

Hämäläinen Reetta, Lahti Sakari ja Rinkinen Samuli

”AVOINTA REHELLISTÄ  
KESKUSTELUA”

Vuorovaikutus Jyrkkähoitoyhdistys ry:n  
Tosi Paikassa

Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutusohjelma

Toukokuu 2011




**MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU**

Mikkeli University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>		<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b>  4.5.2011
<b>Tekijä(t)</b> Reetta Hämäläinen, Sakari Lahti, Samuli Rinkinen		<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b> <b>Hoitotyö, Sairaanhoidaja AMK</b>
<b>Nimeke</b> AVOINTA REHELLISTÄ KESKUSTELUA Vuorovaikutus Jyrkkähoitoyhdistys ry:n Tosi Paikassa		
<b>Tiivistelmä</b>  <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia Jyrkkähoitoyhdistys ry:n Tosi Paikassa ohjaajien ja päihdekuntoutujien välistä vuorovaikutusta. Toteutimme tutkimuksen kvalitatiivisin menetelmin. Aineisto kerättiin avoimilla kysymyksillä kyselytutkimuksena, ja vastaukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Kysely oli tarkoitettu kaikille tutkimushetkellä paikalla oleville ensimmäisen vaiheen kuntoutujille sekä Tosi Paikan työntekijöille. Kaikki tutkimushetkellä kuntoutuksessa olleet kuusi kuntoutujaa vastasivat kyselyyn ja työntekijöistä yhdeksän. Aineisto kerättiin keuhällä 2011.</p> <p>Opinnäytetyön avulla halusimme kartoittaa, millaisena vuorovaikutus koetaan Tosi Paikassa. Otimme mukaan kuntoutujien ja ohjaajien näkökulmat sekä vertasimme, kuinka nämä näkemykset kohtaavat. Kysyimme myös molemmilta osapuolilta kehittämissideoita vuorovaikutuksen parantamiseksi.</p> <p>Tutkimusaineiston perusteella kuntoutujien ja ohjaajien kokemukset vuorovaikutuksesta ovat melko yhtenevät. Vastauksissa ohjaajat tarkastelevat vuorovaikutusta kokonaisvaltaisemmin ja näkevät päihdeongelman olevan ongelmien taustalla. Kuntoutujat eivät osanneet tunnistaa, eivätkä nimetä päihderiippuvuuttaan. Aineistosta tuli esille, että ohjaajat kokivat vuorovaikutustilanteet myönteisinä, kun kuntoutuja oli saatu motivoitumaan hoitoonsa. Kuntoutujat puolestaan toivat esille hyvän vuorovaikutustilanteen liittyvän usein omahoitajakeskusteluihin ja viikkosuunnitelman tekemiseen. Epäonnistuneet vuorovaikutustilanteet ohjaajien mielestä liittyivät usein kuntoutujan motivaation puuttumiseen ja päihdehakuisuuteen. Kuntoutujat olivat pääosin samaa mieltä ohjaajien kanssa, mutta eivät liittäneet tunteitaan suoraan päihdehakuisuuteen. Kehitysideoiksi muodostui muun muassa keskustelujen määrän lisääminen, niin työntekijöiden kuin koko yhteisön kesken.</p>		
<b>Asiasanat (avainsanat)</b>  vuorovaikutus, päihdehoitotyö, motivointi, hoitosuhdetyöskentely		
<b>Sivumäärä</b> 37+14	<b>Kieli</b> suomi	<b>URN</b>
<b>Huomaus (huomautukset liitteistä)</b>  Liitteet 1-4		
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b>  Leena Uosukainen		<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b> Jyrkkähoitoyhdistys ry, Tosi Paikka

## DESCRIPTION

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>		<b>Date of the bachelor's thesis</b>  4.5.2011	
<b>Author(s)</b> Reetta Hämäläinen, Sakari Lahti, Samuli Rinkinen		<b>Degree programme and option</b> Degree programme in nursing	
<b>Name of the bachelor's thesis</b> OPEN AND HONEST COVERSATION. Interaction in Jyrkkähoitoyhdistys ry Tosi Paikka Rehabilitation Centre			
<b>Abstract</b> <p>The purpose of this study was to survey the interaction between rehabilitants and staff in Tosi Paikka. Jyrkkähoitoyhdistys ry Tosi Paikka is a rehabilitation centre for drug abusers in Savonlinna.</p> <p>The survey was conducted using qualitative methods. The data was collected with open questionnaires and the results were analysed with inductive content analysis. The survey was intended for all first phase rehabilitants and staff then present at Tosi Paikka. All six rehabilitants present and nine staff members took part in the survey. The material was collected in spring 2011.</p> <p>We wanted to study how rehabilitants and employees see interaction between each other. After the survey we compared how the views of the parties meet. We also asked possible development ideas to improve interaction.</p> <p>The results of the study indicate that the experiences of the rehabilitants and staff members are relatively similar. It turned out that the rehabilitants could not recognize and name their addiction to drugs, whereas the employees had a more comprehensive view of the rehabilitants' situation. The employees experienced their interaction with the rehabilitants successful for example when a rehabilitant had been motivated to continue his/her rehabilitation. Rehabilitants associated successful interaction with conversations with their designated counselor and making of a week schedule. According to the rehabilitants unsuccessful interaction with workers was related to their inability to communicate. This was connected with negative emotions such as frustration, anger, anxiety etc. From the staff members' point of view unsuccessful interaction was caused by the drug addiction of the rehabilitants but they also recognized their own influence on the rehabilitants.</p> <p>When we asked about development ideas, both parties wanted more conversations.</p>			
<b>Subject headings, (keywords)</b> interaction, motivating, drug abuse			
<b>Pages</b> 37+14	<b>Language</b> Finnish	<b>URN</b>	
<b>Remarks, notes on appendices</b>  Appendices 4			
<b>Tutor</b> Leena Uosukainen		<b>Bachelor's thesis assigned by</b> Jyrkkähoitoyhdistys ry, Tosi Paikka	

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	1
2	PÄIHDEHOITOTYÖ .....	2
2.1	Päihdehuoltolaki .....	3
2.2	Päihdepalvelut.....	3
2.3	Päihteidenkäyttö Suomessa .....	5
3	JYRKKÄHOITOYHDISTYS RY, TOSI PAIKKA .....	6
3.1	Tosi Paikan henkilökunta .....	7
3.2	Kuntoutuksen sisältö.....	8
3.3	Tosi Paikan toimintamallit.....	10
3.4	Asiakasryhmät Tosi Paikassa .....	11
4	VUOROVAIKUTUS JA SEN MERKITYS PÄIHDEHOITOTYÖSSÄ.....	12
4.1	Vuorovaikutus päihdehoitotyössä.....	14
4.2	Vuorovaikutuksen haasteet mielenterveysasiakkaiden kanssa.....	15
4.3	Vuorovaikutus Tosi Paikassa.....	17
4.4	Hoitosuhdetyöskentely .....	18
4.5	Muutosprosessin tukeminen ja motivointi.....	22
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	24
6	TUTKIMUSMENETELMÄLLISET RATKAISUT .....	24
6.1	Tutkimuksen laadullinen lähestymistapa.....	25
6.2	Kohdejoukon kuvaus .....	25
6.3	Aineiston keruu ja analyysi .....	26
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	27
7.1	Kuntoutujien kokemukset vuorovaikutuksesta.....	27
7.2	Ohjaajien kokemukset vuorovaikutuksesta .....	29
7.3	Ohjaajien ja kuntoutujien näkemysten vertailua.....	32
7.4	Ohjaajien ja kuntoutujien kehittämisideat .....	33
8	POHDINTA .....	33
8.1	Tutkimustulosten ja prosessin arviointia.....	33
8.1	Luotettavuus ja eettisyys.....	35
8.2	Jatkotutkimusaiheet .....	36
	LÄHTEET .....	38

## LIITTEET

- 1 Kirjallisuuskatsaus
- 2 Saatekirje ja kyselykaavake
- 3 Tutkimustulosten analysointi
- 4 Analyysiesimerkki

## 1 JOHDANTO

Suomessa oli vuonna 2005 hiukan alle kaksikymmentätuhatta huumausaineiden ongelmakäyttäjää. Suurin osa heistä käytti amfetamiinia. Miehet käyttivät tilastollisesti enemmän huumausaineita kuin naiset. Alkoholi on eniten käytetty päihde Suomessa, mutta huumausaineiden käytöstä on kasvanut myös ongelma. Huumausaineiden käyttäjät ovat usein syrjäytyneitä ja heillä on monia muitakin ongelmia. Huumekeuolemien määrä on 2000-luvulla kasvanut ja on katsottu, ettei yhteiskunnan hoito tavoita nimenomaan huono-osaisimpia huumausaineiden käyttäjiä. (Rönkä ym. 2009, 7.)

Helakorpi ym. (2009, 19) tekivät vuonna 2008 kyselytutkimuksen, jossa tutkittiin työikäisten suomalaisten terveystottumista ja terveyttä. Tutkimuksessa kartoitettiin ruokailu- ja liikuntatottumuksia sekä tupakointia ja alkoholin käyttöä. Tulokset osoittivat, että tietyissä asioissa suomalaisten terveystottumuksissa on suuntaus parempaan, esimerkiksi vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt. Alkoholin käyttö on kuitenkin lisääntynyt aina 1980-luvulta lähtien, ja raittiiden osuus väestöstä on vähentynyt. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti alkoholijuomien kulutuksesta kertoo, että Etelä-Savossa kulutetaan toiseksi eniten alkoholia asukasta kohti. Ahvenanmaalla kulutus on pienintä, Lapissa suurinta. Etelä-Savossa kulutus on sataprosenttisella alkoholilla mitattuna 9,6 litraa asukasta kohti vuodessa. (Jääskeläinen & Virtanen 2009, 5.) Päihdeikäisten käyttäjät kuormittavat myös terveyskeskuksien päivystyksiä. Vantaalla yhteispäivystyksen yhteyteen on perustettu selviämisasema, koska päihdekuormitusta koskevassa tutkimuksessa ilmeni, että päihtyneitä asiakkaita oli paljon ja heidän hoitonsa vaati paljon aikaa. (Karvinen 2010, 12.)

Vuorovaikutuksella on iso rooli päihdehoitotyössä. Päihdetyöntekijän tulee suhtautua myönteisesti päihdeikäiseen käyttäjään. Häntä tulee kunnioittaa, ja hänet tulee hyväksyä. Myös oman asenteen tulee olla myönteinen käyttäjää kohtaan. Päihdetyöntekijän tulee olla hyvä itsetuntemus ja tunnistaa itsessään herääviä reaktioita ollessaan vuorovaikutussuhteessa päihdeikäisen käyttäjän kanssa. Omia tunteita tulisi osata käyttää hyväkseen ja niiden avulla pyrkiä päihdeikäisen käyttäjän ymmärtämiseen ja auttamiseen. (Havio 2008, 25 - 26.)

Mietimme melko kauan opinnäytetyömme aihetta. Halusimme aiheen olevan mielenkiintoinen itsellemme ja siitä olevan hyötyä työelämässä. Loppuvuodesta 2009 amma-

tillisen kasvun tunneilla aiheena oli etiikka. Luimme ja pohdimme kahta tapausta kirjasta Pahan kosketus – ihmisyyden ja auttamistyön varjojen jäljillä. Tämä antoi vahvan halun tehdä opinnäytetyö, josta olisi hyötyä päihdehoitotyössä. Otimme tällöin yhteyttä Jyrkkähoito yhdistys Ry:n Tosi Paikan johtajaan kysyäksemme, olisiko heillä kiinnostusta toimia työelämäkumppaninamme ja onko heillä tarvetta opinnäytetyölle. Tosi Paikka on Savonlinnassa sijaitseva päihdekuntoutusyksikkö, jossa hoidetaan ulkopaikkakuntalaisia päihdekuntoutujia. Tosi Paikassa on alkanut laaja laatuprojekti ja opinnäytetyömme tulee tukemaan tätä projektia vuorovaikutuksen osalta. Päihteettömyyteen päästäkseen ihminen tarvitsee tukea selviytyäkseen, joten laadukkaalla vuorovaikutuksella on keskeinen merkitys hoidon onnistumisen kannalta.

Opinnäytetyömme aihe on ajankohtainen, koska päihteiden käyttö ja niistä aiheutuvat ongelmat ovat yleistyneet. Uskomme työstä olevan hyötyä meille itsellemme työelämässä, sillä työskentelimme missä tahansa, tulemme törmäämään päihteiden käyttöön liittyviin ongelmiin. Opinnäytetyön tekeminen antaa meille lisää valmiuksia kohdata päihdeongelmista kärsivä asiakas. Koemme myös, että päihdehoitotyössä käytettyjä menetelmiä olisi hyvä soveltaa myös muuhun hoitotyöhön, esimerkiksi asiakkaiden ohjaukseen.

## **2 PÄIHDEHOITOTYÖ**

Päihdetyöhön ja päihdehoitotyöhön kuuluu terveyttä edistävä, ennaltaehkäisevä ja korjaava päihdetyö. Ensisijaisesti ennaltaehkäisevää päihdetyötä toteuttavat koulut, työpaikat ja kunnat. Kansalliset toimintasuunnitelmat ohjaavat ennaltaehkäisevää päihdehoitotyötä. Ehkäisevä päihdetyö puolestaan on toimintaa, jolla on pyrkimyksenä vähentää päihdehaittoja ja lisätä ymmärrystä päihdeilmiöstä ja niiden kautta lisätä turvallisuutta ja hyvinvointia sekä edistää terveyttä. Ehkäisevä päihdetyö jakautuu riskiehkäisyyn ja yleiseen ehkäisyyn. Riskiehkäisyssä määritellään kohderyhmä aina olemassa olevien riskitekijöiden perusteella. Yleisen ehkäisyn kohderyhmänä on koko väestö. (Havio 2008, 109.) Korjaavaan päihdetyöhön kuuluu päihdehuollon hoito- ja kuntoutuspalvelut. Usein korjaavaa päihdetyötä tehdään yhteistyössä mielenterveyspalveluiden kanssa, koska kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat yleistyneet. (Päihdetyö rakennemuutoksessa 2007.)

## 2.1 Päihdehuoltolaki

Päihdehuoltolain tarkoituksena on ehkäistä ja vähentää päihteidenkäyttöä sekä vähentää päihteiden käyttöön liittyviä haittoja. Päihdehuoltolain avulla pyritään vähentämään päihteiden käytöstä aiheutuvia sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistämään päihteidenkäyttäjän ja hänen lähipiirinsä toimintakykyä. Päihdehuoltolain mukaisesti kunnan on järjestettävä tarvittavat päihdehuoltopalvelut kuntalaisille, jotka niitä tarvitsevat. Sosiaalilautakunnan on seurattava yhdessä terveyslautakunnan kanssa kunnassa tapahtuvaa päihteidenkäyttöä sekä annettava tietoa ongelmakäytön synnystä, haitoista ja hoidosta. Sosiaalilautakunnan on yhdessä muiden viranomaisten kanssa ehkäistävä alkoholin ja muiden päihteiden ongelmakäyttöä lisäävien olosuhteiden ja elämäntapojen syntymistä. Päihdehuollon palvelut tulee järjestää pääsääntöisesti avopalveluina, ja palveluiden tulee olla helposti saatavilla ja löydettävissä. Päihdehuollon palvelut järjestetään niin, että niiden piiriin on mahdollista hakeutua oma-aloitteisesti ja tarvittaessa palvelun tarjoaja auttaa ratkaisemaan myös muita ongelmia, esimerkiksi taloudellisia. Päihdehuollossa toimivien viranomaisten täytyy tehdä yhteistyötä eri tahojen kanssa. Päihteidenkäyttäjä voidaan määrätä hoitoon viideksi vuorokaudeksi, jos hän aiheuttaa päihteidenkäytöllään itselleen tai muille välitöntä vaaraa. (Päihdehuoltolaki 1986, 41.)

Työterveyslaissa on määritelty työnantajan velvollisuudeksi laatia toimintasuunnitelma, joka yhtenä osana sisältää päihdeohjelman. Työpaikalla tulee olla kirjalliset ohjeet, kuinka ehkäistä päihteiden käyttöä ja kuinka tulee toimia päihdeongelmaisten hoitonohjauksen kanssa, jos työnantaja haluaa tehdä työntekijälleen huumausainetestin. Huumausainelaki määrittää huumeiden kuljetuksen, käytön ja maahantuonnin rikokseksi. Raittiustyölaki määrittää raittiustyön kuntien ja valtion tehtäväksi. (Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit 2006, 12.)

## 2.2 Päihdepalvelut

Päihdehuollon toimintaympäristöt ovat monipuolisia, koska erilaisia paikkoja, menetelmiä ja käytäntöjä on paljon. Erityispalveluiden asiakaskunta on pääosin huumeidenkäyttäjiä, jotka ovat aikaisempaa nuorempia, rikollistaustaisempia, syrjäytyneempiä ja moniongelmaisempia. Mielenterveysongelmat, päihteiden sekakäyttö ja



naisten päihteiden käyttö on lisääntynyt. Asiaksmäärät ovat viime vuosina kasvaneet, ja asiakkaiden hoitoon pääseminen on vaikeutunut. (Inkinen 2004, 2.)

2000-luvun alussa Stakes perusti asiantuntijaryhmän, jonka tarkoituksena oli laatia päihdehuollon palveluiden laatusuosituksen. Työryhmä laati laatusuosituksen päihdepalveluille ja määritteli päihdepalvelut sosiaali- ja terveyshuollon yleisiksi erityisiksi palveluiksi, joissa päihteiden ongelmakäyttäjät ja hänen läheisensä saavat apua, tukea ja kuntoutusta sekä hoitoa. Laatusuosituksen koskevat valtion, kuntien, yksityisten yrittäjien ja eri järjestöjen tuottamia palveluita, ja suosituksen tarkoituksena on tukea kuntien päihdepalvelujen suunnittelua ja kehittämistä. (Päihdepalvelujen laatusuosituksen 2002, 14 - 15.)

