PÄIHDEASIAKKAAN HENGELLISTEN JA VAKAUMUKSELLISTEN TARPEIDEN PUHEEKSI OTTAMINEN

Työyhteisön käyttökokemuksia AVAUS-mallista Kirkkonummen A-klinikalla

Reima Anolin & Lari Miettinen
Opinnäytetyö, kevät 2017
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diakonisen hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK) + diakonissan virkakelpoisuus

TIIVISTELMÄ

Anolin, Reima ja Miettinen, Lari. Päihdeasiakkaan hengellisten ja vakaumuksellisten tarpeiden puheeksi ottaminen - työyhteisön käyttökokemuksia AVAUS-mallista Kirkkonummen A-klinikalla. Helsinki, kevät 2017, 78 sivua, 5 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Sairaanhoitaja (AMK) -diakonissa.

Terveyspalveluissa käytetään erilaisia puheeksi ottamisen menetelmiä, jotta asiakas saa mahdollisimman hyvää hoitoa oikea-aikaisesti. Päihdepalveluissa otetaan puheeksi päihteiden käyttö. Jokaiselta asiakkaalta päihdepalveluissa voidaan kartoittaa myös hengellisiä ja vakaumuksellisia tarpeita. Saatuja tietoja voidaan hyödyntää voimavaroina päihderiippuvuuksissa kamppailevan hoidossa.

AVAUS-malli on kehitetty yhdeksi puheeksi ottamisen välineeksi terveyspalveluihin kartoittamaan asiakkaan hengellisiä ja vakaumuksellisia tarpeita. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä käyttökokemuksia ja tietoa mallin soveltuvuudesta Kirkkonummen A-klinikalla.

Aineisto kerättiin seurantalomakkeella ja fokusryhmähaastattelulla. A-klinikan työntekijät käyttivät seurantalomaketta viikon ajan. Lomake laadittiin aihetta käsittelevän teoriatiedon pohjalta, mutta huomioon otettiin myös A-klinikan työntekijöiden näkemyksiä. Fokusryhmähaastattelu toteutettiin noin viikko seurantajakson jälkeen. Kysymykset muotoiltiin tutkimuskysymysten pohjalta. Haastatteluun osallistui seitsemän AVAUS-mallia käyttänyttä työntekijää.

Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus. Aineiston analysointiin käytettiin teemoittelua ja soveltuvin osin narratiivista analyysiä. Seurantalomakkeen aineistosta hyödynnettiin ja analysoitiin yksi avoin vastauskenttä ja Likertin asteikot.

Hengelliset ja vakaumukselliset kysymykset olivat uusia puheenaiheita A-klinikalla. Työyhteisö näki AVAUS-mallissa potentiaalia keskustelutyövälineenä etsittäessä ja löydettäessä voimavaroja, vaikka työntekijöiden näkemykset mallin toimivuudesta ja hyödyllisyydestä vaihtelivat.

Jotkut työntekijät käsittivät AVAUS-mallin samaksi asiaksi kuin seurantalomakkeet, joilla mallin käyttökokemuksia osaltaan taltioitiin. Yleisesti AVAUS-mallia pidettiin mielenkiintoisena ja hyödyllisenä keskustelutyövälineenä.

Avainsanat: puheeksi ottaminen, henkinen tarve, hengellinen tarve, voimavara, vakaumus, päihdeasiakas

ABSTRACT

Anolin, Reima and Miettinen, Lari.
An assessment tool for bringing up spiritual and conviction issues in substance abuse work. 78 p., 5 appendices. Language: Finnish. Spring 2017. Diaconia University of Applied Sciences, Degree Programme in Nursing, Option in Diaconal Nursing. Degree: Nurse.

The purpose of this thesis was to gather user experiences about AVAUS-questions and knowledge of its appropriateness to Kirkkonummi A-Clinics purposes. AVAUS-questionnaire was developed to be a suitable assessment tool for bringing up spiritual and conviction issues. The gained information could then be turned as customers' assets in rehabilitation.

The material was gathered by means of monitoring forms and by a focus group interview. The health care professionals of A-Clinic filled the monitoring form during the pilot period. The AVAUS-questionnaire was used during customer contacts. The monitoring forms were based on the theories of the subject and affected by the views of the employees of A-Clinic. There were seven participants in the focus group.

This thesis represents qualitative research. Theming and applicably narrative analysis were used to analyze the research material. The material of monitoring forms was utilized and analyzed only partially.

As a result, spiritual and conviction issues were new subjects in discussions in A-Clinic. The work community considered AVAUS-questions potential assessment tool for finding out customers assets, even though there were variations in the opinions of the functionality and usefulness of the questions. Some of the employees considered AVAUS-question and monitoring forms as the same thing and generally AVAUS-questions were considered as an interesting and useful assessment tool.

Keywords: Assessment of spiritual and mental issues, spiritual need, mental & ideological need, asset, conviction, substance abuser

SISÄLLYS

1 JOHDANTO 6

2 PÄIHDEHOITOTYÖ 8
2.1 Ihmiskäsitykset 9
2.2 Terveyden suhde henkisyyteen ja hengellisyyteen 10

3 KIRKKONUMMEN A-KLINIKKA 12

4 PUHEEKSI OTTAMINEN 14
4.1 Puheeksi ottaminen terveyspalveluissa 14
4.2 Hengellisten- ja vakaumuksellisten tarpeiden kartoitusmallit AVAUS-mallin taustalla 15
4.3 AVAUS-malli 16

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET 18

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS 19
6.1 Aineistonkeruu 19
6.1.1 Seurantalomake 19
6.1.2 Fokusryhmähaastattelu 21
6.1.3 Fokusryhmähaastattelun toteutus 22
6.2 Aineiston analyysi 25
6.3 Opinnäytetyöprosessin kuvaus 28

