

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja

Riina Repo

ENSIKÄYNNILLE TULEVAN POTILAAN KOKEMUKSET  
TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEN KARTOITTAMISESTA JA ENSINEUVONNAS-  
TA ERIKOISSAIRAANHOIDON POLIKLINIKOILLA

Opinnäytetyö 2012

## TIIVISTELMÄ

### KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

#### Hoitotyön koulutusohjelma

REPO RIINA	Ensikäynnille tulevan asiakkaan kokemukset terveystäytymisen kartoittamisesta ja ensi ohjauksesta erikoissairaanhoidon poliklinikoilla
Opinnäytetyö	66 sivua + 20 liitesivua
Työn ohjaaja	Yliopettaja Eeva- Liisa Frilander- Paavilainen
Toimeksiantaja	Carea, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä
Toukokuu 2012	
Avainsanat	tupakkaohjaus, mini-intervetio, terveystäytyminen, ensiohjaus,

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää erikoissairaanhoidon poliklinikalle tulevien potilaiden kokemuksia terveystäytymisen kartoituksesta ja ensiohjauksesta tupakoinnin ja alkoholinkäytön osalta. Tutkimus tehtiin yhteistyössä Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän eli Carean kanssa.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Menetelmäksi tutkimuksen tekemiseen valittiin stukturoitu kyselylomake, joka annettiin erikoissairaanhoidon poliklinikoiden asiakkaille. Lomakkeet jaettiin sisätautien, kirurgian- ja keuhkotautien poliklinikoille niin, että jokaisella poliklinikalla annettiin 40 lomaketta. Aineiston keruu-aika oli 3 viikkoa. Tutkimukseen osallistui 113 (n=113) erikoissairaanhoidon poliklinikoiden asiakasta, jolloin osallistumisosuudeksi tuli 94 %.

Tupakointitottumusten kartoitusta tehtiin poliklinikoilla varsin huonosti, sillä vain muutamille se oli tehty suunnitelman mukaan. Asiakkaat tekivät oman osuutensa kartoituksesta kiitettävästi, mikä kertoo paljon suhtautumisesta elämäntavoista kysymiseen. Niin tupakoinnin lopettamisen edistävää ohjausta kuin mini-interventiotakin annettiin hyvin hoitohenkilökunnan osalta. Ohjausta annettiin myös sellaisille, jotka eivät sitä tarvitse. Nikotiinikorvaushoidosta keskusteltiin harvoin tupakkaohjauksessa. Niin tupakkaohjaus kuin mini-interventio sai potilaat pohtimaan tupakoinnin lopettamista tai alkoholinkäytön vähentämistä, mutta ohjaus ei saanut päätöstä aikaan. Ohjausten laadullisiin tekijöihin (suullinen ja kirjallinen tieto, ystävällisyys, motivointi, tasavertaisuus, lääkärin ja hoitajan ymmärrettävyys) oltiin pääosin tyytyväisiä. Kato laadullisia tekijöitä mittaavissa kohdissa oli noin puolet koko osallistujamäärästä.

Kehittämisideana olisi, että selvitetäisiin hoitohenkilökunnan näkökulmasta, miksi terveystäytymisen kartoitusta ja ohjausta ei tehdä poliklinikoilla heidän saamien ohjeiden mukaan ja miten henkilökunta suhtautuu terveyden edistämiseen erikoissairaanhoidossa.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

REPO, RIINA

Clients' Experiences Entering First Admission Regarding Mapping of Health Behavior and First Counseling at Special Health Care Out-patients Departments

Bachelor's Thesis

77 pages + 20 appendices

Supervisor

Eeva-Liisa Frilander-Paavolainen, PhD, Principal Lecturer

Commissioned by

Carea; Kymenlaakso Social and Health Services

May 2012

Keywords

Smoking counseling, brief-intervention, health behavior, first counseling

The purpose of this study was to examine how clients at special health care out-patients departments experience the mapping of health behavior and the first counseling of smoking and alcohol use. This study was conducted in collaboration with Carea, Kymenlaakso Social and Health Services.

This study was based on a quantitative research methodology. The interview method selected was a structured questionnaire and it was given to the clients of the special health care out-patients departments. The prospective sample size was 120 (N=120). The out-patients departments for medical, surgical and pulmonary diseases were handed 40 questionnaires each. The period of data collection was three weeks. A total of 113 (n=113) clients of the special health care out-patients departments participated in the study producing a total of 94% participation.

Based on the results the mapping of smoking was low, because at the out-patients departments it was carried out only on some of the clients according to the plan. However, the response rate was high, which also explains the reactions the respondents experienced regarding the lifestyle questions. The nursing staff was active in counseling of smoking cessation and mini-intervention. Counseling was given even to clients not needing it. Nicotine addiction treatment was rarely involved in the discussion of smoking counseling. Both the smoking counseling and mini-intervention made the clients think about giving up smoking or reducing alcohol use, but the final decision was left open. The clients were mainly satisfied with the qualitative factors concerning counseling. The quite big loss of evaluation in the qualitative factors made reviewing the results a bit difficult.

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	7
2	TUPAKOINTI JA ALKOHOLIN KÄYTTÖ SUOMESSA	8
3	VALTIONEUVOSTON PERIAATEPÄÄTÖKSET TUPAKOINNIN JA ALKOHOLIN KÄYTÖN VÄHENTÄMISEKSI SUOMESSA	10
4	TERVEYDEN EDISTÄMINEN ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA JA POTILAS OHJAUS	11
5	TUPAKKA KÄYTTÄYMISSÄ KARTOITUS JA ENSINEUVONTA	14
	5.1 Asiakkaan tupakointi tilanteen kartoitus	14
	5.2 Tupakoinnista luopumisen ensineuvonta	17
	5.3 Tupakoimattomuuteen tähtäävä prosessi	19
	5.4 Nikotiinikorvaushoito	23
6	ALKOHOLIN KULUTUKSEN KARTOITUS JA SUURKULUTTAJIEN ENSINEUVONTA	23
	6.1 Asiakkaan alkoholinkäytön kartoitus	23
	6.2 Alkoholin kulutuksen vähentämisen ensiohjaus	26
	6.3 Alkoholin vähentämiseen tähtäävä prosessi	30
7	TUTKIMUSONGELMAT	30
	3. Poliklinikoiden asiakkaiden ajatuksia aineistonkeruun aikana	31
8	TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT	31
	8.1 Kysely aineistonkeruumenetelmänä	32
	8.2 Kyselylomakkeen ja saatekirjeen laadinta	33
	8.3 Tutkimuksen kohderyhmä ja otanta	35
	8.4 Aineiston keruu	35
	8.5 Aineiston analysointi	36
9	TUTKIMUS TULOKSET	37

9.1 Asiakkaan kokemukset tupakointitottumusten kartoituksesta ja ensiohjauksesta erikoissairaanhoidon poliklinikalla	38
9.1.1 Hoitohenkilökunnan tekemä tupakointitottumusten kartoitus asiakasnäkökulmasta	38
9.1.2 Asiakkaiden saama tupakoinnin lopettamiseen tähtäävä ohjaus	40
9.1.3 Hoitohenkilökunnan antaman ohjauksen vaikuttavuus tupakoinnin lopettamiseen	41
9.1.4 Asiakkaan kokemukset tupakoinnin vähentämiseen tähtäävästä ohjauksesta	42
9.2 Asiakkaiden kokemukset erikoissairaanhoidon poliklinikoilla alkoholinkäytön kartoitukseen ja ensiohjauksen osalta	45
9.2.1 Hoitohenkilökunnan tekemä alkoholinkäytön kartoitus asiakasnäkökulmasta	45
9.2.2 Asiakkaan saama mini- interventio ohjaus ammattiryhmittäin	47
9.2.3 Mini- intervention vaikuttavuus asiakas näkökulmasta	48
9.2.4 Mini intervention laadulliset tekijät asiakas näkökulmasta	49
9.3 Poliklinikoiden asiakkaiden ajatuksia aineistonkeruun aikana	51
10 POHDINTA	52
10.1 Yhteenveto tutkimus tuloksista	52
10.2 Tulosten tarkastelu	55
10.3 Tutkimuksen eettisyys	57
10.4 Luotettavuus	58
10.5 Kehittämisehdotuksia	59

## LÄHTEET

## LIITTEET

- Liite 1. Aikaisempien tutkimusten taulukko
- Liite 2. Tupakointiin puuttumismalli
- Liite 3. Carean tupakoinnin kartoituslomake
- Liite 4. Nikotiiniriippuvuuden testaaminen
- Liite 5. Alkoholin riskikäytön tunnistaminen
- Liite 6. Audit- C

- Liite 7. Audit
- Liite 8. Saatekirje
- Liite 9. Kyselylomake
- Liite 10. Muuttujataulukko
- Liite 11. Sopimusopinnytetyöstä
- Liite 12. Tutkimuslupa

## KUVAT

- Kuva 1. Tupakointitottumusten kartoitus ja ohjaus
- Kuva 2. Alkoholin riskikuluttajan tunnistaminen ja mini-interventio.
- Kuva 3. Asiakkaiden saama tupakkaohjaus ammattikunnittain (n=113)
- Kuva 4. Asiakkaiden arviointi tupakkaohjauksen vaikuttavuudesta(n= 113)
- Kuva 5. Tupakkaohjauksen suullinen ja kirjallinen tieto asiakasnäkökulmasta (n= 113)
- Kuva 6. Mini- intervention laadulliset tekijät (n=113)
- Kuva 7. Asiakkaiden saama mini-interventio ohjaus ammattiryhmittäin(n= 113)
- Kuva 8. Asiakkaiden saama mini-interventio ohjaus ammattiryhmittäin(n= 113)
- Kuva 9. Mini- intervention suullisen ja kirjallisen tiedon riittävyys (n=113)
- Kuva 10. Alkoholinkäytön vähentämiseen tähtäävän ohjauksen laadulliset tekijät (n= 113)

## 1 TAUSTA JA TARKOITUS

Keneltäkään ei varmaan ole jäänyt huomaamatta, että tupakkalain tiukennukset ovat vaikuttaneet suuresti tupakoivien elämään. Tässä tilanteessa on erityisen tärkeää, että tupakoivia ei jätetä yksin oman riippuvuutensa kanssa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kuuluu systemaattisesti auttaa tupakoivia kohti savutonta elämää.

Tupakoinnin vähentäminen on tullut yhä suuremmaksi osaksi terveyden edistämistä, mikä näkyy vahvasti valtioneuvoston lainsäädännössä. Lakiin on kirjattu tavoitteeksi Suomen savuttomuus vuoteen 2040 mennessä. (Tupakkalaki 2009/1538.) Tupakoinnin ei katsota olevan vain tupakoivan oma asia, sillä tupakoinnista aiheutuva savu on yksi lukuisista sen aiheuttamista terveyden ja hyvinvoinnin ongelmista. Lisäksi tupakoivien suorat terveysvaikutukset vievät valtiolta rahaa 300 miljoonaa euroa vuodessa sekä kuluttavat eri organisaatioilta työntuottavuutta. (STM 2011, 1 – 2.) Vaikka tupakoivien määrä on 2000- luvulla ollut vähenemään päin, edelleen vuonna 2010 miehistä 23 % ja naisista 16 % ilmoitti tupakoineensa päivittäin. Positiivista kuitenkin on, että miehistä 66 % ja naisistakin 54 % on ilmoittanut haluavansa lopettaa tupakoinnin. Tupakoivista 38 % sanoikin yrittäneensä lopettaa tupakoinnin, mutta he eivät onnistuneet siinä. (Helakorpi, Pajunen, Jallinoja, Virtanen & Uutela 2011, 10 – 15.) Tupakoinnin lopettamisen motivaatioon, ja lopettamisen onnistumiseen vaikuttaa hoitohenkilökunnan antama tuki ja keinot. Arvioiden mukaan kaikkien tupakoivien tupakoinnin lopettaminen vähentäisi terveysmenoja 85 %.(THL 2011.) Lääkärikirja Duodecimin mukaan lääkärin kehoitus tupakoinnin lopettamiseksi vaikuttaa asiakkaan tupakoinnin lopettamisen onnistumiseen jopa 66 %. Hoitajan antama kehoitus taas lisää onnistumista 28 % (Absetz & Hankonen 2011, 2265 – 2272).

Myös alkoholin liikkakäyttö on yksi suurimpia ongelmia yhteiskunnassamme. Alkoholisairaudet ovat yleisin syy työikäisten kuolemiin ja tapaturmiin. (Aalto, Ahola, Heljälä, Hyvonen, Jurvansuu, Kainulainen, Kinnunen, Korpilähde, Kuokkanen, Malinen, Matinlompola, Melkas, Paanila, Ruuskallio- sointu, Seppä, Seppänen, Tarhala & Vilenius 2008, 13 – 15.) Tämän takia on erityisen tärkeää, että hoitohenkilökunta puutuu asiakkaiden liialliseen alkoholinkäyttöön. Suomalaisen aikuisväestön alkoholin kulutus on pysynyt 2000- luvulla samalla tasolla. Miehistä 24 % ja naisista 8 % ilmoitti juovansa kerran viikossa yli 6 alkoholi annosta kerralla. (Helakorpi, Pajunen, Jallinoja, Virtanen & Uutela 2011, 17– 18.) Mini- intervention on todettu auttavan jopa

kymmeniä tuhansia, sillä se auttaa noin 1/10 ohjausta saanutta vähentämään alkoholin käyttöä (Aalto ym. 2008, 19). Hoitotyössä suurimpana haasteena pidetään hoitohenkilökunnan työtä löytää alkoholin riskikuluttajat muusta väestöstä. (Aalto & Seppä 2007). Ennalta ehkäisevässä työssä olisikin tärkeää, että uuden potilaan tullessa poliklinikalle terveydenhuollon ammattilaiset tekisivät kyselyn asiakkaan alkoholinkulutuksesta, esimerkiksi AUDIT in avulla. Mikäli potilas saa  $\geq 8$  pistettä, tulee mini-interventio lisätä osaksi terveysneuvontaa. Kun käytetään mini-interventioita alkoholihaittojen ehkäisyssä, voidaan ehkäistä alkoholihaittoja tehokkaasti. Tällä tavalla myös ehkäistään alkoholihaittojen lisäkustannuksia yhteiskunnallemme. (Aalto ym. 2008, 16 – 20.) Jostain syystä kartoitus jää hoitohenkilökunnalta usein tekemättä, vaikka alkoholista kysyminen ei vaadi erillisiä resursseja. (Kuokkanen, Ahonen & Seppä 2008, 771 – 779). Perusterveydenhuollon lääkäreistä vain 17 % on ilmoittanut tekevänsä mini-interventiota säännöllisesti. Lisäksi heistä 51 % ilmoitti tekevänsä mini-interventiota joskus. (Aalto ym. 2008, 55 – 56.) Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että potilaat suhtautuvat yleensä neutraalisti alkoholinkulutuksesta kysymiseen tai ovat siitä jopa tyytyväisiä. Lisäksi on myös havaittu, että mini-interventiosta on hyötyä alkoholin riskikuluttajalle. Vuonna 2004 alkoholista johtuvien terveysongelmien hoito maksoi 967 miljoonaa euroa. (Aalto, ym 2008. 15, 19 – 20.)

Tämä opinnäytetyön aiheen olen saanut Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän edustajalta. Myös opinnäytetyön rajaus tehtiin yhdessä kyseisen organisaation toimijoiden kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää strukturoidun kyselylomakkeen avulla erikoissairaanhoidon poliklinikalle tulevien potilaiden kokemuksia terveyskäyttäytymisen kartoituksesta ja ensiohjauksesta tupakoinnin ja alkoholinkäytön osalta. Tärkeää olisi saada tietää, onko potilaille tehty kartoitus ja mikäli oli aiheita, saivatko he ensineuvontaa ja kuinka se vaikutti asiakkaisiin.

## 2 TUPAKOINTI JA ALKOHOLIN KÄYTTÖ SUOMESSA

Suomalaisten asenteet tupakointia kohtaan ovat tiukentuneet vuosien mittaan, ja useat ovatkin tyytyväisiä tupakkalain tiukennuksiin. Usein ollaan sitä mieltä, että tupakkalakia voitaisiin tiukentaa vielä entisestään. Erään tutkimuksen mukaan 9/10 haluaisi, että jopa yksityisissä autoissa tupakointi kiellettäisiin, kun lapset ovat kyydissä. Tupakkatuotteiden piiloon laittamista pidettiin hyvänä keinona ehkäistä nuorten tupakoinnin aloittamista. Myös 15 – 24 vuotiaista ovat ottaneet tiukentuneen tupakkalain vastaan positiivisesti. Yleisesti pidettiin hyvänä asiana, että alle 18 – vuotiailta on tu-



pakan hallussapito kielletty. (Suomen ASH 2010.) Vaikka suomalaisten asenteet tupakointiin on tiukentunut viime vuosien ajan, on Suomessa edelleen noin miljoona tupakoivaa ihmistä. (THL 2010b).

Suomalaisten aikuisten terveystietoisuuden ja terveys 2010:n mukaan Suomessa 23 % työkäisistä miehistä ja 16 % työkäisistä naisista tupakoi päivittäin. Kuitenkin 79 % päivittäin tupakoivista oli huolissaan, kuinka tupakointi vaikuttaa heidän terveydentilaansa. Noin puolet päivittäin tupakoivista haluaisi lopettaa tupakoinnin, ja 38 % on yrittänyt itsenäisesti lopettaa tupakoinnin. (Helakorpi, Pajunen, Jallinoja, Virtanen & Uutela 2011, 12 – 14.) FINRISKI 2007 tutkimuksen mukaan tupakoivien miesten ja naisten osuudet ovat muutaman prosentin suurempia, mutta myös sieltä voi havaita suunnan olevan tupakoinnin vähentymiseen päin. FINRISKI- tutkimuksessa todetaan, että suomalaisten miesten tupakointi on vähentynyt 5 % viiden vuoden aikana ja naisten noin 2 % samassa ajassa. (Peltonen, Harald, Männistö, Saarikoski, Peltomäki, Lund, Sundvall, Juolevi, Laatikainen, Aldén- Nieminen, Luoto, Jousilahti, Salomaa, Taimi, Vartiainen 2007, 11.)

Noin 14 % kaikista kuolemista aiheutuu tupakointiin liittyvistä sairauksista. Tupakointi itsessään aiheuttaa keuhkohtaumatautia ja keuhkosityöpää, sekä vaikuttaa suuresti monien sydän- ja verisuonisairauksien hoitotasapainoon. Lisäksi tupakoinnilla on suuri merkitys tupakoivan elämänlatuun ja terveyteen. Erään tutkimuksen mukaan päivittäin tupakoivat ovat myös työkyvyttömiä noin 2,6 vuotta aikaisemmin kun tupakoimattomat. He ovat myös työkyvyttömiä 1,8 vuotta aikaisemmin kuin tupakoinnin lopettaneet. Erään arvion mukaan tupakoinnin lopettamisella voidaan ehkäistä 60 % menetetyistä työvuosista. (Absetz, Airaksinen, Heikkinen, Jormanainen, Kentala, Kurko, Leppänen, Mesiäislehto- Soukka, Ollila, Patja, Salomäki, Sandström, Simonen & Winel 2009, 11 – 12.)

Myös väestön asenteet runsasta alkoholin kulutusta kohtaan ovat tiukentuneet vuosien kuluessa. Vuonna 2010 vastaajista 26 % toivoi alkoholipolitiikkaan tiukennuksia. Vuonna 2009 alkoholia kulutettiin 1,8 % vähemmän kuin vuotta aiemmin. Kuitenkin Suomessa arvioidaan olevan noin 300 000 – 600 000 alkoholinsuurkuluttajaa. Maamme kokonaiskulutus olikin samana vuonna 54,7 miljoonaa litraa 100 %:sta alkoholia. Aukasta kohden tämä on noin 10,2 litraa. Positiivista kuitenkin, että alkoholinkulutus laski vuodesta 2008 vuoteen 2009 noin 2 %. Kun tarkastellaan asiaa pitemmältä ajalta, alkoholinkulutus on viimeisen 40 kymmenen vuoden aikana kolmin-

kertaistunut. Vuonna 2009 terveydenhuollon osastoilla oli 24 843 hoitojaksoa, joissa päädiagnoosina oli jokin alkoholin suurkulutuksesta johtuva sairaus. Vaikka 100 %:sta alkoholia käytettiin henkilöä kohden vähemmän kuin vuotta aiemmin, suomalaiset ovat käyttäneet enemmän rahaa alkoholiin. Alkoholinkäyttö aiheutti vuonna 2009 noin 0,8 – 1 miljardin euron suorat kustannukset, joista terveydenhuollon kustannusosuus on noin 1/5. (THL 2010a, 16 – 18, 23. ) FINRISKI 2007 tutkimuksen mukaan myös yli 14 annosta viikossa käyttävien osuus on laskenut, mutta lasku ei ole ollut merkittävää. Lisäksi tutkimuksen aikana on ilmennyt ongelmia alkoholinkäytön merkinnöissä. (Peltonen, ym 2007, 15.)

### 3 VALTIONEUVOSTON PERIAATEPÄÄTÖKSET TUPAKOINNIN JA ALKOHOLIN KÄYTÖN VÄHENTÄMISEKSI SUOMESSA

Suomen valtioneuvosto on ollut erittäin innokas vähentämään tupakointia Suomessa. Siitä kertoo muun muassa se, että Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen on valmisteltava valtakunnallisia ohjelmia tupakoinnin vähentämiseksi ja annettava ajantasaisia menettelytapoja tupakoimattomuuden edistämiseen ja tupakoinnin vähentämiseen lasten ja nuorten kanssa toimiville, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle, julkisille henkilöille ja työnantajille. (ks. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.) Valtioneuvosto ja erilaiset organisaatiot ovat tehneet pitkäjänteistä yhteistyötä tupakoinnin vähentämiseksi. Tällä hetkellä suurin pitkän tähtäimen suunnitelma on saada Suomi kokonaan savuttomaksi vuoteen 2040 mennessä. (Puska 2008, 1 - 2.)

Valtioneuvosto pitää tärkeänä, että päihdehaittoja ehkäistään entistä enemmän terveydenhuollon palveluissa. Alkoholikulutuksen kasvu lisää huomattavasti terveydenhuollon menoja. Varhaisella puuttumisella voitaisiin vähentää alkoholinsuurkulutuksen aiheuttamia kustannuksia ja lisätä kansalaisten yleistä hyvinvointia. (STM 2003, 3 - 4.) Suomen valtioneuvosto on tehnyt periaatepäätöksen vuonna 2003, jonka mukaan lasten ja perheiden hyvinvointia tulee edistää vähentämällä alkoholinsuurkulutusta (THL 2010a, 16). Varhaisen puuttumisen tärkeyttä myös kuvaa se, että sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön KASTE 2008 - 2011- ohjelmassa halutaan panostaa varhaisen puuttumiseen ja tuoda se myös mukaan osaksi päätöksen tekoa (STM 2008, 24).

#### 4 TERVEYDEN EDISTÄMINEN ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA JA POTILAS OHJAUS

Tässä kappaleessa käsitellään terveyden edistämistä erikoissairaanhoidossa ja kerrotaan asiakkaalle suunnatusta terveyttä edistävästä potilasohjauksesta. Kappaleeseen on myös sisällytetty joitakin perusasioita, jotka kuuluvat terveyttä edistävää ohjaukseen. Terveydenhuoltoa koskee tiukat säädökset, joiden mukaan jokaisella pysyvästi Suomessa asuvalla on oikeus hyvään terveyden ja sairauksien hoitoon. Hoidon kuuluu tapahtua yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa ilman minkäänlaista syrjintää. (Laki potilaan» asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Lisäksi terveydenhuollon henkilöstä annetun asetuksen mukaan ammatinharjoittamisen päätavoitteena täytyy ensisijaisesti olla terveyden ylläpitäminen ja edistäminen ja vasta tämän jälkeen sairauksien hoitaminen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559).

Suomen lainsäädännön määritelmän mukaan terveyden edistämällä tarkoitetaan henkilön elämän laatuun vaikuttavaa toimintaa. Terveyden edistämisen toiminta voi kohdistua yksilöön, väestöön, yhteisöön tai elinympäristöön. Sen tavoitteena on ylläpitää ja edistää väestön fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä niin hyvin kuin mahdollista. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.) Myös erikoissairaanhoidon organisaation tulee järjestää lääketieteellisiin erikoisaloihin liittyviä hyvinvointia ja terveyttä edistäviä toimintamalleja yhteistyössä kuntien kanssa niin paljon kuin sairaanhoitopiirissä on tarvetta (Terveydenhuoltolaki 2010/1326,2011). Vuonna 2001 Suomen valtioneuvosto on tehnyt periaatepäätöksen Terveys 2015 – ohjelmasta. Ohjelman tarkoituksena on ohjata terveystalitiikkaa ja terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä vuoteen 2015 asti. (STM 2001, 2.)

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä on liittynyt keväällä 2009 Terveyttä edistäviin sairaalat ry:hyn (Carea 2011). Suomen terveyttä edistävät sairaalat on osa WHO:n kansainvälistä hanketta, ja sen tarkoituksena on tuoda terveyden edistäminen entistä näkyvämmäksi. Kaikki Suomen terveyttä edistävät sairaalat kuuluvat WHO:n kautta Health promoting hospitals:iin. Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry:n toimintaan kuuluu tiedottaa terveyden edistämisestä sekä terveyden edistämisen mahdollisuuksista ja ohjaamisesta. (Hätönen 2010.) Sen jäsenyyden yhtenä ehtona on, että sairaala pyrkii savuttomaan organisaatioon, jota varten on perustettu oma työryhmä (Hätönen 2009).

Myös Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä on julistautunut savuttomaksi vuonna 2005. Toimenpideohjelman mukaan Kuntayhtymän johto tiedottaa savuttomasta sairaalasta työntekijöille, asiakkaille, vieraille, opiskelijoille, sekä muille yhteistyössä toimiville. Asiakkaille ja vierailijoille on laitettu tupakointipaikat erikoissairaanhoidon sairaalan pihalle, mutta sairaalaan työntekijät eivät saa käyttää sitä työaikana. (Carea 2009,4, 6.)

Keski- Suomen sairaanhoitopiiri liittyi vuonna 1998 Suomen terveyttä edistäviin sairaaloihin. Tuolloin he tekivät myös terveyden edistämishjelman vuosille 2001- 2008. Vuonna 2005 kyseisen sairaanhoitopiirin johto arvioi, että he ovat olleet aktiivisesti tukemassa terveyden edistämistyötä. Johdon mielestä esimiesten tuki ja esimerkillinen käytös sekä asenteet muokkasivat parhaiten henkilöstön asenteita terveyden edistämisestä. Tämä taas katsotaan vaikuttavan asiakkaiden asenteisiin ja terveyskäyttäytymiseen. Kun työntekijöiltä kysyttiin terveyden edistämisen toteutumisesta, niin noin neljäsosa vastanneista oli sitä mieltä, ettei terveyttä edistävää työtä tehty riittävästi. Työntekijät kokivat, että tulevaisuudessa tulisi paremmin perehtyä asiakkaiden ja henkilökunnan selviytymiseen ja ehkäisevän työn lisäämiseen. (Hallman & Puolakka 2005, 2241- 2244.)

Terveyttä edistävän potilasohjauksen tarkoituksena on antaa asiakkaalle tietoa ja tukea, jotta hän voisi käyttää sen oman terveytensä hyväksi. Tiedonannon lisäksi asiakkaan on myös ymmärrettävä saamaansa tieto, jotta siitä olisi hyötyä. Riittävä tieto antaa asiakkaalle mahdollisuuden vaikuttaa omaan elämäänsä ja tehdä terveyden kannalta edullisia päätöksiä. (Eloranta & Virkki 2011, 15.) Varhaisen puuttumisen lähtökohdiana on perusteellinen asiakkaan elämäntapojen kartoitus, koska niiden avulla selviää, tarvitseeko asiakasta ohjata elämäntavoissa vai ei. Lisäksi asiakkaan tausta ja elämäntavat määrittävät, millaista ohjausta hänen kuuluisi saada. Varhaisen puuttumisen vaikuttavuus riippuu niin asiakkaasta kuin hoitajastakin. Hoitajan ammattitaidolla on merkitystä onnistumisen kanssa, mutta niin on myös asiakkaan sitoutumisella ja vastuun kantamisella. (Asikainen 2010.)

Elintapamuutosohjauksessa tulee aina lähteä asiakkaan muutos halukkuudesta tai sen puuttumisesta. Muutoshaluttomalle asiakkaalle ei kannata antaa elintapaohjausta, vaan häntä kannattaa pyrkiä motivoimaan muutokseen. Muutoshalukkuuden puuttuminen ei tarkoita sitä, ettei asiakkaalla olisi tarvetta muutokselle. Mikäli potilaalla ei ole muu-

toshalukkuutta, hänellä on meneillään esiharkintavaihe. Harkintavaiheessa oleva asiakas tiedostaa oman elintapojensa muutostarpeen, mutta hän ei ole vielä valmis tekemään töitä muutoksen eteen. Asiakkaan kannalta tärkeää on saada hänet ymmärtämään muutoksen tärkeys. Valmistautumisvaiheessa oleva asiakas on jo ymmärtänyt tarpeen muutokseen ja on valmis tekemään siitä päätöksen. Tässä kohtaan asiakas tarvitsee tietoa ja keinoja muutoksen toteutumiseksi ja sitoutumisen onnistumiseksi. Ohjauksen vaikuttavuuden kannalta olisi hyvä, jos tässä vaiheessa asiakkaan kanssa tehtäisiin suunnitelma tavoitteiden saavuttamiseksi. Mikäli asiakas haluaa, hänet voi opastaa ryhmäohjaukseen, jos hän kokee sen vaikuttavammaksi. Toimintavaiheessa asiakas on jo valmis tekemään töitä muuttaakseen omaa toimintaansa. Koko terveyttä edistävän ohjauksen ajan, ohjaajan tehtävänä on tukea asiakkaan pystyvyyden tunnetta. Asiakkaan kanssa myös pohditaan vaihtoehtoisia keinoja ja toimintatapoja tavoitteiden saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi. Ylläpitovaiheen aikana asiakas osaa jo toimia tavoitteidensa suuntaisesti. Ohjauksen ei enää tarvitse olla niin intensiivistä, mutta on hyvä seurata ylläpitovaihetta. Sen takia, ettei tapahtuisi repsahduksia tai niihin voitaisiin reagoida mahdollisimman nopeasti. (Eloranta & Virkki 2011, 33 - 38.)