Palvelujen lähtökohtana on, että jokaisella kuntalaisella on oikeus päihdehoitoon tai päihdekuntoutukseen, joka toteutetaan oikeaan aikaan ja laadukkaasti. Päihteiden käyttöön ja sen myötä syntyviin ongelmiin vastataan mahdollisimman nopeasti, ja palvelut järjestetään ihmisarvoa ja oikeutta toteuttaen. Palveluiden lähtökohtana tulee olla asiakkaan ja hänen läheistensä avun tarve, ja periaatteena on itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, omatoimisuuden tukeminen ja luottamuksellisuus. Asiakas saa osallistua hoitoa koskeviin päätöksiin ja hoitoa koskevaan suunnitteluun. (Päihdepalvelujen laatusuosituksen 2002, 15 - 16.)

Jokaisella kunnalla tulee olla päihdestrategia osana terveys- ja hyvinvointistrategiaa. Strategiassa tulee ilmetä, kuinka kunnassa ehkäistään päihdehaittojen syntyä, kuinka palvelut järjestetään sekä millainen on työnjako päihdepalveluissa. Päihdestrategian tulee sisältää tieto siitä, mitä laki ja valtakunnalliset päihdeohjelmat edellyttävät palveluilta, sekä miten päihdepalveluja arvioidaan ja kuinka kehitystä seurataan. Siinä tulee myös ilmetä, mitkä ovat kyseisen kunnan päihdepalvelujen tavoitteet. Kunnan päihdestrategiassa on mainittu eri yksiköiden yhteistyö ja vastualueet, päihdepalvelujen saatavuus, rahoituskäytännöt ja asiakaspalautejärjestelmä. Päihdestrategiassa kerrotaan, miten kuntalaisia tiedotetaan päihdepalveluista ja kuinka palveluiden toteutusta ja laatua seurataan. (Päihdepalvelujen laatusuosituksen 2002, 16.)

Päihdepalveluita on alettu tarkastella kriittisesti päihteiden käytön kasvaessa ja päihteiden käyttöön tarkoitettujen aineiden monipuolistuessa. On ajateltu, että vuonna 2004 tehdyillä alkoholipoliittisilla muutoksilla on ollut suuri merkitys alkoholin kulu-

tuksen kasvuun. Vuonna 2004 Suomessa alennettiin merkittävästi alkoholiveroa ja tuontirajoituksia höllennettiin. Halonen ja Paasivaara tutkivat (2006, 267 - 277) asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluista. Tutkimuksessa selvitettiin, miten asiakkaat ohjautuivat päihdepalveluun sekä miten asiakkaat kokivat hyötyvänsä päihdepalveluista sekä millaisia kehittämisajatuksia asiakkailla oli. Tutkimuksen tuloksissa selvisi, että päihdepalvelun piiriin ohjautumisen taustalla oli oma palveluun hakeutuminen, pakko hakeutua palveluun tai ulkopuolelta tuleva ohjaus palvelun piiriin. Hyötyinä asiakkaat kokivat erilaiset psyykkiset muutokset, esimerkiksi masennuksen vähenemisen, mielialan nousun, levottomuuden vähenemisen ja rauhallisuuden tunteen lisääntymisen, elämänhallinnan tunteen saavuttamisen ja omanarvon tunnon kasvun. Palveluiden jälkeen paluu entiseen sosiaaliseen ympäristöön koettiin tilanteeksi, jolloin riski retkahdukseen on suuri. Tutkimuksessa asiakkaiden kehittämisajatuksiksi nousivat varhaiseen puuttumiseen liittyvät asiat, tiedon antaminen, päihdepalvelujen tarjonnan ja jatkuvuuden kehitys. Asiakkaat kokivat, että päihteiden käyttöön puututtiin tai apua saatiin vasta sitten, kun ongelma oli kasvanut suureksi eikä tietoa palveluista ollut tarjolla.

### **2.3 Päihteidenkäyttö Suomessa**

Suomalaisten huumeidenkäytön historiasta sotia edeltävänä aikana ei ole juuri tietoa, mutta kyseessä on ollut lähinnä vain yksittäisiä tapauksia. Luvatonta maahantuontia ei tuona aikana ilmennyt, vaan aineet (morfiini, heroiini, oopiumi) hankittiin apteekista. Ilmi tulleissa tapauksissa käyttäjät olivat terveydenhuollon henkilöstöä, mutta lääkärin määräämien hoitojen vuoksi huumeriippuvuutta alkoi esiintyä hoidon komplikaationa. Sota-aikaan heroiinitabletit olivat halpoja ja tehokkaita, minkä takia niitä käytettiin muun muassa yskään ja kipuihin. Tuohon aikaan Suomi sai huomautuksia kansainväliseltä oopiumikontrollin valvontaelimeltä poikkeuksellisen suuresta heroiinin kulutuksesta. Sodasta palanneet miehet jatkoivat käyttöä, mistä johtuen syntyi epidemialuonteisen ilmiö 1940-luvun lopulla. Tällöin myös alkoholin kulutus oli suurta. Amfetamiinia käytettiin väsymykseen sodan aikana, mutta sen käytöstä sodan jälkeen ei ole tietoa. (Kaukonen ym. 2002, 22 - 23.)

1960-luvulla levisi Suomeen nuorisokapina, jonka mukana yleistyi kannabiksen ja LSD:n kokeilu ja käyttö. Nämä huumeet olivat yleisimpiä muusikkojen ja opiskelijoiden keskuudessa. Nopeasti kasvanut kysyntä vauhditti myös salakuljetuksen syntyä.

Tämä aalto rauhoittui 1970-luvun alussa, jolloin näkemykset huumeista kiristyivät ja poliisin resurssit sekä otteet kovenivat. Laittomien huumeiden käyttö pysyi suppeana aina 1990-luvun alkuun asti. Tällöin alkoi toinen huumeaalto, joka oli yleismaailmallinen. Kannabiksen ja LSD:n lisäksi mukaan tulivat kokaiini, ekstaasi ja muut synteettiset aineet. Alkoholien käyttö on pysynyt tasaisena läpi vuosikymmenten. (Kaukonen ym. 2002, 22 - 23.) Sen käyttö onkin hiljalleen noussut suurimmaksi työikäisten kuolinsyyksi Suomessa. Kuolleisuus sepelvaltimotautiin ja rintasyöpään on pienempi kuin alkoholista aiheutuvien kuolemien lukumäärä. Suomalaiset käyttivät sataprosenttisella alkoholilla mitattuna 10,5 litraa asukasta kohden vuonna 2007. Kymmenessä vuodessa kuolleisuus alkoholin aiheuttamiin maksakirrooseihin ja alkoholihepatiitteihin on kasvanut 116 %. (Färkkilä 2009, 889.)

Suomessa huumausaineiden käytön tilannetta on tutkittu erilaisilla mittareilla. Esimerkiksi kokeilujen määrää, ongelmakäyttöä, terveyshaittoja, sairauksia, kuolemia ja rikollisuutta sekä takavarikoiden määrää on käytetty mittareissa osoittamaan huumausaineiden käytön tilaa. Lähes kaikkien mittareiden perusteella huumeiden käyttö Suomessa paheni 1990-luvun puolessavälissä. Vuosituhannen vaihteessa huumeiden käyttö ja haittojen kasvu tasaantuivat ja viime vuosina tilanne on ollut melko vakaa muuten, mutta huumausaineiden käytöstä johtuvat kuolemat ovat kasvaneet. Ongelmakäyttäjien määrää arvioidaan amfetamiinien ja opiaattien käyttäjien määrällä, vuonna 2005 0,5 - 0,7 % Suomen 15 - 54 - vuotiaista kuului ongelmakäyttäjien ryhmään, ja heistä 80 % oli miehiä. Alkoholilla on vahva asema Suomen kansalaisten päihteiden ongelmakäytössä, myös mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet ja buprenorfiinin pistoskäyttö on kasvanut. Ongelmakäyttäjät ovat usein syrjäytyneitä ja moniongelmaisia, vuonna 2008 yli puolet heistä oli työttömiä ja 11 % asunnottomia. Suomen katukaupassa on kannabistuotteita, synteettisistä huumausaineista amfetamiinia ja ekstaasia, buprenorfiinia sekä bentsodiatsepiineja. Heroiinia on tarjolla vähän. (Rönkä ym. 2009, 7.)

### **3 JYRKKÄHOITOYHDISTYS RY, TOSI PAIKKA**

Tosi Paikka on päihdekuntoutuslaitos, jota ylläpitää Jyrkkähoitoyhdistys ry. Tosi Paikka on 10-paikkainen yksikkö Savonlinnassa ja toimii valtakunnallisesti päihdekuntoutusta tarjoavana yksikkönä. Kohderyhmänä Tosi Paikassa ovat 16 - 25-vuotiaat nuoret sekä yli 25-vuotiaat aikuiset päihteidenkäyttäjät ja sekakäyttäjät. Tosi Paikassa

hoidetaan myös kaksoisdiagnoosi- ja korvaushoitoasiakkaita, lastensuojelun asiakkaita, peliriippuvaisia sekä pareja ja perheitä. Päihdekuntoutusyksikkö on aloittanut toimintansa vuonna 2002 ja on myös hyväksytty Kelan kuntoutusrahaa oikeuttavaksi päihdehuollon laitokseksi. Tosi Paikka on yksikkö, jossa voi suorittaa lyhyitä alle 8 kk kestäviä vankeustuomioita päihdekuntoutuksen aikana. Asiakkaat tulevat yleensä joko sosiaalitoimen tai katkaisuhuoltopaikan lähettäminä. (Jyrkkähoitoyhdistys Ry 2009.)

### **3.1 Tosi Paikan henkilökunta**

Tosi Paikkaa johtaa psykoterapeutti, ja terveydenhuollonmaisteri puolestaan vastaa toiminnanjohtajan tehtävistä. Työntekijöistä viisi on saanut terveydenhuoltoalan koulutuksen, ja heistä kahdella on sairaanhoitajan koulutus. Työryhmästä löytyy myös kolme perheterapeutin koulutusta saanutta, kaksi sosionomia, perhetyöntekijä ja päihdetyöntekijä. Lisäksi erityistyöntekijöinä ovat musiikki- ja kuvataideterapeutti sekä fysioterapeutti. Jyrkkähoito yhdistys Ry:llä on myös oma lääkäri ja psykiatri. Yhdistyksen päihdelääkäri on tavoitettavissa vuorokauden ympäri puhelimitse. Lääkärin vastaanotto on talviaikaan noin kolmen viikon välein, kesäaikaan tiiviimmin. Hammashoito järjestetään kunnallisessa terveydenhuollossa, ja yksityislääkäriasemaa käytetään esimerkiksi laboratoriopalveluja tarvittaessa. (Käyhkö 2010, 12.)

Tosi Paikassa kuntoutujien asioita hoidetaan yksilöllisesti. Sairaanhoitaja hoitaa lääkityksen ja lääkärin konsultoinnit. Jokaisella kuntoutujalla on 2 - 3 omaohjaajaa, heidän tehtävään on luoda yksilöllinen, läheinen hoitosuhde omaan ohjattavaan sekä hoitaa asiakkaan juoksevia asioita, loma-asioita sekä yhteydenpitoa omaisiin. Omaohjaajat tiedottavat tarvittavista asioista muulle työyhteisölle. Yhteydenpito lähettävään kuntaan sekä kuntoutussuunnitelman laatiminen kuuluu sosiaalityöntekijän työnkuvaan. Hän myös neuvoo, tukee ja tekee asiakkaan kanssa tarvittavat paperityöt esimerkiksi erilaisten tukien hakemisessa. Sosiaalityöntekijä myös keskustelee asiakkaan kanssa hoidon etenemisestä. Johtaja ja yksilöterapeutti tapaavat asiakasta tarpeen mukaan 1 - 2 kertaa viikossa. (Käyhkö 2010, 13.)

Työryhmä arvioi hoidon etenemistä asiakkaan kanssa keskustellen, kuntoutussuunnitelmissa sekä hoitosuunnitelmapalavereissa. Tosi Paikan tehtävä on antaa oma asiantuntija-arvio asiakkaan hoidon tarpeesta, mutta kunta päättää viime kädessä riittävän hoidon määrän. Jos nämä arviot eivät kohtaa toisiaan, asiakkaan kanssa neuvotellaan

jatkosta. Kunnan arviota kuunnellaan, mutta asiakkaan etu ajaa sen edelle. (Käyhkö 2010,13.)

### **3.2 Kuntoutuksen sisältö**

Tosi Paikkaan pääsee kuntoutukseen oman kunnan A-klinikan tai sosiaalitoimen lähettämänä. Joskus asiakkaat voivat tulla sairaalasta, psykiatriselta osastolta tai Järvenpään sosiaalisairaalasta. Kuntoutukseen on mahdollista tulla katkaisuhoidosta, avohoidosta tai kotoa. Lähes aina asiakas on päihdehoidon palveluprosessissa ja hänellä on kokemusta päihdehoidosta. Ennen hoitoon tuloa lähettävä taho tai omaiset ovat yhteydessä Tosi Paikkaan, ja heitä pyydetään kertomaan tilanteesta mahdollisimman kattavasti. Yhteydenottajalta on tärkeää saada tietoon ainakin asiakkaan nimi, ikä, käyttöhistoria ja lääkitys. Heti kuntoutujan tullessa Tosi Paikkaan työntekijät ovat yhteydessä yhdistyksen päihdelääkäriin, ja hänelle kerrotaan tarvittavat tiedot. Annetujen tietojen perusteella lääkäri määrää kuntoutujan tarvitseman lääkityksen. (Käyhkö 2010, 12.)

Tosi Paikkaan tullessa asiakas otetaan toimistohuoneeseen, ja hänelle tehdään ”ratsaus”, jossa hänen tavaransa ja päällysvaatteensa tutkitaan. Asiakkaalle tehdään esihaastattelu, jossa selvitetään tarvittavat tiedot, ja samalla asiakas allekirjoittaa kuntoutus-sopimuksen sekä suostumuksen tietojen luovutukseen nimeämilleen henkilöille. Uudelle kuntoutujalle näytetään oma huone ja yhteiset tilat. Hoitoon saapuessa on eräänlainen rauhoittumisaika, joka kestää kaksi viikkoa. Tämän kahden viikon aikana ei tarvitse osallistua yhteisön toimintaan, vaan voi keskittyä vierotusoireista toipumiseen sekä asettua taloon ja osaksi yhteisöä. Ohjaajien kanssa on mahdollista käydä keskusteluja ympäri vuorokauden. Kun kaksi viikkoa on mennyt, asiakas osallistuu säännölliseen päivä- ja viikko-ohjelmaan, johon kuuluvat myös yksilökeskustelut, terapia, aamuryhmät ja omaohjaajakeskustelut. (Käyhkö 2010,12.)

Tosi Paikassa asiakas kohdataan aina kasvotusten ja ihmisarvoa kunnioittaen, eikä hänen asioistaan puhuta muiden kuntoutujien kuullen. Keskustelut käydään paikassa, jossa intimitteettisuoja ja vaitiolovelvollisuuden edellytykset täyttyvät. Vuorovaikutus-tilanne rauhoitetaan niin, että työntekijällä ei ole keskeneräisiä töitä pöydällä ja muut häiriötekijät on pyritty poistamaan. Kuntoutuksen alussa vuorovaikutushalukkuus voi olla heikkoa tai niukkasanaista, jolloin täytyy tulkita asiakkaan elekieltä sekä esittää

arvauksiakin asiakkaan ajatuksista. Keskustelussa pyritään olemaan aktiivisia kuuntelijoita, sekä tietoisesti annetaan tilaa asiakkaalle. Tavoitteena on saada tietoa asiakkaan ajatuksista ja aikeista. Tämän vuoksi kuuntelu ja kuuleminen ovat tärkeitä. (Käyhkö 2010, 5.)

Ennen omaohjaajakeskustelua on kartoitettu asiakkaan tilannetta esimerkiksi hoitokerptomusten perusteella ja otettu huomioon, millaisia havaintoja eri ohjaajat ovat asiakkaasta tehneet. Näiden perusteella esiin nousee tärkeitä asioita, jotka keskustelussa tulee ottaa puheeksi. Aina keskustelun alkaessa asiakkaalle annetaan tilaa kertoa omista kuulumisista. Jos kyseessä on terapeuttilinen keskustelu, kysytään myös, kuinka asiakkaalla on mennyt henkisesti ja fyysisesti sekä mitä hän itse kokee tarpeelliseksi ottaa keskustelussa esille. Kun asiakkaan esille tuomat asiat on käsitelty, on mahdollista siirtyä ennalta suunniteltuihin aiheisiin, jos se edelleen on tarpeellista. Hyvään yhteistyöhön on helpompi päästä, kun on ensin kuullut asiakkaan toiveet sekä sanottava. Asiakkaalle kerrotaan ja perustellaan omat ja mahdollisesti työryhmän tai lähettävän tahon näkökulmat. Yleensä tällöin keskustellaan konkreettisella tasolla esimerkiksi asiakkaan pärjäämisestä ja voimavaroista. Aina asiakkaan ja työryhmän tarpeet ja tavoitteet eivät kohtaa toisiaan, jolloin on käytävä neuvottelua asiakkaan kanssa, jotta hoito lähtee etenemään toivotulla tavalla. Keskusteluissa pyritään normalisoimaan asiakkaan kokemuksia ja luomaan kuva siitä, että hänen toipumisensa ei ole toivotonta ja hänellä on samat mahdollisuudet toipua kuin muillakin. Asiakkaaseen pyritään luomaan luottamuksellinen työsuhte. Keskusteluissa voidaan käydä läpi pelisääntöjä sekä sitä, mitä asioita voidaan kertoa muulle työryhmälle. Yhteistyössä asiakkaan kanssa etsitään mahdollisten ongelmaksi koettujen tilanteiden ratkaisuja sekä keinoja, kuinka hän vastaisuudessa voi selvitä tilanteesta ja käsitellä asiaa paremmin. (Käyhkö 2010, 2 - 7.)