7 TULOKSET 31
7.1 AVAUS-Mallin käyttö hoitokeskusteluissa 31
7.2 Havaintoesitys työntekijöiden tavasta käyttää AVAUS-mallia 33
7.3 AVAUS-mallin soveltuvuus A-klinikalle 36
7.4 AVAUS-mallin soveltuvuuden haasteet 39
7.5 Asiakkaiden suhtautuminen hengellisiin ja vakaumuksellisiin kysymyksiin sekä niiden kartoittamiseen 41
7.6 Työntekijöiden ajatuksia AVAUS-mallin kehittämiseksi A-klinikalle sopivammaksi 43
7.7 Yhteenveto tuloksista 46

8 POHDINTA 48
8.1 Eettisyys 50
8.2 Luotettavuus 51
8.3 Ammatillinen kasvu 53
8.4 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset 54

LÄHTEET 56

LIITE 1: Taustatietoa yhteistyötaholle AVAUS-mallista

LIITE 2: Seurantalomake pilottijaksolle

LIITE 3: Kirje työyhteisöön

LIITE 4: Haastattelun suunnitelma

LIITE 5: Esimerkit haastatteluanalyysin toteuttamisesta

1 JOHDANTO

Alkoholin käyttö on lisääntynyt Suomessa merkittävästi viimeisen viidenkymmenen vuoden aikana. Neljässäkymmenessä vuodessa Suomi on noussut vähäisen alkoholinkulutuksen maasta Euroopan keskitasolle. Tähän on vaikuttanut vuoden 2004 tapahtumat: matkustajatuontikiintiöiden poistaminen, alkoholiverojen alentaminen ja Viron liittyminen EU:n jäseneksi, joiden myötä alkoholin kulutus lähti 10 prosentin kasvuun. Väestöstä kymmenen prosenttia juo noin puolet kaikesta kulutetusta alkoholista. (Österberg, Mäkelä & Seppä 2013.) Suomessa käytetään alkoholin lisäksi muitakin päihteitä. Huumetilanne muuttui merkittävästi 1990-luvulla, jolloin huumeiden käyttö lisääntyi voimakkaasti. 2000-luvun aikana uudet muuntohuumeet ja lääkkeiden väärinkäyttö ovat tulleet vakiintuneiden huumeiden rinnalle. Vuonna 2010 miehistä 21 prosenttia ja naisista 14 prosenttia ilmoitti kokeilleensa jotain huumetta joskus elämässään. (Hakkarainen 2013.)

Päihdeongelmiin saa apua terveyskeskuksista, joissa suunnitellaan tarvittavia tutkimuksia ja hoitoja. Kuntien sosiaali- ja terveyspalveluista saa apua myös sosiaalisiin ongelmiin. (Heinälä 2015.) Eri puolilla maata toimii katkaisuhoitoasemia ja kuntoutuslaitoksia, joissa päihteidenkäyttö katkaistaan valvotusti muutamassa vuorokaudessa. Kuntoutuslaitokset on tarkoitettu monipuolisempaa hoitoa vaativille päihteiden käyttäjille. Niihin hakeudutaan A-klinikoiden tai kuntien sosiaali- ja terveyspalveluiden kautta. Ympäri maata toimii lisäksi useita vertaistukiryhmiä päihteiden käyttäjille. Sellaisia ovat esimerkiksi AA (Alcoholics Anonymous) alkoholiongelmista kärsiville ja NA (Narcotics Anonymous) huumausaineiden kanssa kamppaileville. (Heinälä 2015.)

Suomessa yhä useampi asiakas edustaa jotain muuta kuin valtaväestön kulttuuria. Monikulttuurisuus on Suomen oloissa lisääntynyt ja muuhun kuin valtakulttuuriin kuuluvien henkilöiden uskonnollisuus on yleisempää. Vakaumukset ja uskontojen kirjo lisääntyvät maassamme. (Karvinen 2010.) Tarvitsemme AVAUS-mallin kaltaisia puheeksi ottamisen menetelmiä yhä kulttuurillisesti moninaistuvassa maassamme, jotta voimme selvittää asiakkaiden vakaumukset ja niihin liittyvät tarpeet. Voimme hyödyntää niitä voimavaroina asiakkaan tukemisessa, kuntoutumisessa ja hoidossa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kerätä Kirkkonummen A-klinikan työntekijöiden ja asiakkaiden kokemuksia AVAUS-mallin toimivuudesta puheeksi ottamismenetelmänä. AVAUS-malli ei ole sidottu minkään uskontokunnan opetukseen ja se on pyritty muotoilemaan niin, että jokainen työntekijä voi käydä sen läpi jokaisen asiakkaan kanssa. Monien asiakkaiden kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin vaikuttavat hengelliset asiat, vaikka niitä ei ole usein totuttu yhdistämään hoitoon terveys- ja sosiaalialalla (Valopaasi 1996, 17).

Työmme voi auttaa Kirkkonummen A-klinikkaa kehittämään puheeksi ottamismenetelmiään siten, että heillä käyvien asiakkaiden hengelliset tarpeet tulevat paremmin kartoitetuksi. Toivomme päihdepalveluita ja yleisesti terveyspalveluita käyttävien asiakkaiden hyötyvän työstämme.

Kiinnostuimme AVAUS-mallista opintojemme aikana, hengellisen hoitotyön luennoilla, jolloin meille esiteltiin tämä malli. Tämän lisäksi olemme huomanneet työskennellessämme asiakastilanteita, joissa asiakkailla on ollut tarve keskustella hengellisistä asioista. Näissä tilanteissa asiakkaan hengellisiä tarpeita ei ole voitu kartoittaa säännöllisesti vaan ne ovat nousseet pintaan sattumanvaraisesti esimerkiksi silloin, kun asiakkaan hengellinen hätä on kasvanut sietämättömäksi.