Asiakkaan ohjaus on tärkeää, olipa sitten kyse mistä tahansa terveydenhuollon toiminnasta. Selkeä ja ymmärrettävä ohjeistus antaa asiakkaalle paremman pystyvyyden tunteen ja he myös kokevat silloin voivansa vaikuttaa hoitoonsa enemmän. Mäki – Oppaan (2009) tutkielman mukaan ohjaus tilanteissa tulee aina ottaa huomioon millaisena asiakas kokee oman pystyvyytensä terveystyöskäytymisen muuttamiseen, sillä alhaisella pystyvyyden tunteella on yhteys päivittäisiin epäedullisiin elämäntapoihin. Pystyvyyden tunteella tarkoitetaan ihmisen kykyä ja tahtoa muuttaa omaa toimintaansa haluamaansa suuntaan. Se on hyvin tärkeä ominaisuus esimerkiksi elintapojen muuttamisessa parempaan suuntaan.

Myös kirjallisten ohjeiden käyttö on erityisen tärkeää. Hoitajan tulisi myös käydä kirjalliset ohjeet läpi asiakkaan kanssa jo ohjaustilanteessa, jotta asiakas ymmärtää niiden merkityksen. Erään tutkimuksen mukaan sadan hengen otannasta lähes kaikki olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ja kotihoito – ohjeisiin. Noin 90 % piti kirjallisia kotihoito- ohjeita välttämättöminä. Kuitenkin yli 50-vuotiaat pitivät kirjallista ohjeistusta tärkeämpänä. He myös toivoivat, että hoitaja kävisi kirjalliset kotihoito- ohjeet vielä suullisesti läpi, jotta varmistuisivat ohjeiden oikein ymmärtämisestä. (Salminen-Tuomaala, Kaappola, Kurikka, Leikola, Vanninen & Paavilainen 2010, 21 - 28.)

## 5 TUPAKKA KÄYTTÄYMISSÄ KARTOITUS JA ENSINEUVONTA

### 5.1 Asiakkaan tupakointitilanteen kartoitus

Tässä kappaleessa käsitellään asiakkaiden asenteita tupakointiin puuttumisesta ja sen vaikuttavuudesta. Kappaleen loppuosassa on kerrottu tupakoinnin kartoituksesta sekä Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän mallista tupakointiin puuttumiseksi.

Tupakointi vaikuttaa negatiivisesti ihmisen elämänlaatuun, sillä keski- iällä runsaasti tupakoivien miesten elämänlaatu niin psyykkisesti kuin fyysisestikin on paljon huonompi kuin tupakoimattomien. Lisäksi tupakoimattomat elävät 10 vuotta pidempään. Myös keski iällä runsaasti tupakoineet, jotka ovat kuitenkin myöhemmin lopettaneet tupakoinnin, kokivat elämän laatunsa huomattavasti paremmaksi kuin edelleen tupakoivat. (Strandberg, Strandberg, Pitkälä, Salomaa, Tilvis & Miettinen 2008, 2330.) Asiakkaat osaavat yleensä odottaa, että terveydenhuollon ammattilaiset kysyvät tupakoinnista. Lisäksi suurin osa ohjausta saaneista asiakkaista oli tyytyväisiä ohjauksen laatuun. Suuria tupakoivien asiakkaiden pelkoja oli, että hoitaja syyllistää heitä tupakoinnista tai on vihainen siitä. Toisaalta taas osa tutkituista oli sitä mieltä, että hoitajien olisi pitänyt olla vieläkin topakampia ohjauksessa. Vaikka asiakkaat pitivät yksilöohjausta asiakaslähtöisenä, olisivat he halunneet myös ryhmäohjausta, koska sieltä he olisivat saaneet vertaistukea tupakoinnin vähentämiseen ja lopulta sen lopettamiseen. (Laitinen & Toikkanen 2003.)

Ohjausta antavan terveydenhuollon ammattilaisen kommunikaatiotaidot vaikuttaa, miten asiakas ottaa terveyttä edistävän ohjauksen, sillä terveysneuvonnan asiakkaat pitivät tärkeänä, jos hoitaja ottaa heidät vastaan tasavertaisena ihmisenä ja hyväksyy heidät sellaisenaan. Asiakkaat myös ilmaisivat, että muutoksen onnistumisen kannalta pienet tavoitteet olivat tärkeitä, koska niitä on helpompi lähteä tavoittelemaan. Heidän motivaatiotaan lisäsi hoitajan kannustus ja positiivinen palaute aivan pienistäkin asioista. Terveysneuvonnan asiakkaat toivoivat saavansa olla mukana tekemässä päätöksiä ja olla vaikuttamassa omaan hoitoonsa. Lisäksi heidän mielestään myös teoriatieto lisäsi motivaatiota, koska siitä saatiin konkreettisia esimerkkejä terveyskäyttäytymisestä. Tuolloin asiakkaat myös huomasivat syy-seuraussuhteen elämäntapojen ja oman terveytensä välillä. Terveysneuvonnassa pidettiin tärkeänä luottamusta, pysyvää hoitosuhdetta ja rehellisyyttä. (Hyytiäinen 2010.)

Terveysneuvonnan vaikuttavuutta heikensi, jos hoitaja ajatteli olevansa korkearvoisempi asiakkaaseen verrattuna. Myös syyllistävä kohtelu heikensi motivaatiota, koska asiakas alkoi puolustella omaa toimintaansa. Muutosta estäviksi tekijöiksi asiakkaat ovat myös kertoneet kiireen, rauhattoman ohjaustilanteen, sekä asiantuntijan epäedulliset elämäntavat. (Hyytiäinen 2010.) Terveystieteiden ammattilaisilla on todettu olevan positiivinen vaikutus asiakkaiden muutoshalukkuuteen tupakoinnin lopettamisessa ja tupakoinnin lopettamisen onnistumisessa. Sen takia heidän tulisi entistä tiiviimmin liittää tupakkaneuvonta osaksi jokaisen asiakkaan hoitoa. (Absetz ym 2009, 15 - 16.) Lisäksi tutkimuksissa on todettu, että jo kehoitus tupakoinnin vähentämiseksi on vaikuttaa tupakoinnin lopettamismotivaatioon. On myös huomattu, että 1 - 3 minuutin motivoivasta keskustelusta saadaan vieläkin parempia tuloksia. Tupakoimattomuuteen pääsemistä voidaan tehostaa muutaman kerran tapahtuneilla seuranta käynneillä. (Duodecim 2006, 5- 6.) Ohjatun tupakoinnin lopettamisen onnistumiseen vaikuttaa interventioiden kesto, lukumäärä ja onko interventio moni ammatillista vai yhden ammattiryhmän tapaamiskertoja (Mäkinen & Alenius 2011). Myös Stm: n raportin mukaan lääkärin tai hoitajan tekemät tupakka interventiot vaikuttavat tupakoivien vieroituksen motivaatioon. Hoitajien pitämistä interventioista hyötyi parhaiten sairaalapotiilaat. Kontrolliaika lääkäreillä oli 12 kuukautta ja hoitajilla puoli vuotta. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Mahomaa 2008, 57 - 58.)

Sairaaloissa pitäisi olla mahdollisuus järjestettyyn ryhmäohjaukseen, mikäli asiakas kokee sen motivoivammaksi ja vaikuttavammaksi tavaksi tupakoinnin lopettamiseen (Absetz ym 2009, 23). Erään tutkimuksen mukaan ryhmän ohjaajalla on suuri motivoiva vaikutus tupakoinnin lopettamiseen, eikä vertaistuen vaikuttavuutta voida liiaksi korostaa. 127 hengen kohderyhmästä hieman yli puolet oli tupakoimattomia ryhmäohjauksen päätyttyä, ja tästä 3 kuukauden kuluttua tupakoimattomia oli noin 43 %. Kahden vuoden kuluttua ryhmäohjauksesta tupakoimattomia oli 21, 3 %. (Kilpeläinen, Järvi, Grönroos & Nordman 2004, 4013 - 4015.) Ryhmäohjaus on yhtä tehokasta kuin intensiivinen yksilöohjaus. Nämä molemmat lisäävät lopettamisen onnistumisen melkein kaksinkertaiseksi omahoidon onnistumisesta. (Kiiskinen ym. 2008, 59.) Yksilöohjauksen ja ryhmäohjauksen erot tupakoinnin lopettamiseksi johtuvat enemmänkin asiakkaiden omista mieltymyksistä. Intensiivisen yksilö ohjauksen ja intensiivisen ryhmäohjauksen välillä ei katsota juurikaan olevan eroa, kunhan asiakkaat kävivät ohjauksen täydellisenä loppuun asti. Ryhmäohjauksen paremman vaikuttavuuden katsotaan johtuvan siitä, että ryhmäohjauksessa käytetty aika minuutteina oli enemmän eli ohjaukseen käytetyllä ajalla oli suurempi merkitys. (Ramos, Ripoll, Estrades, Socias,

Fe, Duro, González & Servera 2010, 89 - 94.) Samankaltainen tulos on myös saatu suomalaisissa tutkimuksissa, sillä intensiivisemmät interventiot ovat vaikuttavampia kuin lyhyet interventiot. Lisäksi on havaittu, että ensiohjauksen jälkeinen seuranta on tärkeää onnistumisen kannalta. Tällöin vieroitettava asiakas ei tunne jäävänsä yksin. (Kiiskinen ym. 2008, 50.)

Erikoissairaanhoidossa tupakointineuvontaa on hyvin toteutettu osana keuhkosairaiden hoitoa, mutta se tulisi olla osana myös muiden sairauksien hoitoa. Suositusten mukaan vähimmäistavoitteena lääkäreillä ja hoitajilla olisi käyttää 6 k:n sääntöä, jolla tarkoitetaan: ”**kysy, keskustele, kirjaa, kehot, kannusta ja kontrolloi**”. (Absetz ym. 2009, 18- 21.) Noin 80 % terveyskeskuksen lääkäreistä ja hoitajista kertoo päivittäin keskustelevänsä asiakkaiden kanssa tupakoinnin lopettamisesta. Kuitenkin vain murto-osa asiakkaista saa tai ottaa tupakkavieroitukseen mukaan nikotiinikorvaushoidon, vaikka sillä on todettu olevan suuri apu vieroittamisen onnistumiseksi. (Absetz ym 2009, 23 - 25.) Kuitenkin toisen tutkimuksen mukaan tupakasta vieroitus on vain tupakoinnista kysymistä ja nikotiinikorvaushoidon tarjoamista. Tutkimuksesta myös ilmeni, että asiakkaan seurantaan ei paneuduttu puuttuvan ohjeistuksen takia. Lisäksi ei tiedetty, kuinka tupakka interventio kirjataan. Aalto, Ahonen, Hakamäki, Heino-Tolonen, Herrala, Kolu, Kotisaari, S Laasonen, Lappalainen- Lehto, Ojansuu- Siljamäki, Oksa, Rigoroff, Rimpelä & Wiss. 2010. 20102010,126 - 127.)

Sosiaali- ja terveysministeriö ja terveydenhuollon ammattiliitot ovat ilmaisseet, että tupakasta vieroitukseen tulisi olla osa jokaisen asiakkaan hoitoa (STM 2011, 1 - 2). Useat sairaalat ovat järjestäneet tupakoinnin vieroitukseen perehtyneitä klinikoita, jotka on ensisijaisesti tarkoitettu sairaalan potilaille. Klinikoiden vaikutus tupakoinnin lopettamiseen on todettu hyväksi, sillä noin 30 % vapaaehtoisesti sinne tulevista potilaista on lopettanut tupakoinnin viimeisen vuoden sisällä. (Absetz ym. 2009, 16.)

On huomattu, että erikoissairaanhoidossa toimet tupakoinnin vähentämiseksi ovat kirjavat. Tupakoinnista kysyttiin niin lääkärin kuin hoitajienkin osalta hyvin. Molemmat ammattiryhmät pitivät myös tupakoinnin vähentämistä tärkeänä. Mikäli tupakointi tilannetta ei kysytty, syyksi laitettiin usein kiire, henkilökunnan vaihtuvuus ja ohjeistusten puuttuminen. (Aalto, Ahonen, Hakamäki, Heino-Tolonen, Herrala, Kolu, Kotisaari, S Laasonen, Lappalainen- Lehto, Ojansuu- Siljamäki, Oksa, Rigoroff, Rimpelä & Wiss. 2010. 2010, 127.)



Ensiohjauskäynnillä esitietojen kerääminen on erityisen tärkeää jatkoa ajatellen. Esimerkiksi asiakkaalta voidaan tiedustella, ensimmäinen kokeilukerta, milloin tupakointi muuttui säännölliseksi, kauanko hän on tupakoinut ja kuinka monta savuketta polttaa päivässä. Nämä kysymykset käsittävät asiakkaan terveystietojensa kartoituksen tupakoinnin osalta. (Hildén 2006, 58 - 60.) Kymenlaakson sairaanhoidon- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän poliklinikoilla kartoitus tupakoinnista tehdään jokaisen uuden asiakkaan tuloa poliklinikalle (Carea 2010a; liite 2). Asiakkaat saavat kutsukirjeen mukana kyselylomakkeen tupakointitottumuksista. Tupakointitottumuskyselyssä (Carea 2010b; Liite 3) kartoitetaan tupakoinko asiakas, jos tupakoi, onko tupakointi säännöllistä, kuinka paljon tupakkaa menee päivässä, Kuinka kauan asiakas on tupakoinut, kuinka kauan heräämisestä menee siihen kun asiakas polttaa päivän ensimmäisen tupakansa ja käyttääkö asiakas nuuskaa. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän poliklinikalla asiakkaalta pyydetään tupakointitottumuksien kyselylomake. (Carea 2010a; Liite 2.)

## 5.2 Tupakoinnista luopumisen ensineuvonta

Jos lomakkeesta selviää, ettei asiakas ole koskaan tupakoinut tai hän on jo lopettanut tupakoinnin aikaisemmin, hänelle pitäisi antaa positiivista palautetta ja kannustaa jatkamaan tupakoimattomuuttaan. (Carea 2010a; Liite 2)

Ensimmäisellä vastaanottokäynnillä, jolloin myös kartoitus tehdään, hoitaja arvioi asiakkaan halukkuutta tupakoinnin lopettamiseen. Tuolloin saadaan selville missä vaiheessa tupakoiva asiakas on oman muutosvaiheensa kanssa. (Hildén 2006, 58 - 60.) Yleisimmin elintapamuutosta prosessia kuvataan transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan, johon kuuluu esiharkintavaihe, harkintavaihe, valmistelu- ja päätöksentekovaihe, toimintavaihe ja ylläpitovaihe. Muutosvaihemalli toimii hyvänä työkaluna ohjauksen antajalle. Lisäksi hän voi käyttää apunaan motivoivaa haastattelua vahvistaakseen muutosprosessia. (Eloranta & Virkki 2011, 32 - 38.) asiakkaan motivaation lisäämiseksi on hyvä ottaa myös häntä hoitava lääkäri mukaan vieroitukseen. On todettu, että lääkärin sanalla on asiakkaista merkitystä. (Absetz, Airaksinen, Heikkinen, Jormanainen, Kentala, Kurko, Leppänen, Mesiäislehto- Soukka, Ollila, Patja, Salomäki, Sandström, Simonen & Winel 2009, 37 - 39).

Jos tupakointitottumusten kartoituslomakkeesta selviää, että asiakas tupakoi, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen mallin tupakointiin puuttumiseksi mukaan

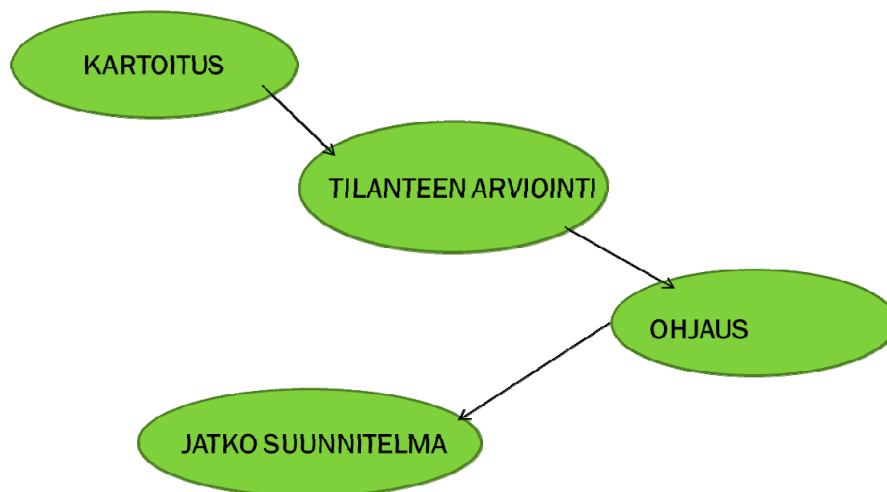
hoitohenkilökunnan tulisi selvittää, onko asiakas halukas lopettamaan tupakointia tai onko hän edes koskaan miettinyt lopettamista. Jos asiakas ei ole vielä valmis lopettamispäätökseen, häntä kannustetaan tupakoinnin lopettamiseen ja neuvotaan, mistä hän voi tarvittaessa hakea apua ja tukea. Asiakkaalle kerrotaan savuttoman sairaalan käytännöistä. Lisäksi hänelle pitäisi antaa oppaat: ”Tänään on oikea päivä!” sekä ”Tupakointi sairaalajakson aikana”. (Carea 2010a; liite 2)

Jos tupakoija on jo tehnyt lopettamispäätöksen, hänen päätöstään vahvistetaan, esimerkiksi kysymällä miksi hän haluaa lopettaa tupakoinnin. Päätöksen tehneelle asiakkaalle tulee myös kertoa miten vieroitus tupakoinnista tapahtuu ja kuinka asiat etenevät. Lopettamispäätöksen tehtyään vieroittaja ja asiakas yhdessä miettivät tupakoinnin vieroituksen alkamispäivää. Suositusten mukaan sen tulisi olla noin viikon päästä arviointikäynnistä. (Hildén 2006, 60.)

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen mallin mukaan asiakkailta, jotka harkitsevat tupakoinnin lopettamista tai haluaisivat pitää tauon tupakoinnista sairaalajakson ajan, kuuluisi terveydenhuollon henkilökunnan mitata Fagerströmin testin (Carea 2010c; liite 4) avulla asiakkaan nikotiiniriippuvuutta. Fagerströmin testiin kuuluu 2 osaa, jossa tiedustellaan, kuinka pian asiakas polttaa päivän ensimmäisen tupakan ja kuinka paljon savukkeita menee päivässä. Nämä kaksi kysymystä ovat myös tupakointitottumusten kartoituslomakkeessa. Kysymysten avulla arvioidaan, onko nikotiiniriippuvuusaste vähäinen, kohtalainen, vahva vai hyvin vahva. (Carea 2010c; liite 4.) Tämän jälkeen asiakkaan kanssa on hyvä käydä läpi tupakoinnin vaikutuksesta hänen terveyteensä ja kertoa lopettamisen hyvät puolet. Ohjauksen aikana asiakasta kannustetaan ja yritetään kaikin tavoin vahvistaa muutoshalukkuutta. (Carea 2010a; Liite 2.) Fagerströmin testiin (Carea 2010c; liite 4) on tehty ohjeistus, kuinka voidaan ohjeistaa nikotiinikorvaushoidosta kiinnostuneita. Se mukaan nikotiinikorvaushoito riippuu tupakoitsijan nikotiiniriippuvuusasteesta. Lisäksi siihen on laitettu huomioita siitä, mitkä ovat vasta-aiheita nikotiinikorvaushoidolle tai milloin sitä tulee käyttää varoen. Kun nikotiinikorvaushoidosta on tehty päätös, pitää asiakkaan kanssa keskustella miten vieroitushoito jatkuu asiakkaan kotiuduttua sairaalasta. Myös lääkärin konsultointi voi olla aiheellista aloitettaessa korvaushoitoa todella korkean asteen nikotiiniriippuvaisille. Lopuksi asiakkaalle annetaan oppaat: ”Tänään on oikea päivä! - ” ja Tupakoinnin lopettaminen”. Asiakkaalle kerrotaan myös mistä hän voi saada tukea ja kannustusta tupakoinnin lopettamiseen. Viimeiseksi terveydenhuollon henkilökunnan

täytyy kirjata tiedot asiakkaan tupakoinnin lopettamisesta, jotta myös jatkohoitopaikka voi kannustaa asiakasta tupakoinnin lopettamisessa. (Carea 2010a; liite2.)

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä tupakoinnin puutumismallin mukaan jokaisen asiakkaan tupakointitottumukset kirjataan Efficaan potilastietojärjestelmään mittaritietona, jonne merkitään mikä on savukkeiden määrä vuorokaudessa, kuinka kauan asiakas on tupakoinut, ja kuinka suuri on riippuvuusaste. Lisäksi Whoike:n merkitään asiakkaan tupakointitottumukset, muutoshalukkuus ja hoitosuunnitelma tupakoinnin lopettamiseksi, mikäli se on tehty. (Carea 2010a; liite 3.) Kuvassa 1 on havainnoitu tupakointitottumusten kartoituksen ja ensiohjauksen prosessi. Kuvasta voi nähdä, kuinka hoitohenkilökunnan toiminta etenee tupakoinnin kartoituksesta jatkosuunnitelmien tekemiseen.



Kuva 1. Tupakointitottumusten kartoitus ja ohjaus

### 5.3 Tupakoimattomuuteen tähtäävä prosessi

Tämä opinnäytetyö käsittelee vain terveyskäyttäytymisen kartoitusta ja ensiohjausta. Tähän on laitettu kappale tupakoimattomuuteen tähtäävästä prosessista, jottei lukijalle jää kuvaa, että ohjaus jää vain yhdeksi kerraksi. On havaittu, että tupakkaintervention tehoon vaikuttaa kuinka monta tapaamiskertaa tupakkainterventioon kuluu. Lisäksi asiakkaan motivaatiota tupakoinnin lopettamiseen voidaan lisätä, jos otetaan mukaan useita terveydenhuollon ammattilaisia. (Duodecim 2006, 6.) Tupakoimattomuuteen pääsyssä voidaan käyttää useista kerroista toistuvia ohjauksetoja, jonka avulla asiakas motivoidaan eroon tupakasta. Lisäksi tupakkaohjausta voi pitää mini – interventiona, jossa nikotiinikorvaushoito ja asiakkaan itsehoito korostuvat. Kuitenkin tupakoinnista

pitää olla mahdollisuus keskustella jokaisella lääkärin vastaanotolla. Sen on todettu vaikuttavan asiakkaan motivaatioon ja tupakoinnin lopettamisen onnistumiseen. (Duodecim 2006, 5 - 6.)

Asiakkaat saattavat käyttää useiden organisaatioiden palveluja samaan aikaan. Kuitenkin normaalisti päävastuu on perusterveydenhuollolla tai työterveyshuollolla. On tärkeää, ettei vieroitushoito katkea organisaatioiden välillä, vaan erikoissairaanhoidossa aloitettu vieroitus jatkuu myös perusterveydenhuollossa. (Duodecim 2006,12.)

Ensimmäisellä hoitokäynnillä on hyvä käydä asiakkaan elämäntilanne läpi, jotta ohjaus olisi mahdollisimman vaikuttavaa ja saadaan tietoon mahdolliset asiakkaan motivaatioon vaikuttavat kriisit. Asiakkaalta kysytään sen hetkinen tupakointitilanne. Mikäli asiakas on edelleen tupakoinnin lopettamisen kannalla, ohjaaja jatkaa asiakkaan motivointia. (Hildén. 2006, 60 - 64.) Kannustamisen on todettu auttavan paljon enemmän kuin syyttelyn. On hyvä muistaa, että useilla tupakoinnin vieroituksen asiakkailla voi olla jo useampi tupakoinnin lopettamisyritys takana. (Vierola 2010, 294.)

Hoitokäynnin alussa asiakkaalle tehdään Fagerströmin testi, jotta saadaan tietää hänen riippuvuusaste. Näin voidaan myös arvioida mahdollinen nikotiinikorvaushoidon tarve. Asiakkaan ja hoitajan näkyville kirjoitetaan asiakkaan kaikki päivittäiset tupakointikerrat. Näin on mahdollista yhdessä pohtia ja arvioida asiakkaan tilannetta. Lisäksi on hyvä käydä myös läpi tupakointipaikat ja henkilöt, jotka ovat sidoksissa asiakkaan tupakointiin. Tarkastelun jälkeen asiakkaan annetaan itse päättää, mitkä 2 - 3 tupakkaa hän jättää pois seuraavalla viikolla. Tupakoinnin lopettaminen vähentämällä toimii niin, että joka viikko asiakas vähentää 2 - 3 tupakkaa. Jossakin kohtaan tupakointikerroja ei ole enää yhtään. (Hildén. 2006, 60 - 64.)

Osa ihmisistä käyttää niin sanottua kerrasta - poikki metodia, eikä vähentämällä eroon tupakasta - metodia. On todettu, että kerrasta poikki - metodi sopii nuorille aikuisille, jotka eivät ole vielä niin kauan tupakoineet. Tuolloin riippuvuuskaan ei välttämättä ole edennyt niin pahaksi. Kun asiakas on päättänyt, mitkä tupakkakerrat hän jättää seuraavalla viikolla pois, asiakas ja hoitaja yhdessä pohtivat, mitä asiakas tekee sen aikaa, jolloin ennen tupakoi. Tarkat päivärutiinit voivat helpottaa vieroitusta ja lopettamisen onnistumisprosentti kasvaa. Lisäksi säännöllisellä elämällä on yleensä vaikutusta omaan elämäntilanteeseen. (Vierola 2010, 302.) Hoitajan on hyvä muistaa, että tupakointiterveystoimenpiteet on hyvin ratkaisu keskeinen, eikä asiakkaalle anneta suoria vastauksia.

Tarkoituksena on, että asiakas voi itse pohtia omaa toimintaansa ja siten myös muuttaa sitä. Ensimmäisen hoitokäynnin lopuksi asiakkaalle annetaan kotitehtäväksi merkitä kaikki tupakointikerrat ylös ja pohtia tuntemuksia tupakoinnin aikana. Näin lisätään asiakkaan ja hoitajan tietämystä asiakkaan tupakoinnista ja saadaan tietoa asiakkaan tunneyhteyksistä tupakointiin. (Hildén 2006, 60 - 64.)

Toinen hoitokäynti on vieroituksen toisella viikolla, jolloin keskustellaan asiakkaan kanssa kuinka hänen viikkonsa on kulunut ja onko hän päässyt tavoitteeseensa. Jos asiakkaalla on tullut viikon aikana retkahduksia, ne käydään läpi. Hoitaja ja asiakas yhdessä pohtivat, miksi asiakas päätyi tupakalle. Samalla yritetään pohtia uusia toimintatapoja jatkoa ajatellen, jotta hän saavuttaisi tavoitteensa. Hoitaja käy myös asiakkaan kanssa läpi hänen viikon aikana pitämänsä tupakka päiväkirjan. Lisäksi molempien esille kootaan asiakkaan tupakointiin liittyvät tunteet, jolloin molemmat saavat kallis arvoista tietoa asiakkaasta ja hänen riippuvuudestaan. (Hildén 2006, 64 - 66.) Nikotiini riippuvaiselle tunnetupakointi on hyvin tavallista, jolloin asiakkaan on pyrittävä keksimään uusia selviytymiskeinoja tunnetupakoinnin tilalle (Vierola 2010, 296 - 297). Seuraavaksi asiakkaan kanssa käydään yhdessä läpi tupakoinnin lyhyen ja pitkän aikavälin plussat ja miinukset. Ne kirjoitetaan molempien näkyville niin, että aloitetaan tupakoinnin plussista. (Hildén 2006, 66.)

Kolmas hoitokäynti on kolmannella vieroitus viikolla, jolloin käsitellään elämän varrella tulevia riskitilanteita ja kuinka niistä voi selvitä ilman tupakkaa. asiakkaan kanssa käydään läpi edellisen viikon kulku ja onko hän päässyt tavoitteisiin. Lisäksi pohditaan uusia ratkaisumalleja tavoitteisiin pääsemiseksi. Tähän voidaan myös käyttää apuna ongelmaratkaisumallia. (Hildén 2006, 66 - 67.) Ongelmaratkaisumallin tarkoituksena on oppia tunnistamaan ja tarkastelemaan mahdolliset eteen tulevat ongelmat. Kun asiakas oppii ymmärtämään ja tunnistamaan vastaan tulevat riskitilanteet, hänen on helpompi vaikuttaa niihin. Jotta asiakas tunnistaa riskitilanteet, hänen tulee löytää keinot riskitilanteita varten. Jos asiakas ongelmaratkaisumallin avulla päättää olla tupakoimatta, se luultavasti auttaa häntä matkalla tupakoimattomuuteen. Kolmannella hoitokerralla perehdytään myös itsepetostekniikoihin, koska yleensä niiden avulla asiakas retkahtaa tupakoimaan. Itsepetostekniikat ovat periaatteessa syitä, miksi hän tällä kertaa antaa itselleen luvan tupakoida, vaikka on jo lopettanut tupakoinnin. (Hildén 2006, 69 - 71.) Itsepetostekniikoihin voi vaikuttaa kotikonstein pohtimalla lopettamisen myönteisiä vaikutuksia. Jokaisen lopettajan on hyvä pohtia, mikä on itse-

ään eniten motivoiva voima. (Vierola 2010,314 - 315.) Koska tupakoinnissa on kyse riippuvuudesta, sen lopettaminen aiheuttaa eriasteisia vieroitusoireita. Vieroitusoireet riippuvat siitä, kuinka vahva riippuvuus asiakkaalla on. Vieroitus oireet loppuvat muutamassa viikossa, kun elimistö on tottunut nikotiinittomuuteen. Jos vieroitusoireet tuntuvat liian voimakkailta selvitä, asiakas voi käyttää apuna nikotiinikorvaushoitoa. (Hildén 2006,69 - 71.)