Hoitomuotoina käytetään yksilöterapiaa, supportiivista ryhmäpsykoterapiaa, taide- ja musiikkiterapiaa sekä draamaterapiaa. Yhteisökokouksia pidetään tarpeen mukaan, yhteisöliikuntaa on kaksi kertaa viikossa sekä muita retkiä järjestetään aika ajoin. Perhe ja viranomaiset toimivat yhteistyössä Tosi Paikan työntekijöiden kanssa. Lääkkeellinen sekä lääkkeetön hoito on mahdollista. Tarvittaessa on mahdollista saada myös perhehoitoa ja perheterapiaa. (Jyrkkähoitoyhdistys ry 2009.)

### 3.3 Tosi Paikan toimintamallit

Tosi Paikassa käytetään psykososiaaliseen päihdekuntoutukseen perustuvaa Jyrkkähoito-mallia, jonka tavoitteena on pysyvä irrottautuminen päihdemaailmasta. Jyrkkähoito-mallin peruslähtökohta on yksilöllinen yhteisöllisyys, jossa otetaan huomioon kuntoutujan yksilöllinen hoito sekä yhteisöön sopeutuminen. Kuntoutujaa ei tule kohdata entisenä käyttäjänä vaan ihmisenä, joka on selviytynyt vaikeasta kriisistä. Kuntoutussuunnitelma sisältää yksilöllisen päivä- ja viikko-ohjelman. Omaohjaajakeskusteluissa käydään säännöllisesti läpi kuntoutussuunnitelman tavoitteita ja keinoja. Kuntoutuksen aikana pyritään elämään tavallista arkielämää esimerkiksi ruokaa valmistamalla, siivoamalla sekä harrastamalla monipuolisesti liikuntaa. (Käyhkö 2010, 5 - 7.)

Päihdekuntoutusta toteutetaan Tosi Paikassa kolmessa vaiheessa. Ensimmäinen vaihe on yhteisössä toteutettavaa kuntoutusta. Toinen vaihe toteutetaan tuetussa asumisharjoittelussa, jossa Jyrkkähoitoyhdistys ry vuokraa tarpeiden mukaisen asunnon Savonlinnasta. Kolmas vaihe on kotiutus ja jatkohoito sekä yksilöllisten tukitoimien järjestäminen. Savonlinnan keskustassa sijaitsee sosiaalisen työtoiminnan piste Sohvin Soppi, joka on nettikahvila/käsityöpaja. Hoitoaika on keskimäärin 8 kuukautta. Kolmivaiheinen kuntoutus toimii kuitenkin parhaiten pidemmässä hoitoajassa, 2 – 3 vuoden aikana. (Jyrkkähoitoyhdistys ry 2009.)

Kuntoutuksen ensimmäisen vaiheen aikana lähettävään tahoon ollaan säännöllisesti yhteydessä. Asiakas työskentelee aluksi löytääkseen hoitomotivaation ja selviytyäkseen fyysisistä vieroitusoireista. Tämän jälkeen alkaa psyykinen vieroittautuminen ja oman identiteetin eheyttäminen. Kaikki vaiheet etenevät yksilöllisesti asiakkaan edistymisen mukaisesti. (Jyrkkähoitoyhdistys ry 2009.)

Toisessa vaiheessa kuntoutuja aloittaa itsenäistymisharjoittelun Savonlinnassa. Itsenäisemmän elämän alkaessa myös terapeutin työskentelyn tarve korostuu. Keskeistä toisessa vaiheessa on arjesta selviytymään oppiminen sekä itsestä ja kodista huolehtiminen. Usein myös koulu tai työharjoittelu alkaa tässä vaiheessa. Myös toisen vaiheen kesto on yksilöllistä. Yhteydenpidon tarve perheeseen kasvaa, ja myös perhetyön tarve korostuu. (Jyrkkähoitoyhdistys ry 2009.)

Kolmannessa vaiheessa asiakkaalle laaditaan paluusuunnitelma. Yleensä tuleva asuinpaikka valitaan työpaikan tai koulun sijainnin perusteella, tavoitteena on, ettei kuntoutuja palaa takaisin vanhoihin piireihin. Kotiuttamisvaiheessa suunnitellaan kotiuttamisaikavälillä tarvittavat hoitokontaktit niin, että kokonaisvaltainen jatkokuntoutus toteutuu. (Jyrkkähoitoyhdistys ry 2009.) Paluu vanhalle kotiseudulle on myös tutkimuksessa osoitettu tilanteeksi, jolloin päihteiden käyttäjät ovat kokeneet, että riski retkahtaa vanhoin tapoihin kasvaa (Halonen & Paasivaara 2006, 277).

### **3.4 Asiakasryhmät Tosi Paikassa**

Tosi Paikan asiakaskunta on melko monimuotoinen. Kaikille yhteinen tekijä on päihderiippuvuus. Osalla asiakkaista voi olla kaksoisdiagnoosi, eli päihderiippuvuuden rinnalla on jokin mielenterveydenhäiriö. On mahdollista, että kuntoutukseen tulevilla asiakkailla on diagnosoitu mielenterveydenhäiriö tai sairaus, joskus diagnoosia ei ole. Diagnoosi saattaa muotoutua pidemmän kuntoutuksen aikana. Päihteet saattavat pitkänkin aikaa peittää alleen muun psyykkisen ongelman. (Hintzell 2011.) Kaksoisdiagnoosiasiakkailta hoito Tosi Paikassa pohjautuu yksilölliseen kuntoutussuunnitelmaan. Tavoitteena on pyrkiä lievittämään tai jopa poistamaan oireita, estämään psykoosien kehittymistä ja parantamaan kuntoutujan elämänlaatua. Psyykkisen häiriön olemassaolon ja häiriön laadun varmistamiseen tarvitaan riittävän pitkä hoitajakso ilman päihteitä (Käyhkö 2010, 13.) Kaksoisdiagnoosit ovat melko yleisiä. Päihteiden käyttöön liittyvät psyykkiset oireet katoavat muutaman viikon päihteiden käytön lopettamisen jälkeen, kun taas kaksoisdiagnoosipotilaan psyykkiset ongelmat eivät häviä ilman hoitoa pitkäänkin kestäneen päihteettömyyden jälkeen. (Sykäri 2009, 17–19.)

Yleisimmät Tosi Paikassa esiintyvät mielenterveyden häiriöt ovat masennus ja ahdistuneisuushäiriö. Skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä esiintyy jonkin verran. Rikollisuus liittyy usein päihteidenkäyttöön ja lyhyt vankilatuomio on mahdollista suorittaa Tosi Paikassa, jolloin täytyy kuitenkin olla vahva motivaatio päihderiippuvuuden hoitoon. (Hintzell 2011.)



#### 4 VUOROVAIKUTUS JA SEN MERKITYS PÄIHDEHOITOTYÖSSÄ

Kirjallisuus määrittelee vuorovaikutuksen ihmisten väliseksi toiminnaksi erilaisissa ympäristöissä. Vuorovaikutus voidaan karkeasti jakaa sanalliseen ja sanattomaan vuorovaikutukseen. Sanallisessa viestinnässä sanat ovat väline, ja sanojen hyvä käyttö mahdollistaa onnistuneen vuorovaikutustilanteen. Vuorovaikutustilanteissa rivien välistä voi lukea paljon asioita, jotka eivät välttämättä ilmene sanojen muodossa vaan eleissä, äänenpainossa ja äänensävyissä. On väitetty, että ihminen viestii enemmän sanattomasti, kuin sanojen kanssa. (Kauppila 2000, 19 - 22.)

Kauppila (2000) jakaa sosiaalisen vuorovaikutuksen tyyliä kahdeksaan eri luokkaan. Ystävällisen vuorovaikutustyylin omaavat ihmiset ovat hyvin sosiaalisia, avoimia, yhteistyöhaluisia ja lämpimiä ihmisiä. Heitä pidetään arkielämässä hyvántahtoisina ihmisinä. Kyseistä tyyliä edustavat ihmiset ovat hyviä kuuntelijoita. Ohjaavan vuorovaikutustyylin omaavat ihmiset ovat auttamishaluisia ja pyrkivät huolehtimaan muiden asioista. Tällainen henkilö jakaa mielellään toimintaohjeita ja neuvoja, jotka itse näkee oikeiksi. (Kauppila 2000, 19 - 22.)

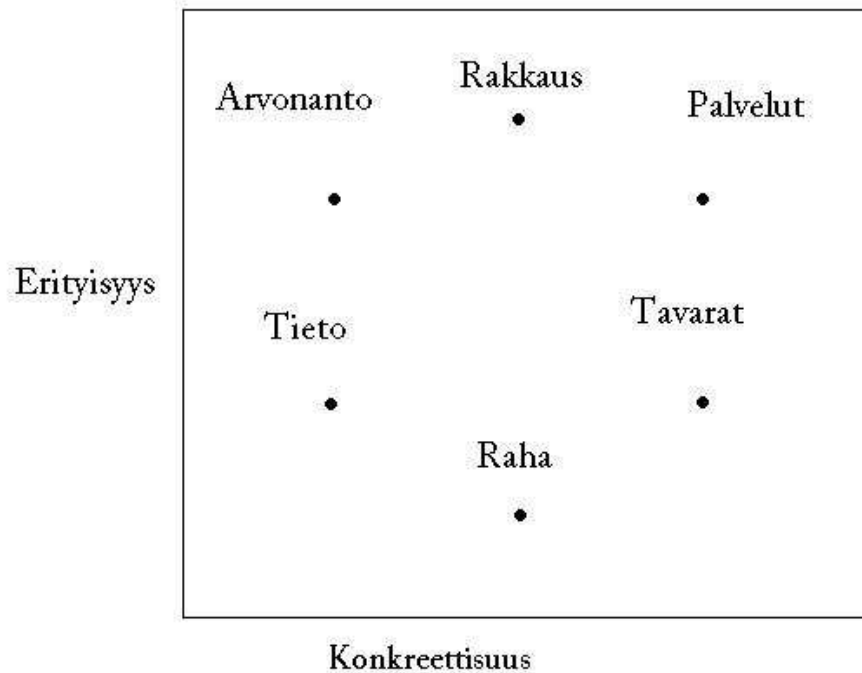
Hallitsevan vuorovaikutustyylin omaavat ihmiset pyrkivät keskusteluissa osoittamaan omaa etevyyttään ja pätevyyttään. Vuorovaikutus on alistavaa, dominoivaa, he vähättelevät toisten mielipiteitä ja kertovat, kuinka asiat heidän mielestään tulisi tehdä. Arkielämässä tällaiset henkilöt ajautuvat helposti erimielisyyksiin. Uhmaiseen vuorovaikutustyylin kuuluvat tyypillisesti vihanpurkaukset ja kiroilu. Uhmakkuus tulee esille itsekeskeisyytenä, korostuvana itsekehuna, kapinointina sääntöjä ja rajoituksia vastaan. Uhmaiselle viestinnälle on ominaista myös kiukku, uhittelu, koston ja pettymyksen tunteet. Kyseisen vuorovaikutustyylin omaavat henkilöt ottavat riskejä ja voivat ajaa liikenteessä piittaamattomasti. Aggressiivinen vuorovaikutustyyli kuvastuu yleensä henkisenä painostuksena toista osapuolta kohtaan. Käskevät ilmaisut, ilkeämielinen arvostelu ja kiroilu ovat tyypillistä. (Kauppila 2000, 19 - 22.)

Epävarma vuorovaikutustyyli näkyy alistumisena ja epävarmuutena toisia kohtaan. Taustalla saattaa kyteä katkeruutta ja kapinallisuutta ja itsensä aliarviointia. Tyypillistä tällaisille henkilöille ovat sosiaaliset jännitysoireet, hermostuneisuus ja epätietoisuus, kuinka tilanteessa tulisi toimia. Alistuvan vuorovaikutustyylin omaavat henkilöt ovat hermostuneita, anteeksipyyteleviä ja ihailevat varmoja persoonallisuuksia ja mie-

lellään turvautuvat heihin vuorovaikutustilanteissa. Henkilöt ovat varovaisia omissa mielipiteissään ja usein kykenemättömiä pitämään puoliaan. Joustavan vuorovaikutustyylin omaavat henkilöt ovat yleensä hyväntuulisia, halukkaita auttamaan ja kohteliaita muita kohtaan. Tällaiset henkilöt kuuntelevat mielellään muiden mielipiteitä, eivätkä viljele ainoastaan omiaan. (Kauppila 2000, 52 – 60.)

Kauppilan mukaan kahdeksasta edellä mainitusta perustyylistä voidaan yhdistää neljä vuorovaikutustyyliä, joita voidaan käyttää apuna vuorovaikutustilanteita tutkittaessa. Vuorovaikutuksen analysointia varten muodostetaan ns. nelikenttä, jossa kaksi toisilleen läheistä vuorovaikutustyyliä yhdistetään yhdeksi luokaksi. Nelikentän luokkia ovat ystävällis-joustava, ohjaava-dominoiva, aggressiivis-uhmainen ja epävarmaalistuva. (Kauppila 2000, 61 – 64.)

Uriel ja Edna Foa (1974) esittivät sosiaalisen vaihdon teorian, jonka mukaan vuorovaikutuksessa vaihdetaan keskenään erilaisia etuuksia. Vaihdeettavia etuuksia ovat arvonanto, rakkaus, palvelut, tieto, rahat ja tavarat (kuvio 1). Eduista arvonanto, rakkaus ja palvelut ovat luonteeltaan erityisiä, kun taas tieto, raha ja tavarat ovat konkreettisia. Keskenään vaihdettavat edut ovat lähempänä toisiaan erityisyyden ja konkreettisuuden suhteen, esim. raha ja tavara ovat keskenään vaihdettavia, kuten rakkaus ja arvonanto. Erityisiä ja konkreettisia etuuksia ei voida vaihtaa keskenään, kuten rakkautta ja rahaa. Erityisten etujen arvo on aina sidonnainen antajaansa, satunnaisen henkilön osoittama kunnioitus tuntuu vähäiseltä kuin sellaisen, jota pidämme itse suuressa arvossa. (Helkama ym. 2001.)



**KUVIO 1. Sosiaalisen vertailun teoriassa käytetyt edut (soveltaen Helkama ym. 2001, 65)**

#### 4.1 Vuorovaikutus päihdehoitotyössä

Asiakkaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus ja siitä muodostuva luottamus ja ymmärrys ovat välttämättömiä hyvän hoitosuhteen kannalta. Hoitohenkilökunnan ja asiakkaan yhteinen näkemys hoidosta on tärkeää kokonaisvaltaisen, yksilöllisen ja asiakaslähtöisen hoidon toteutuksessa. Hoitotyöryhmän kesken kannattaa jakaa vastuualueita asiakkaan hoidossa. Yhteistyösuhde asiakkaan kanssa on aina tavoitteellinen ja siinä noudatetaan asiakkaalle laadittua hoitosuunnitelmaa. (Kuhanen ym. 2010, 149 - 173.)

Helamon (2008, 32–33) mukaan päihdeongelmainen tarvitsee usein apua niin fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin kuin henkisiin asioihinsa. Sairaanhoitajan rooliin ja tehtävään kuuluu yhdistää edellä mainitut lähestymistavat ja saada ne toimimaan kullekin yksilöllisellä tavalla. Helamon mielestä päihdetyöhön kuuluu paradokseja: täytyy jämäkästi asettaa rajojaan mutta olla myös joustava tavoitteiden asettelussa. Päihdetyöhön kuuluu empatiaa ja ymmärtämistä mutta myös epäluuloa ja kontrollointia.

Päihdepotilaan muutosmotivaation herättäminen on erityisesti sairaanhoitajan tehtävä. Helamo valittiin vuoden 2008 päihdesairaanhoitajaksi.

Muuhun hoitotyöhön verrattuna päihdehoitotyön erilaisuus perustuu muun muassa asiakasryhmien erityispiirteisiin ja työssä tarvittaviin vuorovaikutus- ja muihin taitoihin. Asiakkailla on usein muitakin ongelmia kuin ainoastaan päihdeongelma, osa asiakkaista voi käyttäytyä aggressiivisesti tai uhkaavasti. Päihdehoitotyössä vuorovaikutuksen tulee olla aidosti läsnä olevaa sekä yksilöllistä ja kokonaisvaltaista hoitoa. Luottamus, rajojen asettaminen, asiakkaan tukeminen ja motivoiminen ovat suuri osa päihdehoitotyötä. Vuorovaikutuksella pyritään muutokseen asiakkaan tiedoissa, sopeutumisessa, terveyskäyttäytymisessä ja terveydentilassa. Asiakaskeskustelu voi pitää sisällään motivointia, vaihtoehtojen etsimistä, ohjausta, opetusta, ratkaisujen hakemista ja kysymysten tekemistä sekä neuvottelua. Vuorovaikutus tähtää myös taitojen oppimiseen, voimavarojen löytämiseen ja itsenäisyyden vahvistumiseen. Kaikessa hoitotyössä keskeistä on vuorovaikutuksen laatu. (Inkinen 2004, 16 - 18.) Hoidollisissa keskusteluissa terapeutin tehtävä on huolehtia keskustelun synnyttämisestä, turvallisuudesta ja laadusta. Parantava puhe mahdollistuu hoitosuhteen ja keskustelutilanteen ollessa tarpeeksi turvallinen. (Haarakangas 2008, 71.)