2 PÄIHDEHOITOTYÖ

Hoitaminen, myös päihteidenkäyttäjien hoitaminen, perustuu haluun auttaa. Halu auttamiseen on edelleen sidoksissa taustalla vaikuttaviin ihmiskuviin. Hoitotyötä kuvataan tekemisenä, välittämisenä ja ammatillisena osaamisena erilaisissa kulttuureissa ja yhtenä osa-alueena kuvataan myös ihmisen kohtaaminen hengellisenä yksilönä. Hoitotyö on muotoutunut itsenäiseksi osa-alueeksi ja omaksi ammattialakseen, erilleen lääketieteestä. Ammatillisuus kuuluu nykyiseen hoitotyön käsitteeseen siten, että hoitotyö nähdään sairaanhoitajakoulutuksen läpikäyneen henkilön työnä ja hoitamisen ymmärretään sisältyvän hoitotyöhön. (Myllylä 2000, 47.) Hoitotyön sanotaan olevan päämäärätietoista toimintaa ihmisen hyvänolon ja terveyden edistämiseksi (Laitinen & Karhe 2000, 15).

Erilaisilla ihmiskuvilla on ratkaiseva osa siinä, minkälaista auttamistyötä tarjoamme toisillemme. Auttaminen tarkoittaa henkilöä tukevaa toimintaa tilanteessa, jossa ihminen kokee itsensä kyvyttömäksi selviytyä itsenäisesti ongelmastaan. Auttajan tehtävä on joko ratkaista ongelma autettavan kanssa tai lievitettävä ongelmasta aiheutuvia seuraamuksia. Tässä on nähtävä avuntarvitsijan yksipuolinen riippuvuussuhde autettavaan nähden. Pohjimmiltaan auttaminen menee pidemmälle ja uppoutuu syvemmälle kuin jonkin akuutin ongelman ratkeamiseen. (Lindqvist 1990,17–20.)

Auttamisprosessi rakentuu neljästä osasta, jotka muodostavat eheän kokonaisuuden. Ensiksikin autettava tarvitsee ongelmatilanteessa välineitä itsensä ja elämänsä hahmottamiseen ja ongelmiensa ymmärtämiseen. Toiseksi autettavan on onnistuttava vapauttamaan sisäiset ja ulkoiset voimavaransa käyttö-voimaksi, joka ohjaa häntä elämässä eteenpäin ja kohti ongelman ratkaisua tai sopeutumista muuttuneeseen tilanteeseen. Kolmanneksi autettavan olisi suostuttava sopeutumaan muuttuneeseen tilanteeseensa. Neljänneksi autettavan on luotava itseensä myönteinen suhde ja hänen on oltava itsensä puolustaja. Lopputuloksena on, että auttaminen on prosessi, jossa avuntarvitsijalla on kaksi keskenään jännitteistä mahdollisuutta: muodostuuko ongelman ratkaisuksi ongelmasta vapautuminen vai ongelmaan sopeutuminen. (Lindqvist 1990, 21–23.)

Päihteiden käyttö ja psyykkiset ongelmat liittyvät usein toisiinsa. Päihteiden käyttäjät kärsivät usein ahdistuneisuudesta. Psykoterapian eri hoitomenetelmät ovat tehokkaita psyykkisten oireiden lievittämisessä. Päihdepotilaiden psykoterapia kannattaa aloittaa vasta, kun päihteiden käyttö on ensiksi saatu hallintaan. Päihde-asiakkaiden raitistuttua osa vakavistakin psyykkisistä häiriöistä lievittyy itsestään. (Heinälä 2015.)

Tyypillisesti päihdeasiakkaalla on fyysisiä, sosiaalisia ja psyykkisiä ongelmia. Päihdekäytön takana on usein masennusta, ahdistusta, paniikkioireita, persoonallisuuden epävakautta ja muita psyykkisiä oireita ja sairauksia. Monilla asiakkailla on ollut taustalla turvaton lapsuus. Tämän takia he eivät ole oppineet luottamaan toiseen ihmiseen ja toisen ihmisen tarjoamaan apuun. (Työpisteen arvo- ja toimintaohjeet 2013.)

2.1 Ihmiskäsitykset

Hoitotyössä ei ole yhtä ihmiskäsitystä, mutta yleisin on humanistinen ihmiskäsitys. Ihmiskäsitys kuvaa perusasennoitumista ihmiseen ja ihmisenä olemisen ulottuvuuksia. Ihmiskäsitykset sisältävät kulttuuriperinteeseen, teoreettiseen tietoon, kokemukseen uskomuksiin ja ideologisiin arvostuksiin liittyviä aineksia. Hoitotyössä ihmiskäsitys toimii auttajan ammatillisen ajattelun ja toiminnan lähtökohtana. (Laitinen & Karhe 2000, 9). Humanistisessa ihmiskuvassa Lauri Rauhala erottaa ihmiseen liittyen kolme perusulottuvuutta, jotka ovat kehollisuus, tajunnallisuus ja elämäntilanteellisuus. Yleistä on hahmottaa ihminen fyysiseksi, psyykkiseksi ja sosiaaliseksi kokonaisuudeksi. (Niemelä 2002, 91). Humanistista ihmiskäsitystä lähellä oleva ihmiskäsitys on holistinen ihmiskäsitys. Siinä tunnustetaan ihmisen fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Tämän lisäksi holistiseen ihmiskäsitykseen voidaan lisätä myös kuolemattomuuden ulottuvuus, jota voidaan nimittää myös hengelliseksi tai henkiseksi ulottuvuudeksi (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007. 17).