Neljännän hoitokerran ajankohta riippuu kuinka monta tupakkaa asiakas poltti vieroituksen alussa. Tässä vaiheessa asiakas polttaa 2 - 3 savuketta vuorokaudessa. Hoitokäynnin aikana kerrataan uudestaan tupakoimattomuutta uhkaavat tekijät, joihin voi liittyä paikat, ihmiset, tunnetilat sekä alkoholin nauttiminen. Lisäksi on hyvä käydä läpi tilanteet, joita asiakas pitää pahimpina uhkina tupakoimattomuudelle. Tämän hoitokerran loppuvaiheessa asiakas laittaa itselleen tarkan päivän, jolloin lopettaa tupakoinnin kokonaan. Tämän jälkeen lopettamispäivä edetään vieroittajan kanssa yksityiskohtaisesti. Suunnitelma kannattaa kirjata ylös seuraava kertaa varten. Lisäksi asiakkaalla on hyvä olla varasuunnitelma, mikäli lopettaminen tutuu lopettamispäivänä mahdottomalta. (Hildén 2006, 72 - 73.) Tupakoinnin lopettajalla on hyvä olla tarkat suunnitelmat lopettamisesta, sillä se auttaa motivoinnissa ja lisää vaikuttamisen mahdollisuuksia omaan elämään ja terveyteen. (Vierola 2010, 292).

Viidennen hoitokäynnin ajankohta on noin viikko tupakoinnin lopettamisen jälkeen. Asiakkaan kanssa käydään läpi ensimmäinen kokonaan tupakoimaton päivä; mitä ajatuksia ja tunteita siihen liittyi. Onko asiakas pysynyt tupakoimattomana. Asiakkaan kanssa kerrataan tupakoimattomuuden plussat ja miinukset. Lisäksi on hyvä tiedustella asiakkaalta, millaisia positiivisia asioita hän on huomannut viikon tupakoimattomuuden aikana. Lisäksi käydään läpi jo suunnitellut riskienhallintakeinot ja kehitetään myös uusia. Myös hoitajan osalta pieni palkinto voi olla paikallaan, jolla korostetaan, että palkkio on asiakkaan suuresta ponnistelusta omaa riippuvuuttaan vastaan. (Hildén 2006, 73- 74.) Vieroituksessa on myös hyvä pohtia nikotiinin aiheuttamia vieroitusoireita, etteivät ne ole liian kovia asiakkaalle (Vierola 2010,301).

Seurantakäyntejä voi tehdä tarpeen mukaan, mutta olisi suotavaa, että niitä tehtäisiin ensimmäisen vuoden ajan, koska suurin vaara aloittaa tupakointi uudestaan on seuraavan 3 kuukauden aikana. Seurantakäynneillä voidaan paneutua elämänhallintaan, koska silloin voidaan vaikuttaa tiedossa oleviin ongelmiin ja auttaa asiakasta jatkamaan

tupakoimattomuutta. Lopuksi asiakkaalle voidaan tehdä tyytyväisyys kysely tämän hetkisestä elämästä ja sen hallinnasta. (Hildén. 2006, 74 - 75.)

#### 5.4 Nikotiinikorvaushoito

Nikotiinikorvaushoidon tarkoituksena on helpottaa tupakoinnin lopettajan vieroitusoireita. Näin vieroitus helpompaa sekä se lisää onnistumismahdollisuuksia. Kuitenkaan tupakasta vieroituksen ei tule olla pelkkää nikotiinikorvaushoitoa, vaan silloinkin vieroitukseen tulee liittää ohjaus ja tuki. Nikotiinikorvausvalmisteita on erilaisia ja kaikki niistä lisäävät tupakoinnin lopettamisen onnistumismahdollisuutta 1.5 – 2 kertaiseksi. Nikotiinikorvaus hoitoa olisi suositeltava kaikille, jotka polttavat yli 10 savuketta vuorokaudessa. Vaikka nikotiinikorvaushoito kestäisi suunniteltua kauemmin, se on silti terveellisempi vaihtoehto kuin tupakointi. (Mäkinen & Alenius 2011.) Nikotiinikorvaushoidossa ei ole merkittävää missä muodossa sitä on käytetty. Tupakoinnin lopettamisen onnistumiseen vaikuttaa nikotiinikorvausvalmisteen vahvuus ja kuinka kauan sitä käytetään. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Mahomaa 2008, 58 - 59.) Vaikeasti nikotiiniriippuvaiselle voi lääkäri määrätä reseptillisiä nikotiinikorvausvalmisteita. Mikäli Fagerströmmiin testissä näkyy, että asiakas on vahvasti nikotiiniriippuvainen, hänelle kannattaa varata vastaanottoaika lääkärille reseptillisen nikotiinikorvaushoidon aloittamiseksi. Myös joidenkin reseptillisten nikotiinivalmisteiden kanssa voidaan käyttää lisäksi reseptivapaita nikotiinikorvausvalmisteita. (Mäkinen & Alenius 2011.)

## 6 ALKOHOLIN KULUTUKSEN KARTOITUS JA SUURKULUTTAJIEN ENSINEUVONTA

### 6.1 Asiakkaan alkoholinkäytön kartoitus

Tässä kappaleessa käsitellään aluksi asiakkaiden kokemuksia alkoholinkäytöstä kysymisestä ja mini- intervention vaikuttavuudesta. Sen katsotaan olevan perustelua sille, miksi alkoholinkäytön kysyminen on tärkeää alkoholiongelmiensa ennaltaehkäisemisessä. Ennalta ekäisevän työn tärkeyttä kuvaa se, että jo alkoholin rajukertajuominen on yksi suurimpia traumatologisten terveystennojen aiheuttajia. Humalahakuinen juominen vaikuttaa aivojen toimintaan kaikilla osa- alueilla aivojen suuren vesipitoisuuden vuoksi. (Puljula, Savola & Hillbom 2011, 1749 - 1752.)

Asiakkailla on monenlaisia kokemuksia terveydenhuollon henkilökunnan alkoholiin liittyvistä kysymyksistä. Suurin osa kuitenkin oli sitä mieltä, että alkoholista kysyminen kuuluu lääkärin ja hoitajien työhön samalla tavalla kuin tiedustelu muistakin elämäntavoista. Joidenkin asiakkaiden mielestä alkoholin puheeksi ottaminen saattoi olla vain toteamus, eikä jatkotoimenpiteisiin ryhdytty tilanteen parantamiseksi. Välillä lääkäri saattoi ilmaista paheksuntansa ja syyllistää alkoholin liikkakäytöstä. Tästä johtui se, että asiakkaat alkoivat kaunistella omaa alkoholin käyttöönsä. (Aira & Haarni 2010. 579 - 585.) Halosen (2005) mukaan osa päihdeongelmaisista toivoi, että heidän alkoholin käyttönsä olisi tullut jo aiemmin esille eli sitä olisi kysytty jo silloin kun varsinaista ongelmaa ei vielä ole. Monet toivoivat myös informaation lisäämistä päihdeongelmasta sekä johdonmukaista hoitoa ja toimintatapaa varhaisvaiheen päihdetyöhön. Useat päihdeongelmaiset kuvaavatkin hoitoonohjauksen tulleen omasta tahdosta tai jonkun henkilön ohjaamana. Kun asiakas on mennyt työterveyslääkäriltä hakemaan sairaslomatodistusta, kukaan ei tiedustellut heidän alkoholin käyttöä. Vasta työelämän loputtua ja fyysisesti huonossa kunnossa ollessaan he saivat tiedustelemalla tai sosiaaliohitoijan ehdottamana neuvoa alkoholiongelmaisen hakeutumisesta hoitoon.

Vuonna 2005 julkaistun tutkimuksen mukaan noin 16 % kaikista AUDIT- lomakkeen täyttäjistä olivat parhainta kohderyhmää mini- interventiolle, kun arvioidaan mini- intervention vaikuttavuutta. Näiden 16 %: in pistemäärä jää välille 8 – 19. Kaikista AUDIT: in täyttäjistä noin 3 % sai 20 pistettä tai enemmän ja huomattavalle osalle tähän 3 % kuuluvista ei enää mini- interventio riittänyt, vaan he tarvitsivat päihdeongelmaisille suunnattuja palveluja. Vuoteen 2007 8- 19 pistemäärän saaneita esiintyi vähemmän, jolloin niitä oli 12 %. (Kuokkanen ym 2008, 771 - 774.) Erään tutkielman mukaan noin puolella alkoholin riskikuluttajista on alhaisempi pystyvyyden tunne kuin alkoholin kohtuukäyttäjillä, jolloin myös he tarvitsevat enemmän tukea ja kannustusta alkoholinkäytön vähentämiseen (Mäki- Opas 2009).

Mini- interventioin on todettu auttavan 1/10 neuvontaa saaneista alkoholinsuurkuluttajista. Arvioltaan suomessa on noin 500 000 alkoholinriskikuluttajaa. Näin ollen jos alkoholineuvontaa annettaisiin aina tarpeen tullen, voitaisiin ehkäistä asiakkaan sosiaalisia, fyysisiä ja psyykkisiä ongelmia ja myös parantaa asiakkaan elämänlaatua jo varhaisessa vaiheessa. (Aalto, ym 2008. 19.) Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan myös mini-intervention kestolla on merkitystä. Tuon tutkimuksen mukaan 94 % oli saanut mini- interventio ohjausta alle viiden minuutin ajan. Kuitenkin asiakkaat arvioivat, et-



tä yli minuutin kestävä neuvonta on ollut huomattavasti vaikuttavampaa kuin alle minuutin kestävä neuvonta. (Nilsen, McCambridge, Karlsson & Bendtsen 2011, 1748 - 1756.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tulisi kartoittaa asiakkaan alkoholin kulutusta esimerkiksi AUDIT- lomakkeen avulla. Alkoholin käytön kartoitusta tulisi lisätä, sillä erään tutkimuksen mukaan vuonna 2005 AUDIT- lomake annettiin täytettäväksi 58 %:lle terveyskeskuksessa käyneelle asiakkaalle ja vuonna 2007 luku oli hieman vähentynyt, sillä lomakkeen sai noin 52 % asiakkaista. (Kuokkanen ym. 2008, 771 - 774.) Mini- interventio kestää noin 10 -15 minuuttia ja sen teho on yhtä hyvä sukupuolesta tai iästä riippumatta. Parhaimmillaan teho on silloin kun ongelmat ovat pieniä. Yhden mini- intervention vaikutus voi kestää jopa neljä vuotta. (Seppä 2006, 9.) STM:n suosituksessa pidetään hyvänä mini- intervention kestona 10 - 15 minuuttia, mutta siinä myös suositellaan kaikille mini- intervention asiakkaalle seurantakäyntejä, jolloin tiedetään kuinka asiakas pääsee tavoitteisiinsa (Aalto, ym 2008, 17 - 18).

Behm: in (2005) mukaan käytännöt alkoholin suurkuluttajan tunnistamiseksi ovat kirjavat. Yleisimmin tunnistamisessa käytetään havainnointia, joista yleisin oli arvioida asiakkaan ulkoista olemusta. Vasta tämän jälkeen haastateltiin asiakasta häneen alkoholin kulutuksestaan tai annettiin hänelle täytettäväksi AUDIT- lomake. Sairaanhoidajat arvioivat, että heidän vastaanotolla käy vain muutamia alkoholin suurkuluttajia viikossa, vaikka useat tutkimukset osoittavatkin muuta. Toisaalta sairaanhoidajan koulutuksen saaneet eivät osanneet kertoa eroa päihdeongelmaisen ja alkoholin riskikuluttajan välillä, vaan he kokivat ne samaksi asiaksi.

Alkoholin käytön kysymiseen on useita toimintatapoja. Kuitenkin Phepa- projektin suomenoloihin tehdyn suosituksen mukaan yksikertaisinta on käyttää WHO:n AUDIT- C- lomaketta, jossa laajemman AUDIT- lomakkeen kolme ensimmäistä kysymystä. Nämä kolme mittaavat juomisen tiheyttä, tyypillistä juomispäivän alkoholin määrää ja humalajuomisen tiheyttä. Paras tapa löytää alkoholin riskikuluttajat väestöstä olisi kysyä jokaiselta terveydenhuollon palveluihin tulevalta asiakkaalta alkoholin käytöstä. Jos jostain syystä näin ei voida toimia, voidaan määritellä jokin tietty kohde-ryhmä, jolta tiedustellaan alkoholin käyttöä. Lisäksi olisi tärkeää tiedustella asiakkaan humalajuomista. Kuitenkaan ilman pätevää syytä alkoholin käyttöä ei tarvitse kysyä samalta ihmiseltä kuin kerran neljässä vuodessa. (Seppä 2006, 7.)

Laajaa AUDIT- kysely tulee tehdä, jos mies saa AUDIT-C: n pistemääräksi 5 tai enemmän tai jos viikon käyttömäärä ylittää 280g absoluuttista alkoholia eli 24 annosta. Myös laaja AUDIT- kysely tehdään naiselle jonka AUDIT pistemäärä on 4 tai enemmän tai hänen viikon käyttömäärä ylittää 190g absoluuttista alkoholia eli 16 annosta. Biokemiallisia laboratorionkokeita ei kannata ottaa alkoholin riskikulutuksen tunnistamiseen, koska niiden herkkyys on tässä vaiheessa varsin huono. ( Seppä 2006, 7 - 8.) Kuitenkin STM:n (2008b) ohjeistuksen mukaan riskiryhmän tunnistamisessa käytetään vain laajaa AUDIT- lomaketta tai haastattelua. Audit lomake kuitenkin toimii hyvänä pohjana haastattelun aikana (Aalto, ym 2008.17 - 18). Kun selvitetään alkoholin riskikulutusta, on samalla hyvä pohtia, onko mini- interventio tarpeeksi vaikuttava ohjausmuoto tai onko asiakas edes kiinnostunut vähentämään alkoholinkäyttöään (Kynäns, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 100 - 101).

Kymenlaakson sairaanhoito- ja kuntayhtymä lähettää jokaiselle uudelle asiakkaille alkoholin kulutuksen riskitesti- lomakkeen eli Audit C:n. (Carea 2010e; liite 6). Audit C lomakkeessa on 3 kysymystä, joiden avulla hoitohenkilökunta saa kuvan asiakkaan alkoholinkäytöstä ja se auttaa heitä tunnistamaan alkoholin riskikuluttajat. Kun asiakas tulee kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän poliklinikalle, sairaanhoitaja pyytää asiakkaan täyttämään Audit C- lomakkeen ja laskee pisteet. Mikäli asiakas saa alle 5 pistettä hoitaja antaa asiakkaalle positiivista palautetta ja kannustaa jatkamaan samalla tavalla eteenpäin. Mikäli asiakas saa Audit C- lomakkeesta (Carea 2010e; liite 6.) 5 pistettä tai enemmän, täyttää asiakas itse hoitajan antaman laajan Audit- lomakkeen (Päihdelinkki 2011; Liite 7) tai hoitaja haastattelee asiakasta lomakkeen pohjalta. (Carea 2010d; Liite 5.)

## 6.2 Alkoholin kulutuksen vähentämisen ensiohjaus

Mies on alkoholinriskikuluttaja, kun hän käyttää alkoholia yli 24 annosta viikossa tai hän juo yli 7 annosta päivässä. Samoin nainen on alkoholin riskikuluttaja, jos hänen käyttönsä ylittää 16 annosta viikossa tai 5 annosta päivässä. (Seppä 2006, 5.) Käypähoitosuosituksen mukaan riskirajana pidetään sitä kerta annosta tai viikkoannosta, josta todennäköisesti tulee terveyshaittoja, mikäli käyttö on jatkuvaa (Duodecim 2010, 4 - 5). Suomessa yksi alkoholiannos on 12g absoluuttista alkoholia. Jotta alkoholikulutuksen laskeminen olisi helpompaa, on annettu selvät ohjeet missä määrässä on 12g

absoluuttista alkoholia. Ne ovat: 0,33 pullo keskiolutta, 12 cl mietoa viiniä, 4 cl väkeviä juomia (THL 2008).

Yleislääketieteen erikoislääkäreitä kysyttiin vuonna 2007 kuinka usein he tekevät alkoholiin liittyvää mini- interventioita. Vastanneista 20 % vastasi tekevänsä mini- interventiota säännöllisesti tavatessaan alkoholinriskikuluttajan. Joskus mini- interventiota tekevien määrä oli kuitenkin runsaasti suurempi, sillä se oli 61 %. (Aalto ym 2008. 55 - 56.)

Käytännöt mini- intervention tekemisestä vaihtelivat sairaanhoitajan mukaan, sillä heillä ei välttämättä ollut mitään suunniteltua käytäntöä varhaisvaiheen päihdetyöstä. Jos asiakas oli jo motivoitunut muuttamaan omaa alkoholinkäyttöään, hänet lähetettiin A- klinikalle, koska katsottiin, ettei jatkoseuranta kuulu heidän toimenkuvaansa. (Behm 2005) Eniten mini- interventio asiakkaat saivat suullista neuvontaa hoitajalta tai lääkäriltä. Lisäksi kirjallisen materiaalin käytön osuus lisääntyi tutkimuksen aikana. Varsinkin juomapäiväkirja tuli suosituksi mini- intervention yhteydessä. (Kuokkanen, ym 2008. 771 - 774.)

Mini- interventiossa asiakkaalle annetaan palautetta hänen juomamäärästä ja kerrotaan sen aiheuttamista ongelmista lyhyellä ja pitkällä aika välillä. Yhdessä asiakkaan kanssa asetetaan tavoite viikottaiselle alkoholinkulutukselle. Tavoitteen tulisi olla miehillä vähemmän kuin 280 g absoluuttista alkoholia viikossa ja naisilla vähemmän kuin 160 g absoluuttista alkoholia viikossa. asiakkaita myös kannustetaan ja motivoidaan muuttamaan alkoholinkulutustaan. Hoitohenkilökunnan tulee lisäksi korostaa, ettei asiakkaalla vielä ole alkoholiriippuvuutta. (Seppä 2006, 8.) Mini- interventiossa on tärkeää, että asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja päätöksiä kunnioitetaan. Intervention vaikuttavuus kasvaa, kun asiakkaan ohjaukseen yhdistetään hänen elämäntilanteeseensa. Alkoholinkäytön vähentämiseksi hoitaja ja asiakas tekevät suunnitelman. Kun asiakas saa olla mukana päätöksen teossa, lisääntyy hänen motivaationsa ja halu vaikuttaa omaan elämäntilanteeseensa. Koska suunnitelma tehdään aina asiakkaan tarpeiden mukaisesti, on asiakkaan mukaan ottaminen päätöksen teossa ja uusien toimintatapojen etsimisessä erityisen tärkeää. Asiakkaan kanssa sovitaan uusinta käynnit jolloin tarkastellaan onko asiakas päässyt tavoitteisiinsa ja kyennyt ylläpitämään ne. Samalla hänelle järjestetään tukea, jotta terveyskäyttäytymisen muutos onnistuu. (Kyngäs, yms 2007, 101.)

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän mallin mukaan, jos asiakas saa Audit- lomakkeesta (Päihdelinkki 2011; liite 7) alle 8 pistettä, hoitaja antaa positiivista palautetta ja kannustaa jatkamaan samalla tavalla. Jos asiakas saa 8- 19 pistettä, hoitaja pitää niin sanotun mini- interventio- ohjauksen asiakkaalle. Mini- interventio- ohjauksessa asiakkaalle kerrotaan millainen terveysriski runsasalkoholinkulutus on ja kuinka se vaikuttaa hänen tämän hetkiseen vaivaansa. Asiakkaalta tiedustellaan, onko hän ajatellut alkoholinkäytön vähentämistä. Jos asiakas on valmis vähentämään alkoholin käyttöönsä, tulee hänen muutoshalukuutta vahvistaa kannustamalla. Hoitaja ja asiakas yhdessä miettivät tavoitteen alkoholinkulutuksen vähentämiselle. Asiakkaalle annetaan opas ” vähennä vähäsen” tai ”Ota selvää”. Ikäihmisen kohdalla tulee huomioida, että riskirajat ovat matalammat. Tämän jälkeen asiakkaat ohjataan perusterveydenhuoltoon, työterveyshuoltoon tai A- klinikalle. Sieltä he voivat jatkossa saada tukea ja tietoa alkoholinkulutuksen vähentämisestä. Asiakkaalle annetaan vielä ohje: Kun liika on liikaa, mistä voin hakea apua- opas, josta selviää mistä asiakas voi hakea apua alkoholinsuurkulutukseen. Tarvittaessa asiakkaan alkoholinkäytöstä jutellaan vielä lääkärin kanssa. (Carea2010d; liite 5.)

Jos asiakas ei vielä ole valmis muutokseen alkoholinkulutuksen vähentämiseksi, hänelle annetaan opas ” vähennä vähäsen” tai ”Ota selvää”. Lisäksi asiakkaalle kerrotaan mistä voi hakea tarvittaessa tukea ja apua alkoholinkäytön vähentämiseksi. Lisäksi annetaan ohje: Kun liika on liikaa, mistä voin hakea apua. Lopuksi hoitajan täytyy siirtää saamansa tieto jatkohoitopaikkaan kirjaamalla tiedot potilastietojärjestelmään. (Carea 2010d; liite 5.)

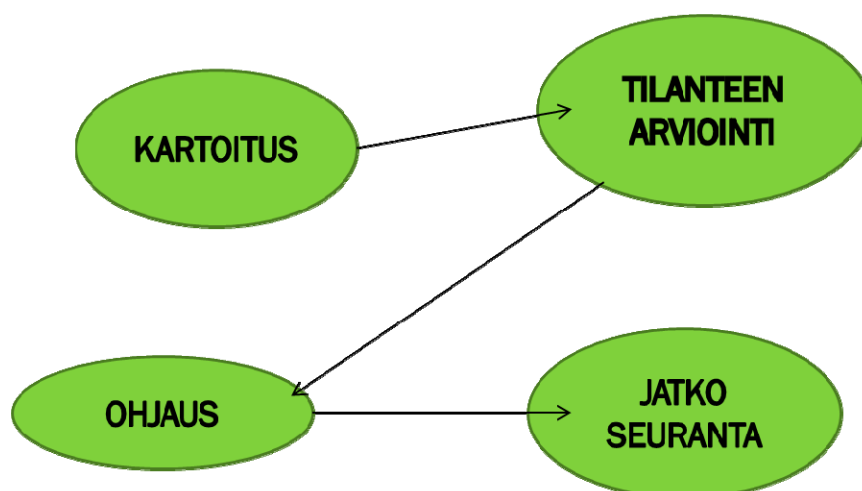
Phepa- projektin suosituksen mukaan jos asiakas saa AUDIT pistemääräksi 16- 19, hänelle tulee suunnitella perusteellisempi mini- interventio. Vaikka tähän ryhmään kuuluvilla saattavat alkoholiriippuvuuden kriteerit täytyä, on heille hyötyä perusteellisesta mini- interventiosta. ( Seppä 2006, 7.)

Perusteellinen mini- interventio rakentuu samalla tavalla kuin aikaisemmin esitelty mini- interventio, mutta nyt myös arvioidaan asiakkaan muutosvaihetta. Jotta mini- interventiosta saataisiin paras mahdollinen hyöty, sen tulisi olla sidoksissa asiakkaan muutosvaiheeseen. Esiharkintavaiheessa olevaa alkoholin riskikäyttäjää motivoidaan muutokseen palautteen avulla. Harkintavaiheen asiakkaiden kanssa keskustellaan alkoholinkäytön vähentämisen eduista ja nykyisen alkoholinkäytön haitoista lyhyellä ja

pitkällä aikavälillä. Asiakkaan kanssa on myös hyvä jutella alkoholin vähentämisen keinoista. Toiminta vaiheessa olevan asiakkaan kanssa sovitaan tavoitteet ja tehdään suunnitelmat alkoholin vähentämiseksi. Lisäksi on hyvä pohtia keinoja, kuinka tavoitteisiin päästään ja kuinka niitä ylläpidetään. Jos asiakas ei kykene vähentämään alkoholinkäyttöään edes usean kuukauden aikana, hänet pitäisi lähettää päihdehuollon yksikköön. ( Seppä 2006, 8 - 9.)

Jos asiakas saa yli 20 pistettä, asiakkaalle kerrotaan hänen suurentuneesta terveysriskistä ja kuinka hänen alkoholin käytöllään on merkitystä hänen tämän hetkiseen vaivaansa. Hoitaja selvittää asiakkaalta, onko hänellä jo suhde A- klinikkaan. Tämän jälkeen asiakas ohjataan lääkärille ja/tai A- klinikalle. Kymenlaakson sairaanhoito- ja kuntayhtymässä asiakkaan alkoholin kulutus kirjataan Efficaan mittaritietona merkittävällä Auditin pistemäärä. Lisäksi Whoikeen kirjataan asiakkaan alkoholinriskikulu- tus, asiakkaan muutoshalukkuus ja suunnitelma alkoholinkulutuksen vähentämiseksi. (Carea 2010d; liite 5.)

Mini- interventio ohjaus alkoholinriskikuluttajalle on ehkäisevää päihdetyötä. Tar- kemmin kategorisoituna se on riskiehkäisyä, koska siihen liittyy aina jonkinlaiset mi- nimivaatimukset. Ehkäisevässä päihdetyössä terveydenhuollon ammattihenkilön tulee huomioida sisältötekijät sekä toteutustekijät. Sisältö tekijöihin kuuluu tietoperusta, ta- votteellinen yhteistyö ja arvot ja etiikka. Toteutustekijöihin taas kuuluu tavoitteen asettelu, resurssit ja suunnitelu ja toteutus prosessit. Sitten on vielä seuranta ja arvioin- ti joka katsotaan kuuluvan näihin molempiin. (Strand 2011, 22 - 23.) Kuvassa 2 on havainnointu, kuinka alkoholinkäytön kartoitus ja mini – interventio etenee prosessi- luonteisesti.



## Kuva 2. Alkoholin riskikuluttajan tunnistaminen ja mini- interventio

### 6.3 Alkoholin vähentämiseen tähtäävä prosessi

Alkoholinriskikuluttajalle suunnattu mini- interventio on nopea ja helppo toimintatapa, jolla pystytäisiin vaikuttamaan kasvaviin terveydenhuollon kuluihin, mikäli sitä tehtäisiin systemaattisesti (Seppä 2006, 9). Mini- interventioden tarkoituksena on jakaa tietoa alkoholin suurkulutuksen aiheuttamista haitoista. Aiemmin on todettu, että ainakin yksi seurantakäynti olisi hyvä pitää ensikäynnin jälkeen. Seuranta olisi hyvä sijoittaa muiden vastaanottokäyntien kanssa samaan ajan kohtaan, sillä ne ovat lyhyempiä kuin ensikäynnit. Normaalisti seuranta käyntejä on 1 - 3. Niissä käydään läpi onko asiakkaan alkoholinkäyttö vähentynyt edellisestä kerrasta, pohditaan uusia toimintatapoja suurkulutuksen vähentämiseksi ja motivoidaan asiakasta kohti terveellisempää elämää. (Aalto, ym 2008, 18 - 19.) Kuitenkin tutkimusten mukaan terveysasemilla on ollut vain vähäsen seurantakäyntejä mini- intervention jälkeen (Kuokkanen, ym 2008, 771 - 774), vaikka suositusten mukaan niitä tulisi olla 1 - 3 (THL 2010a, 10). Myöskään seurantojen määrä ei noussut tutkimuksen aikana vaan eneminkin laski. (Kuokkanen ym 2008, 771 - 774).

## 7 TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa asiakkailta, toteutuuko erikoissairaanhoidon poliklinikoilla toimintamallien mukainen ohjaus alkoholinkäytön ja tupakoinnin vähentämiseksi.

1. Millaisia kokemuksia erikoissairaanhoidon poliklinikalle tulevalla asiakkaalla on tupakointi tottumusten kartoituksesta ja ensiohjauksesta?
  - 1.1 Kysyikö hoitaja/ lääkäri asiakkaan tupakoinnista toimintaohjeen mukaisesti?
    - 1.1.1 Saiko asiakas tupakoinninkartoituslomakkeen
    - 1.1.2 Täyttikö asiakas tupakoinninkartoituslomakkeen
    - 1.1.3 Pyydettiinkö asiakkaalta tupakoinninkartoituslomake poliklinikalla
  - 1.2 Saiko asiakas ensiohjausta toimintaohjeen mukaisesti?
  - 1.3 Miten asiakas suhtautui tupakoinnin lopettamiseen ohjaustilanteessa?

#### 1.4 Millaisena asiakas koki ensiohjauksen

2. Millaisia kokemuksia erikoissairaanhoidon poliklinikalle tulevalla asiakkaalla on alkoholin käytön kartoituksesta ja ensiohjauksesta.