Inkinen (2004) tutki päihdehuollon sairaanhoitajien työn sisältöä. Hoidolliset keskustelut olivat suurena osana hoitoa, ja tärkeimmät keskustelun sisällöt olivat asiakkaiden elämäntilanne, tavoitteet, voimavarat, muutoshalukkuus sekä ihmissuhteet, lisäksi toivon tunteen antaminen ja vastuun ottamisen tukeminen kuuluivat keskusteluihin. Tutkimustuloksissa ilmeni, että keskusteluiden sisällöissä psykiatrisilla sairaanhoitajilla toivon edistäminen ja voimavarojen käsittely painoutuivat enemmän asiakaskontakteissa. Kokemuksen myötä vastuunottamisen edistys, retkahduksista puhuminen ja omanarvontunteen käsittely olivat keskeisiä aiheita.

#### **4.2 Vuorovaikutuksen haasteet mielenterveysasiakkaiden kanssa**

Ahdistus määritellään pelonsekaiseksi tai huolestuneeksi tunnetilaksi, johon liittyy tietoinen tai tiedostamaton huoli senhetkiseen tai tulevaisuuteen liittyvään tapahtumaan. Voimakas ahdistuneisuus aktivoi sympaattista hermostoa, josta seuraa somaattisia oireita, kuten sydämentykytyksiä, hikoilua tai hengenahdistusta. Kyky tunkea pelkoa ja ahdistuneisuutta on ihmisen luontainen reaktio uhkaavaksi koettua tilannetta

kohtaan, mutta kun se heikentää ihmisen vuorovaikutus- ja/tai toimintakykyä, voidaan puhua psykiatrisen sairauden oireista. (Huttunen 2009, 1769 - 1770.) Ahdistuneen asiakkaan kanssa on tärkeää päästä luottamukselliseen yhteistyösuhteeseen. Asiakkaan ahdistusta pyritään lievittämään, ja yhdessä hänen kanssaan etsitään uusia selviytymiskeinoja, asiakkaan tulisi tunnistaa oma ahdistuksensa ja ymmärtää sitä. Ahdistuneisuus voi aiheuttaa suurta kärsimystä, joten on tärkeää löytää yhdessä asiakkaan kanssa keinoja, joiden avulla hän pystyy käsittelemään ahdistuneisuuttaan. (Kuhanen ym. 2010, 206 - 210.)

Menetykset voivat laukaista niin surun kuin masennuksenkin. Suru on ihmiselle luonnollinen reaktio esimerkiksi läheisen kuolemaan, se tukee kasvua väistämättömien pettymysten yhteydessä. Psykoanalyttisessä näkemyksessä ajatellaan depression johtuvan menetyksiin liittyvän surutyön epäonnistumisesta. Surutyötä tekevä ihminen ei menetä yhteyden tunnettaan toisiin ihmisiin, kun taas masentunut tuntee itsensä ulkopuolisen yksinäiseksi ja eristäytyy omaan maailmaansa. (Huttunen 2009, 1769 - 1770.)

Masentuneen asiakkaan hoidossa tärkeitä asioita ovat toivon löytäminen ja toivottomuuden lievittäminen. Täytyy varoa, ettei asiakasta auteta liikaa vaan kannustetaan omaan vastuunottamiseen vaatimatta kuitenkaan liikaa. Asiakkaan täytyy kokea, että hän tulee kuulluksi ja ymmärretyksi. Psykoterapialla on positiivisia vaikutuksia toimimiseen, sen avulla kielteiset tuntemukset on mahdollista tunnistaa ja hyväksyä. (Kuhanen ym. 2010, 204 - 223.)

Psykoosi on poikkeava tila, jossa ihminen havaitsee ja kokee ympäristön ja itsensä todellisuudelle vieraalla tavalla. Psykoottisella ihmisellä voi olla aistiharhoja sekä kummallisia ja mahdollisesti pelottavia ajatusmalleja. Ympäristössä tapahtuvat asiat voivat saada aikaan ajatuksia, jotka vahvistavat käsitystä ulkoisesta uhasta. Kuuloharhat ja äänet ovat usein uhkaavia, käskeviä tai kieltäviä. On mahdollista, että psykoosi on seurausta aivotoiminnan häiriöstä, joka johtuu sairauksista tai päihteiden käytöstä. Läheskään aina psykoosiin ei löydetä aivoperäistä tekijää. Yleisesti psykoosin syntyminen johtuu psykologisista tekijöistä. Voidaan ajatella, että psykoosi on psyykinen vastaus ihmisen ylivoimaiseksi kokemaan elämäntilanteeseen. Psykoosin voi nähdä myös eräänlaisena turvapaikkana liian pelottavasta todellisuudesta. Hoito ei perustu ainoastaan lääketieteeseen vaan psykologisiin ja sosiaalisiin vuorovaikutuksen keinoi-

hin. Psykoosi ja psykoottinen kriisi voidaan nähdä terapeuttiselta kannalta mahdollisuudeksi, jolloin voi ottaa puheeksi asioita, joista ei ole ennen voinut puhua. Kriisin hyödyntäminen vaatii terapeutilta vahvaa läsnäoloa ja tilanneherkkyyttä. Terapeuttiselta suhteelta vaaditaan sitoutumista, pitkäjänteisyyttä ja luottamuksen luomista. (Haarakangas 2008, 97 - 101)

Psykoottisen asiakkaan kanssa työskentelyä voivat hankaloittaa asiakkaan kokemat ääniharhat, jotka voivat kehottaa olemaan luottamatta hoitajaan. Asiakkaan puhe ja käytös voi olla hajanaista ja outoa. Psykoottinen potilas tarvitsee turvallista vuorovaikutusta, jossa hoitaja osaa olla läsnä potilaan kanssa ja kuunnella hänen hätäänsä ja pelkoansa. (Kuhanen ym. 2010, 190- 194)

Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden jaksoittaisesta ja rinnakkaisesta hoidosta tekee haasteelliseksi toimiva tiedonkulku ja yhtenevät näkemykset, kumpaa sairautta tulisi ensisijaisesti hoitaa. Asiakkaan päihdeongelman tulee olla hallinnassa, jotta psyykkisen sairauden hoito onnistuu. Sykärin (2009) mukaan kaksoisdiagnoosiasiakkaiden psyykinen oireilu on usein vaativampi kuin henkilöillä, joilla ei ole päihdeongelmaa. Hoidon luonne on pitkäjänteistä ja vaiheittaista. Olennaisimmat vaiheet ovat motivointi ja aktiivisen hoidon vaihe. Motivoinnilla halutaan saada asiakas sitoutumaan hoitopaikkaan, ja aktiivisen hoidon vaiheessa tavoitteena on sitouttaa asiakas varsinaiseen hoitoon. (Sykäri 2009, 17 - 19.)

### **4.3 Vuorovaikutus Tosi Paikassa**

Asiantuntijakeskeinen vuorovaikutus käsittää kyvyn nähdä kuntoutujan elämässä vallitsevien ilmiöiden luonne ja saada nämä ilmiöt ja niiden aiheuttamat syyt seurauksiin kuntoutujalle selväksi. Tosi Paikan kuntoutujilla on yleensä riippuvuuden lisäksi myös paljon muita ongelmia elämässään, kuten oma tai vanhempien psyykinen sairaus, mielenterveys, ja/tai päihdeongelma. Taustalla voi olla lasten huostaan ottamista tai vaikea parisuhde. Päihderiippuvuus on siis ollut selviytymiskeino. Päihdeongelmasta kärsivällä ihmisellä on usein alentunut kyky toimia ja hoitaa omia asioitaan, mitä läheiset eivät välttämättä huomaa. Omaiset voivat myös syyttää päihdeongelmaista kaikista ongelmista. Vuorovaikutuksessa on tärkeää avata kuntoutujalle näitä asioita, jotta hän itse huomaa, mistä ongelmat ovat syntyneet. Kuntoutuja voidaan helposti luokitella hänen ominaisuutensa ja toimintatapojensa mukaan. Neutraalissa

vuorovaikutuksessa pyritään näkemään kuntoutuja näiden ilmiöiden ympäröimänä. Tarkoituksena on, että asiakas oivaltaa itse, eivätkä ohjaajat sanele hänelle valmiita vastauksia. Hyvässä vuorovaikutussuhteessa kuntoutujan ja ohjaajan välinen vuorovaikutussuhde kehittyy hoitosuhteen edetessä. (Käyhkö 2010, 8 - 10.)

Kuntoutujan oikeanlaiseen käyttäytymiseen ohjaajat pyrkivät vaikuttamaan puhetavalla, eleillä ja rajaamisella. Autoritäärinen käyttäytyminen ja rajaaminen voi olla hyväksiksi tilanteissa, joissa kuntoutujalla on vääristynyt oletus oikeasta ja väärästä. Tämänlaista voi olla esimerkiksi epärehellinen tapa hankkia rahaa yhteiskunnalta ja ajatella sen olevan oikein. Työntekijän ohjauksella vuorovaikutus normalisoituu ja helpottuu (Käyhkö 2010,8- 10.)

#### **4.4 Hoitosuhdetyöskentely**

Hoitosuhdetyöskentely on pitkään ollut osana mielenterveystyötä ja tekee sijaa myös muussa hoitotyössä. Hoitosuhde-käsite kuvaa hoitajan ja potilaan vuorovaikutussuhdetta. Hoitosuhteen on tarkoitus tietoisesti ja tavoitteellisesti vuorovaikutuksen keinoin hoitaa ihmistä. Vuorovaikutussuhteeseen kuuluu aina kaksi yksilöä. Vuorovaikutuksen tehtävänä on yhdistää yksilö ympäristöön ja kehittää yksilön älyllisiä, kokemuksellisia tai elämyksellisiä toimintoja. Vuorovaikutukseen olennaisesti kuuluu ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen jakamista. Kommunikaatiota voidaan pitää vuorovaikutuksen ytimenä, jonka tehtävänä on välittää tietoa ja saada aikaan sekä ylläpitää vuorovaikutussuhdetta. (Mäkelä ym. 2001, 12.)

Kommunikointi voidaan jakaa sanattomaan ja sanalliseen viestintään. Sanallinen kommunikaatio on vain pieni tekijä, jos kommunikaatiota tarkastellaan kokonaisuudessaan. Sanallisen kommunikaation ongelmana voi olla se, että eri ihmisille sanoilla voi olla eri merkitys ja väärin tulkitsemisen riski on olemassa, myös ihmisen kyky ilmaista itseään verbaalisesti vaihtelee paljon. Kommunikoinnista laajimman osan muodostaa sanaton viestintä, ja hoitajan tulee pystyä havainnoimaan myös se, mitä ei sanota. Usein sanaton viestintä antaa hoitajalle enemmän tietoa kuin sanallinen. (Mäkelä ym. 2001, 14.)

Hoitosuhteessa potilaan ja hoitajan välillä on auttava vuorovaikutussuhde. Tällöin potilas voi käyttää suhdettaan hoitajaansa kasvun, muutoksen ja kehityksen välineenä

ja apuna. Auttavassa vuorovaikutussuhteessa hoitajan tunteet ovat aitoja ja todellisia sekä potilas hyväksytään omana yksilönään. Potilaille tulee näyttää tunteet avoimesti, jotta hän saa mahdollisimman suuren hyödyn hoitosuhteesta. Avoimuudella tarkoitetaan kuuntelun taitoa, kykyä ymmärtää ja erilaisuuden hyväksymistä. Avoimuus tekee myös haavoittuvaiseksi molemmat osapuolet, joten se vaatii myös rohkeutta. Hyväksyntä saa potilaan tuntemaan olonsa turvallisemmaksi, mutta pelkkä hyväksyntä ei riitä vaan on myös ymmärrettävä. Potilaan tunteet tulisi ymmärtää niin kuin potilas itse tuntee ne. (Mäkelä ym. 2001, 15.)

Juvakka ym. (2005, 63 - 72) tutkivat toivoa antavia hoitotyön auttamismenetelmiä ja tekivät eri lähteiden pohjalta metasynteesin toivoa vahvistavista menetelmistä. Toivoa on määritelty eri tavoin. Sitä on kuvattu henkilökohtaiseksi mahdollisuudeksi, paremman huomisen tai tulevaisuuden odotukseksi. Toivo liitetään osaksi elämän arvoa ja tarkoitusta, sekä se on osa yksilön henkilökohtaisten päämäärien toteutumisessa. Toivoa on määritetty myös prosessiksi, joka sisältää ajatuksia, tunteita ja toimintaa. Toivolla on myönteinen merkitys elämän muutosprosesseissa ja selviytymisessä. Toivo ajatellaan elämän perusvoimavaraksi jolla on yhteys yksilön terveyteen ja hyvinvointiin.

Juvakan ym. (2005, 63 - 72) metasynteesin keskeisenä toivoa vahvistavana tekijänä on luottamuksellisen hoitosuhteen rakentaminen potilaan kanssa. Tämän ajatellaan olevan toivon vahvistamisen peruspilari. Aito läsnäolo ja asiakkaan kokonaisvaltainen hoito vahvistavat luottamuksellista suhdetta. Potilaskeskeinen työskentely vahvistaa myös potilaan toivoa. Siihen kuuluu potilaan kohtaaminen ihmisenä, ihmisarvon vahvistaminen, eläytyminen, oikeiden sanojen käyttö, rohkaisu, ymmärtäminen ja emotionaalinen tukeminen.

Asiakkaan kanssa keskustelu vahvistaa asiakkaan toivoa. Keskustelun ominaispiirteitä ovat vastuullinen ja aktiivinen kuunteleminen, hyväksyvä ja kunnioittava kommunikointi, avoin, realistinen, taitava ja luottamuksellinen keskustelu, joka käsittelee asiakkaan tunteita ja elämää sekä asiakkaan mahdollisuuksia, joita hoito luo. Asiakkaan sekä hänen läheistensä toivon tukeminen voi merkitä toivon etsimistä, toivon rakentamista ja toivoa vahvistavien tekijöiden tunnistamista ja määrittelyä. Toivon vahvistamisessa jakaminen on keskeinen tekijä, sanallisesti ja sanattomasti toivoa ilmaiseva kommunikointi lisää sitä. Keskustelussa on tärkeää puhua toivosta, epätoi-



vosta ja toivottomuudesta ja myös hoitajan toiveikkuus voi vahvistaa asiakkaan toivoa. (Juvakka ym. 2005, 64 - 72.) Bryant (2009) kirjoittaa artikkelissaan aktiivisen kuuntelun taidosta. Hän nostaa tärkeiksi asioiksi hoitajan läsnäolon, kiinnostuksen, riittävän ajankäytön ja kunnioituksen asiakasta kohtaan. On tärkeää rohkaista asiakasta kertomaan oma tarinansa ja osoittaa, että hoitaja on kiinnostunut siitä, mitä asiakas kertoo ja ymmärtää sen, mitä hän sanoo. Aktiiviseen kuunteluun tulee varata ympäristö, jossa häiriötekijät on poistettu eikä keskeytyksiä saisi tulla. Hoitajan tulee olla keskittynyt keskustelutilanteessa ja pitää hyvä katsekontakti asiakkaaseen. Hyvä kuuntelija aistii, milloin asiakas tarvitsee jonkin kommentin jatkaakseen tarinaansa. Hiljaisuus ei myöskään Bryantin mukaan ole välttämättä huono asia, vaan se voi osoittaa kunnioitusta kuultua asiaa kohtaan. Keskusteluympäristön tulee olla turvallinen, ja asiakkaan on voitava puhua vaikeistakin asioista ilman tuomitsemisen pelkoa. Hyvä aktiivinen kuuntelijakaan ei tiedä kaikkia vastauksia asiakkaan ongelmiin.

Asiakkaan toivon vahvistamisessa oleellista on myös asiakkaan ja hänen läheistensä tiedon saannin turvaaminen. Omasta sairaudesta tulee tietää, ja mahdolliset virheelliset tiedot täytyy hoitajan oikaista. Asiakkaan voimavarojen vahvistaminen on myös toivon tukemista. Fyysisen voiman harjaannuttaminen lisää toivoa, kuten myös itsetunto, elämänhallinta, itsenäisyys ja itseluottamus. Asiakasta voi rohkaista arvioimaan omaa toivon tilaansa, omia voimavarojaan sekä miettimään omia selviytymiskeinoja elämän epävarmuudessa. Omaan hoitoon osallistuminen vahvistaa asiakkaan toivoa. Tämä edellyttää, että asiakasta pidetään tasavertaisena kumppanina. Asiakkaan kanssa voi suunnitella tulevaisuutta ja tavoitteita elämässä. Tarvittaessa asiakasta autetaan luomaan tavoitteita sekä myös luopumaan niistä. Asiakkaan omaa hengellisyyttä täytyy myös tukea toivon ylläpitämiseksi ja järjestää puitteet niin, että asiakas voi halutessaan toteuttaa uskontoaan. Pelkojen on todettu vähentävän toivoa, joten niitä tulisi pyrkiä vähentämään pelkoja käsittelemällä sekä rohkaisemalla asiakasta keskustelemaan peloistaan. Asiakkaan ja läheisten tukeminen sairauteen ja hoitoon sopeutumisen vaiheissa on tärkeää toivon tunteen kannalta. (Juvakka ym. 2005, 64 - 72.)