Suomalaisista 71,9 % kuuluu evankelis-luterilaiseen kirkkoon eli kristillisen perinteen vaikutuspiiriin. (Suomen evankelis-luterilainen kirkko i.a). Tämän lisäksi kristillinen perinne toimii diakonisen hoitotyön lähtökohtana (Gothoni & Jantunen 2010, 28). Kristillisessä ajattelussa hengellä ja henkisyydellä on suuri merkitys. Hengellisyys liittyy vahvasti ihmisen ja Jumalan väliseen suhteeseen. Raamatussa Jumala itse kuvataan kaikkivaltiaaksi (Ps. 95:3). Jumala otti ihmisen muodon Kristuksessa (Luuk. 1:35). Kuolemansa jälkeen Kristus lähetti Pyhän Hengen (Joh. 15: 26–27). Pyhä Henki on seurakuntaa kokoava ja ylläpitävä voima, joka tuo sanoman Kristuksen rakkaudesta maailmaan (Joh. 21:8). Ihmisen yhteys Jumalaan kuvataan Raamatussa hengen yhteytenä Kristukseen ja toisiimme (1.Joh.1:3).

Kristillinen ihmiskäsitys rakentuu kolmesta erilaisesta ulottuvuudesta, joiden kautta ihminen nähdään. Ensinnäkin ihminen on luotu. Tämä tarkoittaa, että Jumala on luonut ihmisen maailmaan omaksi kuvakseen. Kenenkään ei tarvitse hankkia tai ansaita oikeutta elämiseen, sillä hän ei ole täällä sattumalta. Luomisusko luo myös ihmiselle perusluottamuksen Jumalaan elämän suojelijana, ylläpitäjänä ja kannattelijana (Kettunen 2013, 54–55). Toinen näkökulma on se, että ihminen on langennut ja syntinen. Kun luomisusko sitoo ihmisen Jumalan yhteyteen omana kuvanaan, niin syntiin lankeemus taas sitoo ihmisen olemaan erossa Jumalasta, niin ettei hän voi olla suorassa yhteydessä häneen. Syntiin lankeemus on myös selitys sille, miksi kärsimys, sairaus ja kuolema ovat olemassa (Kettunen 2013, 57). Kolmantena näkökulmana on se, että ihminen on lunastettu. Tämä tarkoittaa sitä, että vasta synneistä lunastettu ihminen elää kristillistä identiteettiä vahvistavaa elämää. Kristillinen identiteetti nivoutuu Kristuksen persoonaan ja hänen sovitustyöhönsä juuri lunastuksen näkökulmasta (Kettunen 2013, 58).

2.2 Terveyden suhde henkisyyteen ja hengellisyyteen

Henkisyys ja hengellisyys ovat lähellä toisiaan olevia käsitteitä. Kumpikaan ei ole täysin yksiselitteinen käsite, vaan määrittelyt voidaan tehdä hieman eri tavalla eri yhteyksissä ja eri ajattelumalleista käsin. Käsitteet ovat myös moniulotteisia.

Henkisyyden kantasana henki voi saada ainakin neljä eri ulottuvuutta: 1) Henki assosioituu sanan ilma kanssa ja liittyy virtaukseen ja muutokseen. 2) Henki voidaan liittää ihmisen korkeampaan tietoisuuteen ja itsensä tiedostamiseen. 3) Henki voi viitata ihmisjoukon kokemukseen yhteenkuuluvuudesta. Tämä ulottuvuus havaitaan muun muassa ilmauksissa: porukan henki ja työpaikan ilmapiiri. 4) Henki voi viitata lisäksi myös ihmisessä olevaan ulottuvuuteen tuonpuoleisen ja tämänpuoleisen välillä. (Karvinen 2009, 28.)

Suomenkielessä henkisyys sana saa samoja määritteitä kuin vastaava sana muissakin kielissä. Henkisyyteen liitetään ihmisen kiinnostus elämän perusarvoihin, tarkoitukseen ja merkitykseen. Hengellisyys saatetaan liittää tavallisimmin ihmisen omistautumiseen hengellisille asioille: uskonnolle, Jumalalle, arvoille ja periaatteille. (Karvinen 2009, 27.)

Hengellinen terveys on ainakin joiltain osin arvioitavissa oleva terveyden osa-alue. Hengellinen hätä ja hengellinen kriisi ilmenevät, kun henkilö on kykenemätön löytämään lähteitä elämänsä merkitykselle, toivolle, rakkaudelle, rauhalle ja lohdulle eikä hänellä ole voimavaroja antavia tekijöitä. Kriisi voi ilmetä, jos henkilön uskomukset eivät ole sopusoinnussa hänen elämässään tapahtuvien asioiden kanssa. Henkisellä hädällä voi olla haitallisia vaikutuksia ihmisen fyysiselle ja psyykkiselle terveydelle. Kliininen sairaus tai perheenjäsenen lähestyvä kuolema voivat laukaista hengellisen hätätilan henkilössä ja hänen perheensä jäsenissä. (Anandrajah & Hight 2001, 81–89.)

Hengellisyyden ja uskon sekä terveyden välistä suhdetta on tutkittu jo jonkin verran useilla tieteenaloilla. On saatu viitteitä siitä, että ihmisen hengellisyydellä, vakaumuksellisuudella ja henkisyydellä on vaikutusta ja yhteys sekä hoitovalintojen, hoitoon sitoutumisen ja hoidon tulosten kanssa. (Karvinen 2012, 12.) Yhdysvalloissa on 2000-luvun alussa tutkittu hengellisten voimavarojen yhteyttä terveyteen ja hyvinvointiin. Joukkotutkimus köyhistä kodeistaan häädetyistä ja ikääntyneistä osoitti, että uskonnollisesti sitoutuneet selviytyivät kahden vuoden seurantajakson aikana tilanteesta eteenpäin kaksi kertaa niin todennäköisesti kuin uskonnollisesti sitoutumattomat. Tutkimuksessa tarkkailtiin uskonnosta saatavan voiman ja lohdun vaikutusta terveyteen. (Anandrajah & Hight 2001, 81–89.)