2.1 Kysyikö hoitaja/ lääkäri asiakkaalta hänen alkoholin käytöstään toimintaohjeen mukaisesti.

2.1.1 Saiko asiakas alkoholin riskikulutustestin

1.1.2 Täyttikö asiakas alkoholin riskikulutustestin

1.1.3 Pyydettiinkö täytetty riskikulutustesti poliklinikalla

2.2 Saiko asiakas mini-interventio ohjausta toiminta ohjeen mukaisesti

2.3 Miten asiakas suhtautui alkoholin käytön vähentämiseen ohjaustilanteessa?

2.4 Millaisena asiakas koki ensiohjauksen?

3. Poliklinikoiden asiakkaiden ajatuksia aineistonkeruun aikana

## 8 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

Mielenkiintoni opinnäytetyön aiheeseen nousi keväällä 2011, kun olin Kymenlaakson ammattikorkeakoulun auditoriossa kuuntelemassa työelämän ehdottamia opinnäytetyöaiheita. Terveiden edistäminen on aina ollut tärkeä osa sairaanhoitajan ammattitaitoa, sillä sen avulla voidaan ennaltaehkäistä jo nyt paisuneita terveydenhuollonkuluja. Yhteistyökumppanina toimi Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Kesällä 2011 Kävin Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän edustajien kanssa palaverin siitä, millaista tutkimustietoa he haluaisivat. Palaverissa ilmeni, että he haluaisivat strukturoidunkyselylomakkeen aineistonkeruumenetelmäksi. Lisäksi rajasimme opinnäytetyön aiheita. Syksyllä 2011 opinnäytetyön aiheeni hyväksyttiin opettajankokouksessa. Samana syksynä aloitin aiheeseen perehtymisen tutkituntiedon pohjalta ja aloin tekemään suunnitelmia aineiston keruuta varten. Tammikuussa 2012 minulla oli ideaseminaari ja helmikuussa suunnitelmaseminaari. Helmi- maaliskuun vaihteessa sain Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymältä tutkimusluvan työlleni ja pystyin aloittamaan tutkimuksen aineistonkeruun heti, kun olin sopinut asioista poliklinikoiden osastonhoitajien kanssa.

Osatonhoitajat ottivat aineistonkeruun pääasiassa myönteisesti ja pystyin aloittamaan aineistonkeruun mahdollisimman pian. Opinnäytetyöni päättöseminaari pidettiin toukokuussa 2012. Se myös julkaistiin ammattikorkeakoulujen sähköisessä Theseus-tietokannassa.

Kuten jo aiemmin mainitsin, opinnäytetyössä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, joka on kvantitatiivinen eli määrällinen aineistonkeruu menetelmä. Strukturoidussa kyselylomakkeessa kysymykset ja niiden vastausvaihtoehdot ovat kaikille samat. Lisäksi kysymykset ovat kaikille samassa järjestyksessä. (vrt. Kankkunen & Vehviläinen- Julkkunen 2007. 88.) Tutkimus toteutettiin poikittaistutkimuksella, koska tutkimus tuloksia ei seurattu pitkän ajan kuluessa, vaan niitä tarkasteltiin ainostaan tämän opinnäytetyön ajan (vrt. Kankkunen & Vehviläinen- Julkkunen 2007,42). Koska tutkimus toteutettiin kvantitatiivista menetelmää käyttäen, otannan tulee myös olla melko suuri, jotta tulokset ovat luotettavia (vrt. Hirsijärvi, Remes, Sajavaara 2004. 168 - 169).

### 8.1 Kysely aineistonkeruumenetelmänä

Kysely on Survey- tutkimuksen keskeisin menetelmä. Survey tutkimuksella tarkoitetaan sitä, että aineisto kerätään kaikilta tutkittavilta samalla tavalla ja kaikilla on täsmälleen samat kysymykset. Lisäksi tutkimuksen otos muodostuu tarkkaan valitusta perusjoukosta. Tässä opinnäytetyössä perusjoukkona oli sisätautien-, kirurgian- ja keuhkotautien poliklinikoiden asiakkaat. (vrt. Hirsijärvi, Remes, Sajavaara 2004, 182.)

Opinnäytetyön aineistonkeruu toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella eli kaikilla tutkittavilla oli samat kysymykset ja samat vastausvaihtoehdot. Kyselylomakkeelle sopi tähän opinnäytetyöhön parhaiten, koska tutkittavien joukko oli melko suuri ja valikoitui satunnaisesti kirurgian-, sisätautien- ja keuhkotautien poliklinikan asiakkaista. Kyselylomake sopii myös sen takia tälle tutkimukselle, koska vastaajilta kysyttiin melko henkilökohtaisia asioita. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa asiakkaiden kokemuksia tupakoinnin ja alkoholinkäytön kartoituksesta ja ensiohjauksesta. Tässä opinnäytetyössä käytettiin ensikäden aineistoa eli tutkija itse kerää aineiston, jolloin tämä vastaa suoraan tutkimusongelmaan. (vrt. Vilkkä 2007, 28, 33.)

Ongelmana kyselylomaketutkimuksessa usein on se, että lomakkeen palautumisen on hidasta. Tämän tutkimuksen täytetty kyselylomake oli määrä palauttaa laatikkoon pai-



kan päällä, jolloin lomakkeenpalautuksesta ei koitunut vaivaa vastaajille. (vrt. Vilka 2007, 28.) Kyselylomaketutkimuksen ongelmana on myös se, ettei voida tietää kuinka tosissaan tutkittava on vastannut kyselyyn (vrt. Hirsijärvi, Remes, Sajavaara. 2004. 184).

## 8.2 Kyselylomakkeen ja saatekirjeen laadinta

Kyselylomakkeiden (Liite 9) suunnittelussa tukittu tieto osoittautui hyvin tärkeäksi, jotta pystyttiin ymmärtämään tutkittavan asian laajuus. On myös tiedettävä tarkkaan, mihin asioihin haluttiin saada vastaus. Tämän tutkimuksen tavoitteiden rajauksessa helpotti se, että Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän edustajat osasivat tarkasti kertoa mihin asiaan he haluavat tietoa. (vrt. Heikkilä 1999, 46.)

Laadittaessa kyselylomaketta koko tutkittavan asian laajuus piti pilkkoa pienempiin osa- alueisiin, joiden pohjalta oli helpompi lähteä tekemään kysymyksiä, jotka vastasivat tutkimusongelmaan. Oli myös huomioitava, että tutkimuksen vastaajien oli ymmärrettävä kysymys ja vastaus ennen kuin he kykenivät vastamaan luotettavasti kysymykseen. Tätä varten tutkittavan asian operationalisointi oli tärkeää ja auttoi tutkijaakin ymmärtämään koko asian laajuuden. (vrt. Vilka 2007, 36 - 37.)

Prosessin operationalisoinnin yhteydessä huomasin pian, että minun tulee tehdä kaksi operationalisointi kaaviota, koska tutkimuksessa oli havaittavissa kaksi toisistaan riippumatonta tekijää tupakointi ja alkoholinkäyttö. Asiakkaan tupakoinnin operationalisoinnissa ensimmäinen taso jaettiin 2 pää kohtaan tupakointitapojen kartoitukseen ja ohjaukseen. Tuon jälkeen otin avukseni Carean tupakointiin puuttumismallin, jotta kyselylomake olisi johdonmukainen puuttumismallin kanssa. Tupakointitottumusten jälkeen seuraavalle tasolle tuli, onko asiakkaille lähetetty kartoituslomake. Tämän jälkeen tiedusteltiin onko asiakas täyttänyt lomakkeen, sekä pyydettiin täytetty kartoituslomake erikoissairaanhoidon poliklinikalla. Ohjauksen puolelta jaoin asiat viiteen pääkohtaan. ( taso 2) Sinne tuli ohjaajan ammattitaito, fagerströmmiin lomake, vaikuttavuus, annettiin ohjausta ja kysymys ohjauksen tärkeydestä. Ohjaajan ammattitaito jakautui osatekijöihin, jotka olivat kommunikointi ja tiedon anto. Kommunikointi jaettiin edelleen ystävällisyyteen, motivointiin, ymmärrettävyyteen sekä tasavertaisuuteen. Tieto taas jaettiin riittävään kirjalliseen tietoon ja riittävään suulliseen tietoon. Fagerströminlomakkeen perään laitettiin vielä selvyudeksi Nikotiinikorvaushoito. Vaikuttavuuden kuvaukseen jaoin kahteen osatekijään, jotka olivat tupakoinnin lopetta-

misen pohdinta ja päättäminen tupakoinnin lopettamisesta transteoreettisen muutosvaihe mallin mukaisesti. (vrt. Vilka 2007, 37 - 42.)

Operationalisoinnin kautta huomasin, että itse kysymys aiheet löytyvät tuosta kaavios-  
ta samoin kun käsitteelliset asiat muuttuivat arkikieleksi, joten se helpotti työmääräni huomattavasti (Vilka 2007,39 - 44).

Tein myös alkoholin riskikäytön tunnistamisesta ja ohjauksesta oman operationali-  
sointi käsitekartan, jonka laadinnassa käytin apuna Kymenlaakson sairaanhoito- ja so-  
siaalipalvelujen kuntayhtymän mallia alkoholinriskikuluttajan tunnistamisesta, sekä  
haettua teoriatietoa. Ensimmäiseen tasoon tuli riskikäytön tunnistaminen ja mini- in-  
terventio. Riskikulutukseen osalta seuraavaan tasoon tuli molemmat AUDIT- lomak-  
keet, sillä riskikuluttajille tulisi tehdä niin audit – c kuin laaja auditkin. Kolmanteen  
tasoon tuli, täyttikö asiakas kartoituslomakkeen ja onko terveydenhuollon ammattilai-  
set pyytäneet nämä molemmat. Ohjaukseen puolella taas keskityttiin ohjaajan ammatii-  
lisiin tekijöihin ja mini- intervention vaikuttavuuteen samalla tavalla kuin tupakoinnin  
ohjauksessakin. (vrt. Vilka 2007, 39 - 44.)

Operationalisointi kaaviosta valitsin niitä kysymysaiheita, jotka parhaiten vastasivat  
tutkimusongelmaan. Kyselylomaketta laatiessa tutkijan on kiinnitettävä erityistä huo-  
miota kysymysten selkeyteen ja yksinkertaisuuteen, jotta jokainen vastaaja ymmärtäisi  
mitä pitää tehdä. Tähän kysymyslomakkeeseen tuli niin kyllä ja ei vastaus vaihtoehto-  
ja kuin Likertin 5 portaista asteikkoa. Halusin myös, että moni valinta vastauksissa  
tutkittava vastaa vain yhteen kohtaan kysymystä kohden, joten jouduin lisäämään sin-  
ne moni valinta kohtia niin, että yksi vastaus sulkee pois muut vastaus vaihtoehdot.  
Näin myös pyrin ehkäisemään mahdollista aineistokatoa. Lomaketta tarkastellessani  
huomasin, että minun täytyi tiedustella tutkittavien tupakointia. Näin pystyin arvioi-  
maan, kuinka moni tupakkaohjausta tarvitsevista sai ohjausta tupakoinnin lopettami-  
seen. On sanomattakin selvää, että tupakoimattomat eivät tarvitse ohjausta. Samasta  
syystä minun tuli lisätä kysymys alkoholinriskirajan ylityksestä, jotta tiedän keiden pi-  
täisi saada mini- interventio ohjausta. Näitä osa-tekijöitä voidaan kutsua taustatekijöik-  
si. (vrt. Vilka 2007, 63 - 64, 71.)

Kysymysten sijoittelussa halusin käyttää juonellista lajittelua eli asiat kysytään siinä  
järjestyksessä kuin ne käytiin läpi poliklinikalla. Lomakkeessa näkyy selvästi, että  
aloitettiin terveyskäyttäytymisen kartoituksesta, jonka jälkeen tuli kysymykset ohjauk-

sesta ja sen laadullisista tekijöistä. Lopuksi kysyttiin ohjauksen vaikuttavuudesta asiakkaan ajattelussa ja toiminnassa. (vrt. Vilkka. 2007, 70- 71.) Koska tutkimukseen rakennettiin uusi kyselylomake, kuuluu se esitettäväksi ennen aineiston keruuta. Lomake esitettiin sellaisella henkilöllä, jolle terveydenhuollon sanasto ei ole tuttu, jotta voitaisiin minimoida ammattisanaston käyttöä. Lisäksi lomake korjattiin vielä esitettävien jälkeen. (vrt. Kankkunen, Vehviläinen- Julkkunen 2009, 154.)

Kyselylomakkeen mukana tutkittavat saivat saatekirjeen (Liite 8), jossa heille kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja mihin heidän vastauksiaan käytettiin. Saatekirjettä suunnitellessani päädyin käyttämään asiallista puhuttelua ja teittelyä, koska en tuntenut vastaajia. Lisäksi teittely antoi kunnioittavamman vaikutelman. Saatekirjeessä täytyi näkyä tukijan lisäksi hänen yhteistyökumppaninsa ja mitä vastauksille tehdään kun niitä ei enää tarvita. Saatekirjeen perusteella vastaajien oli pystyttävä luottamaan tietosuojaan. Korostin ms, ettei vastaaminen vaikuta millään lailla heidän kohteluun jatkossa. Lopuksi ilmoitin kirjeessä missä he voivat käydä lukemassa tutkimuksen loppuraportin. (vrt. Vilkka 2007, 81 - 88.)

### 8.3 Tutkimuksen kohderyhmä ja otanta

Yhteistyökumppaninani toimi Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Tutkimuksen perusjoukkona oli sisätautien-, kirurgian- ja keuhkotautien poliklinikoiden asiakkaat, jolloin kokonaispopulaatio olisi ollut liian suuri. Näin ollen tutkimukseen otannan kooksi valikoitui sadan kahdenkymmenen hengen otanta ( $n=120$ ), jolloin kvantitatiivisen tutkimuksen kriteerit täyttyivät. Tutkimuksessa käytettiin yksinkertaista satunnaisotantaa eli kaikilla näiden poliklinikoiden asiakkailla oli yhtä suuri mahdollisuus kuulua tutkimuksen otantaan tarkkaan määritetyn aineiston keruun ajan (3 viikkoa). (vrt. Vilkka 2007, 51 - 58)

### 8.4 Aineiston keruu

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin satunnaisotantana sisätautien-, kirurgian-, ja keuhkotautien poliklinikoiden asiakkailta. Kyselylomakkeet jaoteltiin kolmelle poliklinikalle niin, että jokaiselle poliklinikalle tuli 40 kyselylomaketta. Tutkimuksen aineisto keruu aika oli 3 viikkoa, jonka jälkeen täytetyt lomakkeet noudettiin poliklinikoilta.

Aineistonkeruun osalta sain yhteistyökumppaneiltani toivomuksen, ettei poliklinikoiden hoitohenkilökunta saisi nähdä kyselylomaketta. Näin ollen päätin laittaa lomakkeet suljettuun kirjekuoreen, jonka päälle liimasin saatekirjeen asiakkaita varten. Lisäksi samaiseen kirjekuoren sisään laitoin toisen kirjekuoren, johon asiakkaat laittoivat täytetyn kyselylomakkeen. Saatekirjeessä korostin, että tutkimukseen osallistujalle ei tulisi kuluja, vaan hän voi täyttää lomakkeen paikan päällä ja jättää niille varattuun laatikkoon. Tutkimukseen osallistujat saivat myös itse päättää halusivatko he osallistua tutkimukseen. Aineistonkeruussa valikoitumisen mahdollisuutta ei ollut, koska tutkija eikä hänen yhteistyökumppaninsa tiedä keitä vastaajat olivat. (vrt. Kankkunen, Vehviläinen- Julkkunen 2009, 76 - 77.)

Ennen aineiston keruuta otin yhteyttä poliklinikoiden osastonhoitajiin, jotta voisin sopia aineistonkeruun toteutuksesta heidän kanssaan. Keuhkotautien poliklinikalla yhteyshenkilönäni oli poliklinikan sairaanhoitaja ja sisätautien- ja kirurgian poliklinikoilla sisätautien osastonhoitaja. Ilmoitin yhteyshenkiöilleni, että kyselylomake tulisi olemaan hoitohenkilökunnalta salattu, siksi ne ovat suljetuissa kirjekuorissa. Näin ollen hoitohenkilökunta pystyi näkemään vain tutkimuksen saatekirjeen. Ohjeistuksena poliklinikoille oli, että asiakkaat voivat osallistua opinnäytetyön tutkimukseen, kun olivat käyneet ensimmäisen poliklinikan vastaanottokäynnin. Tarkensin vielä yhteyshenkilöilleni, että tulosten kannalta ei ole merkitystä onko asiakkaalla menossa ensimmäinen vai toinen vastaanottokäynti tällä hetkellä, koska sillä ei ole merkitystä tulosten tarkastelun kannalta. Tulosten kannalta tärkeintä oli, että asiakas oli käynyt ensimmäisen vastaanottokäynnin ennen kuin täyttää lomakkeen. (vrt. Kankkunen, Vehviläinen- Julkkunen 2009, 76 - 77.)

## 8.5 Aineiston analysointi

Tutkimusaineiston käsittely alkoi kun aineiston keruu-aika (3 viikkoa) päättyi. Ensimmäisenä täytetyt kyselylomakkeet tarkastettiin ja numeroitiin jokainen lomake erikseen. Lomakkeiden tarkistus auttoi tutkijaa havainnoimaan mahdolliset tutkimussuunnitelmassa sattuvat virheet. Tarkastuksen aikana tutkija havainnoi tutkimuksen katoa, jolla tarkoitetaan puuttuvientietojen määrää. Tämän tutkimuksen suurimmaksi kadoksi ilmeni, etteivät vastaajat olleet vastanneet kaikkiin lomakkeen kysymyksiin. Kuitenkin puuttuvat havainnot voidaan joko ottaa mukaan analyysiin tai jättää ne tulkinnan ulkopuolelle. Vaikka lomakkeissa oli paljon puuttuvia tietoja, päätin ottaa jokaisen pa-

lautuneen lomakkeen mukaan analysointiin, siinä määrin kuin se on mahdollista. (vrt. Vilka 2007, 106 - 110.)

Kun tutkimuslomakkeet syötettiin numeraalisesti kuvattavaan muotoon, täytyi jokainen lomake syöttää tilastointi ohjelmaan erikseen. Tilastointiohjelmaa on erilaisia, mutta tämän tutkimuksen tilastoinnissa käytettiin SPSS- ohjelmaa. Strukturoidusta kyselystä saadut tiedot syötettiin tilastointi ohjelman taulukkoon jota voidaan myös kutsua havaintomatriisiksi. Koska aineistonkeruumenetelmänä on käytetty strukturoitua kyselylomaketta, on kysymykset jo valmiiksi strukturoitu ja vakioitu. Aineiston syötön jälkeen koko aineisto tulee vielä kriittisesti tarkistaa, jotta voidaan minimoida mahdolliset syötössä tapahtuneet virheet. Lisäksi tutkijan on oltava varovainen, ettei tee analysointia jo syöttö vaiheessa. (Vilka 2007, 111 - 117.)

Analyysivalinnalla on paljon merkitystä millaista tietoa oikein haetaan. näin ollen tutkimusongelmien ja analyysimenetelmien tulisi olla yhteneväisiä keskenään. Tämän opinnäytetyön tuloksia kuvattiin prosentiosuuksien ja frekvenssien avulla. Prosentiosuudet ja frekvenssit kuvaavat vastausten lukumäärää jokaisessa erillisessä luokassa. Näin ollen myös lukija voi kuvata helposti mitä mieltä tutkimukseen osallistujat ovat olleet. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkkunen 2009, 103 - 104). Likertin viisiportaisen asteikon kohdalla yhdistin täysin sama mieltä ja melko samaa mieltä olevat, sekä täysin eri mieltä ja melko eri mieltä olevat. Tästä syystä tuloksissa on kuvattu vain samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, eri mieltä ja vastaamatta jättäneet. (Vilka 2007, 116 - 117)

## 9 TUTKIMUS TULOKSET

Poliklinikoilla oleviin kyselyihin vastasi 113 asiakasta (n= 120), joten vastaus prosentiksi tuli noin 94 %. Kyselylomakkeet olivat suljetuissa kirjekuorissa, kun asiakkaat saivat ne. Asiakkaiden tuli myös sulkea vastatut lomakkeet kirjekuoreen. Näin tutkija varmistui siitä, ettei hoitohenkilökunta nähnyt tutkimuksessa esitettäviä kysymyksiä. Samalla varmistuttiin asiakkaiden anonymiteetistä. Täytettyjä kyselyitä ei lue kukaan muu kuin tutkija.

## 9.1 Asiakkaan kokemukset tupakointitottumusten kartoituksesta ja ensiohjauksesta erikoissairaanhoidon poliklinikalla

Tupakointitottumusten kartoituksen kannalta pidettiin tärkeänä kuinka moni vastanneista tupakoi, jotta voitaisiin tietää ohjausta tarvitsevien määrä ja arvioida kuinka moni ohjausta tarvitsevistä sai ensiohjausta poliklinikalla. Tätä voidaan myös kutsua taustamuuttujaksi. Kyselyyn vastanneista (n=113) 22, 1 % (f= 25) ilmoitti tupakoivansa säännöllisesti.

### 9.1.1 Hoitohenkilökunnan tekemä tupakointitottumusten kartoitus asiakasnäkökulmasta

Seuraavassa tarkastellaan asiakasnäkökulmasta, onko hoitohenkilökunta tiedustellut asiakkaiden tupakointitottumuksia Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän toimintaohjeen mukaisesti. Toimintaohjetta on käsitelty opinnäytetyön teoria osassa.

Kuten taulukosta yksi huomaa kaikista kyselyyn vastanneista (n =113) vain 15 % (f= 17) oli saanut tupakointikartoituslomakkeen kutsukirjeen mukana. Tämä tarkoittaa alle neljäsosaa tutkimukseen osallistuneista. Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että suurin osa ei saanut tupakointikartoituslomaketta kotiin täytettäväksi.

Taulukko 1. Kuinka moni vastanneista sai tupakointitottumusten kartoituslomakkeen kutsukirjeen mukana (n=113)

	f	%
Sai tupakointi kartoituslomakkeen kutsukirjeen mukana	17	15
Ei saanut tupakointi kartoituslomaketta kutsukirjeen mukana	94	83,2
Jätti vastaamatta	2	1,8

Erikoissairaanhoidon poliklinikoiden asiakkailta kysyttiin, olivatko he täyttäneet tupakointikartoituskyselyn (taulukko 2). Otannasta 22,1 % (f= 25) ilmoitti täyttäneensä sen ennen vastaanotolle menemistä. Vaikka suurin osa ei ollut täyttänyt tupakointikartoi-

tus kyselyä, tulosta voidaan pitää melko hyvänä, koska vielä harvempi sai tupakointi-kartoituslomakkeen kutsukirjeen mukana koiin. Tutkimuksen perusteella asiakkaista voidaan pitää melko oma-aloitteisena kartoituksen osalta.

Taulukko 2. Kuinka moni vastanneista täytti tupakointi tottumisten kartoituslomakkeen (n=113)

	<b>f</b>	<b>%</b>
Täytti tupakointi kartoituslomakkeen	25	22,1
Ei täyttänyt tupakointi kartoituslomakkeen	87	77
Jätti vastaamatta	1	0,9

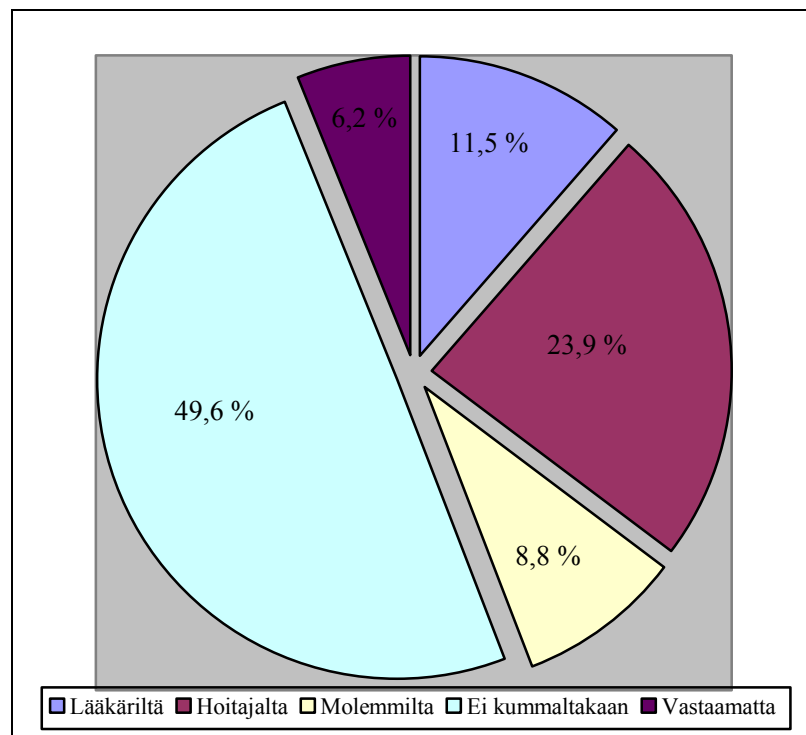
Taulukossa kolme on nähtävissä, kuinka aktiivisesti hoitohenkilökunta kartoitti asiakkaan tupakointitottumuksia. Asiakkaista 18,6 % (f = 21) ilmoitti, että täytetty kartoituskyselylomake oli pyydetty heiltä. Tämä tarkoittaa, että vain alle viidesosalta tutkimukseen osallistuneista pyydettiin tupakointikartoituskysely, kun asiakas tuli erikoissairaanhoidon poliklinikalle. Voidaan siis todeta, että melko harvoin tupakointitottumusten kartoitusta tehtiin organisaation ohjeiden mukaan. On kuitenkin mahdollista, että kartoitus tehtiin jollain muulla tavalla, mutta sitä tämä tutkimus ei kerro.

Taulukko 3. Kuinka monelta vastanneista pyydettiin tupakointitottumusten kartoituslomake erikoissairaanhoidon poliklinikalla (n=113)

	<b>f</b>	<b>%</b>
Täytetty tupakointi kartoituslomake pyydettiin poliklinikalla	21	18,6
kartoitus lomaketta ei pyydetty poliklinikalla	88	77,9
Jätti vastaamatta	4	3,5

### 9.1.2 Asiakkaiden saama tupakoinnin lopettamiseen tähtäävä ohjaus

Kuvassa 3 tarkastellaan, kuinka moni tutkimuksen osallistuneista sai tupakoinnin lopettamiseen liittyvää neuvontaa. Kysymyksen avulla haluttiin saada tietoa siitä antoi-ko ohjausta lääkäri hoitaja vai molemmat. Ainoastaan lääkäriltä tupakointiin liittyvää ohjausta oli saanut 11,5 % (f=13). Eniten ohjausta oli saatu hoitajilta, sillä 23,9 % (f=27) kyselyyn vastanneista ilmoitti saaneensa ohjautta häneltä. Melko harvoin poliklinikan asiakkaat olivat saaneet ohjausta molemmilta, sillä sen kannatus ei noussut edes 10 %:iin. Kuitenkin tuloksia tarkastellessa on hyvä muistaa, että tupakoinnin lopettamiseen tähtäävää ohjausta kuuluu antaa vain niille, jotka tupakoivat. Siihen nähden voidaan todeta, että ohjausta on annettu hyvin erikoissairaanhoidon poliklinikalla.



Kuva 3. Asiakkaiden saama tupakkaohjaus ammattikunnittain (n=113)

Erikoissairaanhoidon poliklinikoiden asiakkailta myös tiedusteltiin, oliko heidän kanssa juteltu nikotiinikorvaushoidosta ensikännillä. Nikotiinikorvaushoitoa ei käyty kovinkaan usein tupakkaohjauksessa läpi, sillä jopa 7,1 % (f=8) ilmoitti, etteivät he saaneet tietoa nikotiinikorvaushoidosta. Tarkastelussa huomaa heti, ettei kaikille tupakoiville tarjottu nikotiinikorvaushoitoa.

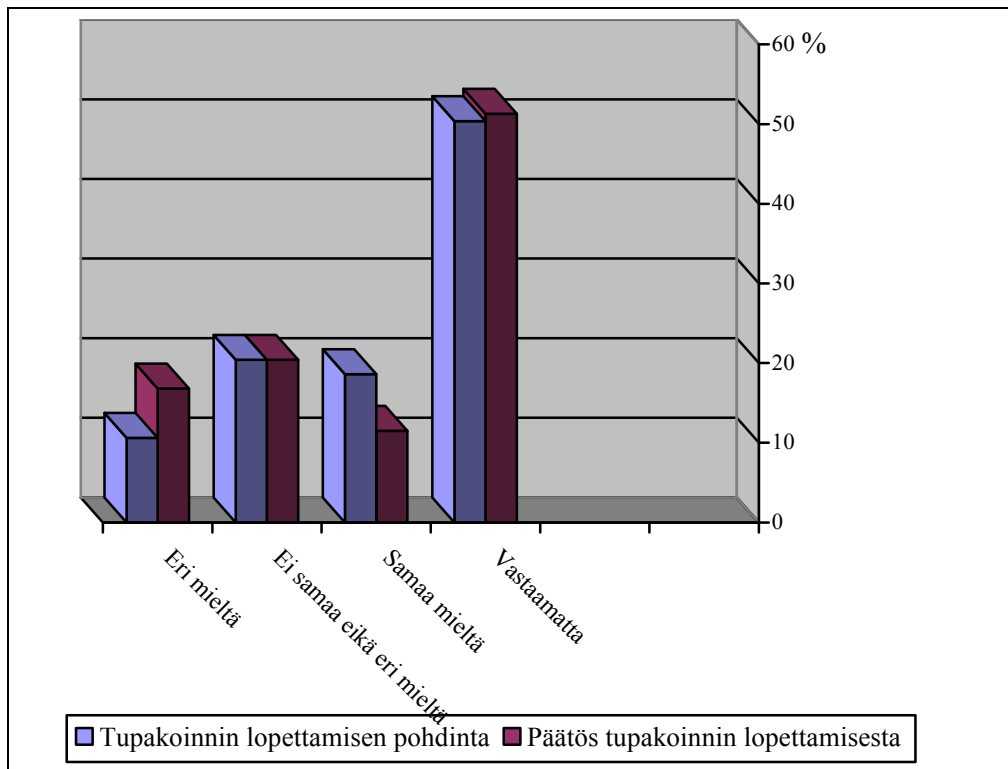


### 9.1.3 Hoitohenkilökunnan antaman ohjauksen vaikuttavuus tupakoinnin lopettamiseen

Seuraavassa kuvassa (kuva 4) on kuvattu erikoissairaanhoidon asiakkaiden arvioita siitä, kuinka tupakoinnin lopettamiseen tähtäävä ohjaus on vaikuttanut tupakoivaan. Vaikuttavuutta arvioitiin transteoreettista muutosvaihemallia apuna käyttäen. Asiakkaita pyydettiin arvioimaan, saako ohjaus asiakkaan pohtimaan tupakoinnin lopettamista ja saako ohjaus tekemään päätöksen tupakoinnin lopettamisesta. Molemmissa kohdissa vastaamatta jättäneiden osuus oli todella suuri, koska suurin osa ei saanut ohjaustakaan.