Hoitoalan ammattilaiset voivat käyttää teoreettisia muutosprosessin malleja apunaan ja löytää asiakkaille heidän muutosvaiheeseensa sopivia kannustusstrategioita. Muutosprosessi on syklinen, ja yksilöt voivat palata vaiheissa takaisin ja edetä eri nopeudella verrattuna toisiinsa. Esiharkintavaiheessa päihdeongelmaiset eivät vielä edes harkitse muutosta eivätkä aio muuttaa käyttäytymistään lähitulevaisuudessa. He saat-

tavat olla epätietoisia ongelmastaan ja haluttomia tai arkoja muuttamaan käyttäytymistään. Tässä vaiheessa henkilöt eivät ole vielä tietoisia päihteiden käytön negatiivisista vaikutuksista eivätkä ole vakuuttuneet, että heidän käyttönsä olisi ongelmallista tai riskialtista. (Koski-Jännes ym. 2008, 30.)

Harkintavaiheessa aletaan tiedostaa ongelma, jolloin yksilö alkaa huomata aihetta huoleen tai syyn muutokseen. Tässä vaiheessa voi olla kuitenkin hankala nähdä syy muutokseen tai muuttumattomuuteen. Päihteitä käytetään yhä, mutta lopettamista tai vähentämistä harkitaan, saatetaan hakea tietoa ja arvioida päihteiden käyttöä ja etsiä tukea muutokseen. Tässä vaiheessa ihminen voi jahkailla pidempäänkin muutoshalukkuuden ja -haluttomuuden välillä. Muutos päihteettömään elämään tapahtuu silloin, kun muutoksen edut ovat painoarvoltaan suuremmat kuin päihteiden käytön jatkamisen myönteiset puolet. Muutoskykyä ja pystyvyydentunnetta arvioidaan, pohditaan valintoja, kuten tarvitaanko esimerkiksi hoitoa vai kokeillaanko lopettaa omatoimisesti. Tällöin aletaan asettaa tavoitteita itselle ja sitoudutaan käytön lopettamiseen. Tätä vaihetta kutsutaankin valmistautumisvaiheeksi. (Koski-Jännes ym. 2008, 31.)

Toimintavaiheessa yksilöt muuttavat ympäristöään ja tapojaan, tekevät elämäntapamuutoksia. Tämä on yleensä hyvin haasteellinen tilanne, ja silloin myös kärsitään vieroitusoireista. Se saattaa olla myös eräänlainen kuherruskuukausi ennen suurempien haasteiden kohtaamista. Saavutetut edut yritetään säilyttää ylläpitovaiheessa. Silloin ponnistellaan, jotta pysyttäisiin raittiina, ja pyritään estämään uusien ongelmien syntyminen. Ylimääräinen varovaisuus on usein tarpeen, koska sillä opitaan varautumaan vaarallisiin tilanteisiin ja yllykkeisiin, jotka voisivat aiheuttaa uuden päihderiippuvuuden. Pysyvää muutosta tavoittelevat henkilöt palaavat käyttöön ainakin kertaalleen tai voivat siirtyä varhaisempaan muutosprosessin vaiheeseen. Pitkäaikainen käyttäytymisen muutos ja jatkuva tarkkaavaisuus ovat ylläpitovaiheessa olennaisia puolesta vuodesta useampaan vuoteen. Paluu päihteiden käyttöön on yleistä, koska useimmiten ei pysytä omissa tavoitteissa. Näistä saadaan tietoa, mikä voi auttaa tai ehkäistä etenevästä vaiheiden välillä. Useimmat muutoskierteet ovat tyypillisiä pysyvään toipumiseen. Retkahdus voi olla paluu esiharkintavaiheeseen, jolloin on hankala yrittää uutta muutosta. Se ei kuitenkaan ole merkki epäonnistumisesta, eikä retkahdus välttämättä ole tuhoisa ja pitkään jatkuva tilanne. (Koski-Jännes ym. 2008, 32 – 33.)

## 4.5 Muutosprosessin tukeminen ja motivointi

Motivaatio on välttämätön hoidon kannalta. Sen puuttumisella selitetään, miksi yksilöt eivät sitoudu hoitoon eivätkä noudata hoito-ohjeita. Motivaation on ajateltu olevan henkilön staattinen piirre tai ominaisuus, jota henkilöllä on tai ei ole. Uusissa tutkimuksissa motivaation on katsottu pitävän sisällään henkilön kokemia sisäisiä mielihaluja, häneen kohdistuvia odotuksia ja tavoitteita. Omasta käyttäytymisestä johtuvien henkilökohtaisten riskien ja etuuksien havaitsemisen sekä tilanteen tiedollisen arvioinnin katsotaan kuuluvan motivaatioon. Tutkimusten perusteella motivaatio on enemmänkin ajan ja tilanteen mukaan muuttuva dynaaminen tila kuin henkilön staattinen ominaisuus. Epäilykset heikentävät motivaatiota, joka vahvistuu, kun tavoitteet on onnistuttu paremmin hahmottamaan. Motivoituneen ihmisen sanotaan olevan valmis, halukas ja kykenevä muuttumaan. Kyvykkyys viittaa siihen, että ihmisellä on tarpeellisia taitoja, voimavaroja ja pystyvyyden tunnetta. Halukkuudella viitataan siihen, kuinka tärkeänä ihminen pitää muutosta. Usein ihminen kykenee muutokseen, mutta ei halua tehdä sitä. Valmiudella tarkoitetaan sitä, että ihminen päättää muuttaa tiettyä käyttäytymistä. (Koski-Jännes ym. 2008, 16 - 19.)

Motivoivaa haastattelua on määritelty asiakaskeskeiseksi menetelmäksi, jonka avulla vahvistetaan asiakkaan sisäistä muutosmotivaatiota tutkimalla ja selvittämällä muutokseen liittyvää jahkailua. Menetelmällä halutaan auttaa ihmisiä selvittämään niitä motiiviristiriitoja, jotka estävät heitä tekemästä myönteisiä käyttäytymismuutoksia. Motiiviristiriidat ovat tyypillisiä riippuvuudelle, toiminta aiheuttaa toisaalta tyydytystä, mutta toisaalta siitä aiheutuu monenlaista haittaa. Ihminen ei pysty sitoutumaan muutokseen, ennen kuin sitä estävä ristiriita on selvitetty. Festingerin (1957) kehittämän dissonanssiteorian mukaan ihminen kokee ajattelun ja käyttäytymisen välisen ristiriidan epämiellyttäväksi tilaksi, josta halutaan päästä eroon. Jos ihminen arvostaa päihteettömyyttä mutta kuitenkin itse käyttää päihteitä, hänen on joko lopetettava päihteiden käyttö tai muutettava asennenoitumistaan päihteisiin positiivisempaan suuntaan. (Koski-Jännes ym. 2008, 41- 44.)

Päihdetyön tekijän ja kuntoutujan välillä tasa-arvoisuus ja vastavuoroisuus ovat edellytyksiä motivoivassa haastattelussa toimimiseen. Haastattelijan empaattisuus, kiinnostuneisuus ja arvostavuus kuntoutujaa kohtaan ovat edistäviä tekijöitä yhteistyösuhdetta luotaessa. Kuntoutujan muutosvalmiuden edellytykset katsotaan olevan kuntou-

tujassa itsessään; ne pitää vain ikään kuin kutsua esiin. Haastateltavaa ei painosteta muutokseen, vaan keskitytään hänen arvojensa välisen ristiriidan voimistamiseen ja kannustetaan häntä kohti muutosta. Haastateltavalle luodaan empaattinen ja turvallinen ilmapiiri, jossa hän voi tuoda luontevasti tuoda esille huoliaan ja pelkojaan. Haastattelijan tulisi pystyä olemaan provosoitumatta asiakkaan vihamielisistä kommentteista huolimatta; väittely ajaa keskustelun useimmiten umpikujaan. Asiakkaan pystyvyyden tunteen vahvistaminen on keskeistä muutosta kohti mentäessä. (Koski-Jännes ym. 2008, 43 - 50.)

Asiakkaan vahvuuksia pyritään tunnistamaan ja nimeämään, sekä osoitetaan ymmärrystä hänen reaktioitaan kohtaan. Haastattelussa käytetään enemmän avoimia kysymyksiä kuin suljettuja, koska tällöin haastateltava kertoo tarkemmin omista tunteistaan ja ajatuksistaan. Toisin sanoen avoimilla kysymyksillä halutaan tuoda esille haastateltavan ajattelua, ei haastattelijan. Heijastavalla kuuntelulla haastattelija ajattelee ääneen, ymmärsikö hän oikein haastateltavan ajatuksen. Se auttaa haastateltavaa tunnistamaan omia tunteitaan, ajatuksiaan ja toimintatapojaan. Keskustelussa tehdään ajoittain yhteenvetoja aiemmin puhutuista asioista mikä viestittää asiakkaalle, että häntä on kuunneltu ja mahdolliset väärinkäristykset korjataan. Motivoiva haastattelu on siis menetelmä, jossa luottamuksellisessa yhteistyösuhteessa painostamista välttämättä kannustetaan yksilöä muutokseen ja uskotaan, että muutosvoimat lähtevät yksilöstä itsestään (Koski-Jännes ym. 2008, 50 - 60.)

Muutosprosesseissa emotionaaliset reaktiot ovat osa prosessia ja niiden käsittely on tärkeää. Tilannetta tulee keskusteluissa käsitellä realistisesti ja auttaa asiakasta päivä kerrallaan eteenpäin. Asiakkaan sairauden hoitaminen ja asiakkaan olon miellyttäväksi tekeminen helpottavat hänen tilaansa ja ovat tärkeitä toivon tukemisessa. Asiakkaan sosiaalisten suhteiden tukeminen ja ylläpito ovat osana asiakkaan toivon ylläpitoa, mistä asiakas saa merkittävää tukea. Läheisten hoitoon osallistuminen mahdollisuuksien mukaan lisää toivoa. Samoin vertaistuki on koettu tärkeäksi tekijäksi. Suojaava ympäristö on tärkeä osa toivon turvaamisessa, koska silloin asiakas tuntee olonsa turvalliseksi; häiritsevät tekijät on minimoitu ja toipuminen mahdollistuu paremmin. (Juvakka ym. 2005, 64 - 72.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyömme tarkoitus oli tutkia vuorovaikutusta Tosi Paikassa ohjaajien ja päihdekuntoutujien välillä. Tosi Paikassa on aloitettu projekti, jonka avulla kartoitetaan työn laadullisia tekijöitä. Vuorovaikutus on tärkeä osa päihdehoitotyötä, ja Tosi Paikassa siitä puhutaan paljon, mutta sitä ei ole koskaan tutkittu. Tavoitteenamme oli selvittää, millaista vuorovaikutus on kuntoutujien ja ohjaajien välisessä kanssakäymisessä ja miten nämä näkemykset kohtaavat. Lisäksi kartoitimme kehittämisideoita.

Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

- Millaista vuorovaikutus on ohjaajien näkökulmasta?
- Millaista vuorovaikutus on kuntoutujan näkökulmasta?
- Miten ohjaajien ja kuntoutujien näkemykset kohtaavat?
- Miten vuorovaikutusta tulisi kehittää?

## 6 TUTKIMUSMENETELMÄLLISET RATKAISUT

Päädymme laadulliseen lähestymistapaan ja kyselylomakkeeseen, jossa oli avoimia kysymyksiä. Niiden avulla saamme asiakkaiden ja ohjaajien kokemuksia erilaisista vuorovaikutustilanteista. Haastattelu ja havainnointi tutkimusmenetelmänä ei tuntunut sopivalta, koska tutkijoilla oli vain vähän kokemusta tutkimustyön tekemisestä. Haastattelujen tekeminen vie paljon aikaa sekä vaatisi myös koehaastattelujen tekemistä. (Hirsjärvi ym. 2004, 200.) Havainnointi on hyvä menetelmä tutkia vuorovaikutusta, mutta havainnoija saattaa myös häiritä vuorovaikutustilannetta tai jopa omalla läsnäolollaan muuttaa tilannetta. Luotettava havainnointi vaatisi paljon läsnäoloa tutkittavana olevassa paikassa ja näin veisi paljon aikaa. Objektiviivisuus voisi myös kärsiä, koska tutkija saattaisi kiintyä tutkittaviin. (Hirsjärvi ym. 2004, 202.) Uskoimme saavamme luotettavamman tutkimustuloksen, kun tutkittavat voivat kertoa näkemyksensä anonymisti omin sanoin kyselylomakkeelle suullisen haastattelun sijasta. Esimerkiksi haastattelussa tutkittava voi kokea tarvetta antaa positiivisemmän kuvan aiheesta tai voi muuten kokea olonsa uhatuksi haastattelua tehdessä. (Hirsjärvi ym. 2004, 195.) Tutkimukseen vastaavat voivat myös itse määrittää käyttämänsä ajan tutkimuslomakkeen täyttämiseen.

## 6.1 Tutkimuksen laadullinen lähestymistapa

Opinnäytetyössämme käytimme laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Kvalitatiivinen tutkimus on tyypiltään kokonaisvaltaista tiedon hankintaa. Kvalitatiivisen tutkimuksen ajatellaan kuvaavan todellista elämää ja asioita, joita ei voida määrällisesti mitata. Tässä tutkimusmenetelmässä tutkija käyttää omia aistejaan ja havaintojaan tiedonkeruun apuna, ei esimerkiksi valmiita määrällisiä kaavakkeita. Tarkoituksena on selvittää, mikä on tärkeää ja ehkä odottamatontakin. Halusimme selvittää ohjaajien ja ohjattavien näkökulmaa vuorovaikutuksesta ja sen osatekijöistä eli tutkimuksemme luonne on kartoittava. (Hirsjärvi ym. 2004, 151 - 157.) Tutkimuksen avulla haluamme tuoda esille ne vuorovaikutuksen osatekijät, jotka tutkimuksessa nousevat esille, sekä ohjaajien ja kuntoutujien näkemuserot toteutuneesta vuorovaikutuksesta. Käytimme avoimia kysymyksiä, jotka jättävät enemmän vapautta vastaajille. Avointen kysymysten avulla esille voi nousta tekijöitä, joita emme olisi osanneet ennakoida, eikä vastaaja ole kahlittuna tiettyihin ennalta määriteltyihin vaihtoehtoihin. Uhkana voi olla, että vastaukset ovat suppeita eivätkä anna tarpeeksi kattavaa tietoa, tai tiedon analysointi tuottaa ongelmia sisällön kirjavuudesta johtuen. (Hirsjärvi ym. 2004, 185 - 193.)

## 6.2 Kohdejoukon kuvaus

Tutkimusjoukkona olivat Jyrkkähoitoyhdistys ry:n Tosi Paikan työntekijät sekä Tosi Paikassa tutkimushetkellä olleet kuntoutujat. Valitsimme tutkimusjoukoksi ainoastaan ensimmäisen vaiheen kuntoutujat, koska näin saimme tietoa, joka on mahdollista kohdentaa ainoastaan ensimmäiseen vaiheen kuntoutukseen. Tutkimusjoukko olisi myös saattanut olla liian iso, jos olisimme ottaneet tutkimukseen mukaan toisen vaiheen kuntoutujat.

Kohdejoukon työntekijät ovat miehiä sekä naisia, eri-ikäisiä sekä erilaisen koulutustaustan omaavia henkilöitä. Asiakkaat ovat myös eri-ikäisiä ja joukossa oli molempia sukupuolia. Yhteinen tekijä kohdejoukolle on Tosi Paikassa oleminen työntekijänä tai päihdekuntoutus asiakkaana.

### 6.3 Aineiston keruu ja analyysi

Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeessa oli neljä avointa kysymystä. Avoin kysymys tarkoittaa sitä, että vastaaja itse vastaa kysymykseen ilman mitään ennalta määriteltyjä vastausvaihtoehtoja. Kyselylomakkeen tulee olla mahdollisimman selkeä ja kysymykset tulee muotoilla niin, että ne ovat merkitykseltään samoja kaikille. Sanoja, joilla voi olla monia merkityksiä, kuten ”yleensä”, tulee välttää. Lomakkeen tulee näyttää helposti täytettävältä, ja vastaustilaa täytyy olla tarpeeksi. Lähetekirjelmässä kerrotaan esimerkiksi, mitä varten kysely tehdään, mikä on sen merkityksestä vastaajalle ja milloin kysely tulee täyttää. (Hirsjärvi ym. 2004, 187 - 193.) Kysymyksissämme halusimme tietoa positiivisesta ja negatiivisesta vuorovaikutuskokemuksesta sekä kehittämisideoita Tosi Paikassa tapahtuvaan vuorovaikutukseen. Tutkimusongelmana oli kartoittaa, millaista vuorovaikutus on kuntoutujien ja ohjaajien näkökulmista sekä kuinka nämä kaksi kantaa kohtaavat toisensa. Vastakainasettelulla saamme aineistosta esiin vuorovaikutuksen hyvät ja huonot puolet.

Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi mahdollistaa aineiston analysoinnin objektiivisesti ja systemaattisesti. Sitä käytetään esimerkiksi päiväkirjojen, kirjeiden ja artikkeleiden analysoinnissa. Tavoitteena on saada tiivistetty kuvaus tutkittavasta ilmiöstä, josta lopputuotoksena tehdään kategorioita, jotka kuvaavat ilmiötä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 1 - 2.)