3 KIRKKONUMMEN A-KLINIKKA

Kunnalliset A-klinikat tai A-klinikkasäätiön ylläpitämät vastaavat klinikat ovat palveluyksiköitä, jotka tukevat päihteiden kanssa kamppailevia ja heidän omaisiaan kohti terveempää elämää. A-klinikoilla työskentelee sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia. Yleisiä hoitomuotoja ovat yksilö-, perhe- tai ryhmähoidot. Hoidon lähtökohtana on keskusteluapu sekä päihteisiin ja elämäntilanteeseen liittyvä neuvonta (Heinälä 2015.)

Kirkkonummen A-klinikka toimii kunnan keskustan alueella ja palvelee koko Kirkkonummen asukkaita. A-klinikalle hakeudutaan asiakkaaksi klinikan päivystyksen kautta. Päivystyksessä tehdään arvio ja suunnitelma jatkohoidosta sekä annetaan akuuttia apua päihdeongelmiin. Kirkkonummen A-klinikan henkilökunta muodostuu toimistosihteeristä, kahdesta sairaanhoitajasta, yhdestä päihdeterapeutista sekä osa-aikaisesta lääkäristä, joka ottaa kantaa hoitosuhteisiin ja lääkityksiin. Lääkäri on tavattavissa kerran viikossa ja vain A-klinikan työntekijöiden arvion kautta. A-klinikkaa ja Kirkkonummen päihdepalveluita johtaa päihdepalveluiden johtaja. (Kirkkonummen kunta i.a.)

Kirkkonummen A-klinikka tarjoaa päivystysvastaanottopalveluita sekä suunniteltuja avokatkaisuhoitojaksoja henkilöille, jotka haluavat lopettaa alkoholin, tupakan tai jonkin huumausaineen käytön. A-klinikka tarjoaa myös perhe- ja ryhmähoitoja, joissa ihmiset saavat apua ja vertaistukea joko omaan tai lähimmäisen päihteiden käyttöön. A-klinikka tarjoaa myös korva-akupunktiohoitoa. Kirkkonummen A-klinikka ohjaa asiakkaitaan laitoskatkaisuhoitoon, jos avokatkaisuhoito ei ole mahdollinen tai riittävä ja asiakkaalla on halu katkaisuhoitoon. Kirkkonummella ei ole enää omaa katkaisuhoitolaitosta, vaan laitoskatkaisuhoito toteutuu maksusitoumuksena eri yksiköiden välillä. (Kirkkonummen kunta i.a.)

Saimme yhteistyötaholtamme kehittämispäivämateriaalia, josta poimimme sen työtä ohjaavat arvot. Kirkkonummen A-klinikan arvoihin kuuluu asiakaslähtöisyys, työyhteisön hyvinvointi ja ammattimaisuus. Asiakaslähtöisyyttä on täsmennetty tarkoittamaan asiakkaan kunnioittamista, yksilön vilpitöntä arvostamista, rehelli-

syyttä ja aitoa kiinnostusta asiakasta kohtaan ilman ennakkoasennetta. Työtä ohjaaviin arvoihin kuuluu myös kuunteleminen, tasavertainen kumppanuus asiakkaan ja työntekijän välillä sekä yksilöllisyyden huomioiminen hoidossa. (Päihdehuollon kehittämispäivä 2011.)

Löysimme materiaalista arvoja, joita työntekijät olivat kirjanneet työntekijöiden välisiksi arvoiksi. Tähän kuului me-kieli ja me-henkisyys, avoimuus, palautteen antaminen ja siten työssä kehittyminen, vuorovaikutus, erilaisuuden hyväksyminen sekä yhteisöllisyys. Työntekijät olivat tehneet myös listan ammatillisuuteen liittyvistä ominaisuuksista, joita olivat esimerkiksi dialoginen keskustelutapa ja luova työote. (Päihdehuollon kehittämispäivä 2011.)

Työntekijät olivat myös tehneet A-klinikan vuorovaikutuksen pelisäännöt, joka ovat jokaisessa huoneessa taulun muodossa. Hyvän vuorovaikutuksen perustaksi työntekijät kirjasivat kolme kohtaa alakohtineen. Kohdat ovat kunnioittaminen, palaute ja vastuu. Kunnioittamiseen kuuluu toisen kuunteleminen, rehellisyys, tasa-arvoisuus ja luottamus toisen ratkaisuihin. Palautteeseen kuuluu vastuu siitä, että palautetta antava henkilö antaa palautetta oikealle henkilölle oikeaan aikaan ja palaute on rakentavaa. Vastuun alle kuuluu vastuun kantaminen työryhmän vuorovaikutuksesta ja ilmapiiristä sekä sitoutuminen hyväksymään toisten tekemät ratkaisut. (Vuorovaikutuksen pelisäännöt i.a.)

4 PUHEEKSI OTTAMINEN

Potilaan ja ammattihenkilön välisessä vuorovaikutussuhteessa tavoitteena pitäisi olla dialogi. Dialogi tulee kreikankielen sanoista dia (väliin) ja logos (tarkoitus, oppi). Tästä voidaan muodostaa sana läpileikkaus-, virtaus- tai läpikulku. Se on asenne, joka voi muuttaa auttajan keskustelukäytäntöä. Dialogisuus tarkoittaa tilaa, jossa keskustelijat ajattelevat yhdessä. Dialogisen keskustelutavan vastakohdaksi voidaan asettaa autoritaarinen keskustelutapa, jossa esitetty asia tai sana joko hyväksytään tai hylätään, mutta sen kanssa ei voi keskustella. (Väisänen; Niemelä & Suua 2009, 9–12).

