e-b71c-47f4-acc8-a7399c1b22e8>

Ammattinetti. 2014. Terveydenhoitaja. Työ- ja elinkeinoministeriö. Viitattu 1.12.2014. [http://www.ammattinetti.fi/ammattit/detail/221\\_ammatti](http://www.ammattinetti.fi/ammattit/detail/221_ammatti)

Harvard Business School Press. 2005. Vakuuttavat ja motivoivat esitykset. Suom. Peltola, A. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Perhemediat Oy.

Kallio, H. 2006. Tehoa ja taitoa työelämän esiintymistilanteisiin. Hämeenlinna: Karisto.

Koskimies, R. 2002. Asiantuntijan esiintymistaito, Onnistuneen esityksen kulmakivet. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.

Loimaan ammatti- ja aikuisopisto. 2010. Opinnäytteen raportointi. Viitattu 10.11.2014. [http://opinnayte.lskky.fi/esityksen\\_valmisteleminen.htm](http://opinnayte.lskky.fi/esityksen_valmisteleminen.htm)

Marckwort, A. n.d. Ole hyvä esiintyjä ja kouluttaja. Helsinki: Mermerus Oy Ab.

Stuart, C. 2001. Viesti tehokkaasti, esiinny vakuuttavasti. Helsinki: WS Bookwell Oy.

Terveydenhoitajaliitto. n.d. a. Terveydenhoitaja. Viitattu 1.12.2014. <http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/fi/terveydenhoitajaliitto/terveydenhoitaja>

Terveydenhoitajaliitto. 2008b. Terveydenhoitajan ammatillisen osaamisen tunnistaminen. Viitattu 1.12.2014. [http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/liitteet/T\\_H\\_am\\_os\\_tunnistami\\_6\\_10.pdf](http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/liitteet/T_H_am_os_tunnistami_6_10.pdf)

## ARVIOINTILOMAKE

1. Esityksen selkeys

2. Esiintyjän äänenkäyttö

3. Esiintyjän esiintymistaito

4. Koitko esityksestä olevan sinulle jotain hyötyä, mitä?