Induktiivinen sisällönanalyysi lähtee aineistosta. Aineisto ja tutkimustehtävä määrittelevät analyysiyksikön. Yleensä käytetään jotain tiettyä sanaa tai sanayhdistelmää. Analyysiyksikön valinnan jälkeen aineistoa luetaan useasti läpi ja näin luodaan pohjaa analyysille. Koko induktiivinen aineistoanalyysi on kuvattu pelkistämisenä, ryhmitteilynä ja abstrahointina. Aineistosta koodataan ilmaisuja, joilla on yhteys tutkimustehtävään. Ensin aineistosta etsitään vastauksia tutkimuksen kysymyksiin, ja pelkistetään ilmaisut, joista kootaan lista. Toisena tulee ryhmittelyvaihe, jossa pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia etsitään ja samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samoihin kategorioihin. Tässä vaiheessa tutkija käsitteellistää aineistoa tulkitsemalla, mitä kategorioita muodostuu. Kolmannessa vaiheessa tutkija abstrahoi aineistoa eli jatkaa yhdistämällä eri kategorioita saman yläkategorian alle. Yläkategorialle annetaan sisältöä kuvaava nimi. Abstrahointia jatketaan niin kauan kuin se on järkevää. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 2 - 7.)

Saimme vastauksia kyselyymme melko hyvin. Ohjaajista yhdeksän ja kuntoutujista kuusi olivat vastanneet kysymyksiimme. Kysymykset oli ymmärretty oikein ja yhtään vastauslomaketta ei tarvinnut hylätä puutteellisen vastaamisen tai väärinymmärryksen takia. Aloitimme aineiston analysoinnin välittömästi aineiston saatuamme. Luimme ensin kaikki vastaukset joitakin kertoja läpi. Tämän jälkeen kirjoitimme vastaukset puhtaaksi tietokoneelle ja aloimme pelkistää vastauksia. Vastausten pelkistyksen jälkeen aloitimme saadun aineiston ryhmittelyn. Kaikki opinnäytetyöntekijät osallistui-  
vat ryhmittelyvaiheeseen, ja ohjaava opettaja tarkisti aikaansaannoksemme. Liitteenä neljä on esimerkki analyysiprosessista.

## 7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Seuraavissa luvuissa tarkastelemme saamiamme tutkimustuloksia. Luvussa 7.1 kerrotaan kuntoutujien kokemuksia vuorovaikutuksesta. Luku 7.2 käsittelee ohjaajien kokemuksia vuorovaikutuksesta, ja luvussa 7.3 vertailemme kuntoutujien ja ohjaajien näkemyksiä vuorovaikutuksesta Tosi Paikassa. Lukuun 7.4 olemme koonneet tutkimuksessa esille nousseet kehittämisideat.

### 7.1 Kuntoutujien kokemukset vuorovaikutuksesta

Kuntoutujien vastauksia analysoidessamme päädyimme seuraaviin yhdistäviin kategorioihin: **kokonaisvaltainen hoito, tilapäinen vuorovaikutuskyvyn heikkeneminen, yhteistyön puute, kuntoutujasta johtuvat syyt ja vuorovaikutusta edistävät tekijät.**

Ensimmäisessä kysymyksessä pyysimme vastaajaa kertomaan jonkin hyväksi kokemansa vuorovaikutustilanteen. Yhdistävä kategoria näille tilanteille oli **kokonaisvaltainen hoito**, johon liittyivät hoidon *suunnitelmallisuus, oman ohjaajan tärkeys, yksilöllisyys* sekä *yhteisöllisyys*. Hoidon suunnitelmallisuudessa tärkeäksi tekijäksi nousi viikkosuunnitelma ja sen tekeminen. Usea vastaaja koki, että viikkosuunnitelman teosta oli jäänyt positiivinen kokemus. Hyvin tehty viikkosuunnitelma lisäsi hoidon jatkuvuuden tunnetta, ja tällöin kuntoutuja sai osakseen ohjaajan jakamatonta huomiota. Oman ohjaajan kanssa käydyt keskustelut koettiin myös positiivisina kokemuksina, keskustelut olivat rauhoittaneet kuntoutujan mieltä ja antoivat kokonaisvaltaisemman kuvan kuntoutujan tilanteesta. Keskusteluissa oli saatu apua valintojen tekemi-



seen sekä pystytty hyväksymään jostain asiasta luopuminen. Yksilöllinen hoito näkyi vastauksissa, toiveita oli huomioitu, kuntoutujiin oli luotettu, sekä annettu omaa tilaa. Yhdessä tekeminen lisäsi yhteisöllisyyden tunnetta.

*”keskustelu ohjaajien kanssa rauhoitti mieltä ja vahvisti käsitystäni oikean valinnan tekemisestä.”*

*”kerralla otettiin tarkasti huomioon kaikki viikon kuluessa tulleet toiveet ja laitettiin ne yhdessä viikkosuunnitelmaan”*

Toisessa kysymyksessä pyysimme kuntoutujia kertomaan esimerkin epäonnistuneesta vuorovaikutustilanteesta. Vastauksille yhdistäväksi kategoriaksi saimme **tilapäisen vuorovaikutuskyvyn heikkenemisen**, johon liittyi molemminpuolinen *vähäinen panostus, epäonnistunut kommunikointi ja hoitoon sitoutumattomuus*. Tilanteet, jolloin viikkosuunnitelmien tekeminen ei ollut onnistunut odotusten mukaan, olivat jääneet negatiivisena mieleen. Vastauksista nousee vaikutelma, että kuntoutuja pitää viikkosuunnitelman tekoa erittäin tärkeänä, vaikka ei tätä arjessa tuo tätä välttämättä esille. *Viikkosuunnitelman vajavainen toteutus* aiheuttaa mahdollisesti hätää tai ahdistusta. Ennalta sovitut keskustelut ja rutiineiksi muodostuneet asiat tuovat turvallisuuden tunnetta. Kommunikointi oli joskus epäonnistunut, koska kuntoutuja koki, *ettei hänellä itsellään ollut kykyä vuorovaikutukseen*. Tilanteessa provosoituminen ja huutaminen oli koettu epämiellyttävänä. Hoitoon sitoutumattomuus vaikeutti vuorovaikutusta esimerkiksi tyytymättömyytenä lääkitykseen tai kuntoutuksen aikana tapahtunut retkahdus.

*”retkahdin, kanssani yritettiin keskustella ja tarjota apua, mutta...”*

Pyysimme vastaajia kertomaan, mitkä tekijät olivat vaikuttaneet vuorovaikutustilanteen epäonnistumiseen. Epäonnistuneiden viikkosuunnitelmien takana oli vastaajien mielestä suunnitelmallisuuden puute ja kiireen tunne. Vuorovaikutuksen epäonnistumisen syynä saattoi olla passivoituminen sekä kuntoutujan mieliala. Negatiiviset tunteet, kuten turhautuneisuus, pettyneisyys, surullisuus, suuttuminen, levottomuus ja tunne epäonnistumisesta, saattoivat altistaa epäonnistuneelle vuorovaikutukselle. Kuntoutuja saattoi itse olla passiivinen, jolloin hänen kanssaan oli hankala päästä kontaktiin. Osa vastaajista koki vuorovaikutuksen epäonnistuneen *ymmärryksen puuttumi-*

sen, oma-aloitteisuuden vähyiden ja itseensä sulkeutumisen johdosta. Tällöin kommunikointi oli puutteellista ja asioita jätettiin tekemättä.

*”olin turhautunut, pettynyt ja surullinen – tunsin epäonnistuneeni”*

*”suuttuminen ja levoton olo”*

## 7.2 Ohjaajien kokemukset vuorovaikutuksesta

Ohjaajien vastauksia analysoidessamme päädyimme seuraaviin yhdistäviin kategorioihin: **kuntoutumista edistävät tekijät, uhka kuntoutumiselle ja vuorovaikutusta edistävät tekijät.**

Ensimmäisessä kysymyksessä pyysimme vastaajia kertomaan jonkin onnistuneen vuorovaikutustilanteen kuntoutujan kanssa. Vastaajat kokivat onnistuneessa vuorovaikutustilanteessa pystyneensä *laajentamaan kuntoutujan näkökulmaa tilanteestaan*. Menestyksekkäässä vuorovaikutustilanteessa kuntoutujalle oli kerrottu oma mielipide, puhuttu suoraan, neuvottu päätöksissä ja realisoitu kuntoutujan tilanne esimerkeillä havainnollistaen. Kuntoutujan kanssa oli yhdessä etsitty *selviytymiskeinoja* ja autettu häntä ymmärtämään, minkälaisia seurauksia tehdyillä valinnoilla on ollut.

*”alkaa nähdä päihdeongelmansa suuruutta”*

Vastauksissa näkyi *motivoinnin* olevan keskusteluissa huomattavassa roolissa. Onnistuneella motivoinnilla ja ohjauksella saatiin ilmapiiriä kohennettua ja positiivisia muutosta aikaan käyttäytymisessä. *Kannustamalla* saatiin useita kuntoutujia jatkamaan hoitoaan, jotka olivat harkinneet sen keskeyttämistä. Useat onnistuneiksi koetut keskustelut liittyivät juuri niihin tilanteisiin, joissa kuntoutuja oli saatu jatkamaan hoitoaan. Innostumisten ja monien hedelmällisten keskustelujen syntyminen on juuri onnistuneen motivoinnin ansiota. *Turvallisen ilmapiirin* muodostumisen tärkeys oli havaittavissa vastauksista. *Kiireettömyys, avoimuus ja ymmärrys kuntoutujaa kohtaan* ovat oleellisia elementtejä turvallisessa ilmapiirissä. On tärkeää kuunnella kuntoutujaa ja keskustella hänen kanssaan ihmisläheisesti sekä tarjota hänelle tunne hyväksytyksi tulemisesta.

*”tässä kuntoutuja huomasi sen että häntä ei pidetä omituisena taikka huonona”*

*”kun saat käännytettyä kuntoutuja pään ja pysymään hoidossa niin on hyvä vuorovaikutus”*

Vastaajat kertoivat epäonnistuneiden vuorovaikutustilanteiden liittyneen yleensä tekijöihin, jotka ovat **uhkana kuntoutumiselle**. Usein haasteelliset keskustelut liittyivät *hoidon keskeyttämiseen, kuntoutujan rajoittamiseen tai sääntörikkomukseen*. Uhkana kuntoutumiselle ovat *kuntoutujan passiivisuus, auktoriteettien vastustamisen sekä ohjaajasta lähtevät tekijät*. Kuntoutujan ollessa passiivinen on kontaktia hankala saada aikaan, koska kuntoutuja on vetäytynyt. Kuntoutuja voi vastustaa auktoriteetteja esimerkiksi esittämällä kohtuuttomia vaatimuksia. Auktoriteetteja vastaan kapinoimalla kuntoutuja tunnustelee, *asetetaanko hänelle rajoja*. Rajojen asettaminen saattaa turhauttaa kuntoutujaa suunnattomasti ja aiheuttaa hänelle negatiivisia tunteita, mutta viimekädessä hän kuitenkin tuntee olonsa turvalliseksi. Kuntoutuja saa *purkaa pahaan oloaan* turvallisessa ympäristössä, ja hänestä otetaan vastuuta. Tämä lisää hallinnan tunnetta ja jäsentää elämää. Rajattomuus aiheuttaa turvattomuutta ja elämän hallitsemattomuuden tunnetta. Käytös voi muuttua uhmakkaaksi tai jopa aggressiiviseksi, kun kuntoutuja ei saa omaa tahtoaan läpi. Joskus uhkailu on johtanut fyysisen koskemattomuuden rikkomiseen.

*”kuntoutuja tuli vaatimaan lääkemuutoksia... hän muuttui uhmakkaaksi ja aggressiiviseksi”*

Epäonnistuneessa vuorovaikutustilanteessa ohjaaja on voinut kokea *keinottomuuden ja riittämättömyyden tunteita*, sekä kuntoutujan motivointi ei ole tilanteessa tuottanut tulosta. Nämä tilanteet ovat joskus johtaneet *ohjaajan hermostumiseen, epäammattimaiseen keskustelutyylisiin ja väittelyyn*, koska ohjaaja on provosoitunut.

*”aggressiivisen ja uhkailevan kuntoutujan provosoimisesta hermostuminen ja väittelyyn mukaan lähteminen ”*

Vastausten perusteella uhka kuntoutumiselle ovat osaltaan kuntoutujasta lähtevät tekijät, kuten hoitoon sitoutumattomuus ja kuntoutujan psyykkinen vointi. Ohjaajan persoonallisilla tekijöillä, sekä työn kuormittavuudella on vaikutusta vuorovaikutustilanteiden kulkuun.

Kuntoutujan *hoitoon sitoutumattomuus* ilmenee *päihdehakuisuutena, motivaation puutteena* sekä *negatiivisena asenteena hoitoa kohtaan*. *Vieroitusoireet* heikentävät hoitoon sitoutumista. Kuntoutujan *heikko psyykkinen vointi* vaikuttaa siihen, miten hän pystyy olemaan kontaktissa toisiin. Kuntoutuja voi käyttäytyä ylimielisesti tarkoituksella esimerkiksi *testata rajojaan*.

*Ohjaajan persoonalliset tekijät ja työtapa* voidaan tulkita eri tavoin. *Henkilökemiat ohjaajan ja kuntoutujan välillä eivät aina kohta*, tällöin ohjaajan käytös voidaan kokea ylimielisenä esimerkiksi tilanteessa, jossa kuntoutujaa joudutaan rajoittamaan. Kuntoutujan asenne voi muuttua negatiiviseksi ohjaajaa kohtaan, jos hän on joutunut rajoittamaan kuntoutujaa useasti. Myöhemmin rajoittanut henkilö koetaan kuitenkin turvalliseksi, koska hän on huolehtinut ja ottanut vastuuta kuntoutujasta. Kireys työtä tehdessä voi johtua työntekijän henkilökohtaisista syistä. Ihmisellä on usein joitain huolia yksityiselämässään. *Oman persoonan ollessa työvälisenä* työnteossa näkyvät mahdollisesti *yksityiselämän velvoitteet ja huolet*. Vaikka henkilö onkin töissä eri roolissa kuin vapaa-aikanaan, ei hän voi täysin sulkea mieltä painavia asioita taka-alalle.

*”kuntoutuja on saattanut kokea tapani ilmaista asian ylimieliseksi tai vallankäytöksi.”*

*”oma toimintatapani on voinut myös olla yksi tekijä”*

*Työn kuormittavuus* voi näkyä työn tekemisessä *väsymyksenä ja turhautumisena*. Kiire voi aiheuttaa stressiä, jolloin työntekijällä on liikaa töitä tehtävänä, eikä hän silloin pysty keskittymään. Tapahtumat töissä voivat kuormittaa työntekijää liikaa, eikä hän pysty suorittamaan työtehtäviään täysipainoisesti.

*”joskus itse on vähän ylikuormitettu tunteista ja tapahtumista töissä”*

### 7.3 Ohjaajien ja kuntoutujien näkemysten vertailua

Kuntoutujien mielestä onnistuneimmat vuorovaikutustilanteet koettiin viikkosuunnitelmaa yhdessä tehtäessä sekä omaohjaajan kanssa keskustellessa. Kuntoutujat nostivat esille myös yhdessä tekemisen tärkeyden ja kertoivat saaneensa yksilöllistä hoitoa, joka ilmeni esimerkiksi luottamuksen osoittamisen ja toiveiden huomioimisen muodossa. Ohjaajat puolestaan kokivat vuorovaikutuksen onnistuneen tilanteissa, joissa kuntoutuja oli saatu motivoitua hoitamaan itseään. Ohjaajat olivat myös pystyneet laajentamaan kuntoutujan näkökulmaa keskustelujen avulla. Ohjaajien mielestä edellytys onnistuneelle vuorovaikutukselle oli turvallinen ilmapiiri. Kuntoutujien vastauksissa onnistuneet vuorovaikutustilanteet liittyivät yksityiskohtaisempiin ja konkreettisiin tapahtumiin kuin ohjaajilla. Vastauksissa ohjaajat tarkastelivat asioita laajemmin sekä isompina kokonaisuuksina kuin kuntoutujat. He kokivat onnistumisen tunteita silloin, kun kuntoutuja oli ollut päättämässä hoitoaan kesken ja hyvällä vuorovaikutuksella ohjaaja sai kuntoutujan jatkamaan hoitoaan.

Epäonnistuneiksi koetuissa vuorovaikutustilanteissa kuntoutujat kertoivat tilanteen, joissa he eivät olleet syystä tai toisesta pystyneet vuorovaikutukseen. Kuntoutujat pohivat vastauksissa epäonnistuneiden vuorovaikutustilanteiden olevan usein heistä johtuvia. Ohjaajat puolestaan näkevät ongelmien johtuvan pitkälti päihderiippuvuudesta, jota kuntoutujat eivät osaa itse katsoa niin laajasti. Vastauksista ilmenee, etteivät kuntoutujat osanneet tunnistaa ja nimetä päihderiippuvuuttaan, vaan selittivät hankaluudet vuorovaikutuksessa epämääräisemmin irrallisilla tekijöillä, kuten nimeämällä kielteisiä tunteita ja levottomuuden. Ohjaajien vastauksissa näkyy mahdollisuus siihen, että epäonnistunut vuorovaikutustilanne voi olla lähtöisin myös ohjaajasta, eikä vain kuntoutujasta.

Yllätyksenä meille tuli kuntoutujien vastaukset epäonnistuneista vuorovaikutustilanteista. Kuntoutujat näkivät epäonnistumisen syyt ainoastaan itsessään eivätkä nähneet ohjaajien mahdollista osallisuutta tapahtumien kulkuun. Ohjaajien vastauksissa epäonnistumisen syiksi oli kerrottu muitakin kuin kuntoutujasta lähtöisin olevia tekijöitä. Odotimme saavamme enemmän vastauksia työntekijöiltä. Toisaalta melko tiukka aikataulumme saattoi olla yksi syy siihen, ettemme saaneet enempää vastauksia. Kaikki tutkimushetkellä Tosi Paikassa olleet kuntoutujat olivat vastanneet kyselyyn ja mieles-

tämme vastaukset olivat jopa omia odotuksiamme laajemmat. Vastauksissa näkemykset olivat kuitenkin melko samankaltaiset eikä varsinaisia näkemuseroja ollut.