Keskustelijat voivat olla eriarvoisessa asemassa toisiinsa nähden. Esimerkiksi sairaanhoitaja voi antaa tietoa jonkin sairauden oireista henkilölle, jolla ei ole sairaudesta yhtä paljon tietoa tai auttaa henkilöä, joka tietää sairaudestaan enemmän kuin auttaja itse. Dialoginen keskustelu on lähtökohdiltaan tasaveroista, jolloin annetaan tilaa ja kuuluvuutta molemmille osapuolille aiheesta riippumatta. (Väisänen ym. 2009, 15).

Dialogia perustuu kuuntelemiseen. Tämä ei tarkoita pelkästään hiljaa olemista. Ennen kaikkea se tarkoittaa omien ennakkokäsitysten sivuun siirtämistä. Kuunteleminen on taito, jolla kiinnitetään huomiota asioihin, joita muuten ei huomattaisi. Tällaisia asioita voi olla esimerkiksi voimavarojen etsiminen kuunneltavan kertomuksesta. Toinen tapa lähestyä kuuntelevaa työskentelyä on sellainen, jossa kuuntelija koettaa etsiä kuunneltavan kertomuksesta asioita, jotka kumoavat tai vakuuttavat kuuntelijan omat ennakkoluulot vääriksi tai liioitelluiksi. (Väisänen ym. 2009, 20).

4.1 Puheeksi ottaminen terveyspalveluissa

Terveyspalveluihin on kehitetty puheeksiottamismenetelmiä, joiden tarkoitus on nostaa esille asiakkaiden elämästä heidän terveyteensä vaikuttavia tekijöitä. Nämä voisivat ilman puheeksi ottamismenetelmiä helposti jäädä käsittelemättä.

Tällaisia ovat myös hengelliset tarpeet ja arvokysymykset. Tutkimusten mukaan ne antavat ihmisille voimavaroja (Karvinen 2012, 12).

Päihteet vaikuttavat ihmisen elämään haitallisesti, jolloin niiden käytön puheeksi ottaminen on tärkeää. Esimerkiksi alkoholin käytön selvittämiseksi on kehitetty muun muassa AUDIT-testi. Alkoholin käytön selvittäminen alkaa alkoholin käytön puheeksi ottamisella. Se on luonteeltaan neutraali ja asiakkaalla on lupa kieltäytyä siitä. Eikä hänen antamat tiedot vaikuta hänen saamiin hoitoihin tai sosiaalietuihin. Yleisesti terveysalalla olisi hyvä luoda käytäntöjä, joissa asiakkaille tehtäisiin kartoitus päihteiden käytöstä alkuhaastattelun yhteydessä ja vanhoille asiakkaille säännöllisin välein. Tämä voisi tapahtua esimerkiksi edellä mainitun AUDIT-testin muodossa. (Päihdelinkki i.a.)

4.2 Hengellisten- ja vakaumuksellisten tarpeiden kartoitusmallit AVAUS-mallin taustalla

Henkisten ja hengellisten tarpeiden selvittämiseksi on luotu Suomen ulkopuolella useita eri malleja. Muun muassa Yhdysvalloissa on luotu erilaisia mittareita, joilla pyritään selvittämään hoidettavan potilaan hengellistä historiaa ja tämän toivon, uskon ja voimavarojen lähteitä. Tällaisia mittareita ovat FICA- ja HOPE-mallit. Näiden mittareiden tavoitteena on kartoittaa hoidettavan potilaan uskoa, vakaumusta ja uskonyhteisöä koskevia tietoa ja niiden vaikutusta terveyttä koskeviin päätöksiin. Yhdysvaltalaiset mallit eivät kuitenkaan sovellu kovinkaan hyvin suomalaiseen hoitotyöhön, sillä niissä korostuu meillä varsin vähäisessä osassa oleva institutionaalinen uskonnollisuus. (Karvinen 2010, 4.)

FICA-mittari on Christina Puchalskin yhdessä työryhmänsä kanssa kehittämä henkisen ja hengellisen historian kartoittamisen apuväline, joka on käytössä Yhdysvalloissa laajasti. FICA-lyhenne muodostuu neljästä englannin kielen sanasta, jotka ovat: Faith, Importance/ Influence, Community & Address spiritual history. Tämä menetelmä toimii niin, että aluksi selvitetään potilaan hengellistä

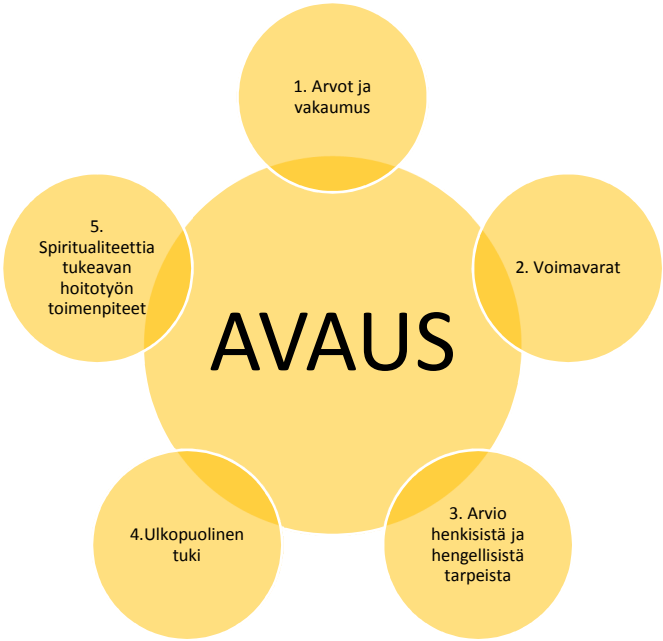
historiaa ja uskon merkitystä. Tämän jälkeen voidaan selvittää potilaan voimavaroja, jotka nousevat uskonnollisesta yhteisöstä. FICA:n soveltuvuudesta potilastyöhön on olemassa tutkimusnäyttöä. (Karvinen 2012, 49.)