Kun tarkastellaan tähän kysymykseen vastanneiden määrää jakautumista, voidaan todeta tupakkaohjauksen olevan melko vaikuttavaa. Kuten kuvasta kaksi huomaa, koko otannasta 18,6 % ( $f=21$ ), on sitä mieltä, että ohjaus laittaa pohtimaan tupakoinnin lopettamista. Tämä tarkoittaa lähes viidettä osaa koko otannasta.

Seuraavaksi asiakkailta tiedusteltiin, saiko tupakkaohjaus tekemään päätöksen tupakoinnin lopettamisesta. Samaa mieltä olevien määrä oli tässä hieman pienempi kuin tupakoinnin lopettamisen pohdinta kohdassa. Kun asiakkaita pyydettiin arvioimaan, saako ohjaus aikaan päätöksen tupakoinnin lopettamisesta, asiakkaista 11,5 % ( $f=13$ ) oli sitä mieltä, että se saa asiakkaan tekemään päätöksen.



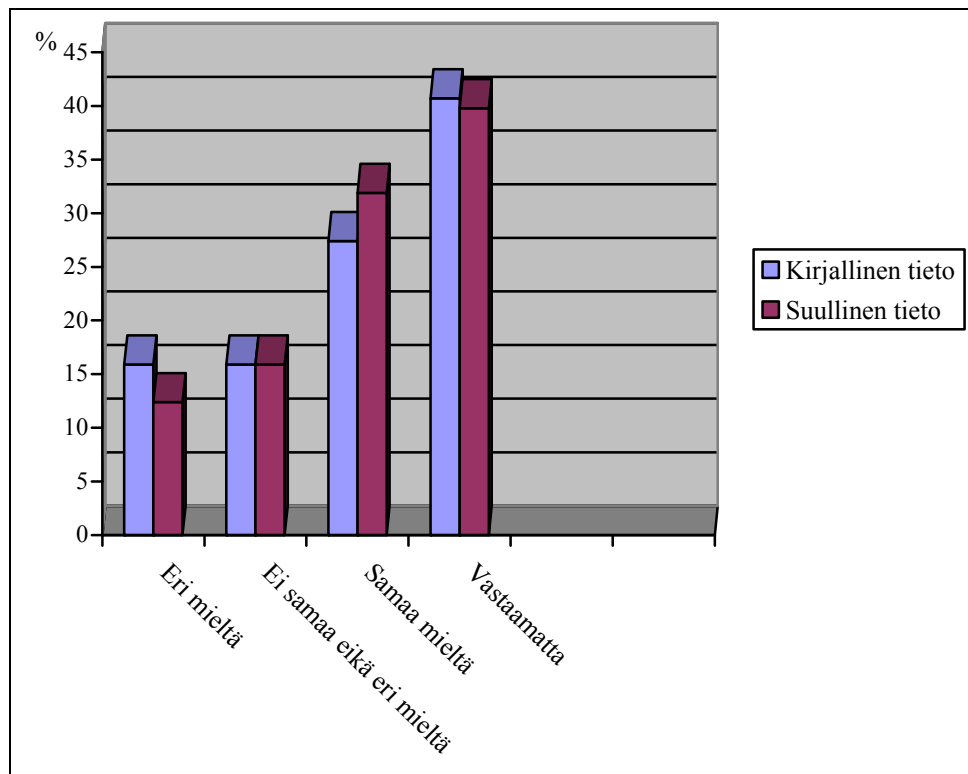
Kuva 4 Asiakkaiden arviointi tupakkaohjauksen vaikuttavuudesta (n=113)

#### 9.1.4 Asiakkaan kokemukset tupakoinnin vähentämiseen tähtäävästä ohjauksesta

Kuvassa 5 kuvataan hoitohenkilökunnan antamaa suullista ja kirjallista tietoa tupakkaohjauksessa erikoissairaanhoidon poliklinikoilla. Vastaamatta jättäneiden määrä todettiin melko suureksi niin kirjallisen kuin suullisenkin tiedon riittävyttä kuvaavissa kysymyksissä.

Suullisen tiedon riittävyttä kuvaavassa kysymyksessä suurin osa arvioi hoitohenkilökunnan antaman suullisen tiedon varsin riittäväksi. Samaa mieltä olevien määrä nousi 31,9 % iin ( $f=39$ ), mikä tarkoittaa reippaasti yli neljäsosaa koko otannasta. Kun vastaamatta jättäneitä ei huomioida, voidaan todeta vastaajista enemmistön pitävän suullista tietoa riittävänä.

Kirjallisen tiedon riittävyyden arvioinnin kannalta katsottuna tulokset ovat melko samansuuntaisia kuin suullisenkin tiedon. Kirjallisen tiedon riittävyyden voidaan todeta, että ohjauksessa saatu tieto oli riittävää ainakin valtaosan mielestä. Samaa mieltä olevien määrä nimittäin kohosi 27,4 % ( $f=31$ ), joka tarkoittaa reilusti yli neljäsosaa koko tutkimuksen otannasta.



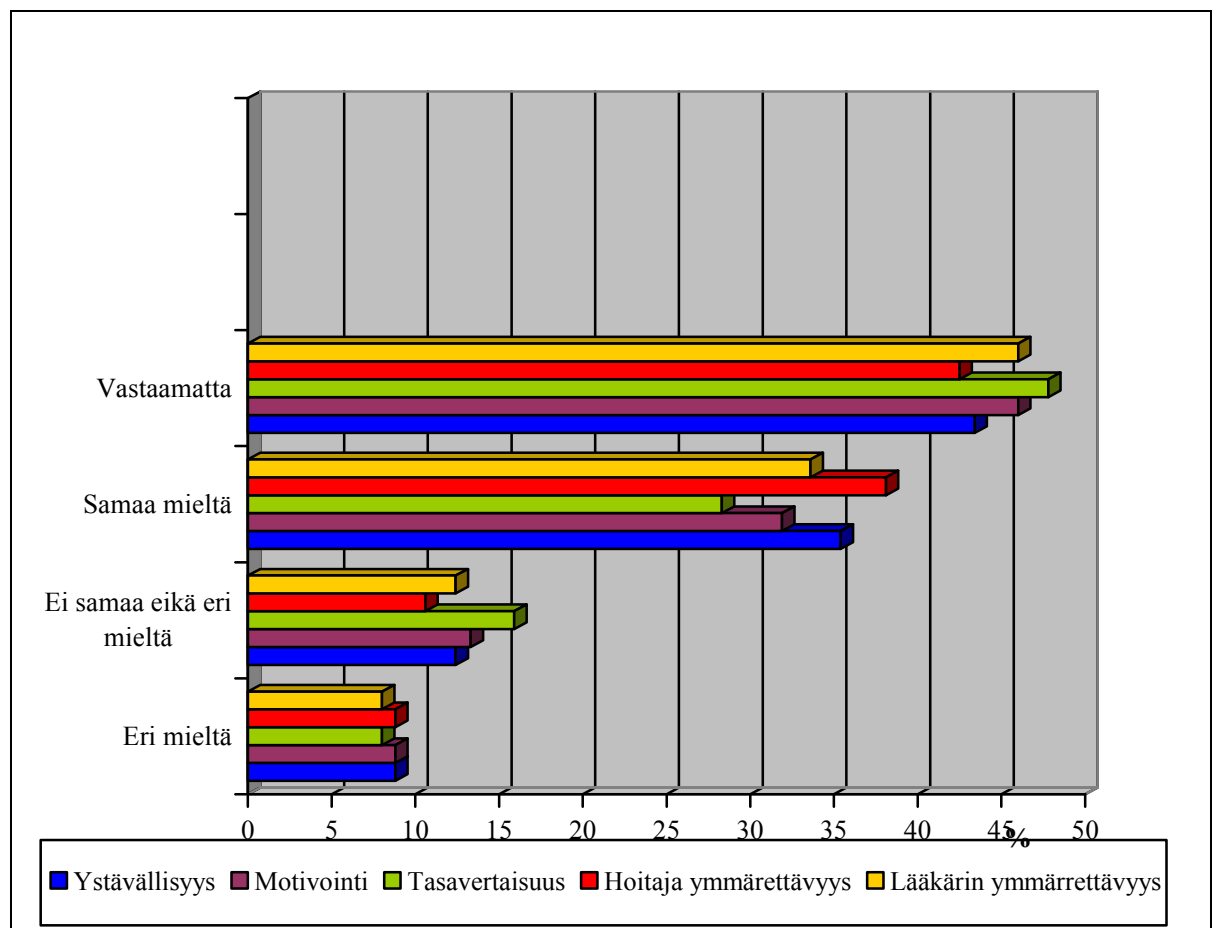
Kuva 5. Tupakkaohjauksen suullinen ja kirjallinen tieto asiakasnäkökulmasta (n= 113)

Kuvassa 6 havainnoidaan hoitohenkilökunnan ammatillisten kommunikaatiotaitojen laadullisia tekijöitä tupakkaohjauksen aikana. Laadullisiksi tekijöiksi tutkija asetti ystävällisyyden, motivoinnin eli asiakkaan kannustamisen tupakoinnin lopettamiseen, tasavertaisuuden eli asiakkaiden mielipiteiden huomioimisen, sekä hoitajan, että lääkärin ymmärrettävyyden. Vastaamatta jättäneiden osuus muodostui todella suureksi jokaisessa laadullisia tekijöitä mittaavassa kysymyksessä, sillä heitä oli lähes puolet otannasta.

Tupakkaneuvonnan aikaiseen ystävällisyyteen poliklinikan asiakkaat olivat varsin tyytyväisiä. Tulosten mukaan jopa 35,4 % (f= 40) oli sitä mieltä, että ohjaus oli ystävällistä hoitohenkilökunnan osalta. Muiden vaihtoehtojen osalta osuudet jäivät melko pieniksi, kun vertaa samaa mieltä olevien osuuteen. Asiakkaan motivointi tupakoinnin lopettamiseen muutettiin muotoon ”asiakkaan kannustaminen”, jotta kaikki otantaan kuuluvat asiakkaat ymmärsivät, mitä asialla tarkoitetaan. Tuloksista voidaan päätellä, että hoitohenkilökunta on kannustanut hyvin tupakoinnin lopettamiseen, sillä 31,9 % (f= 36) piti tupakkaohjauksen ilmapiiriä kannustavana. Asiakkaan tasavertaisuutta ar-

vioitiin sillä, ottaako hoitohenkilökunta asiakkaan mielipiteen huomioon ohjauksen aikana. Tutkimukseen osallistuneista 28,3 % (f= 32) arvioi hoitohenkilökunnan ottavan asiakkaan mielipiteen huomioon tupakkaohjauksen aikana. Tämä merkitsee yli neljäsosaa koko tutkimusotannasta.

Poliklinikoiden asiakkaita pyydettiin myös arvioimaan hoitajan ja lääkärin antaman tupakkaohjauksen ymmärrettävyyttä eli sitä, ymmärsikö asiakas kaiken, mistä hoitaja puhui. Poliklinikoiden asiakkaiden mielestä hoitajan antama tupakkaohjaus on ollut varsin ymmärrettävää, sillä otannasta 35,4 % (f= 40) piti hoitajan ohjausta ymmärrettävänä. Tämä tarkoittaa noin kolmatta osaa tutkimukseen osallistuneista. Poliklinikoiden asiakkaiden mielestä myös lääkärin antama ohjaus on ollut ymmärrettävää, vaikkei kuitenkaan yhtä ymmärrettävää kuin hoitajan. Tuloksista selviää, että 33,6 % (f= 38) piti lääkärin antamaa ohjausta ymmärrettävänä.



Kuva 6. Tupakkaohjauksen laadulliset tekijät asiakkaiden arvioimana(n=113)

## 9.2 Asiakkaiden kokemukset erikoissairaanhoidon poliklinikoilla alkoholinkäytön kartoitukseen ja ensiohjauksen osalta

Alkoholin riskikuluttajien määrä näytti jäävän tässä tutkimuksessa hyvin pieneksi, sillä vain 1,8 % (f= 2) ilmoitti kuuluvansa riskikuluttajiin. Lisäksi tutkimuksen otannasta 8,8 % (f= 10) ei tiennyt, ovatko he alkoholin riskikuluttajia vai ei. Alkoholin riskikulutusta kysyttiin asiakkailta, jotta voidaan arvioida, millainen olisi ollut tarve alkoholinkäytön ohjaukselle.

### 9.2.1 Hoitohenkilökunnan tekemä alkoholinkäytön kartoitus asiakas näkökulmasta

Asiakkailta tiedusteltiin, saivatko he alkoholinriskitestin heille tulleen kutsukirjeen mukana (taulukko 8). Vain 8,8 % (f= 10) ilmoitti, että he olivat saaneet alkoholin riskitestin (Audit- C) kutsukirjeen mukana. Tämä tarkoittaa alle kymmenesosaa tutkimukseen osallistuneista. Tuloksista voidaan todeta, että valtaosa ei saanut riskitestiä kotiin täytettäväksi.

Taulukko 4. Asiakkaiden saama alkoholinkulutuksen riskitesti kutsukirjeen mukana (n=113)

	f	%
Sain Audit- C:n kutsukirjeen mukana	10	8,8
En saanut Audit- C:tä kutsukirjeen mukana	97	85,8
Jätti vastaamatta	6	5,3

Taulukossa 5 on nähtävissä, kuinka moni otantaan kuuluvista oli täyttänyt alkoholin riskitestin. Vain 8,8 % (f= 10) ilmoitti täyttäneensä alkoholin kulutuksen riskitestin. Tuloksista voidaan päätellä, että kaikki testin saaneet myös täyttivät sen. Tulos antaa positiivisen kuvan asiakkaiden suhtautumisesta alkoholinkulutuksen kartoitukseen.

Taulukko 5. Riskitestin täyttäneiden osuudet (n= 113)

	<b>f</b>	<b>%</b>
Täytin Audit- c:n	10	8,8
En täyttänyt Audit- c:tä	98	86,7
Jätti vastaamatta	5	4,4

Hoitohenkilö ei kovin aktiivisesti pyytänyt alkoholin riskitestiä (audit- C) erikoissairaanhoidon poliklinikoilla. Otantaan kuuluvista 87,6 %: lta (f= 99) ei pyydetty alkoholin riskitestiä lainkaan ensikäynnillä, mikä tarkoittaa suurinta osaa tutkimukseen osallistuneista. Tulos ei anna kovin hyvää kuvaa asiakkaille tehdystä alkoholinkäytön kartoituksesta. Toisaalta tutkimus ei kerro sitä, jos henkilökunta tiedusteli alkoholinkäyttöä jonkin muun keinon avulla.

Taulukko 6. Asiakkailta pyydetty alkoholinkulutuksenriskitestit (n=113)

	<b>f</b>	<b>%</b>
Audit- C pyydettiin poliklinikalla	9	8
Audit- C:tä ei pyydetty poliklinikalla	99	87,6
Jätti vastaamatta	5	4,4

Tutkimukseen osallistuneilta asiakkailta myös kysyttiin pitikö heidän täyttää audit eli 10 kysymystä alkoholin käytöstä. Saamieni tulosten mukaan vain 7,1 % (f=8) täytti laaja-alaisen audit:in vastaanotolla. Kartoituksesta saadut tulokset antavat melko huonon kuvan alkoholinkäytön tiedustelusta erikoissairaanhoidon poliklinikoilla. Tuloksista voidaan todeta, ettei sitä tehdä ohjeistusten mukaan.

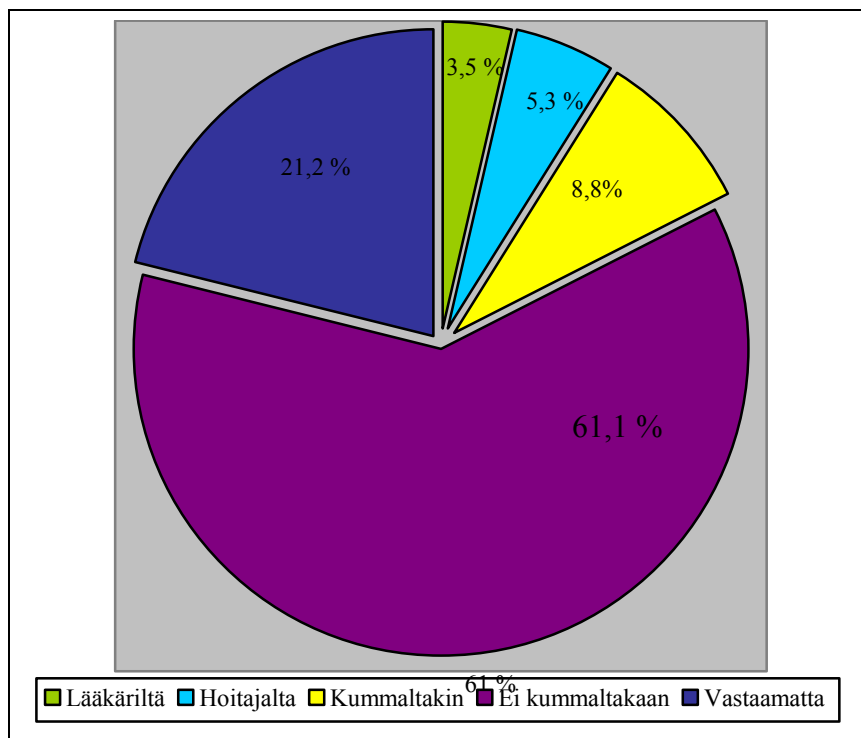
Taulukko 7. Auditin täyttäneiden määrät (n= 113)

	<b>f</b>	<b>%</b>
Täytti Audit:in	8	7,1

Ei täyttänyt Audit: ia	99	87,6
Jätti vastaamatta	6	5,3

### 9.2.2 Asiakkaan saama mini-interventio ohjaus ammattiryhmittäin

Erikoissairaanhoidon poliklinikoiden asiakkailta kysyttiin, antoiko mini-interventio ohjausta hoitaja, lääkäri vai mahdollisesti molemmat (kuva 6). Reilu viidesosa tutkimuksen koko otannasta jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Lääkäriltä alkoholinkäyttöön liittyvää ohjausta oli saanut 3,5 % (f= 4). Hoitajilta ohjausta oli saatu vain hieman enemmän, sillä 5,3 % (f= 6) sai hoitajalta alkoholinkäyttöön liittyvää ohjausta. Tutkimuksen otannasta 8,8 (f= 10) oli saanut mini-interventio-ohjausta niin hoitajalta kuin lääkäriltäkin. Ohjausta saaneiden määrä oli varsin positiivinen, kun tulosta vertaa riskikuluttajien määrään. Mini-interventio-ohjausta kuuluu antaa vain alkoholiriskikuluttajille.

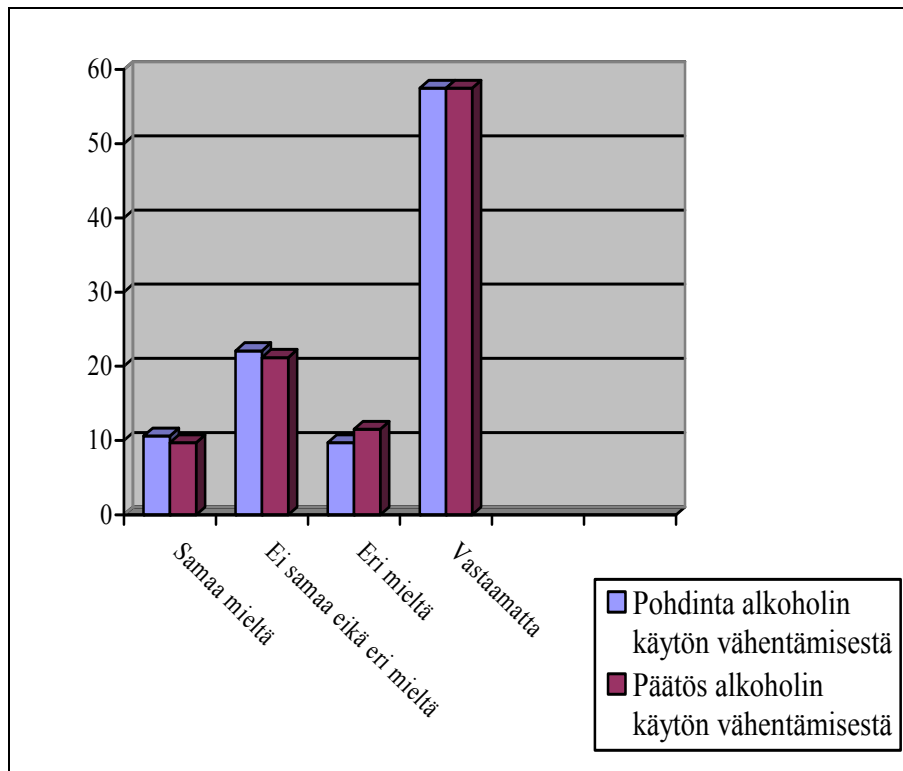


Kuva 6. Asiakkaiden saama mini- interventio ohjaus ammattiryhmittäin (n=113)

### 9.2.3 Mini- intervention vaikuttavuus asiakas näkökulmasta

Mini- interventio-ohjauksen vaikuttavuutta arvioitiin transteoreettista muutosvaihe- mallia apuna käyttäen. Mini-intervention vaikuttavuutta arvioidessa haittasi se, että vastaamatta jätäneiden määrä oli yli puolet niin alkoholin käytön vähentämisen poh- dinnassa kuin sen päättämisesssäkin. Toisaalta se on aivan luonnollista, koska mini- interventio ohjausta ei annettu kovinakaan monelle asiakkaalle.

Kuvassa 7 on havainnollistettu, kuinka tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden mie- lipiteet jakoutuivat, kun pyydettiin arvioimaan, alkaako asiakas pohtimaan alkoholin käyttöään mini- interventio ohjauksen ansiosta. Asiakkaista 10,6 % oli sitä mieltä, että asiakas alkaa pohtia alkoholin käyttöään mini- intervention jälkeen. Alkoholin käytön vähentämisen päättämisestä saadut tulokset ovat melko samaa suuntaisia, sillä 9,7 % ( $f= 11$ ) mielestä asiakas tekee päätöksen alkoholin käytön vähentämisestä. Tulokset antavat varsin positiivisen kuvan mini-intervention vaikuttavuudesta. Jos mini- inter- ventiota annettaisiin kaikille riskikuluttajille, se vähentäisi edes osan alkoholisoitumis- ta.



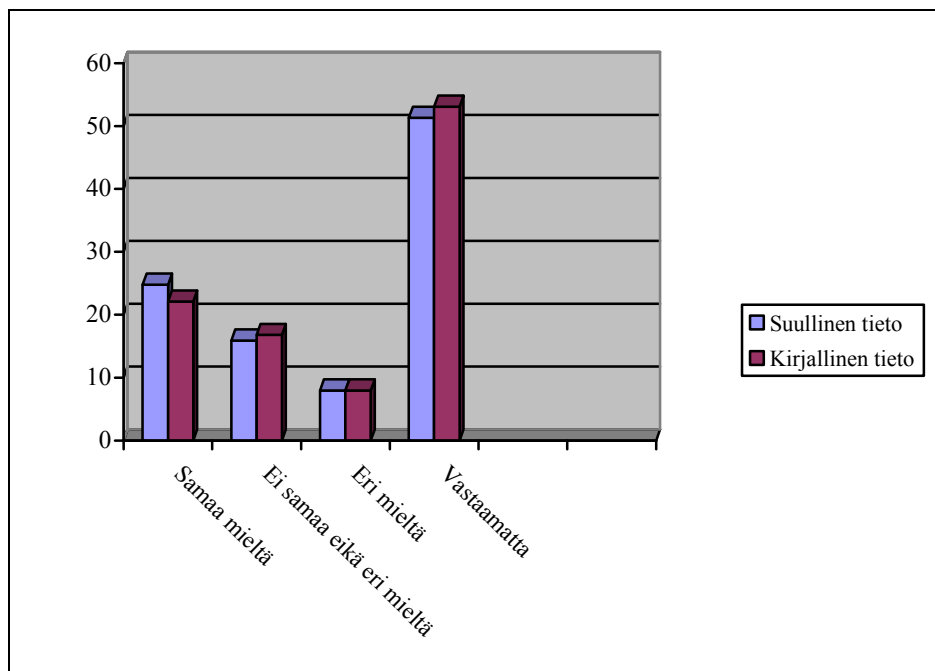


Kuva 6. Asiakkaiden arviointi ohjauksen vaikuttavuudesta (n=113)

#### 9.2.4 Mini-intervention laadulliset tekijät asiakasnäkökulmasta

Poliklinikoiden asiakkaista pyydettiin arvioimaan mini-interventiossa saatua kirjallisen ja suullisen tiedon riittävyyttä Likertin asteikolla. Molemmissa kohdissa vastamatta jättäneiden osuus osoittautui hyvin suureksi, sillä molemmissa se kohosi yli puoleen tutkimuksen koko otannasta (n= 113).

Kuten kuvasta 7 voi havaita, poliklinikoiden asiakkaat olivat melko tyytyväisiä mini-intervention suulliseen tietoon. Otannasta jopa 24,8 % (f= 28) oli sitä mieltä, että mini-intervention suullinen tieto oli riittävää. Tämä tarkoittaa melkein viidesosaa koko otannasta. Poliklinikoiden asiakkaista suurin osa oli myös tyytyväinen mini-interventiossa saatuun kirjalliseen tietoon. Vastaajista 22,1 % (f= 25) piti ohjauksesta saatua kirjallista tietoa riittävänä. Tämä tarkoittaa yli neljäsosaa tutkimuksen otannasta. Tulokset antavat positiivisen kuvan niin suullisesta kuin kirjallisestakin tiedon annosta, mutta myös parantamisen varaa on.



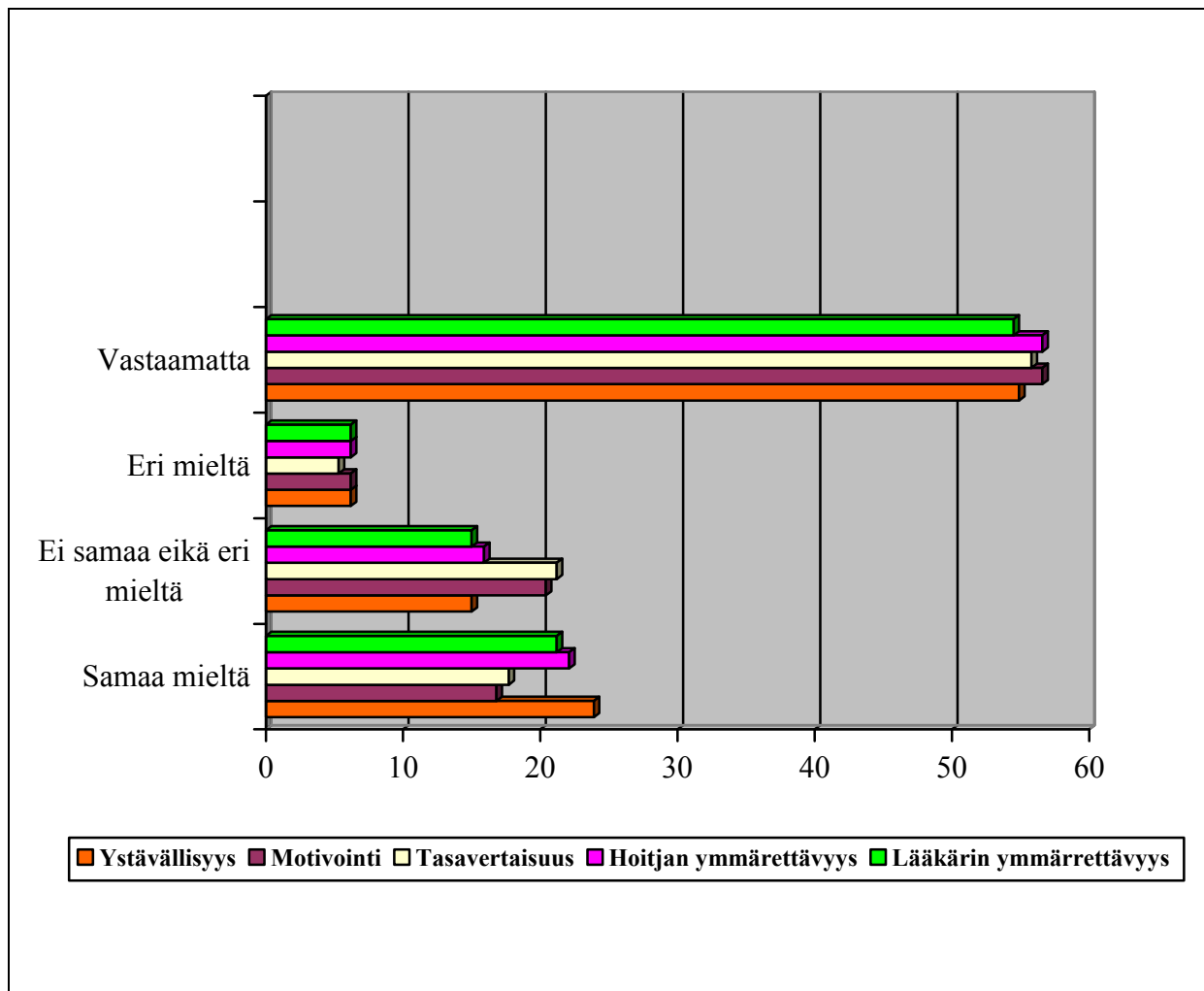
Kuva 7. Mini-intervention suullisen ja kirjallisen tiedon riittävyys (n=113)

Erikoissairaanhoidon poliklinikoiden asiakkaita pyydettiin myös arvioimaan hoitohenkilökunnan kommunikaatiotaitoja mini-interventio ohjauksessa (kuva 8). Laadul-

lisiksi tekijöiksi tutkija asetti ystävällisyyden, motivoinnin eli asiakkaan kannustamisen tupakoinnin lopettamiseen, tasavertaisuus eli asiakkaiden mielipiteiden huomioimisen, sekä hoitajan, että lääkärin ymmärrettävyyden. Myös laadullisten tekijöiden arvioinnissa vastaamatta jättäneiden määrä kohosi korkealle, sillä se oli yli puolet kokotutkimuksen otannasta.