#### 7.4 Ohjaajien ja kuntoutujien kehittämisideat

Vuorovaikutusta edistävinä tekijöinä ohjaajien vastauksista nousi esille *keskustelun lisääminen, tavoitteellisuus ja persoonalliset työtavat. Toiminnallisuutta* toivottiin lisää, koska sen katsottiin lisäävän yhteisöllisyyttä. Asioista *avoimesti puhuminen* koettiin tärkeäksi, sekä *keskustelua muun muassa työtavoista ja kohtaamisesta* kaivattiin lisää. Toiminnan tulisi olla tavoitteellisempaa ja sen täytyisi näkyä arkipäiväisessä vuorovaikutuksessa. *Arjen tärkeys* tulisi pitää paremmin mielessä ja pohtia enemmän, *mitä tehdään ja miksi*. Kokemus tuo varmuutta ja henkilökohtaisia toimintatapoja työhön. *Omien tunteiden tunnistaminen* auttaa ohjaajaa ymmärtämään kuntoutujaa paremmin. *Erilaisia persoonia ja työtapoja* tarvitaan. Oman persoonan kehittäminen on osa työtä ja siihen tulisi panostaa jokaisen. Työnohjauksessa omista tunteista pitäisi pystyä puhumaan nykyistä avoimemmin.

*”keskusteluja kuntoutujien kanssa sekä henkilökunnan kesken voisi aina olla enemmän”*

*”ohjaajien on kyettävä puhumaan/tunnistamaan omia tunteitaan”*

Vuorovaikutuksen kehittämisideoissa esille nousi *yksilöllinen hoito, ryhmässä keskustelu ja kuntoutujan itsensä hoitoon sitoutuminen*. Tarvittaessa asioiden *hoidon nopeutus* tuli esille. *Ryhmäkeskustelua ja kuntoutujien välistä vuorovaikutusta* kaivattiin lisää. Kuntoutujan *oma-aloitteisuuden kasvattaminen ja panostaminen hoitoon* koettiin vuorovaikutusta edistävänä tekijänä.

*”itse voisin olla oma-aloitteisempi”*

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tutkimustulosten ja prosessin arviointia

Teoriaosuutta laatiessa koimme välillä hankaluutta aiheen rajauksessa. Tutkimuksen teoreettinen osio kuitenkin tuki mielestämme jopa yllättävän hyvin tutkimuksessa esil-

le nousseita asioita. Tosi Paikan toimintaa on avattu työssämme suhteellisen laajasti, koska työelämäkumppanin ja meidän omasta mielestämme se on olennainen osa opin- näytetyötämme ja tutkimuksen ymmärtämistä. Kartoittavan tutkimuksen tekeminen oli melko haasteellista, etenkin päätös siitä, miten tutkimusaineisto kerätään. Päädyimme keräämään aineiston kyselylomakkein, avointen kysymysten muodossa. Päätös oli hyvä, sillä saimme kattavan aineiston, vaikka pelkäsimme, etteivät vastaukset olisi tarpeeksi kattavia ja siitä johtuen aineiston analyysi tuottaisi ongelmia. Kysymyksiä ei esitettävä, koska luotimme työelämäkumppanin arvioon niiden toimivuudesta.

Olisimme voineet käydä Tosi Paikassa kertomassa tutkimuksestamme työntekijöille ja kuntoutujille. Tällöin olisimme voineet kertoa tutkimusjoukollemme, mitä tarkalleen ottaen tutkimme. Kysymyksiin vastaaminen olisi ehkä näin voinut olla helpompaa. Toisaalta taas halusimme itse pysyä poissa tutkimuspaikalta, ettemme vaikuttaisi mil- lään tavalla vastaajiin. Tosi Paikan johtaja jakoi kuntoutujille ja ohjaajille kyselylo- makkeet, ja kävimme ainoastaan hakemassa täytetyt lomakkeet itsellemme.

Uskomme opinnäytetyöstämme olevan hyötyä työelämäkumppaneille. Tutkimuksen tulokset eivät välttämättä tule Tosi Paikassa yllätyksenä, mutta nyt heillä on tutkittua tietoa, johon nojata. Aikaisemmin Tosi Paikassa ei ole tutkittu vuorovaikutusta, jonka vuoksi opinnäytetyömmekin oli kartoittava tutkimus. Tämän tutkimuksen pohjalta voi nousta uusia ideoita ja näkökulmia sekä mahdollisesti mielenkiintoa jonkin jatkotut- kimusaiheen toteuttamiseen.

Itse saimme paljon tietoa päihdehoitotyöstä tutkimusta tehdessämme. Koulutukses- samme päihdehoitotyön osuus on melko pieni, ja teorian tietoon perehtyessämme saim- me syvennettyä omaa tietopohjaamme. Päihdeongelmat ovat niin yleinen ongelma, että uskomme törmäävämmekin niihin työelämässä, työskentelimme missä vaan. Opinnäytetyötä tehdessämme olemme perehtyneet myös päihdehoitotyön keinoihin, joita voisi soveltaa myös muuhun hoitotyöhön. Esimerkiksi motivoiva haastattelu te- kee tuloaan muualle hoitotyöhön ja koemme olevamme melko perehtyneitä aiheeseen ja saaneemme valmiuksia potilaan ohjaukseen ja kohtaamiseen yleisemminkin. Opin- näytetyön tekeminen auttoi meitä laajentamaan näkemystämme vuorovaikutuksesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Asiaan perehtyminen auttaa meitä varmasti urallamme kun rakennamme omaa hoitajan identiteettiämme.

## 8.1 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen arvioinnissa käytetään käsitteitä reliabiliteetti ja validiteetti. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta ja kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Validiteetilla eli pätevyydellä voidaan arvioida mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä mitä oli tarkoitus. Näitä menetelmiä käytetään etenkin määrällisten tutkimuksien luotettavuutta arvioidessa. Voidaan ajatella, että muun muassa ilmiöitä kuvaavien tutkimusten ei tarvitse olla toistettavissa. Kaikkea tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä tulee kuitenkin arvioida. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta tuo tarkkaan selostettu tutkimuksen toteuttamistapa, joka koskee kaikkia tutkimusvaiheita. Esimerkiksi haastattelua tehdessä tulee kertoa haastatteluihin käytetty aika, mahdolliset häiriötekijät, sekä tutkijan oma itse arviointi Tutkimuksessa tulee kertoa laadullisen aineiston analysoinnista ja luokittelujen syntymisestä. Tutkijan on kerrottava perustelut omalle tulkinnalleen ja luotettavuutta saadaan tutkimukseen esimerkiksi suorilla lainauksilla alkuperäisestä aineistosta. (Hirsjärvi ym. 2004, 216 – 217.)

Vastaukset saatuamme luimme ne useita kertoja, ja jokainen opinnäytetyöntekijä kirjoitti niistä omat muistiinpanot. Tämän jälkeen pelkistimme vastaukset ja vertailimme olimmeko saaneet samanlaisia tuloksia. Mielestämme tämä menettelytapa lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Aloimme kategorioida vastauksia yhdessä ohjaavan opettajan johdolla.

Laatimamme kysely toteutettiin anonymisti, emmekä tiedneet keitä Tosi Paikassa oli kuntoutumassa tutkimuksen aikana. Veimme kyselykaavakkeet jo valmiiksi laitettuina kirjjekuoriin, joihin vastaajat pystyivät laittamaan vastauksensa. Tosi Paikan johtaja jakoi kirjjekuoret työntekijöille ja kuntoutujille. Kyselykaavakkeista emme saa selville vastaajien ikää, sukupuolta tai muita tunnistettavia tekijöitä; ne eivät olisi olleet olennaisia tutkimuksen lopputulokselle. Vastauksia ei ole nähnyt muut kuin opinnäytetyöryhmä ja ohjaava opettaja.

Opinnäytetyön teoriapohjaksi olemme valinneet lähteitä, jotka tukevat ja kuvaavat aihetta hyvin. Olemme tehneet ja tarkastelleet työtämme kriittisesti sekä pyrkinneet miettimään vaihtoehtoja valituille lähteille ja mahdollisia vaihtoehtoisia näkökulmia.



Aika ajoin olemme lukeneet ja arvioineet työtämme sekä tehneet siihen muutoksia, mikäli tutkimusmenetelmät tai johtopäätökset olivat menneet sivupoluille.

Tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkimuskohteen ja ongelman valinnassa mietitään, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Tällöin voidaan pohtia, tulisiko valita tai välttää muodissa olevia aiheita. Tutkimukseksi voidaan valita helposti toteutettavissa oleva mutta ei niin tärkeä aihe. Ylipääntänsä tutkimuksen aiheessa tulisi huomioida, onko tutkimus yhteiskunnallisesti merkittävä. (Hirsjärvi 1997, 26)

Tutkimustyössä tulee välttää epärehellisyttä kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Tärkeää on, ettei toisten tekstiä plagioida. Toisen tekstiä lainattaessa tulee huolehtia, että lainaus on asianmukaisesti lähdemerkitty. Suoria lainauksia käytettäessä painovirheitä pitää varoa. Toisten tutkijoiden osuutta ei saa vähätellä, vaan tutkimuksessa tulee mainita kaikki tutkijoiden nimet. Itse plagioinnilla tarkoitetaan sitä, että tutkija esittää uutta tutkimustietoa muuttamalla ainoastaan vähäisiä osia tutkimuksesta. Tutkimustulokset tulee esittää totuudenmukaisesti, tulosten kaunistelua tulee välttää. Samoin tutkimuksen puutteet on kerrottava, eikä raportointi saa olla harhauttavaa. Näin olemme toimineetkin. Olemme vältäneet plagiointia, kunnioittaneet aiempia tutkimuksia ja raportoineet tutkimustulokset rehellisesti. (Hirsjärvi 1997, 27 - 28)

## **8.2 Jatkotutkimusaiheet**

Tutkimuksemme on kartoittanut, millaista vuorovaikutus on Tosi Paikassa kuntoutujiin sekä ohjaajien näkökulmasta. Jatkossa voisi paneutua tarkemmin työssämme esille nouseviin asioihin, ja jatkotutkimukset voisivat mahdollisesti koskea ainoastaan ohjaajia tai kuntoutujia.

Hyviä jatkotutkimusaiheita olisi mielestämme tutkimus Tosi Paikkaan työssä jaksamisesta ja työ hyvinvoinnista. Työ voi olla henkisesti raskasta ja työssä jaksamista voisi kartoittaa. Toisaalta olisi myös mielenkiintoista vertailla ohjaajien kokemuksia ja keinoja siihen, miten he työssään jaksavat sekä mitkä tekijät tukevat heidän jaksamistaan.

Kolmantena jatkotutkimusaiheena on samantyyppisen tutkimuksen tekeminen kuntoutujille, jotka ovat pidemmällä kuntoutuksessa eli toisessa vaiheessa. Olisi mielenkiin-

toista tietää, kuinka he kokevat vuorovaikutuksen toteutuvan sekä osaisivatko he tarkastella laajemmin syy-yhteyksiä päihderiippuvuuteen liittyen. Tämä tutkimus voisi olla suunnattu ainoastaan toisen vaiheen kuntoutujille.

**LÄHTEET**

Bryant, Liz 2009. The art of active listening. Practice Nurse, 3/27/2009.

Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. 2006. Stakesin työpapereita. 12.WWW- dokumentti. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/Tp3-2006-verkko.pdf> . Päivitetty: 27.10.10. Luettu: 28.04.2011.

Färkkilä, Martti 2009. Alkoholikuolleisuus lisääntyy Suomessa. Duodecim 8, 889 - 890.

Halonen, Merja & Pasivaara, Leena 2006. Asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluista. Hoitotiede 5/2008, 267 - 277.

Havio, Marja-Liisa, Inkinen, Maria & Partanen, Aili 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus 6.

Helakorpi, Satu, Paavola, Meri, Prättälä, Ritva & Uutela, Antti 2009. Suomalaisen aikuisväestön terveystilanne ja terveys, kevät 2008. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen raportteja, 2.

Helamo, Ilkka, 2008. ”Päihdepotilas kuuluu meille!” Sairaanhoitaja 11, 32 -33.

Helkama, Klaus, Myllyniemi, Rauni & Liebkind, Karmela 2001. Johdatus sosiaalipsykologiaan, Helsinki: Oy Edita Ab.

Hinzel, Satu 2011. Puhelinhaastattelu 10.1.2011. Psykoterapeutti, sairaanhoitaja. Jyrkkähoitoyhdistys ry. Tosi Paikka.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huttunen, Matti O. 2009. Suru ja masennus, Duodecim 16, 1769 – 1770.

Huttunen, Matti 2009. Ahdistuneisuus. Duodecim. WWW-dokumentti.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00188](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00188) Päivitetty 29.12.2009. Luettu 31.3.2011.

Inkinen, Maria 2004. Päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältö. Hoitotiede. Tampereen yliopisto. Pro gradu-tutkielma.

Juvakka, Taru, Kohonen, Marja, Kylmä, Jari & Pietilä Anna-Maija 2005. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät. Metasynteesi. Hoitotiede 2/2007, 63 - 73.

Jyrkkähoitoyhdistys ry. 2009. Huume ja päihdekuntoutuksen asiantuntija. WWW-dokumentti. <http://www.jyrkkahoito.com/> Päivitetty 7.10.2009. Luettu 5.11.2010.

Jääskeläinen, Marke & Virtanen, Sirpa 2010. Alkoholijuomien kulutus 2009. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos.

Karvinen, Marjatta 2010. Päihdeongelmat kuormittavat päivystystä. Sairaanhoitaja 12, 11 - 12.

Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka 2002. Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus.

Kauppila, Reijo A. 2000 Vuorovaikutus ja sosiaaliset taidot – Vuorovaikutusopas opettajille ja opiskelijoille. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Kuhanen, Carita, Oittinen, Pirkko, Kanerva, Anne, Seuri, Tarja & Schubert, Carla, 2010. Mielenterveyshoitotyö, Helsinki: WSOYpro Oy.

Käyhkö, Elina 2010, Tosi Paikan asiakastyön käsikirja.

Mäkelä, Anja, Ruokonen, Taina & Tuomikoski, Marjatta 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Lönnqvist, Jouko 2009. Alkoholipolitiikka Suomessa. Duodecim 8 , 887 - 888.

Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1, 1 - 11.

Päihdetyö rakennemuutoksessa. 2007. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. <http://neuvoa-antavat.stakes.fi/FI/kehittaminen/rakennemuutos/index.htm>. Päivitetty 5.2.2009. Luettu 5.11.2010.

Päihdehuoltolaki 1986/41. WWW-dokumentti.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820828>. Ei päivitystietoja. Luettu 12.12.2010.

Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-4607.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-4607.pdf). Päivitetty 9.9.2002. Luettu 9.12.2010.

Renko, Elina 2009. Järki, ideologia ja tunteet: sosiaalityöntekijöiden asennoituminen alkoholinkäytön puheeksiottoon ja käyttöön liittyvään neuvontaan. *Psykologia* 1, 20 - 31.

Rönkä, Sanna, Virta Ari, Hietaniemi, Tuija & Perälä, Jussi 2009. Huumetilanne Suomessa 2009, 7. Raportti 40/2009. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen raportteja 40. Helsinki: Yliopistopaino.

Sykäri, Sonja 2009. Päihteet ja mielenterveys – Opas vertaisryhmän ohjaajalle. Mielenterveyden keskusliitto. Pori: Kehitys Oy.

Torniainen, Minna & Tuulio-Henriksson, Annamari 2009. Kognitiiviset toiminnot skitsofreniassa. *Psykologia* 2, 84 - 89.

Kuka/ketkä? Mikä tutkimus ja bibliografiset tiedot	Kohdejoukko	Menetelmä	Keskeinen tulosjohtopäätös	Miksi valitsit tämän?
1.Törmänen Jouko 2008.Päihdekuntoutuksen sisällöt ja pyrkimys asiakkaan elämänhallinnan lisäämiseen työntekijöiden näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma.	Haastateltiin kuntouttavaa päihdetyötä tekeviä työntekijöitä. (n=13). He työskentelivät eri päihdekuntoutuslaitoksissa (=8). Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata päihdekuntoutuksen sisältöä ja millä keinoilla yritetään vaikuttaa kuntoutujan elämänhallinnan lisääntymiseen. Lähtökohtana työlle oli päihdetyöntekijän näkökulma.	13 työntekijän haastattelu. Kvalitatiivinen tutkimus, sisällön analyysi. Laadullinen lähestymistapa tutkitavan ilmiön ja tutkimuskysymysten perusteella.	Kuntoutuksessa keskitytään kuntoutujaan. Kuntoutujan ympäristön muuttamiseen ei juuri keskitytty. Päihdeongelman perimmäisen syyn ajatellaan olevan yksilön toiminnasta johtuvaa. Päihdekuntoutujan on tärkeää saada sellaista kuntoutusta ja tukea kun hän kaipaa. Kuntoutujan perhettä ei automaattisesti otettu mukaan kuntutusprosessiin. Kuntoutuja itse asetti omat tavoitteensa, joihin pyritään pääsemään. Kuntoutuslaitokset olivat määrittäneet kuntoutujalle tavoitteeksi raittiuden.	Mielenkiintoisesti keskitytty kuntoutujan tarpeisiin ja pohdittu ympäristön vaikutuksia kuntoutumisen onnistumiseen. Tutkimuksessa katsottu eri näkökulmilla päihdekuntoutuksessa tapahtuvia asioita. Tutkimuksessa myös huomattu että jatkohoito on päihdekuntoutuksen heikko kohta, johon tulee panostaa.
2.Inkinen Maria. 2004. Päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältö. Pro gradu -tutkielma	Päihdehuollossa työskentelevät sairaanhoitajat, heidän työnsä sisältöä, hallinnollisia,	Kvantitatiivinen tutkimus. Strukturoidut kysymykset. 22 Kysymystä. Kyselytut-	Sairaanhoitajan työ painottui kahdenkeskiseen hoitosuhteisiin. Työtä tehtiin yksin, etenkin	Tutkimus kertoi monesta eri näkökulmasta sairaanhoitajan työn sisältöä päihdehoitotyössä.