HOPE-malli on alun perin tehty lääketieteen opiskelijoiden ja valmiiden lääkäreiden koulutusmateriaaliksi. Malli antaa laajat vapaudet pohtia toivon ja voiman lähteitä avointen kysymysten kautta. HOPE-malli koostuu englannin kielen sanoista sources of Hope, Organized religion, Personal spiritual and practices ja Effects of medical care and end- of- life issues. (Karvinen 2012, 49.)

4.3 AVAUS-malli

Edellä mainitut FICA- ja HOPE mallit ovat vaikuttaneet AVAUS-mallin kehittämisen taustalla. Taustalta löytyvät myös Ikali Karvisen kenttätutkimusjaksot Kendu bay:ssa. Näiden pohjalta Karvinen on tehnyt suomalaiseen hoito- ja huolenpitotyöhön soveltuvan mallin (Karvinen 2012).

AVAUS on lyhennelmä, joka tulee sanoista arvot ja vakaumus, voimavarat, arvio henkisistä ja hengellisistä tarpeista, ulkopuolinen tuki ja spiritualiteettia tukevan hoitotyön toimenpiteet. Näillä kartoitetaan hengellisen ja henkisen terveyden osa-alueita. Kuhunkin osa-alueeseen liittyy joukko kysymyksiä, jotka on tarkoitus tehdä rutiininomaisesti kaikille asiakkaille ensikontaktin yhteydessä. AVAUS-malli toimii samalla tavalla, kun kartoitetaan uuden asiakkaan terveystottumuksia tai esimerkiksi allergioita. AVAUS-mallin avulla saadut tiedot on tärkeää kirjata ylös. (Karvinen 2010, 4-6.)



KUVIO 1. Kirjainlyhenne AVAUS-mallista

Malli on luonteeltaan melko nopea ja maailmankatsomuksellisesti neutraali puheeksi ottamismenetelmä. AVAUS-malli antaa asiakkaasta tietoa, jota voidaan käyttää voimavarana hänen hoidossaan. AVAUS-keskustelu on mahdollista käydä jokaisen asiakkaan kanssa riippumatta hänen tai työntekijän vakaumuksista ja arvoista. AVAUS-keskustelun tulee olla miellyttävä ja luonteva sekä asiakkaan että työntekijän mielestä. (Karvinen 2010 4–6.)

AVAUS-mallin osa-alueiden kysymykset on syytä muokata kuhunkin hoitopaikkaan soveltuviksi. Malli sisältää ehdotuksia sopiviksi kysymyksiksi, joita työntekijä voi käyttää sellaisenaan. Kaikissa tapauksissa ei ole käytettävissä olevien resurssien puitteissa mahdollista toteuttaa potilaan toiveita, mutta silti niitä pidetään arvossa. AVAUS-malli on puheeksi ottamisen väline asiakkaan hengellisistä, henkisistä ja vakaumuksellisista tarpeista sekä voimavaroista. Se toimii hoitajalle raamina ja normina edellä mainittujen kysymysten puheeksi ottamiseksi. (Karvinen 2010, 4-6.) Aiemmissa tutkimuksissa on näyttöä sille, että potilaat odottavat aloitetta kyseisten kysymysten käsittelyyn hoitohenkilökunnalta (Valopaasi 1996, 20).

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on ollut kartoittaa Kirkkonummen A-klinikan työntekijöiden ja asiakkaiden kokemuksia AVAUS-mallin toimivuudesta puheeksi ottamismenetelmänä. Työmme kohteena ovat AVAUS-mallin toimivuus ja soveltuvuus A-klinikalle

Tavoitteenamme on avustaa Kirkkonummen A-klinikkaa kehittämään puheeksi ottamismenetelmiään, niin että heillä käyvien asiakkaiden hengelliset ja vakaumukselliset tarpeet tulevat aiempaa paremmin kartoitetuksi. Toivomme, että työstämme hyötyvät sekä päihdepalveluita käyttävät asiakkaat että keskustelutyötä tekevät terveysalan työntekijät.

Teimme teoreettisen viitekehyksen pohjalta tutkimuskysymyksemme. Asiakkaille esitettiin kaksi kysymystä. Ensimmäiseksi pitivätkö he hyvänä asiana työntekijän aloitetta hengellisten asioiden, arvokysymysten ja voimavarojen kartoittamiseksi. Toiseksi heiltä kysyttiin, kuinka tärkeinä he pitivät hengellisiä ja vakaumuksellisia kysymyksiä elämässään. Halusimme tällä selvittää, vahvistuuko joidenkin aiempien tutkimusten tulos. Niiden mukaan asiakkaat odottavat ja pitävät hyvänä, että ammattilainen tekee aloitteen hengellisten, vakaumuksellisten ja arvoja koskevien asioiden puheeksi ottamiseksi (Valopaasi 1996, 20).

Tutkimuskysymys on:

Miten AVAUS-malli soveltuu hengellisten ja vakaumuksellisten tarpeiden kartoittamisessa päihdeasiakkaiden hoitokeskusteluissa?

Tätä kysymystä tarkennamme kahdella lisäkysymyksellä:

- Millaisia kokemuksia työntekijöillä on AVAUS-mallin käytöstä?
- Miten AVAUS-mallia voisi kehittää edelleen, jotta se soveltuisi päihdeasiakkaiden tarpeisiin sopivammaksi?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Olemme jakaneet tämä luvun kuuteen osaa. Luku sisältää selonteon aineiston keruusta ja aineiston analyysistä sekä opinnäytetyö prosessista. Kuvaamme käyttämämme tiedonkeruumenetelmät ja työkalut, seurantalomakkeen ja fokusryhmähaastattelun sekä käymme läpi käyttämämme analyysimenetelmät ja analyysiprosessin.