Suurimman osan mielestä mini-intervention aikana vallitsi ystävällinen ilmapiiri hoitohenkilökunnan toimesta katsottuna. Asiakkaista 23,9 % (f= 27) oli sitä mieltä, että mini-intervention aikana oltiin ystävällisiä asiakkaalle. Tutkimuksessa motivointi käännettiin kansankielelle asiakkaan kannustamiseksi alkoholin vähentämiseen. Suurin osa poliklinikoiden asiakkaista ei osannut arvioida, oliko mini-interventiossa kannustava ilmapiiri. Kuitenkin 16,8 %: in (f= 19). Tämä tarkoittaa alle viidesosaa koko otannasta. Kyselyssä tasavertaisuus käännettiin kansankielellä asiakkaan mielipiteiden huomioiminen. Vastanneista suurin osa, joka tarkoittaa 21,2 % (f= 24), ei osannut sanoa, ottiko hoitohenkilökunta asiakkaan mielipiteen huomioon vai ei. Niin motivoinnin kuin asiakkaan mielipiteen huomioimisen osalta asiakkaiden mielipiteet jakautuivat melko tasan samaa mieltä ja ei samaa eikä eri mieltä olevien joukkoon. Tuloksista kuitenkin huomaa, että tekijöiden näiden osalta hoitohenkilökunnalla on parantamisen varaa.

Hoitajan ymmärrettävyydellä tarkoitettiin, ymmärsikö asiakas kaiken, mistä hoitaja puhui. Hoitajan antamaa mini-interventio ohjausta pidettiin varsin ymmärrettävänä, sillä suurin osa eli 22,1 (f= 25) piti ohjausta ymmärrettävänä. Myös lääkärin antamaa ohjausta pidettiin ymmärrettävänä, vaikkei kuitenkaan yhtä ymmärrettävänä kuin hoitajan. Otannasta 21,2 % (f= 24) oli sitä mieltä, että lääkäri puhui varsin ymmärrettävästi asiakkaalle.



Kuva 8. Alkoholinkäytön vähentämiseen tähtäävän ohjauksen laadulliset tekijät asiakas näkökulmasta (n= 113)

### 9.3 Poliklinikoiden asiakkaiden ajatuksia aineistonkeruun aikana

Osa erikoissairaanhoidon poliklinikoiden asiakkaista kirjoitti tutkijalle lisätietoja tai perusteluja, jos he eivät vastanneet joihinkin kysymyksiin kyselylomakkeessa. Poliklinikoiden asiakkaista 18 kirjoitti omaehtoista tekstiä saamaansa kyselylomakkeeseen.

Suurin osa kirjoituksia koski asiakkaan tupakointitottumuksia. He kertoivat tutkijalle jo aiemmin vastaamaansa kysymykseen ja näin perustelivat sillä, etteivät saaneet ohjausta erikoissairaanhoidon poliklinikoilla. Tämä käy hyvin syyksi silloin kun asiakas ei tupakoi, mutta osa asiakkaista sanoi myös syyksi, ettei heidän käyntinsä millään lailla liittynyt tupakointiin tai alkoholinkäyttöön. Kuitenkaan sillä ei pitäisi olla merki-

tystä, liittyykö sairaus näihin vai ei. Yhden lomakkeen kohdalla myös ilmoitettiin tupakointikysymyksen kohdalla, että asiakas on raskaana, ikään kuin selitykseksi, miksi vastaaja ei tupakoi.

Alkoholinkartoitusta ja mini- interventiota koskevista kysymyksistä asiakkaat perustelivat vastaamattomuuttaan ohjauksen laadullisiin tekijöihin sillä, ettei kartoitusta ja ohjausta tehty hoitohenkilökunnan toimesta. Yksi asiakkaista jopa pahoitteli asiaa. Kirjoituksista ilmeni myös negatiivisia asioita alkoholinkäytön kartoitusta kohtaan, sillä eräs vastaaja oli sitä mieltä, ettei hänen alkoholinkäyttönsä kuulu kenellekään.

Myös pari vastaaja ilmaisi kritiikkiä aineiston keruusta. Joillakin asiakkailla ensikäynnistä oli aikaa, eivätkä he enää muistaneet, oliko heille tehty kartoitusta tai annettu ohjausta. Tällä kertaa heillä oli menossa vuosittainen määräaikaistarkastus. Kuten aineiston keruun suunnitelmassa käy ilmi, vain ensikäynnin tuli olla käyty ennen kuin vastata kyselyyn.

## 10 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää erikoissairaanhoidon poliklinikalle tulevien asiakkaiden kokemuksia terveystietoisuutensa kartoituksesta ja ensiohjauksesta tupakoinnin ja alkoholinkäytön osalta. Tärkeää olisi saada tietää: Onko asiakkaalle tehty kartoitus ja mikäli oli aiheutta, saivatko he ensineuvontaa ja vaikuttiko neuvonta lainkaan. Lisäksi asiakkaita pyydettiin arvioimaan ohjauksen laadullisia tekijöitä ensiohjauksesta.

### 10.1 Yhteenveto tutkimustuloksista

Kun tarkastellaan asiakkaiden vastauksia tupakkatottumusten kartoituksen toteutumisesta, voidaan sanoa, ettei se toteutunut toimintaohjeen mukaisesti (Carea 2010a, liite 2). Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän ohjeen mukaan heidän poliklinikalle tuleva asiakas saa kutsukirjeen mukana tupakointitottumusten kartoituslomakkeen. Kuitenkin vain 15 % sai tupakointitottumusten kartoituslomakkeen. Kuitenkin asiakas näkökulmasta katsottuna on kiehtovaa, että kartoituslomakkeen täyttäneiden määrä (22,1 %) oli kuitenkin hieman suurempi kuin sen saaneiden määrä. Tämä selittyy ainakin sillä, että organisaation internetsivuilta ([www.carea.fi](http://www.carea.fi)) saa tulostettua saman kartoituslomakkeen kuin minkä he lähettävät asiakkailleen. Voi-

daan siis ajatella, että osa asiakkaista oli varsin oma- aloitteisia asian suhteen. Samaa ei kuitenkaan voida sanoa hoitohenkilökunnan osalta, sillä vain 18,6 % tutkimukseen osallistuneista pyydettiin täytetty tupakointikartoituslomake erikoissairaanhoidon poliklinikoilla. kuitenkin tämä tutkimus ei anna meille selitystä siihen, miksi hoitohenkilökunta ei ollut innostunut tekemään kartoitusta toimintaohjeen mukaisesti.

Tupakoinnin lopettamiseen tähtäävän ohjauksen suhteen tilanne ei kuitenkaan ole niin huono kuin voisi kuvitella. Kun kaikkien ohjausta saaneiden prosenttiosuudet lasketaan yhteen, saadaan tulokseksi 44,2 % ( $f=50$ ), eli 50 henkilöä tutkimuksen otannasta sai tupakkaohjausta joko hoitajalta, lääkäriltä tai molemmilta, vaikka vain 25 asiakasta ilmoitti polttavansa. Minkä takia jo valmiiksi tupakoimattomille puhutaan tupakoinnin lopettamisesta vastaanotolla? Niin teoretiedon mukaan kuin Carean toimintaohjeen mukaankin ohjausta annetaan vain niille, jotka ovat nikotiiniriippuvaisia. Toisaalta herää myös kysymys siitä, ymmärsivätkö tutkimukseen osallistujat, mitä tupakkaohjauksella tarkoitettiin.

Tupakkaohjauksen vaikuttavuuden arvioinnissa vastaamatta jättäneiden osuus oli yli puolet koko otannasta. Tämä hieman häiritsi ohjauksen vaikuttavuuden tarkastelua. Kun arvioidaan tuloksia vastanneiden kesken, voidaan todeta tupakkaohjauksen saavan aikaan edes jonkinlaista pohdintaa tupakoinnin lopettamiseksi. Kuitenkaan tupakkaohjauksen vaikuttavuus tupakoinnin lopettamisen päättämiseen ei ollut yhtä suuri.

Myös tupakkaohjauksen laadullisten tekijöiden mittauksessa vastaamatta jättäneiden määrä oli 40 - 50 %:n luokkaa. Tämä on varsin ymmärrettävää, kun verrataan vastaajien määrää ohjausta saaneiden määrään. Tietenkään asiakas ei voinut arvioida ohjauksen laadullisia tekijöitä, jos hän ei saanut ohjausta. Vastanneiden mukaan ohjauksen laadulliset tekijät (kirjallinen tieto, suullinen tieto, ystävällisyys, motivointi, tasaver-taisuus, sekä lääkärin- ja hoitajan ymmärrettävyys) koettiin melko hyväksi. Tämän huomaa siitä, että samaa mieltä olevien määrää suuri kaikissa laadullisia tekijöitä mittaavissa kohdissa.

Alkoholinkäytön kartoituksessa oli myös puutteita hoitohenkilökunnan osalta. Jo kysyttäessä alkoholinriskikäytöstä vain 1,8 % ilmoitti rehellisesti olevansa alkoholin riskikuluttaja ja 8,8 % ei tiennyt, oliko vai eikö. Kuitenkaan ei voida tietää, mihin kaikki vastaajat perustavat ajatuksensa. Tutkimus ei kertonut sitä, onko heille aiemmin tehty audit vai onko tämä heidän oma mielipiteensä. Vain 8,8 % ilmoitti saaneensa alkoholo-

linkkulutuksen riskitestin ja myös yhtä usea oli sen täyttänyt. Voidaan siis ajatella, että asiakkaat kyllä tekevät tunnollisesti kartoituslomakkeen, jos vain heille se lähetettäisiin. Laaja- alaisen Auditin täyttäminen ei ollut yhtään sen yleisempää asiakkaiden keskuudessa, sillä vain 7,1 %:lta pyydettiin täyttämään Audit kysely. Tutkimuksesta ei selviä miten hoitohenkilökunta päättää, ketä pyydetään täyttämään audit ja ketä ei.

Tutkimuksessa tiedusteltiin, saiko asiakas mini- interventio ohjausta hoitajalta, lääkäriltä vai molemmilta. Tässä kysymyksessä vastaamatta jättäneiden osuus oli reilu neljännes tutkimukseen osallistuneista. Kaiken kaikkiaan ohjausta oli saanut 17,6 % otannasta, joka osuutena vaikuttaa melko pieneltä. Kuitenkin kun vertaa ohjausta saaneiden määrää riskinkuluttajien määrään, tulos näyttää jo varsin positiiviselta. Tuloksissa on selvästi nähtävissä, että useampi sai ohjausta kuin mitä oli tarvitsevien määrä.

Mini- intervention vaikuttavuutta mitatessa havaittiin vastaamatta jättäneiden osuus hyvin suureksi, sillä se oli reilusti yli puolet tutkimuksen osallistujia määrästä. Tämän katsotaan johtuva siitä, että mini- interventio- ohjausta saaneiden määrä oli niin pieni, kuten aiemmin on tullut todetuksi. Asiakkaat eivät voineet arvioida vaikuttavuutta, jos he eivät saaneet ohjaustakaan. Alkoholinkäytön vähentämisen pohdinnan suosituimmaksi kohdaksi ilmeni; ”ei samaa eikä eri mieltä”. Seuraavaksi eniten oltiin samaa mieltä. Lisäksi noin 10 % otannasta arvioi mini- intervention vaikuttavan alkoholinkäytön pohdintaan myönteisesti. Mini- intervention vaikutus päätöksen tekoon alkoholinkäytön vähentämisestä oli vain hieman pienempi kuin pohdinta kohdassa. Se oli vain hieman alle 10 %. Vaikka osuudet voivat vaikuttaa melko pieniltä, ovat luvut suurempaan joukkoon nähden myönteisiä. Alkoholinsuurkulutuksen aiheuttamat ongelmat ovat taloudellisesti ja yhteiskunnallisesti mittavat, joten jokainen onnistunut mini- interventio on pieni voitto ongelmien vähentämiseksi.

Erikoissairaanhoidon poliklinikoiden asiakkaita pyydettiin arvioimaan laadullisia tekijöitä myös mini- intervention osalta. Laadulliset tekijät olivat samat kuin tupakkaohjauksessakin (kirjallinen tieto, suullinen tieto, ystävällisyys, motivointi, itsemääräämisoikeuden huomioiminen, sekä lääkärin- ja hoitajan ymmärrettävyys). Mini- interventio laadullisten tekijöiden mittauskohdissa vastaamatta jättäneiden määrä oli suuri, koska ohjausta saaneiden määrä ei myöskään ollut iso. Kirjallisen ja suullisen tiedon riittävyyden kannalta asiakkaat olivat varsin tyytyväisiä, sillä molemmissa samaa mieltä olevien osuus on yli 20 % koko otannasta. Tulosta voidaan pitää siksi hyvänä,

että vastaamatta jättäneiden osuus molemmissa kohdissa oli noin 50 %. Hoitohenkilökunnan ammatillisiin kommunikointi tekijöiden (ystävällisyys, motivointi, itsemääräämisoikeuden huomioiminen, sekä lääkärin- ja hoitajan ymmärrettävyys) arvioinnissa hajonta oli suurempi vastanneiden osalta. Kaikissa näissä kohdissa (ystävällisyys, motivointi, itsemääräämisoikeuden huomioiminen, sekä lääkärin- ja hoitajan ymmärrettävyys) asiakkaiden mieleisimmän vastaus vaihtoehto oli, ei samaa eikä eri mieltä. Kuitenkaan tulokset eivät ole niin hyvät kuin olisi toivottu, sillä parhaiten alkoholin aiheuttamiin ongelmiin voidaan puuttua asiakkaan oikeanlaisella kohtaamisella. Näistä tuloksista huomaa hyvin sen, että hoitohenkilökunnan kommunikointi taidoissa olisi parannettavaa ainakin asiakasnäkökulmasta katsottuna.

Tutkimuksen perusteella voidaan havaita, että terveyden edistämisen haasteena on asiakkaiden tupakointi- ja alkoholikäytön kartoitusten tekeminen. Terveystieteiden ammattilaiset tulisi saada motivoitumaan terveystietoisuuden kartoituksesta entistä enemmän. Lisäksi olisi todella tärkeää saada heidät ottamaan terveyden edistäminen keskeiseksi osaksi ammatillisuutta ja tulevaisuuden toimintatavaksi.

## 10.2 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen osallistuneiden tupakoivien osuus oli suunnilleen samaa luokkaa kuin kansallisissa tutkimuksissa, jotka kuvaavat suomalaisten terveystietoisuutta. Suomalaisten aikuisten terveystietoisuutta ja terveyttä kuvaavan tutkimuksen mukaan naisista tupakoi 23 % ja miehistäkin 16 % (Helakorpi, Pajunen, Jallinoja, Virtanen & Uutela 2011, 12 - 14). Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen Kuntayhtymän mallin mukaan mahdollisuudet tupakointitottumusten kartoittamiseksi ovat hyvät, mikäli suunnitelmasta pidettäisiin kiinni (Carea 2010; liite 3). Kuitenkin tutkimustulosten mukaan tupakointitottumusten kartoitus on usein jäänyt tekemättä. Kartoituksen osalta tässä tutkimuksessa ei ollut nähtävissä samaa kuin aiemmissa tutkimuksissa. Aiemmin on todettu, että niin hoitajat kuin lääkäritkin kysyvät aktiivisesti tupakointitottumuksista, vaikka käytännöt kartoituksen tekemiseksi olivat hyvin kirjavat. (Aalto ym. 2010, 127.) Kuitenkaan opinnäytetyössä ei selviä se kysyttiinkö poliklinikoiden asiakkailta tupakointitottumuksista jollain muilla keinoin.

Asiakkaat saivat tupakointiin liittyvää ohjausta hyvin, kun tarkastellaan tuloksia. Kaikki tupakoivat saivat ohjausta, mutta tupakoinnista puhuttiin myös tupakoimattomille. Niin Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän mukaan

kuin aiemman teorian mukaan ohjausta kuuluisi antaa vain sitä tarvitseville. (Carea 2010; liite 3; Hildén. 2006, 58- 60; Duodecim 2006, 5.) Nikotiinikorvaushoidon mukaan ottaminen avuksi tupakkavieroitukseen todettiin varsin vähäiseksi tämän tutkimuksen aikana. Tämä ihmetyttää, sillä nikotiinikorvaushoidon on todettu vaikuttavan tupakoinnin lopettamisen onnistumiseen jopa 1,5 - 2 -kertaisesti. (Mäkinen & Alenius 2011.)

Aiemmin tehtyjen tutkimusten mukaan on todettu, että tupakoinnin lopettamiseen tähtäävä ohjaus vaikuttaa asiakkaan motivaatioon lopettaa tupakointi. Jo terveydenhuollon henkilön kehotuksella on todettu olevan vaikutusta tupakoinnin lopettamismotivaatioon. (Duodecim 2006, 5 - 6.) Samankaltaisia tuloksia havaittiin myös tämän tutkimuksen aikana, vaikka ohjaus ei välttämättä saanut aikaan päätöstä tupakoinnin lopettamisesta. Suuri osa vastaajista alkoi kuitenkin pohtia sen lopettamista. Tämä merkitsee sitä, että ohjaus saa aikaan muutoshalukkuutta.

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän malli alkoholinkäyttöön puuttumiseksi noudattaa hyvin paljon Phepa- projektin suositusta riskikulutuksen varhaisesta tunnistamisesta ja mini- interventiosta. (Carea 2010; liite5; Seppä 2006, 7.) Poliklinikoilla ei kuitenkaan tehty kartoitusta heille tehdyn mallin mukaan ainakaan valtaosan mielestä. Osalle kuitenkin oli tehty alkoholinkäytön kartoitus. Myös aiemmissa tutkimuksissa oli havaittavissa, että käytännöt riskikulutuksen tunnistamiseksi ovat varsin kirjavat. (Behm 2005.) Tämän tutkimuksen aikana alkoholiriskikuluttajien määrä oli varsin pieni, eikä siinä ole huomattavissa samaa osuutta kuin kansallisissa Suomen väestön terveystietäytymistä kuvaavissa tutkimuksissa. (ks. Helakorpi, Pajunen, Jallinoja, Virtanen & Uutela 2011, 17- 18.)

Tässä tutkimuksessa mini- interventiota saaneiden määrä oli hyvin pieni, mutta niin oli myös riskikuluttajien määräkin. Ongelmaa vielä lisää se, että kartoituskin jäi usein hoitohenkilökunnalta tekemättä. Kaiken kaikkiaan tässä tutkimuksessa mini- interventio ohjauksen määrä oli noin 17 %. Tuloksista voidaan päätellä, että mini- interventio ohjausta annettiin poliklinikoilla, jos riskikuluttajat havaittiin väestöstä. Tässä on havaittavissa se sama kuin aiemmissa tutkimuksissa eli riskikuluttajan tunnistaminen on hankalaa. (Kuokkanen, ym 2008. 771- 774, Behm 2005.)

Mini- intervention vaikuttavuutta arvioitaessa noin 10 % tutkimuksen otannasta oli sitä mieltä, että mini- interventio vaikuttaa niin riskikuluttajan pohdintaan alkoholinkäy-



tön vähentämisestä kuin päätökseenkin siitä. Samankaltaisia tuloksia on havaittu jo aiemmissakin tutkimuksissa, sillä mini- intervention on arvioitu vaikuttavan 1/10:stä. (Aalto, ym 2008. 19).

Tämän tutkimuksen mukaan tupakkaohjauksen laadulliset tekijät olivat melko hyvin kohdallaan, mutta mini- intervention kohdalla varsinkin kommunikointitekijöiden osalta hoitohenkilökunnalla oli puutteita. Aiemmin on todettu laadullisten tekijöiden vaikuttavan asiakkaan motivaatioon. Varsinkin hoitohenkilökunnan kommunikointitaidoilla on todettu olevan vaikutusta terveyttä edistävässä ohjauksessa. Ohjauksen kannalta tärkeimpinä tekijöinä pidettiin, että asiakkaita kohdellaan tasavertaisena ja hänen mielipiteitä arvostetaan ohjauksen aikana. Lisäksi ohjauksen vaikuttavuutta heikensi, jos asiakasta syyllistettiin ohjauksessa (Hyytiäinen 2010). Tutkimuksessa poliklinikoiden asiakkaat olivat varsin tyytyväisiä suulliseen ja kirjalliseen tietoon. suullisen ja kirjallisen ohjeistuksen tarkoituksena on antaa asiakkaalle tietoa ja näin motivoida muutokseen. Usein asiakkaat pitävät kirjallisia ohjeita jopa välttämättöminä, jotta he voivat kerrata ohjauksessa käytyjä asioita vielä ohjauksen jälkeen. (Salmi- nen- Tuomaala, Kaappola, Kurikka, Leikola, Vanninen & Paavilainen 2010, 21 - 28.)

### 10.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusta tehdessä tutkijan on pidettävä mielessä hyvän tieteellisen käytännön normit koko työn ajan. Tutkimus ei saa aiheuttaa tarpeetonta tuskaa organisaatiolle, tutkittaville tai aiemmille tutkijoille. Lisäksi tutkimusraportissa on pidettävä yllä rehellistä ja huolellista toimintatapaa koko prosessin ajan. Tutkijan tulee varjella parhaalla mahdollisella tavalla tutkittavien anonymiteettiä. (ks..Vilka 2007, 90 - 91.)

Tutkimuksen tärkeimpiä eettisiä ongelmia on vastaajan oma halu osallistua tutkimukseen. Tutkittavalla on aina oikeus itse päättää haluaako hän osallistua tutkimukseen vai ei ja hänellä pitäisi olla mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta. Koska kyselylomakkeet ovat nimettömiä ja tutkija ja hänen yhteistyökumppaninsa ei tiedä ketä tutkittavana on, ei tutkija voi luotettavasti poistaa mielensä muuttaneen vastaajan lomaketta otannasta. (ks. Kankkunen & Vehviläinen- Julkkunen 2009.176 - 184.) Piilohavainnoinnin mahdollisuutta tutkimuksen aineiston keruun aikana ei ole, sillä kaikki vastaajat näkyvät tutkijalle vain numeroina (ks. Vilka 2007, 93).

Salassapitovelvollisuus kuuluu tutkijan eettiseen toimintaan tutkimuksessa. Tutkittavien anonymiteettiä täytyy suojella koko tutkimuksen teon ajan, sillä se ei saa aiheuttaa haittaa tutkittaville. Tämän tutkimuksen tulosten tarkastelussa käytetään numeerisia arvoja, joten vastauksista ei voida tunnistaa tutkittavaa. Lisäksi tutkimuslomakkeet olivat suljetuissa kirjekuorissa niin tutkittavalle mentäessä kuin häneltä palatessakin, jolloin kukaan muu kuin tutkija ja vastaaja eivät nähneet kysymyksiä tai sitä, mitä tutkittava vastasi. Kuitenkaan vastaajien nimettömyys ei riitä, vaan lomakkeet täytyy tuhota asiaan kuuluvalla tavalla, kun niitä ei enää tarvita. (ks. Kankkunen & Vehviläinen- Julkkunen 2009, 176- 184.)

Tutkimussuunnitelmien tekovaiheessa pyrin huolellisuuteen tutkittaville tiedottamisessa. Saatekirjeen laadinnassa pidettiin tärkeänä korostaa asiakkaille, että heidän anonymiteettinsä säilyy koko tutkimuksen teko ajan. Lisäksi korostettiin, ettei kukaan muu kuin tutkija näe tutkimuslomakkeita. Lisäksi saatekirjeessä kerrottiin, mitä tutkimus koskee ja miksi on tärkeää, että he vastaavat tähän kyselyyn. (ks. Kankkunen & Vehviläinen- Julkkunen 2009, 176.)

Tulosten tarkastelun rehellisyys on taattu tarkalla tutkimustulosten raportoinnilla. Tällä tarkoitetaan sitä, että jokaista kysymystä kohtaan on tarkasti laitettu kuinka paljon osallistujista jätti vastaamatta ja mikä tulos mihinkin vastaus vaihtoehtoon tuli. (ks. Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23 - 27.)

#### 10.4 Luotettavuus

Mittarin sisältövaliditeetti tarkoittaa sitä, että kuvaako tutkimuksen mittari juuri sitä mihin halutaan saada vastaus. Tähän opinnäytetyöhön on tehty muuttujataulukko (liite 10), joka kuvaa kirjallisuuskatsauksen, tutkimusongelmien ja mittarin yhteneväisyyttä. On tärkeää, että nämä kaikki ovat linjassa toisiaan nähden, jotta saadaan mitattua juuri sitä asiaa kuin on tarkoituskin. Tähän opinnäytetyöhön tehtiin aivan uusi mittari, jolloin on tärkeää arvioida sen teoreettista rakennetta sekä esitettävä lomake. Mittari on rakennettu niin, että ensin kysytään toimintaohjeen mukaisesta työstä kartoituksen ja ensiohjauksen osalta. Tämän jälkeen tiedustellaan ensiohjauksen vaikuttavuutta ja laadullisia tekijöitä. Kun verrataan tutkimusongelmia ja tuloksia, voidaan ajatella tutkimuksen vastaavan juuri siihen mihin haluttiin saada tietoa. (ks. Kankkunen & Vehviläinen-- Julkkunen 2009, 156 - 152.)

Tämän tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää koko Suomen terveydenhuoltoon, koska kuten teoriaosasta voi lukea, henkilökunnan terveydenedistämisen myöntyvyyteen vaikuttavat suuresti esimiesten myöntövyys ja panos. Voidaan myös ajatella, että jokaisessa terveydenhuollon organisaatiossa on erilaiset tavat toimia väestön terveyden edistämiseksi. Tämä mittari kuvaa vain Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän toimintaohjeen toteutumista ja laatua erikoissairaanhoidon poliklinikoilla. (ks Kankkunen & Vehviläinen– Julkkunen. 2009, 157- 158.)

Tutkimuksen otannan kannalta luotettavuuskriteeri pysyivät hyvänä, sillä vastausprosentti oli melko korkea. Otannan kokoon vaikutti se, että tutkija päätti ottaa mukaan tutkimukseen kaikki halukkaat, jotka olivat käyneet ensikäynnin erikoissairaanhoidon poliklinikalla. Eli osallistujilta ei vaadittu, että tämä käynti oli heidän ensikäyntinsä. Kuitenkin ohjauksen vaikuttavuuden ja laadullisten tekijöiden arviointiin vaikutti se oliko asiakas saanut ohjausta vai ei. Vain ohjausta saavat asiakkaat kykenivät arvioimaan näitä asioita. Tämä näkyi myös vaikuttavuuden ja laadullisten tekijöiden mittavissa tuloksissa, sillä näissä kohdissa myös vastaamatta jättäneiden osuus oli suurin. Tutkimuksen tulokset kertovat, kuinka terveyskäyttämisen kartoitus ja ensiohjaus toteutuu erikoissairaanhoidon poliklinikalla. Lisäksi se kertoo ohjauksen vaikuttavuudesta ja laadullisista tekijöistä. Näin ollen tulosten avulla saadaan tärkeää tietoa terveyden edistämisen toteutumisesta kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä. (ks. Kankkunen & Vehviläinen– Julkkunen 2009, 156 - 152.)

## 10.5 Kehittämisehdotuksia

Tämä tutkimus käsitteli ainoastaan, kuinka alkoholinkäytön ja tupakointitottumusten kartoitus ja ensiohjaus toteutuvat. Lisäksi tutkimukseen on pyydetty arvioimaan ohjauksen vaikuttavuutta sekä sen laadullisia tekijöitä. Kuitenkaan tutkimus ei anna vastausta siihen, miksi kartoitus ja ensiohjaus ei aina toteutunut Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän ohjeiden mukaan. Jotta saataisiin tietää asioiden koko laajuus, tarvittaisiin nyt lisää tutkimustietoa siitä, miksi kartoitus ja ensiohjaus eivät aina toteudu erikoissairaanhoidon poliklinikalla.

- Henkilökunnan asenteet terveyskäyttämisen kartoituksesta ja ensiohjauksesta
- Miksi terveyskäyttämisen kartoitusta ei tehdä tarpeeksi poliklinikoilla?

## LÄHTEET

Absetz. P, Airaksinen. M, Heikkinen. H, Jormanainen. V, Kentala. J, Kurko. T, Leppänen. A, Mesiäislehto- Soukka. H, Ollila. H, Patja. K, Salomäki. S- M, Sandström. P, Simonen. O & Winel. K. 2009. Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. Sandström, P. Leppänen, A. & Simonen, O (toim). StM:n julkaisuja 2009/15 s. 11- 12, 16,18- 21, 23- 25. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2908-1> [viitattu: 17.7.2011]

Absetz. P ja Hankonen. N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Lääkärinkirja Duodecim 127/ 2011 s. 2265- 2272. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=tupakointi](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=tupakointi). [viitattu 18.7.2011]

Aalto. P, Ahonen. J, Hakamäki. P, Heino- Tolonen. T, Herrala. J, Kolu. T, Kotisaari. S, Laasonen. K, Lappalainen- Lehto. R, Ojansuu- Siljamäki. U, Oksa. H, Rigoroff. A- M, Rimpelä. M & Wiss. K. 2010. Terveiden edistäminen erikoissairaanhoidossa. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/9dbfdfa3-62d2-4074-9795-6bf6bf171a39>. [viitattu 24.6.2011]

Aalto. M, Ahola. I, Heljälä. L, Hyvonen. S, Jurvansuu. H, Kainulainen. P, Kinnunen. P, Korpilähde. A, Kuokkanen. M, Malinen. J, Matinlompola. U, Melkas. T, Melkas. T, Paanila. T, Ruuskallio- sointu. P- L, Seppä. K- L, Seppänen. K, Tarhala. M & Vilenius. O- P. 2008. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini- intervention jalkautuminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Seppä, (toim). viitattu 20.6.2011. Saatavilla: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3614.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3614.pdf). [viitattu 20.6.2011.]