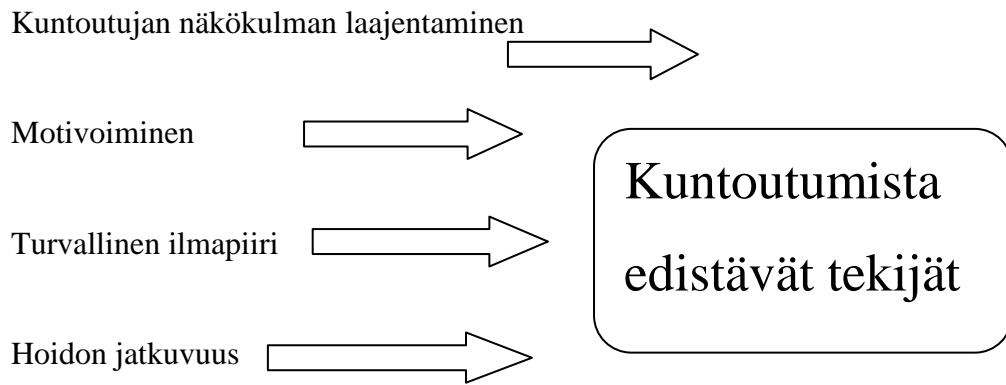
	<p>asiantuntija – ja yhteistyötehtäviä. (n=91) Kaikki A-klinikkasäätiössä tutkimushetkellä työssä olevat sairaanhoitajat. Vastausprosentti 66. Työnpainopiste on asiakastyössä, koska siinä käytetään erilaisia hoitotyön menetelmiä, sekä muita päihdehoitotyössä käytettäviä menetelmiä.</p>	<p>kimuksella mahdollistettu suuri vastaajamäärä. Haluttu selvittää sairaanhoitajan konkreettista ja vuorovaikutuksellista toimintaa erilaisissa hoitotilanteissa. Kuvailevaa tietoa päihdehuollon erityispalveluissa toimivien sairaanhoitajien työn sisällöstä</p>	<p>avopuolella. Päihdehuollossa oli myös jonkin verran tiimityötä ja pariityötä. Hoitosuhteet olivat pitkäkestoisia. Sairaanhoitajat tekivät laajalti yhteistyötä eri tahojen kanssa. Työhön kuului paljon erilaisia asiakastyönmuotoja mm. puhelinneuvontaa ja kotikäyn- tejä.</p>	<p>Mielenkiintoisen siitä teki yksityiskohdat mm. eri tavalla koulutettujen sairaanhoitajien mielipiteet ja eri paikoissa työskentelevien sairaanhoitajien kokemukset.</p>
<p>3. Koski-Jännes Anja, Riittinen Liisa, Saarnio Pekka. 2008. Kohti muutosta, motivointi menetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin.</p>	<p>Terveys-, sosiaali- ja päihdealan opiskelijoille sekä jo ammateissa toimiville työntekijöille ja kouluttajille.</p>		<p>Motivoivan haastattelun esittely sekä muita sosiaaliseen vuorovaikutukseen perustuvia motivointi menetelmiä käsittelevä teos.</p>	<p>Ajankohtainen teos, motivointi menetelmien keinoja avaava kirja sekä tutkimustietoa motivointimenetelmistä.</p>
<p>4. Juvakka, Taru, Kohonen, Marja, Kylmä, Jari &amp; Pietilä Anna-Maija 2005. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät-metasynteesi. Hoitotiede 2/2007.</p>	<p>Metasynteesi toivoa vahvistavista auttamismenetelmistä.</p>	<p>Metasynteesi.</p>	<p>Luottamuksellisen hoitosuhteen tärkeys.</p>	<p>Toivoa vahvistavia tekijöitä kerrottu ja toivon ylläpitämisen tärkeys tuotu esille.</p>



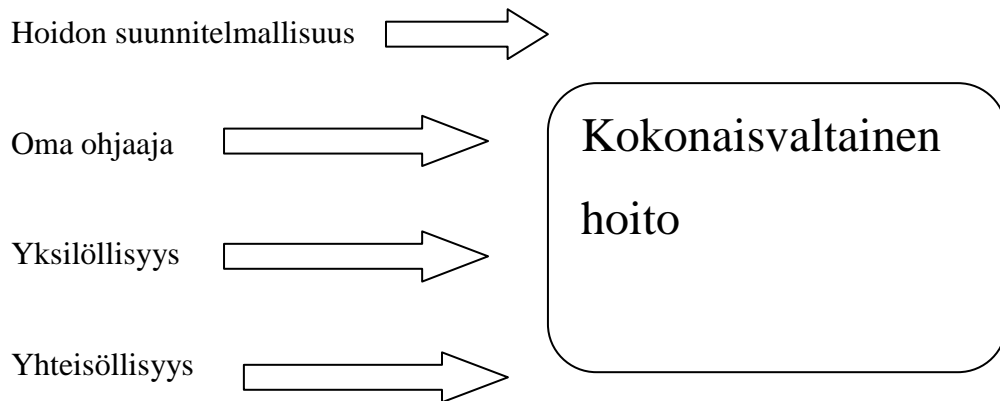




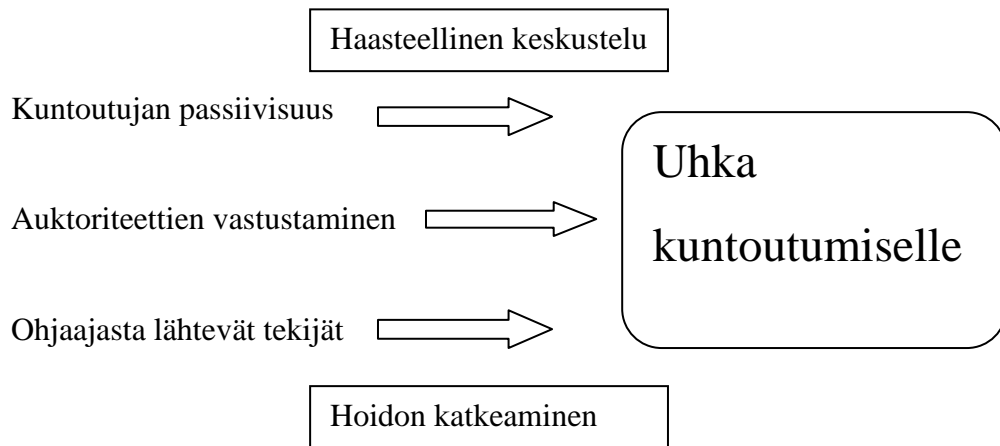
**1 Ohjaajat**



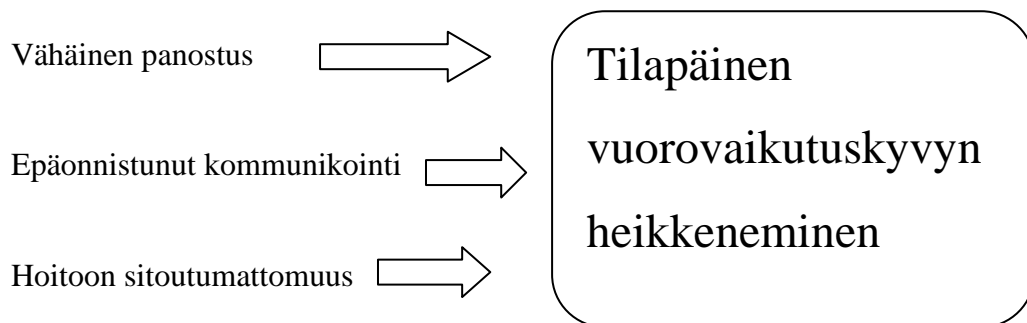
**1 Kuntoutujat**



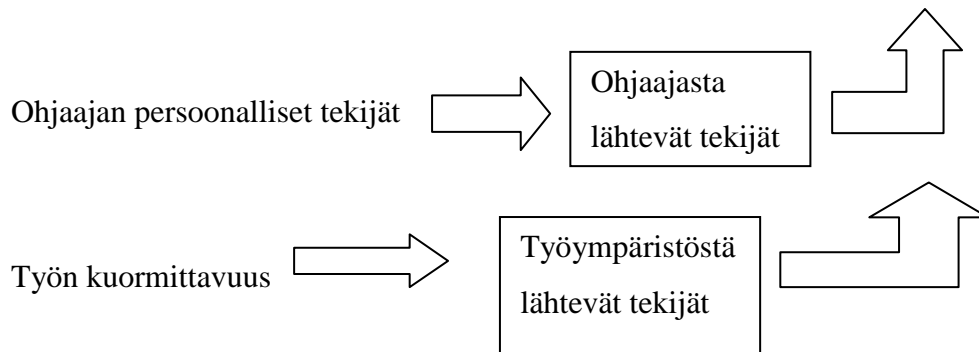
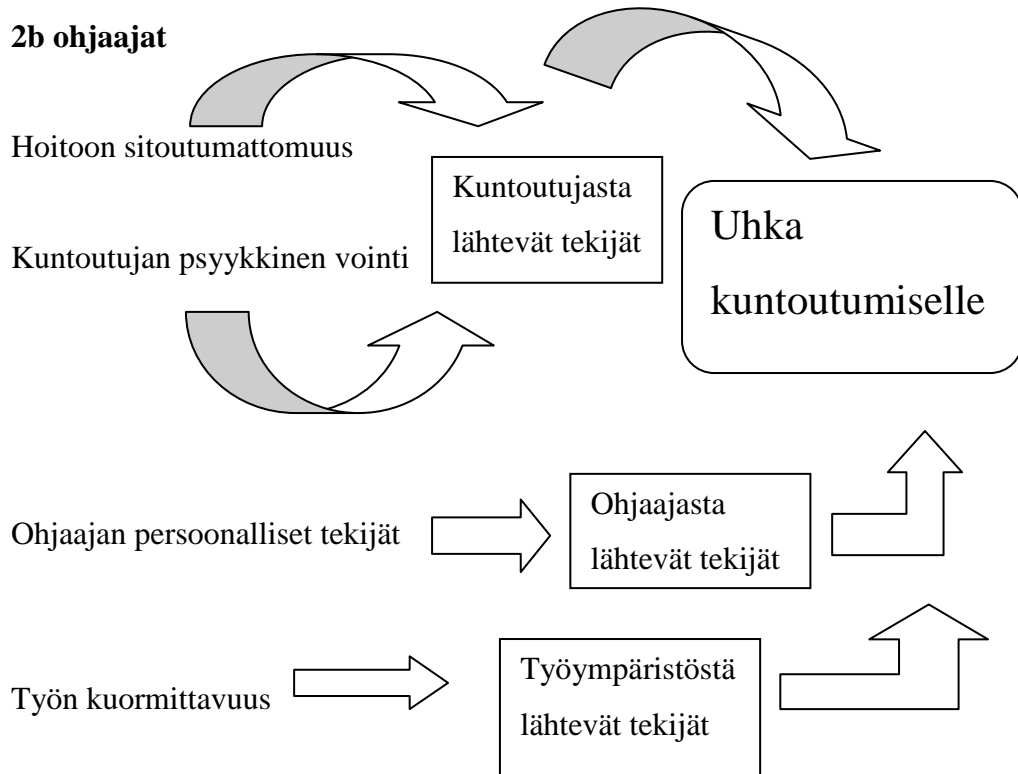
**2a Ohjaajat**



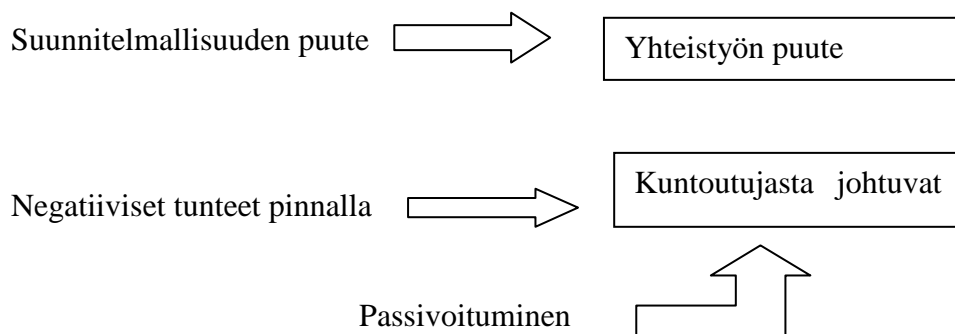
**2a Kuntoutujat**



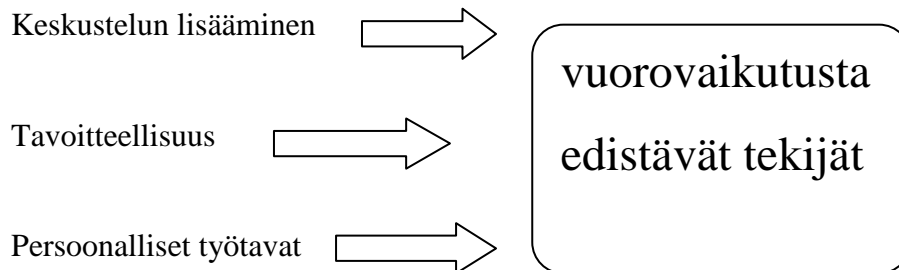
**2b ohjaajat**



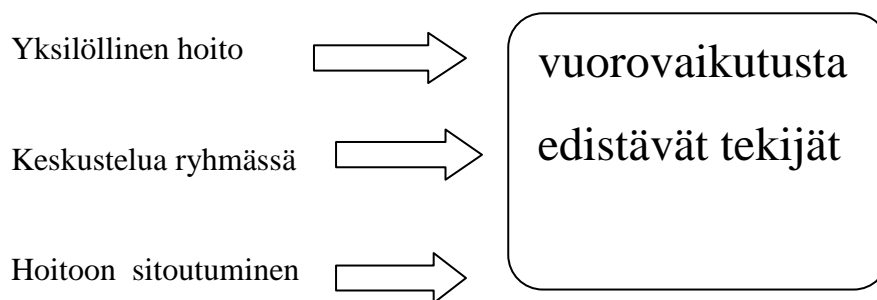
**2b kuntoutujat**



### 3 Ohjaajat



### 3 Kuntoutujat



**ANALYYSIESIMERKKI**

- *"Päysin "talolta" kaupunkiasuntoon ja omaan rauhaan ennenaikaisesti, koska en tuntenut oloani kotoisaksi ja olin vanhempi kuin muuta toipujat."*
  - "Päysin "talolta" kaupunkiasuntoon ja omaan rauhaan ennenaikaisesti"
    - "Minuun luotettiin", pääsy omaan rauhaan, nopeutus, toiveet huomioitiin
    - YKSILÖLLISYYS
- *Asumistukeni lakkautettiin ja jouduin luopumaan asunnostani. Vaihtoehtona olisi ollut hoidon lopettaminen. Keskustelu ohjaajien kanssa rauhoitti mieltä ja vahvisti käsitystäni oikean valinnan tekemisestä.*
  - "Asumistukeni lakkautettiin ja jouduin luopumaan asunnostani" luopuminen, "Keskustelu ohjaajien kanssa rauhoitti mieltä ja vahvisti käsitystäni oikean valinnan tekemisestä."
    - "Keskustelu rauhoitti", auttaminen valinnoissa
    - OMA OHJAAJA
- *Viikkosuunnitelman teko*
  - "Viikkosuunnitelman teko",
    - hoidon jatkuvuus, viikkosuunnitelman teko
    - HOIDON SUUNNITELMALLISUUS

- *Omahoitaja keskustelut*
  - ”Omahoitajakeskustelut”
  - OMA OHJAAJA
  
- *Viikkosuunnitelman tekeminen jossa viime kerralla otettiin tarkasti huomioon kaikki viikon kuluessa tulleet toiveet ja laitettiin ne yhdessä viikkosuunnitelmaan, samalla keskusteltiin muista asioista, kuulumisista, menneestä viikosta, viikonlopusta ja ajatuksista*
  - ”kerralla otettiin tarkasti huomioon kaikki toiveet ja laitettiin ne yhdessä viikkosuunnitelmaan”
  - Toiveet huomioitiin, yhdessä tekeminen, viikkosuunnitelman teko

→YHTEISÖLLISYYS

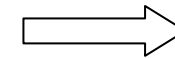
- *En oikein muista mitään koska ollut tosi monta mukavia juttuja.*
  - ”ollut tosi monta mukavia juttuja”, Paljon mukavaa

→YKSILÖLLISYYS

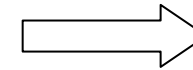
**LIITE 4 (3).**  
**Analyysiesimerkki**

Hoidon jatkuvuus, viikkosuunnitelmien teko

→ **Hoidon suunnitelmallisuus**

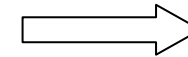


Keskustelu rauhoitti, auttaminen valinnoissa, omahoitajakeskustelut → **Oma ohjaaja**



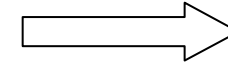
”Minuun luotettiin”, toiveet huomioitiin

→ **Yksilöllisyys**



Toiveet huomioitiin, yhdessä tekeminen

→ **Yhteisöllisyys**



**Kokonaisvaltainen  
hoito**