Aalto. M & Seppä. K. 2007. Mini-interventio – terveydenhuollon keino vähentää alkoholihaittoja. Kansanterveyslehti 3/2007. Saatavissa: <http://www.ktl.fi/portal/12385>. [viitattu. 9.2.2012]

Aira. M & Haarni. I. 2010. Iäkkäiden suhtautuminen alkoholin käytöstä kysymiseen - ” Niitten kuuluu kysyä myös siitä viinasta jos on aiheutta.”. Suomen lääkirilehti 7/2010. s.579- 585. vitattu 19.6.2011. Saatavilla: [http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p\\_haku=alkoholi](http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=alkoholi). [viitattu 19.6.2011]

- Asikainen, J. 2010. Varhainen puuttumisen toteutuminen elintapaohjauksessa. Pro gradu- tutkielma. Itä- Suomen yliopisto.
- Behm. M- M. 2005. varhaisvaiheen päihdetyö perusterveydenhuollossa. pro gradututkielma. Kuopion yliopisto.
- Carea. 2009. Savuton kuntayhtymä- toimintaohjelma. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Saatavissa:  
[www.carea.fi/folders/Files/Savuttomuus/savuton\\_kuntayhtyma.pdf](http://www.carea.fi/folders/Files/Savuttomuus/savuton_kuntayhtyma.pdf). [Viitattu: 21.1.2012]
- Carea. 2010a. Tupakointiin puuttumismalli. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 6/2010
- Carea. 2010b. Tupakoinnin kartoitus kyselylomake. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 6/2010. Saatavissa:  
<http://www.carea.fi/fi/Opastusta/Potilaille%20ja%20I%C3%A4heisille/Potilaana%20sairaalassa/Hoito%20osastolla/Terveystottumusten%20kartoittaminen/>
- Carea. 2010c. Nikotiiniriippuvuuden testaaminen Fagerströmmintesti. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 6/2010.
- Carea. 2010d. Alkoholin riskikäytön tunnistaminen. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 6/2010
- Carea. 2010e. Alkoholin kulutuksen riskitesti (Audit- C). Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 6/2010. Saatavissa:  
<http://www.carea.fi/fi/Opastusta/Potilaille%20ja%20I%C3%A4heisille/Potilaana%20sairaalassa/Hoito%20osastolla/Terveystottumusten%20kartoittaminen/>
- Carea. 2011. Tukea Hyvinvointiin. katsottu 11.11.2011. Saatavilla:  
<http://www.carea.fi/fi/Tukea/>. [viitattu 11.11.2011]
- Duodecim. 2006. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoito: Käypä hoito suositus. viitattu: 27.6.2011: Saatavissa:  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi40020?hakusan a=tupakointi>. [viitattu: 27.6.2011]
- Duodecim. 2010. Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito suositus. Saatavissa:  
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50028.pdf>. [viitattu: 11.1.2012.]
- Eloranta. T & Virkki. S. 2011. Ohjaus Hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

- Hallman- Keiskoski. M & Puolakka. J. 2005. Suomen lääkärilehti 20/2005. s.2241-2244. Tulostettu 11.11.2011. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000023523>. [tulostettu 11.11.2011]
- Halonen. M. 2005. Päihdepalvelujen vaikuttavuus ja palveluihin ohjautuminen asiakkaiden kuvaamina. Pro gradu tutkielma. Oulun yliopisto
- Heikkilä.T. 1999. Tilastollinen tutkimus. 2. painos. Helsinki. Edita.
- Helakorpi. S, Pajunen. T, Jallinoja. P, Virtanen. S & Uutela. A. 2011 Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys kevät 2010: tupakointi. raportti. THL. Helsinki .Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4582dc7b-0e9c-43db-b5eb-68589239b9a3>. [viitattu 18.6.2011]
- Hildèn. S- M. 2006. Tupakasta vieroittajan opas – Motivoinnin avulla eroon tupakkarippuvuudesta. 2. painos Helsinki: WSOY.
- Hirsijärvi. S, Remes. P & Sajavaara. P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki:Tammi.
- Hyytiäinen. S. 2010. Terveyttä edistävä dialogi potilasohjauksessa. Pro gradu tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.
- Hätönen. H. 2009. Savuton sairaalaohje. Saatavissa: <http://www.stes-hsf.fi/suomi/perustietoa-yhdistyksesta>. [viitattu 11.11.11]
- Hätönen. H. 2010. Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry.- perustietoa yhdistyksestä. Saatavissa: <http://www.stes-hsf.fi/suomi/perustietoa-yhdistyksesta>. [viitattu 11.11.2011]
- Kankkunen. P & Vehviläinen- Julkkunen. K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. WSOYpro Oy. Helsinki
- Kiiskinen. U, Vehko. T, Matikainen. K, Natunen. S & Mahomaa. A.2008. Terveiden edistämisen mahdollisuudet; Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja 1:2008. Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/02/pr1202902258197/passthru.pdf>. [viitattu 11.11.11.]
- Kilpeläinen. M, Järvi. L, Grönroos. P & Nordman. E. 2004. Tupakasta vieroitus osa sairauksien hoitoa Kahden vuoden seurantatuloksia ryhmäohjauksesta Turun yliopis-

tollisessa keskussairaalassa. Suomen lääkärilehti 59/2004(42). s. 4013- 4015. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=tupakka](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=tupakka). [viitattu 15.8. 2012]

Kuokkanen. M, Ahola. I & Seppä. K. Mini- interventio kaikille riskikäyttäjille. Suomen lääkärilehti 8/2008. s. 771- 774. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p\\_haku=alkoholi](http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=alkoholi). [viitattu 19.6.2011]

Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos Porvoo:WSOY

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Laitinen. M & Toikkanen. M. 2003. Neuvonta tupakoinnista luopumiseksi äitiysneuvolassa: Terveydenhoitajan ja asiakkaan näkökulma. Pro gradu tutkielma. Kuopion yliopisto.

Lampi. P. 2010. Terveystietotuvat aikuisen terveydenedistäjänä. pro gradu- tutkielma. jyvaskylän yliopisto. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/24401/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201006142053.pdf?sequence=1>. [viitattu:26.7.2011]

Nilsen. P, McCambridge. J, Karlsson. N, Bendtsen. P. 2011. Brief interventions in routine health care: a population-based study of conversations about alcohol in Sweden. *Addiction*. October 10/2011. s.1748 - 1756. Saatavissa: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&hid=24&sid=88adc19f-78c2-466d-b74f-c4945691ab94%40sessionmgr11&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=afh&AN=65430388>. [tulostettu. 4.2.2012]

Mäki- Opas. J. 2009. Pystyvyyden tunteen yhteys terveyttä määrittäviin tekijöihin. Pro gradu- tutkielma Kuopion yliopisto.

Mäkinen. R & Alenius. H. 2011.tupakoinnin lopettaminen. Lääkärin käsikirja. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=tupakointi](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=tupakointi). [viitattu 11.11.11]

Peltonen. M, Harald. K, Männistö. S, Saarikoski. L, Peltomäki. P, Lund. L, Sundvall. J, Juolevi. A, Laatikainen. T, Aldén-Nieminen. H, Luoto. R, Jousilahti. P, Salomaa. V,

- Taimi. M & Vartiainen. E. 2007. Kansallinen FINRISKI 2007 -terveystutkimus. Saatavilla: <http://www.ktl.fi/attachments/finriski/2008b34.pdf>. [Viitattu: 21.1.2012]
- Puljula. J, Savola. O & Hillbom. M.2011. Rajuun kertajuomiseen liittyvät traumat. Suomen lääkärilehti 21/2011. s. 1749- 1752. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=Rajuun%20kertajuomiseen%20liittyv%E4t%20traumat](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=Rajuun%20kertajuomiseen%20liittyv%E4t%20traumat). [Viitattu 12.11.11.]
- Puska. P. 2008. Yli 30 v. johdonmukaista Tupakkapolitiikkaa: saavutuksia ja haasteita. THL. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/df9a5692-89af-49db-a469-a1a3a0924479>. [viitattu 23.9.2011]
- Päihdelinkki. 2011. Alkoholinkäytön riskit (Audit). Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/tulostettavat-testit>. ). [tulostettu. 22.2.2012]
- Ramos. M, Ripoll. J, Estrades. T, Socias. I, Fe. A, Duro. R, González. M & Servera. M. 2010. Effectiveness of intensive group and individual interventions for smoking cessation in primary health care settings: a randomized trial. BMC Public Health. January 10/2010. s. 89- 94. Saatavissa: <http://web.ebscohost.com.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/ehost/detail?vid=9&hid=14&sid=81c8baa8-0ed3-49aa-b8b6-d672bc289769%40sessionmgr4&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=afh&AN=49168076>. [Tulostettu. 5.2.2012]
- Salminen – Tuomaala. M, Kaappola. A, Kurikka. S, Leikola. P, Vanninen. J & Paavilainen. E. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. Tutkiva hoitotyö 4/2010. s. 21- 28
- Seppä. K. 2004. Valtakunnallinen mini- interventio- hanke (VAMP). Helsinki KTL. Saatavissa: [http://www.ktl.fi/attachments/suomi/pressihuone/kaija\\_seppa.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/pressihuone/kaija_seppa.pdf). [viitattu. 20.6.2011]
- Seppä. K. 2006. Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini- interventio- hoitosuosituksen yhteenveto. Suomen oloihin sovellettu käännös. Työterveyslaitos & Stm. Saatavissa: [http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/B346C821-931B-4D6D-80C8-273AA617D82B/13159/Alkoholi\\_perusterveydenhuolto\\_verkko.pdf](http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/B346C821-931B-4D6D-80C8-273AA617D82B/13159/Alkoholi_perusterveydenhuolto_verkko.pdf). [tulostettu. 21.10.2011]



Stm. 2001. Terveys 2015- Kansallinen terveysohjelma. 8/2001. Saatavissa: [spre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/terveys2015/t2015esi.pdf](http://spre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/terveys2015/t2015esi.pdf). [Viitattu 11.11.2011]

Stm. 2003. Valtioneuvoston periaatepäätös: Alkoholipolitiikan linjauksia. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-4034.pdf&title=Valtioneuvoston\\_periaatepaatos\\_alkoholipolitiikan\\_linjauksista\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4034.pdf&title=Valtioneuvoston_periaatepaatos_alkoholipolitiikan_linjauksista_fi.pdf). [Viitattu: 9.2.2011]

Stm.2008. Kaste 2008- 2011 Sosiaali- ja terveysthuollon kansallinen kehittämissuohjelma.. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 8/2006. Saatavilla: <http://pre20090115.stm.fi/hl1212563842632/passthru.pdf>. [Viitattu: 21.1.2012.]

Stm. 2008. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. stm:n selvityksiä. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3614.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3614.pdf). [Viitattu 17.7. 2011]

Stm. 2011. Tupakasta vieroituksen järjestäminen sairaaloissa ja terveyskeskuksissa. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39502&name=DLFE-15638.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39502&name=DLFE-15638.pdf). [viitattu 17.6.2011]

Strand. T. 2011. Ehkäisevä päihdetyö Suomessa 2011. Thl:n raportti 37/2011. Helsinki Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: [www.thl.fi/thl-client/pdfs/1523a7da-a0c0-44ce-baa6-d66444a41658](http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1523a7da-a0c0-44ce-baa6-d66444a41658). [viitattu. 1.2. 2012]

Strandberg. A, Strandberg. T, Pitkälä. K, Salomaa. V, Tilvis. R & Miettinen. T.2008 . Tupakointi heikentää elämän laatua vanhoilla päivillä Duodecim aikakausikirja. 124/2008. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p\\_haku=tupakointi](http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=tupakointi). [viitattu 17.10. 2011]

Suomen ASH. 2010. Suomalaiset tukevat tupakkalakia. Saatavissa: <http://www.suomenash.fi/fi/tupakkapolitiikka/lainsaadanto/tupakkalain+muutos+2010/suomalaiset+tukeyat+tupakkalakia/>. [viitattu 22.6.2011]

Terveysthuoltolaki 30.12.2010/1326, 3§.

THL.2008. Suurkulutus ja kohtuukäyttö. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: [http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta/elintavat/alkoholi/suurkulutus\\_ja\\_kohtuukaytto](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/alkoholi/suurkulutus_ja_kohtuukaytto). [viitattu. 11.1.2012]

THL. 2010a. Päihdetilastollinen vuosikirja 2010. Alkoholi ja huumeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/85338d3b-c126-4914-9384-d5847d59d598>. [viitattu 5.7.2011]

THL. 2010b. Tupakka. Saatavissa: [http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta/elintavat/tupakka](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/tupakka). [viitattu 18.8.2010]

THL. 2011. Ammatillinen tuki tupakasta vieroittamisessa on tärkeää. Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/tupakasta\\_vieroitus](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/tupakasta_vieroitus). [viitattu 21.6.2011]

Tupakkalaki 23 § (22.12.2009/1538)

Vierola. H. 2010. Tyttöjen ja naisten tupakka tietokirja. 5. painos. Helsinki. Tietosana Oy.

Vilkkä. H. 2007. Tutki ja mittaa. Tammi. Jyväskylä.

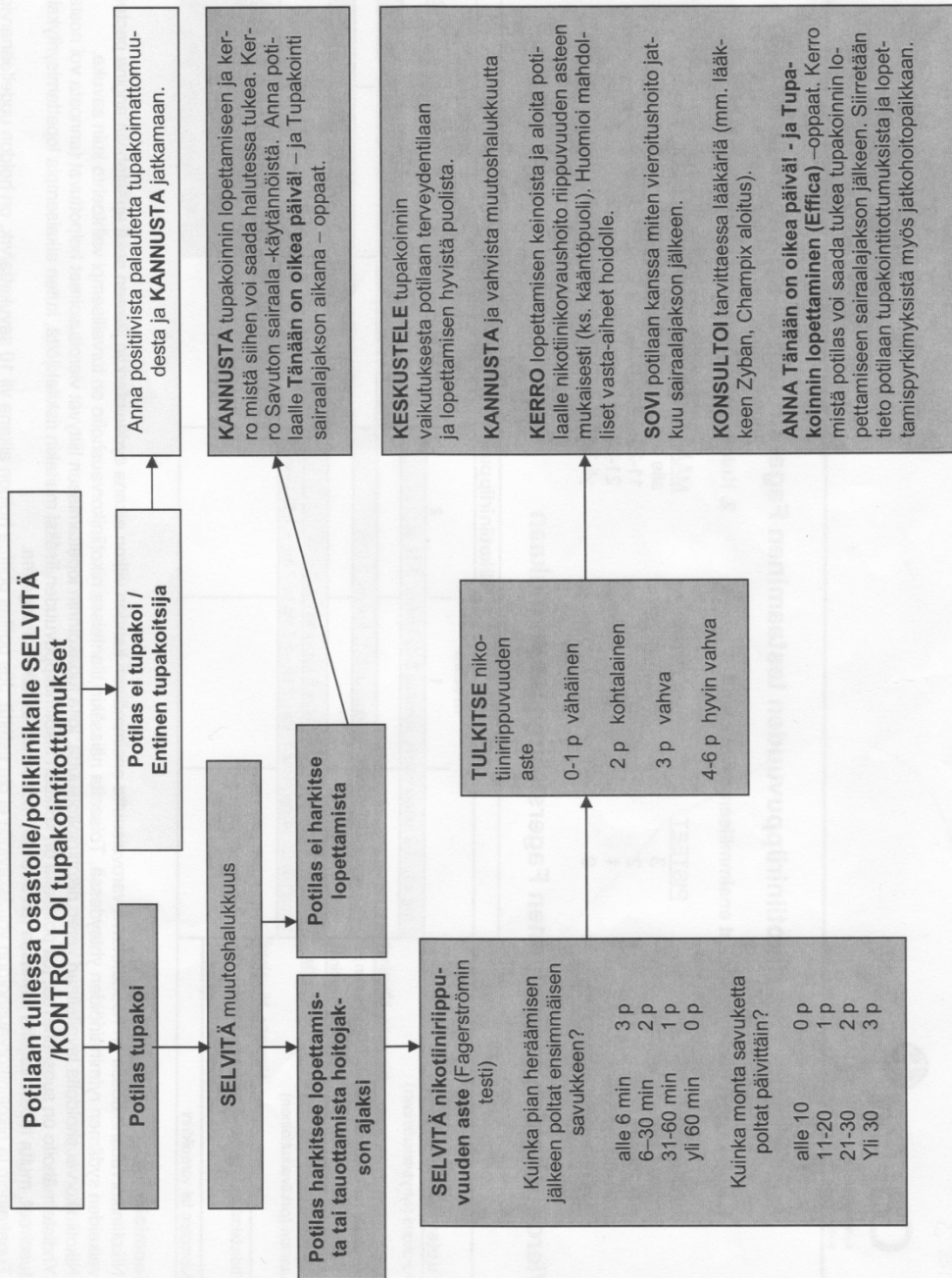
## LIITEET

### AIKAISEMPIEN TUTKIMUSTEN TAULUKKO

Tekijä, vuosi	Aihe	Osallistujat	Tarkoitus	Keskeinen tulos
Behm, Minna-Maria. 2005. Pro-gradu	sairaanhoitajan kokemukset varhaisvaiheen päihdetyöstä	terveyskeskuksen, työterveyshuollon, avoterveydenhuollon sairaanhoitajat ja neuvolan terveyden hoitajat	Tutkia varhaisvaiheen päihdetyötä perusterveydenhuollossa	Alkoholin suurkuluttajan tunnistamisessa ja varhaisvaiheen päihdetyössä ei ole sovittua käytäntöä.
Halonen, Merja. 2005. Pro-gradu	Päihdepalvelujen saatavuus, vaikuttavuus ja palveluun ohjautuminen asiakkaiden kuvaamina	päihdepalveluihin jollain tapaa hakeutuneet asiakkaat	Päihdepalveluasiakkaiden kokemukset palveluista, niiden saatavuudesta, vaikuttavuudesta ja kuinka niitä tulisi kehittää.	Asiakkaiden mukaan palveluja on saatavana, jos itse niistä kyselee ja hakee apua. kehittämiseksi toivottiin parempaa varhaisvaiheen päihdetyötä.
Hyytiäinen, Satu. 2010. Pro-gradututkielma	Tervettä edistävä dialogi potilasohjauksessa	Tutkimuksen hoitajien valitsemat asiakkaat	Kuvata asiakkaan ja hoitajan välistä kommunikaatioita terveysneuvonnassa ja kuvata potilaiden mielipiteitä ohjauksesta.	Useimmiten hoitajan antama terveysneuvonta oli keskustelua elämäntavoista ja niihin vaikuttamisesta. Potilaat ymmärsivät, että ovat itse vastuussa elämäntavoistaan. He peräänkuuluttivat potilaan hyväksymisen yksilönä, kannustamista ja hyvää luottamus suhdetta.
Laitinen, Merja & Toikkaneen Minna.	Neuvonta tupakoinnista luopumiseksi äitiysneuvolassa:	Itä-Suomen 4 kunnan 8 terveydenhoitajaa, heidän 4	Teemahaastattelu	Asiakkaat osasivat odottaa tupakka ohjausta. Osa pelkkäsi

2003. Pro- gradu tutkielma	Terveydenhoitajan ja asiakkaan näkökulma	asiakasta ja 4 asiakastiedonantajaa		hoitajan syyllistävän heitä tupakoinnista. Ohjausta pidettiin asiakaslähtöisenä, mutta osa tutkituista olisi myös halunnut ryhmävieroituksen.
Lampi, Päivi. 2010. Pro- gradu	Terveystietotuvat aikuisen terveyden edistäjänä	Terveyskeskusten asiakkaat	Kuvata terveystietotupien käyttöä ja sen vaikutusta asiakkaiden muutoshalukkuuteen.	Suurin osa heistä jotka tiesivät tupen toiminnasta käyttivät niitä ja sillä oli myönteinen vaikutus elämäntapojen muuttumiseen.
Laitinen, Merja & Toikkane n Satu. 2003. Pro- gradu tutkielma	Neuvonta tupakoinnista luopumiseksi äitiysneuvolassa: Terveydenhoitajan ja asiakkaan näkökulma	Itä- Suomen 4 kunnan 8 terveydenhoitajaa , heidän 4 asiakasta ja 4 asiakastiedonantajaa	Teemahaastattelu	Asiakkaat osasivat odottaa tupakka ohjausta. Osa pelkkäsi hoitajan syyllistävän heitä tupakoinnista. Ohjausta pidettiin asiakaslähtöisenä, mutta osa tutkituista olisi myös halunnut ryhmävieroituksen.
Mäki- Opas, Johanna. 2009. Pro- gradu	Pystyvyyden tunteen yhteys terveyttä määrittäviin tekijöihin	3996 25- 44- vuotiasta, jotka oivat FINRISKI 2002 tutkimuksessa	Kuvata kuinka henkiön sosioekonominen asema, sukupuoli ja elintavat vaikuttavat hänen pystyvyyden tunteeseen	Niin alkoholin riskikäytöllä kuin päivittäisellä tupakoinnilla on yhteys alhaiseen pystyvyyden tunteeseen

## Tupakointiin puuttumismalli



KIRJAA potilaan tupakointitottumukset Effic-potilastietojärjestelmään mittaritietona (savukkeet/vrk, tupakointiaika ja riippuvuusaste).  
 KIRJAA WHOIKE potilaan tupakointitottumukset, muutoshalukkuus ja suunnitelma tupakoinnin lopettamiseksi.  
 Ks. kirjaamishoje ja case-Audit → **Effic-navigaattori – Yleinen kansio – Hoidon kirjaaminen – Terveyden edistäminen**

### Arvoisa potilaamme,

Tällä lomakkeella kartoitamme alkoholi- ja tupakointitottumuksianne. Toivomme Teidän täyttävän tämän lomakkeen ja palauttavan sen sairaalaan tullessanne teitä hoitavalle osastolle tai poliklinikalle. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymässä kartoitetaan 1.1.2010 lähtien kaikkien uusien potilaiden tupakointi- ja alkoholitottumukset. Tupakointi ja alkoholin suurkulutus ovat useiden oireiden taustalla sekä myös heikentävät hoidon onnistumista ja sairauksista paranemista. Erikoissairaanhoidon lakisääteisenä tehtävänä on alueensa väestön terveyden edistäminen. Halutessanne voitte saada tukea teitä hoitavalta henkilökunnalta tupakoinnin lopettamiseen tai alkoholin kulutuksen vähentämiseen.

**Nimi:**

**Päivämäärä:**

Vastatkaa seuraaviin kysymyksiin rengastamalla Teille sopivin vaihtoehto.

### Tupakointitottumukset

1. Tupakoitteko?

1. Kyllä, tupakoin päivittäin.
2. Kyllä, tupakoin silloin tällöin.
3. En tupakoi.

2. Monta savuketta poltatte päivässä?

1. alle 10 (0p)
2. 11 - 20 (1p)
3. 21 - 30 (2p)
4. Yli 30 (3p)

3. Kuinka kauan olette tupakoineet?

1. alle 5 vuotta
2. 5 - 10 vuotta
3. 11 - 20 vuotta
4. yli 20 vuotta

4. Kuinka pian heräämisen jälkeen poltatte ensimmäisen savukkeenne?

1. alle 6 min (3p)
2. 6 - 30 min (2p)
3. 31 - 60 min (1p)
4. yli 60 min (0p)

5. Käytättekö nuuskaa?

1. En käytä
2. Olen lopettanut käytön
3. Satunnaisesti
4. Säännöllisesti

**Nikotiiniriippuvuuden aste:** \_\_\_\_\_ (hoitohenkilökunta täyttää kysymysten 2 ja 4 perusteella)

## Nikotiiniriippuvuuden testaaminen Fagerströmin 2 –kysymyksen testillä

1. Kuinka pian herättyäsi poltat ensimmäisen savukkeen?

AIKA	PISTEET
alle 6 min.	3
6-30 min.	2
31-60 min.	1
yli 60 min.	0

2. Kuinka monta savuketta poltat päivittäin?

MÄÄRÄ	PISTEET
alle 10	0
11-20	1
21-30	2
yli 30	3

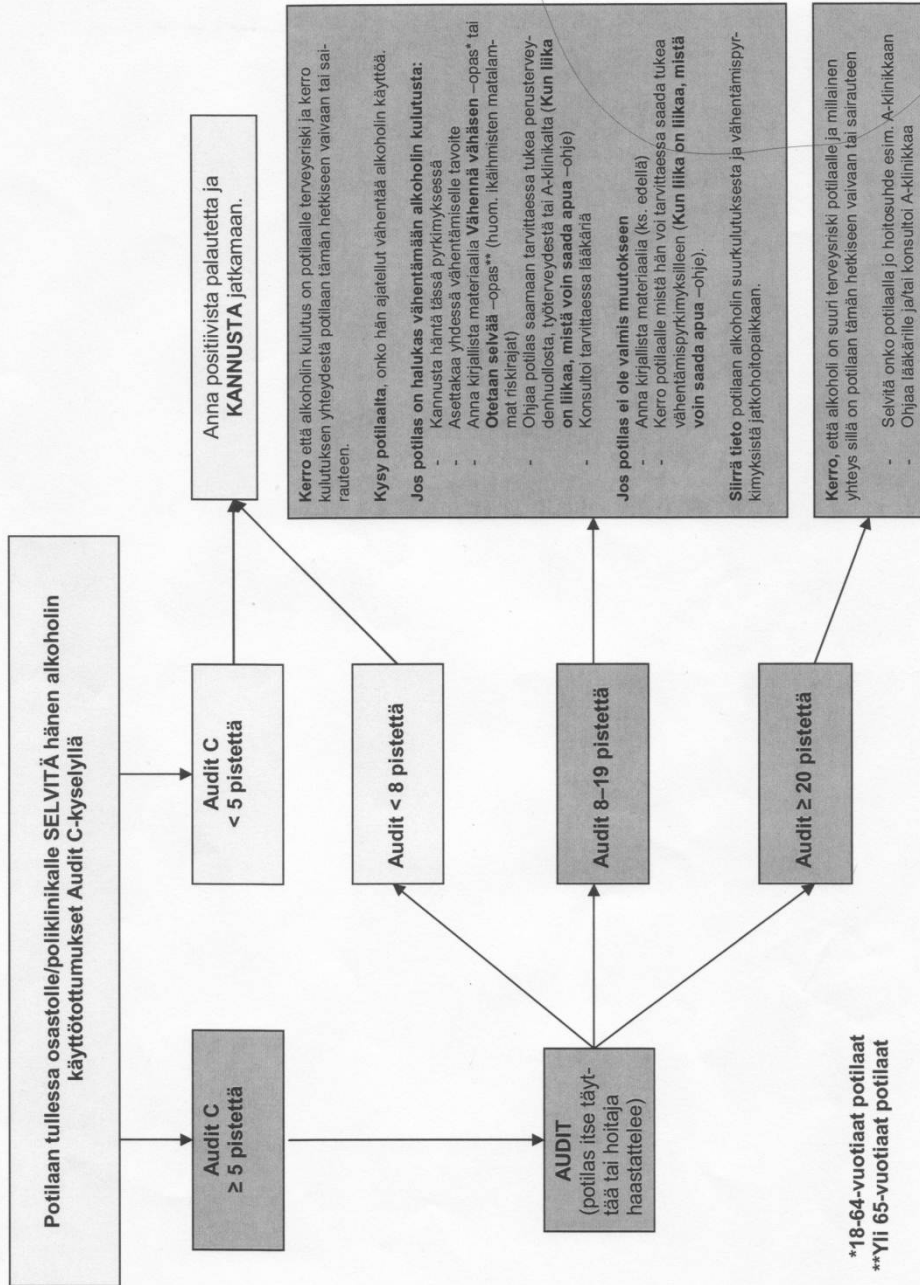
## Vieroitushoidon määrääminen Fagerströmin testin mukaan

Tuotevalikoima	Nikotiiniriippuvuus (= kahden kysymyksen summa)					
	matala		korkea			
	1	2	3	4	5	6
Purukumi (lyhytvaikutteinen)	2 mg x 1, 1-2 tunnin välein, suositus 8-12 kpl/vrk, 2-12 kk					
Nicorette, Nicotinell Kielemalus-/imeskelytabletti (lyhytvaikutteinen)	4 mg x 1, 1-2 tunnin välein, suositus 8-12 kpl/vrk, 3 kk → 2 mg, 3-9 kk					
Nicorette, Nicotinell Kielemalus-/imeskelytabletti (lyhytvaikutteinen)	1 tai 2 mg, 1-2 tunnin välein, suositus 8-12 kpl/vrk, 2-6 kk					
Nicorette, Nicotinell Inhalattori (lyhytvaikutteinen)	10 mg, 4-12 kapseliv/vrk, suositus 6 kapseliv/vrk, 3-6 kk					
Nicorette, Nicotinell Laastari (pitkävaikutteinen)	10mg/16h tai 14mg/24h x 1, väh. 3 kk → 5mg tai 7 mg x 1, 2-3 vko					
Nicorette, Nicotinell Yhdistelmähoito (pitkä- + lyhytvaikutteinen)	15mg/16h tai 21mg/24h x 1, väh. 3 kk → 10mg tai 14 mg, 2-3 vko → 5mg tai 7 mg, 2-3 vko					
Nicorette, Nicotinell Bupropion tai varenikliini	15mg tai 21 mg laastari + 2 mg purukumi tai kielemalus- /imeskelytabletti tai 10 mg inhalattori, väh. 3 kk alustus annosta porrastaan Pharmacia Fennican mukaan					

### Huomioitavaa

- Nikotiinikorvauksissa on noudatettava varovaisuutta ensimmäisen kahden viikon aikana sydämfarktin jälkeen sekä epästabiliin angina pectoriksen ja vaikeiden sydämen rytmihäiriöiden yhteydessä. Toisaalta näissäkin tilanteissa nikotiinikorvaus on turvallisempi vaihtoehto kuin savuke.
- Nikotiinikorvauksilla tavoitellaan veren nikotiinipitoisuutta, jolla tupakoinnin lopettamiseen liittyvät vieroitusoireet helpottuvat (annosta voi nostaa tai laskea).
- Yhdistelmähoito on suositeltavaa, jos potilaalla on korkean nikotiiniriippuvuuden lisäksi muitakin riskitekijöitä, kuten aikaisempia lopettamisyriä, vaikeat vieroitusoireet, muita tupakoitsijoita samassa taloudessa, masennus tai alkoholi-ongelma.
- Tupakoinnin ja nikotiinikorvauksen yhteiskäytölle ei ole esteitä. Jos potilas polttaa hoiton aikana yli 10 savuketta/vrk, on hoito uudelleenarvioitava.
- Nikotiinikorvauksien ja bupropionin (Zyban) yhteiskäytölle ei ole esteitä.
- Säännöllinen verenpaineen seuranta (1 x vko) bupropionia käytettäessä verenpaineenpotilaalla ja yhdistelmähoito (bupropion + nikotiinikorvaus) saatavalla.
- Bupropionin (Zyban) ja varenikliinin (Champix) käyttö on kielletty raskauden aikana. Jos nikotiinikorvaushoito joudutaan käyttämään raskauden aikana (suositus yli 10 savuketta/vrk tupakoiville), suositellaan lyhytvaikutteisia nikotiinikorvaustuotteita eikä laastaria.
- Tarkista bupropionin vasta-aiheet Pharmacia Fennicasta. Turvallisimpia ovat sairaudet, joihin liittyy kouristuksia, sydämissäiriöt ja vaikea maksasairaus.

## Alkoholin riskikäytön tunnistaminen



**KIRJAA** potilaan alkoholin kulutus Effic-a-potilastietojärjestelmään mittaritietona (AUDIT-pisteet).

**KIRJAA WHOIKE** myös potilaan alkoholin suuruus, muutoshalukkuus ja suunnitelma kulutuksen vähentämiseksi.

Ks. kirjaamisohje ja case-Audit → **Effic-a-navigaattori – Yleinen kansio – Hoidon kirjaaminen – Terveystiedon edistäminen**



### Alkoholin kulutuksen riskitesti (Audit-C)

1. Kuinka usein juotte olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Huomioikaa myös ne kerrat, jolloin nautitte vain pieniä määriä, esim. tilkan viiniä tai pullon keskiolutta.

0. En koskaan.
1. Noin kerran kuussa tai harvemmin.
2. 2-4 kertaa kuussa.
3. 2-3 kertaa viikossa.
4. 4 kertaa viikossa tai useammin.

2. Kuinka monta **annosta\*** alkoholia yleensä olette nauttineet niinä päivinä, jolloin käytitte alkoholia?

0. 1-2 annosta
1. 3-4 annosta
2. 5-6 annosta
3. 7-9 annosta
4. 10 annosta tai enemmän

**Yksi alkoholiannos on:**  
pullo (33 cl) keskiolutta, siideriä tai lonkeroa  
lasi (12 cl) mietoa viiniä  
pieni lasi (8 cl) väkevää viiniä  
ravintola-annos (4 cl) väkeviä

**Esimerkkejä:**  
0,5 l tuoppi keskiolutta tai siideriä **1,5 annosta**  
0,5 l tuoppi a-olutta tai vahvaa siideriä **2 annosta**  
0,75 l pullo mietoa (12 %) viiniä **6 annosta**  
0,5 l pullo väkeviä **13 annosta**

3. Kuinka usein olette kerralla juoneet kuusi (6) tai useampia annoksia?

0. En koskaan
1. Harvemmin kuin kerran kuussa
2. Kerran kuussa
3. Kerran viikossa
4. Päivittäin tai lähes päivittäin

**Pisteet yhteensä:** \_\_\_\_\_ (hoitohenkilökunta täyttää)

## Alkoholinkäytön riskit (AUDIT)

Käytätkö alkoholia kohtuullisesti, sopivasti vai liikaa? Onko alkoholin käytöstä sinulle enemmän iloa vai haittaa? Oletko joskus halunnut vähentää juomistasi tai lopettaa sen kokonaan? Voit itse testata ja arvioida omaa juomistasi. Ole hyvä ja rastita lähinnä oikeaa oleva vastaus (suluissa vastauksen pistemäärä).

**1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.**

- ei koskaan (0)
- noin kerran kuussa tai harvemmin (1)
- 2-4 kertaa kuussa (2)
- 2-3 kertaa viikossa (3)
- 4 kertaa viikossa tai useammin (4)

**2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?**

- 1-2 annosta (0)
- 3-4 annosta (1)
- 5-6 annosta (2)
- 7-9 annosta (3)
- 10 tai enemmän (4)

**3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?**

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

**4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?**

- ei koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

**5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisesi vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?**

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

**6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?**

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

1 annos	
	0,33 l pullo tai tölkki III-olutta tai siideriä
	12 cl lasi mietoa viiniä
	4 cl annos väkeviä
1,5 annosta	
	0,5 l tuoppi tai 0,5 l pullo III-olutta

**7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?**

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

**8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?**

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

**9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?**

- ei (0)
- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana (2)
- kyllä, viimeisen vuoden aikana (4)

**10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?**

- ei koskaan (0)
- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana (2)
- kyllä, viimeisen vuoden aikana (4)



## Palaute - Onko sinulla riski saada alkoholista haittoja?

AUDIT-pisteet	Yleisiä vaikutuksia
<b>0 – 7 pistettä</b> riskit vähäisiä	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rentouttava</li> <li>• Sosiaalista vuorovaikutusta helpottava</li> <li>• Joissakin tapauksissa kohtuukäyttökin on riski (autolla ajaminen, raskaus, jotkut sairaudet ja lääkkeet)</li> <li>• Ajoittainen humalajuominen voi altistaa tapaturmille</li> </ul>
<b>8 – 10 pistettä</b> riskit lievästi kasvaneet  <b>11 – 14 pistettä</b> riskit selvästi kasvaneet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Väsymys</li> <li>• Unettomuus, unihäiriöt</li> <li>• Korkea verenpaine</li> <li>• Ongelmat ihmissuhteissa</li> <li>• Alakulo, masennus</li> <li>• Impotenssi</li> <li>• Tapaturmariski</li> <li>• Rattijuoppous</li> </ul>
<b>15 – 19 pistettä</b> riskit suuria  <b>20 + pistettä</b> riskit erittäin suuria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaikki ylläolevat riskit sekä:</li> <li>• Maksan, haiman, aivojen vaurioituminen</li> <li>• Suun, nielun, kurkunpään, ruokatorven ja mahan syöpä</li> <li>• Fyysinen alkoholiriippuvuus</li> </ul>

## Mitä hyötyjä saat kun vähennät tai lopetat?

- |                    |                                |                           |
|--------------------|--------------------------------|---------------------------|
| - nuket paremmin   | - olet hyväntuulinen           | - vähemmän perheriitoja   |
| - olet energisempi | - fyysinen kunto kohenee       | - työssä oleminen paranee |
| - laihdut          | - vanhemmuus palaa             | - enemmän rahaa           |
| - ei krapuloita    | - perhe/lapset voivat paremmin | <b>Pienempi riski</b>     |
| - muisti paranee   |                                | - saada terveyshaittoja   |

## Vinkkejä tavoitteessa pysymiseen

### Tunnista haastavat tilanteet:

Koska kiusaus on suurimmillaan? Vältä näitä tilanteita tai kehitä niihin etukäteen selviytymistapa. Harjoittele tilanteita mielessäsi etukäteen.

### Miten pärjään?

Pida silloin tällöin kirjaa juomisestasi. Monenako päivänä viikossa joit? Paljonko meni kerralla? Mikä oli annosten yhteenlaskettu määrä viikon ajalla?

### Miten motivoin itseäni?

Palauta mieleesi syyt, joiden vuoksi vähennät

### Tarvitsenko enemmän apua?

Älä epäröi hakea apua esim. paikkakuntasi terveyskeskuksesta tai A-klinikalta. Apua saat myös internetistä, esimerkiksi Päihdelinkistä.

**[www.paihdelinkki.fi](http://www.paihdelinkki.fi)**

Arvoisa poliklinikan asiakas!

Olen Riina Repo ja opiskelen Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa Terveysalalla sairaanhoitajaksi. Teen opinnäytetyötä yhteistyössä Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän edustajien kanssa. Opinnäytetyöni on tutkimus, jonka aihe on: Millaisia kokemuksia erikoissairaanhoidon poliklinikalle tulevilla potilailla on tupakointi tottumusten ja alkoholinkäytön kartoituksesta ja ensiohjauksesta. Tavoitteena on saada tietoa teiltä poliklinikalla tapahtuvasta terveyttä edistävästä työstä alkoholin sekä tupakoinnin osalta. Loppuraportin on määrä valmistua keväällä 2012. Tutkimus julkaistaan Suomen ammattikorkeakoulujen sähköisessä Theseus- tietokannassa.

Teille ei aiheudu minkäänlaisia kuluja tähän tutkimukseen osallistumisesta. Vastaamanne tutkimuslomake käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömänä, joten terveyskäyttäytymisestäänne ei jää merkintää mihinkään. Myöskään teitä ei voida tunnistaa vastaajaksi tämän kyselylomakkeen perusteella. Tutkimusaineisto kerätään vain tätä tutkimusta varten ja hävitetään tutkimuksen valmistuttua

Kyselyn vastaamiseen menee noin 5 minuuttia. Voitte vastata sivulla 1- 3 oleviin monivalintakysymyksiin rastimalla se vaihtoehto, mikä vastaa parhaiten teidän tilannettanne. Teidän tulee valita yksi vaihtoehto jokaista kysymystä kohden. Kun olette vastanneet kyselyyn, sulkekaa se mukana olevaan kirjekuoreen ja laittakaa odotusaulassa olevaan laatikkoon. Vastauksenne antaa kallisarvoista tietoa terveyden edistämisen ja ohjaamisen laadusta poliklinikalla.

Ystävällisin terveisin

sairaanhoitaja opiskelija Riina Repo, puh. 046- 638 2274 tai sähköpostia osoite:

[riina.repo@student.kyamk.fi](mailto:riina.repo@student.kyamk.fi)

ohjaajat:

yliopettaja Eeva- Liisa Frilander- Paavilainen Kymenlaakson ammattikorkeakoulu; S-  
posti: eeva-liisa.frilander@kyamk.fi ja TE- koordinaattori Satu Parviainen

Kymenlaakson sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä; satu.parviainen@carearea.fi

## KYSELYLOMAKE

Rastittakaa tai ympyröikää se vaihtoehto, joka sopii teidän tilanteeseen parhaiten, kiitos!

1. Tupakoitteko?    1    Kyllä  
                              2    En
2. Saitteko poliklinikan kutsukirjeen mukana tupakoinninkartoitus kyselyn?  
                              1    Kyllä  
                              2    En
3. Täytittekö tupakoinninkartoituskyselyn poliklinikan vastaanottoa varten?  
                              1    Kyllä  
                              2    En
4. Pyydettiinkö tupakoinninkartoituskysely, kun saavuitte poliklinikan vastaanotolle?  
                              1    Kyllä  
                              2    Ei
5. Ottiko lääkäri ja/tai hoitaja tupakan polttonne puheeksi poliklinikan vastaanottoajalla?  
                              1    Lääkäri  
                              2    Hoitaja  
                              3    Molemmat  
                              4    Ei kumpikaan
6. Käytiinkö läpi käytettävissä olevat vaihtoehdot korvaushoidon aloittamiseksi?  
                              1    Kyllä  
                              2    Ei

## SEURAAVAT KYSYMYKSET LIITTYVÄT TUPAKKANEUVONTAAN

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
7. Poliklinikalla saamani tupakka- neuvonnan <u>suullinen tieto</u> oli riittävää	1	2	3	4	5
8. Poliklinikalla saamani tupakka- neuvonnan <u>kirjallinen tieto</u> oli riittävää	1	2	3	4	5
9. Minua kohtaan oltiin ystävällisiä koko tupakkaneuvonnan ajan.	1	2	3	4	5
10. Ymmärsin kaiken, mitä hoitaja puhui tupakkaneuvonnassa	1	2	3	4	5

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
11. Ymmärsin kaiken, mitä lääkäri puhui tupakkaneuvonnassa	1	2	3	4	5
12. Tupakkaneuvonnassa oli kannustava ilmapiiri	1	2	3	4	5
13. Minun ajatukseni ja mielipiteeni huomioitiin tupakkaneuvonnassa	1	2	3	4	5
14. Tupakkaneuvonta sai minut pohtimaan tupakoinnin lopettamista	1	2	3	4	5
15. Tupakkaneuvonta sai minut tekemään päätöksen tupakoinnin lopettamisesta	1	2	3	4	5

#### SEURAAVAT KYSYMYKSET LIITTYVÄT ALKOHOLIN KÄYTTÖÖN

16. Oletteko alkoholin riskikuluttaja?

- 1 Kyllä
- 2 En
- 3 En tiedä

17. Saitteko poliklinikan kutsukirjeen mukana alkoholin kulutuksen riskitestin?

- 1 Kyllä
- 2 Ei

18. Täytittekö alkoholin kulutuksen riskitestin vastaanottoa varten?

- 1 Kyllä
- 2 En

19. Pyydettiinkö teiltä täytetty alkoholinkulutuksen riskitesti poliklinikalla?

- 1 Kyllä
- 2 Ei

20. Pyydettiinkö teitä täyttämään 10- kysymystä sisältävä alkoholin riskikäyttöä kartoittava testi?

- 1 Kyllä
- 2 Ei

21. Antoiko lääkäri/hoitaja teille neuvontaa alkoholin käytöstä?

- 1 Lääkäri
- 2 Hoitaja
- 3 Molemmat
- 4 Ei kumpikaan

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
22. Poliklinikalla saamani alkoholinkäytön <u>suullinen neuvonta</u> oli riittävää	1	2	3	4	5
23. Poliklinikalla saamani alkoholinkäytön <u>kirjallinen neuvonta</u> oli riittävää	1	2	3	4	5
24. Minua kohtaan oltiin ystävällisiä koko alkoholineuvonnan ajan	1	2	3	4	5
25. Ymmärsin kaiken, mitä hoitaja puhui alkoholineuvonnassa	1	2	3	4	5
26. Ymmärsin kaiken, mitä lääkäri puhui alkoholineuvonnassa	1	2	3	4	5
27. Alkoholiohjauksessa oli kannustava ilmapiiri	1	2	3	4	5
28. Minun ajatukseni ja mielipiteeni huomioitiin alkoholinkäytön neuvonnassa.	1	2	3	4	5
29. Alkoholineuvonta sai minut pohtimaan alkoholinkäytön vähentämistä	1	2	3	4	5
30. Alkoholineuvonta sai minut tekemään päätöksen alkoholinkäytön vähentämistä	1	2	3	4	5

Kiitos vastauksestanne!



## Muutujataulukko

Tutkimusongelmat ja muuttajat sivut kyselylomakkeen kysymykset ja väittämät

<p>Taustamuuttajat</p>		<p>1. Tupakoitteko</p> <p>16. Oletteko alkoholinriskikuluttaja?</p>
<p><b>1. Kysyikö hoitaja/ Lääkäri potilaalta hänen tupakan poltosta toimintaohjeen mukaisesti.</b></p> <p>Muuttajat: Tupakointi kartoitus kartoituslomake kutsukirjeen mukana Kartoituslomakkeen täyttäminen Täytetyn lomakkeen pyytäminen poliklinikalla</p>	<p>15</p> <p>15</p> <p>15</p> <p>15</p>	<p>2. Saitteko kutsukirjeen mukana tupakoinninkartoitus kyselyn?</p> <p>3. Täytittekö tupakoinninkartoituskyselyn poliklinikan vastaanottoa varten?</p> <p>4. Pyydettiinkö tupakoinninkartoituskysely, kun saavuitte poliklinikan vastaanotolle?</p>
<p><b>2. Saiko asiakas ensiohjausta toimintaohjeen mukaisesti?</b></p> <p>Muuttajat. Ensiohjauksen tarjoaminen asiakkaalle Nikotiinikorvaushoidon tarjoaminen</p>	<p>16, 17</p> <p>21</p>	<p>5. Ottiko lääkäri/hoitaja tupakoinnin polttonne puheeksi poliklinikan vastaanottoajalla?</p> <p>6. Käytiinkö läpi käytettävissä olevat vaihtoehdot korvaushoidon aloittamiseksi?</p>
<p><b>3. Miten tupakkaohjaus vaikutti potilaaseen?</b></p> <p>Muuttajat: tupakoinnin lopettamisen pohtiminen päättäminen tupakoinnin lopettamisesta</p>	<p>11, 14</p> <p>11, 14</p>	<p>14. Tupakka neuvonta sai minut pohtimaan tupakoinnin lopettamista.</p> <p>15. Tupakkaneuvonta sai minut tekemään päätöksen tupakoinnin lopettamisesta.</p>

<p><b>4. Millaisena potilas koki ensiohjauksen?</b></p> <p>Muuttujat:  ystävällisyys  ohjauksen ymmärrettävyys  ohjauksen kannustava ilmapiiri  tasavertaisuus  riittävä suullinen tieto  riittävä kirjallinen tieto</p>	<p>13 13 13 13 13 13</p>	<p>9. Minua kohtaan oltiin ystävällisiä koko tupakkaohjauksen ajan.</p> <p>10. Ymmärsin kaiken, mitä hoitaja puhui tupakkaneuvonnassa.</p> <p>11. Ymmärsin kaiken, mitä lääkäri puhui tupakkaneuvonnassa</p> <p>12. Tupakointiohjauksessa oli kannustava ilmapiiri.</p> <p>13. Minun ajatukseni ja mielipiteeni huomioitiin tupakkaohjauksen aikana.</p> <p>7. Poliklinikalla saamani tupakkaohjauksen suullinen tieto oli riittävää.</p> <p>8. Poliklinikalla saamani tupakkaohjauksen kirjallinen tieto oli riittävää.</p>
<p><b>5. Kysyikö hoitaja/ lääkäri potilaalta hänen alkoholin käytöstään toimintaohjeen mukaisesti.</b></p> <p>Muuttujat:  audit-c kutsukirjeen mukana täyttikö asiakas audit-c lomakkeen täytetyn lomakkeen pyytäminen audit- lomakkeen tekeminen</p>	<p>22 22,23, 24,25 24, 25 24,25</p>	<p>17.Saitteko kutsukirjeen mukana alkoholin kulutuksen riskitestin?</p> <p>18. Täyttitkö alkoholin kulutuksen riskitestin vastaanottoa varten?</p> <p>19. Pyydettiinkö teiltä täytetty alkoholinkulutuksen riskitesti poliklinikalla?</p> <p>20. Pyydettiinkö teitä täyttämään 10-kysymystä sisältävä alkoholin riskikäyttöä kartoittava testi?</p>
<p><b>6. Saiko potilas mini-interventio ohjausta toiminta ohjeen mukaisesti?</b></p>		<p>21. Antoiko lääkäri/hoitaja teille ohjausta alkoholin käytöstä?</p>

<p>Muuttujat: Ensiohjauksen tarjoaminen</p>	<p>25, 26</p>	
<p><b>7. Miten mini- interventio ohjaus vaikutti potilaaseen?</b></p> <p>Muuttujat: alkoholinkäytön vähentämisen pohtiminen Päätös alkoholinkäytön vähentämisestä</p>	<p>11,23 11, 27</p>	<p>29. Alkoholiohjaus sai minut pohtimaan alkoholinkäytön lopettamista.</p> <p>30. Alkoholiohjaus sai minut tekemään päätöksen alkoholinkäytön lopettamisesta.</p>
<p><b>8. Millaisena potilas koki ensiohjauksen?</b></p> <p>Muuttujat: ystävällisyys ohjauksen ymmärrettävyys ohjauksen kannustava ilmapiiri tasavertaisuus</p> <p>riittävä suullinen tieto riittävä kirjallinen tieto</p>	<p>27 22 26 26, 27</p> <p>13 13</p>	<p>24. Minua kohtaan oltiin ystävällisiä koko alkoholi ohjauksen ajan.</p> <p>25. Ymmärsin kaiken, mitä hoitaja puhui alkoholineuvonnassa</p> <p>26. Ymmärsin kaiken, mitä lääkäri puhui alkoholineuvonnassa</p> <p>27. Alkoholiohjauksessa oli kannustava ilmapiiri.</p> <p>28. Minun ajatukseni ja mielipiteeni huomioitiin tupakkaohjauksen aikana.</p> <p>22. Poliklinikalla saamani alkoholin käytön suullinen ohjaus oli mielestäni riittävää.</p> <p>23. Poliklinikalla saamani alkoholinkäytön kirjallinen ohjaus oli riittävää.</p>

OPISKELIJA

Opiskelijanumero 0601586	Viralliset etunimet Riina Kristiina
Sukunimi Repo	
Lähiosoite Merenkulkijankatu 5 as 1	Postinumero ja -toimipaikka 48200 Kotka
Sähköposti riina.repo@student.kyamk.fi	Puhelin 046 638 2274
Toimipiste ja koulutusohjelma KyAmk terveysala, Hoitotyön ko.	
Suuntautumisvaihtoehto ja ryhmätunnus Sairaanhoitaja amk, Ho07SA	

TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja ja yritys/yhteisö Carea	Yrityksen/yhteisön yhteyshenkilö Arja Narinen
Lähiosoite Kotkantie 41	Postinumero ja -toimipaikka 48210 Kotka
Sähköposti arja.narinen@carearea.fi	Puhelin 044-2232017

OPINNÄYTETYÖN HANKKEISTUS

<input type="checkbox"/> Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöllä on toimeksiantajan puolelta nimetty ohjaaja ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan.

OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaava(t) opettaja(t) Eeva-Liisa FRIICANDEE-PAAVILAINEN
Sähköposti eeva-liisa.friicandee@kyamk.fi
Yrityksen/yhteisön ohjaaja(t) Satu Parviainen
Sähköposti satu.parviainen@carearea.fi

OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 200 merkkiä) Ensi käynnille tulevan potilaan kokemukset terveyskäyttämisen kartoituksesta ja ensiohjauksesta	
Kehittämis- tai tutkimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä)	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä)	
Opinnäytetyön aloitus	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määritelmän *) <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

\*) T & K määritelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä,  
<http://www.tilastokeskus.fi/til/tkke/kas.html>

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p><b>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu</b> Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavanomaiseen ohjaukseen. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.</p> <p><b>Oikeudet tuloksiin ja muuhun opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon, laitteisiin ja sovelluksiin.</b> Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyön tekijän kanssa. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p>	<p><b>Tulosten julkaiseminen ja luottamuksellisuus</b> Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö voidaan julkaista myös Internetissä.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p><b>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen</b> Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
--	---

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIAANTAJAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS	<i>Kotka</i> 17.6.2011 <i>Ayakkari</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS	<i>Kotka</i> 17.6.2011 <i>R. R.</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS	<i>Kotka</i> 19.9.2011 <i>E. Nilander-Paason</i>

Tämä sopimus on kirjoitettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajayritykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintä varten.



(Hoito- tai sosiaalialan opinnäytetyö tai muu vastaava ammattikorkeakoulu- tai toisen asteen opiskeluun/koulutukseen liittyvä tutkimus)

Lupaa opinnäyte- ja tutkimustyöhön ei pääsääntöisesti myönnetä potilaisiin/asiakkaisiin kohdistuviin tutkimuksiin eikä rekisteritutkimuksiin, jotka kohdistuvat salassa pidettäviin potilas/asiakasrekisteritietoihin.

Dnro TUTKIMUS	Päätös § 13/20 1A
---------------	-------------------

Opiskelija / tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

**1. Opinnäytetyön / tutkimuksen tiedot**

Oppilaitos / koulutusohjelma / suuntautumisvaihtoehto Kymenlaakson ammattikorkeakoulu/ Hoitoytön ko/Sairaanhoitaja AMK	Oppilaitoksen osoite Takojaantie 1 48200 Kotka
--	---

Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi ENSIKÄYNNILLE TULEVAN POTILAAN KOKEMUKSET TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEN KARTOITTAMISESTA JA ENSINEUVONNASTA ERIKOISSAIRAANHOIDON POLIKLINIKOILLA
--

Opinnäytetyön / tutkimuksen alkamispyvm 17.6.2011	Opinnäytetyön / tutkimuksen päättämispvm kevät 2012
--	--

Opinnäytetyön / tutkimuksen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta (esim. aineiston keruu, kohderyhmä) Tämän tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa potilailta, toteutuuko erikoissairaanhoidon poliklinikoilla toimintamallien mukainen ohjaus alkoholin käytön ja tupakoinnin vähentämiseksi. Opinnäytetyön alue on jaettu 2 osaan, jotka ovat 1. Millaisia kokemuksia erikoissairaanhoidon poliklinikalle tulevalle potilaalla on tupakointi tottumusten kartoituksesta ja ensiohjauksesta? ja 2. Millaisia kokemuksia erikoissairaanhoidon poliklinikalle tulevalle potilaalla on alkoholin käytön kartoituksesta ja ensiohjauksesta. Tutkimus toteutetaan asiakkaille strukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimuksen kohderyhmää ovat sisätautien, kirurgian ja keuhkotautien poliklinikoiden asiakkaat. Otannaksi muodostui n 120 ja aineiston keruuseen käytetään aikaa 3 viikkoa. Lomakkeet jaetaan niin, että jokaiselle poliklinikalle tulee 40 kyselylomaketta.
--

**2. Hakija / hakijat**

Opiskelijan / opiskelijoiden nimet	Osoite	Sähköposti	Puhelin
Riina Repo	Merenkulkijankatu 5 as 1 48200 kotka	riina.repo@student.kyamk.fi	046- 6382274

**3. Opinnäytetyön / tutkimuksen kustannuksista vastaava**

<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija / tutkija	<input type="checkbox"/> vastuuyksikkö, josta sovittu (pvm ja nimi)
<input type="checkbox"/> joku muu, mikä	kanssa (hankesopimus liitteenä)

**4. Opinnäytetyön / tutkimuksen raportointi**

<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyön tiivistelmä toimitetaan luvan myöntäjälle sähköisesti/paperiversiona	<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö / raportti toimitetaan työelämän yhdyshenkilölle sähköisesti/paperiversiona
--	--

CAREA - KYMENLAAKSON SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ

Kuntayhtymän johto  
Kotkantie 41  
48210 Kotka  
Puh. 05 220 51  
Fax 05 220 5909  
Y-tunnus 0725901-5

Kymenlaakson keskussairaala  
Kotkantie 41  
48210 Kotka  
Puh. 05 220 51  
Fax 05 220 5514  
kirjaamo@carea.fi

Kymenlaakson psykiatrinen sairaala  
Sairaalanukuja 3 D  
45750 Sairaalamäki  
Puh. 05 220 51  
Fax 05 220 2708  
www.carea.fi

Sosiaalipalvelut  
Kehitysvammaisten erityishuolto  
Pohjankorventie 19  
45740 Kuusankoski  
Puh. 020 615 9000  
Fax 020 615 9004



(Hoito- tai sosiaalialan opinnäytetyö tai muu vastaava ammattikorkeakoulu- tai toisen asteen opiskeluun/koulutukseen liittyvä tutkimus)

<input type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä / raportista pidetään osastokokous / koulutus / muu	Jokin muu tapa, mikä
Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus, mikäli hankkeistamissopimuksessa ei toisin sovi. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota.	

5. Allekirjoitukset

<b>Oppilaitos</b>	
Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvitys <i>Eeva-Liisa Fuilander-Paavilainen</i> EEVA-LIISA FUILANDER-PAAVILAINEN	Puhelin / sähköposti 044/7028721 ceva-liisa.fuilander@kyamk.fi
<b>Vastuuyksikkö</b>	
Yhteyshenkilön/työelämäohjaajan allekirjoitus ja nimenselvitys <i>Sari Parviainen</i> SARI PARVIAINEN	Puhelin / sähköposti 044 2231950 SARI.PARVIAINEN@CAREA.FI
Osastonhoitajan / esimiehen allekirjoitus ja nimenselvitys	Puhelin / sähköposti
Pvm sekä hakijan tai ryhmästä yhden henkilön allekirjoitus ja nimenselvitys 22.2.2012 <i>Riina Repo</i> RIINA REPO	

6. Luvan myöntäjän viranhaltijapäätös

<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty lupa opinnäyte- / tutkimustyöhön hakemuksen mukaisesti		
<input type="checkbox"/> Lupa edellyttää eettisen toimikunnan käsittelyn	<input type="checkbox"/> Pyydetään tarkennusta / lisäselvityksiä	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätty
Perustelut / pyydettävät lisäselvitykset		
Aika ja paikka Kotka 27.2.12	Allekirjoitus ja nimenselvitys, arvo / tehtävänimike <i>Arija Narinen</i> JOUKKOALUEALUEPÄÄLLIKKÖ	
Yksikkö- ja yhteystiedot	ARJIA NARINEN / P13/12	
Pyydetyt lisäselvitykset toimitettu: aika ja paikka	Allekirjoitus ja nimen selvitys, arvo / tehtävänimike	
Yksikkö ja yhteystiedot		

7. Liitteet

- Tutkimussuunnitelma (hyväksytyt oppilaitoksessa)  
 Hankkeistamissopimus  
 Selvitys tutkimuksen kustannuksista ja rahoituksesta  
 Muut liitteet, mitkä:

CAREA – KYMENLAAKSON SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ

Kuntayhtymän johto  
Kotkantie 41  
48210 Kotka

Kymenlaakson keskussairaala  
Kotkantie 41  
48210 Kotka

Kymenlaakson psykiatrin sairaala  
Sairaalanukuja 3 D  
45750 Sairaalamäki

Sosiaalipalvelut  
Kehitysvammaisten erityishuolto  
Pohjankorventie 19  
45740 Kuusankoski