6.1 Aineistonkeruu

Työssämme on kaksi aineistonkeruumenetelmää, seurantalomake sekä fokusryhmähaastattelu. Teimme seurantalomakkeen kysymykset osittain yhteistyössä A-klinikan työntekijöiden kanssa. Lomakkeilla keräsimme tietoa pilottijakson aikana käydyistä AVAUS-keskusteluista. Keskustelut sovittiin käytäviksi sellaisten asiakkaiden kanssa, jotka ovat saaneet akuutin kriisin tai päihteidenkäyttöjakson katkaistuksi, mutta ovat vielä A-klinikan asiakkaita. Lomakkeen ansiosta työntekijöiden ei tarvinnut jättää kaikkia ajatuksia ja kokemuksia muistinsa varaan fokusryhmähaastatteluun asti. Työntekijät tarjosivat mahdollisuutta AVAUS-keskusteluun kahdeksalletoista asiakkaalle, joista yksi kieltäytyi. Pilottijakson jälkeen teimme fokusryhmähaastattelun, johon osallistui seitsemän työntekijää. Haastatteluaineistosta tuli meidän pääaineisto, jonka avulla meille hahmottui tutkimamme ilmiö.

6.1.1 Seurantalomake

Seurantalomake rakentui A-, B- ja C-osasta. A-osa pitää sisällään asiakkaan kirjallisen suostumuksen ja asiakkaan profilointitiedot. A-osa annetaan asiakkaalle täytettäväksi ennen keskustelua. Mikäli asiakas on antanut suostumuksensa osallistua, käydään AVAUS-keskustelu hänen kanssaan. B-osan täyttää työntekijä vaihe vaiheelta asiakkaan läsnä ollessa. Lomakkeen voi näyttää asiakkaalle, mutta sen tarkoitus on kerätä tietoa keskustelun aikana muistilapun tapaisesti. Se ei ole kyselylomake, joka voitaisiin sellaisenaan antaa asiakkaan täytettäväksi

ilman AVAUS-keskustelua. C-osa sisältää vain työntekijälle tarkoitettuja, reflektoivia kysymyksiä ja se täytetään asiakaskontaktin jälkeen. (Liite 1.)

Kyselylomake sopii tutkimuksiin, joissa tutkittava joukko on jollakin tavalla rajattu ja tutkimuskysymykset ovat selkeät. (Vilkka 2005. 75). Metodologiselta kannalta seurantalomake on lomakehaastattelu. Lomakehaastattelu on lähellä teema- ja syvähaastatteluja. Erona on kysymysten strukturoinnin aste. Seurantalomakkeessamme on avoimia kysymyksiä, sekä Likertin asteikkoon perustuvia määrällisiä kysymyksiä. Likertin asteikko on järjestysasteikko. Sitä käytetään asenteiden ja mielipiteiden mittaamiseen. Perusidea asteikossa on, että keskikohdasta katsottuna toiseen suuntaan samanmielisyys kasvaa, ja toiseen suuntaa siirryttäessä vastaavasti vähenee. (Vilkka 2007, 46).

Seurantalomakkeissa annoimme asiakkaan luokittaa itsensä vapaasti hänen elämäänsä mahdollisesti leimaavan roolin tai yhteiskunta-aseman mukaan. Esimerkeiksi annoimme yksinhuoltaja, omaishoitaja ja eläkeläinen. Tällä korvasimme varsinaiset identifiointitiedot, jotta asiakas kokisi turvallisemmaksi osallistua tutkimukseen. Analyysivaiheessa pyrimme luokittamaan asiakkaat heidän antamiensa roolien ja yhteiskunta-asemien perusteella. Kategorisoinnin tarkoitus oli lisätä tutkimuksemme käyttökelpoisuutta A-klinikalla. A-klinikan työntekijät toivoivat tätä tutkimuksemme suunnitteluvaiheessa. Aineisto jäi liian suppeaksi, jotta asiakkaita olisi ollut mielekästä luokitella.

Valitsimme kahteen lomakkeen mittariin neliportaisen Likertin asteikon välttääksemme tulkinnan vaikeuden, joka seuraa keskimmäisestä neutraali kanta kohdasta. Tutkimusten mukaan 12–30 % vastaajista valitsee neutraalin kannan. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2013, 203.) AVAUS-keskustelun keskivaiheilla työntekijä esitti asiakkaalle kysymyksen siitä, kuinka tärkeänä hän pitää arvojaan ja vakaumuksiaan. (Liite 2.)

Määrällisistä tutkimusmittareista laskimme moodiluvun, mediaanin, aritmeettisen keskiarvon ja hajontaluvun voidaksemme tulkita tuloksiamme seurantalomakkeesta. Olemme soveltuvin osin käyttäneet seurantalomakkeen tuloksia täyden-

tämään fokusryhmähaastattelulla keräämiämme tuloksia. Lomakkeen kysymykset, jotka koskivat AVAUS-keskustelujen sisältöjä, eivät lopulta kuuluneet tutkimus tehtäväämme.

6.1.2 Fokusryhmähaastattelu

Fokusryhmähaastattelu on laadullinen tutkimusmenetelmä, jossa haastatellaan ennalta valikoitua ryhmää tutkimuskysymysten pohjalta laadittujen kysymysten avulla. Haastattelu tallennetaan ja litteroidaan. Sopiva ryhmän koko on 4-10 henkeä. Fokusryhmähaastattelua käytetään potilaiden näkökulman ja kokemusten ymmärtämiseen sekä terveydenhuollon ammattilaisten ajattelutavan ja toiminnan tutkimiseen. (Mäntyranta & Kaila, 2008).

Haastattelutilanteen järjestäjiä täytyy olla kaksi, jotta päästään mahdollisimman hyvään toteutukseen. Tarvitaan keskustelun johtajana ja havainnoijana. Keskustelun johtaja herättelee osallistujat keskustelemaan tutkimusaiheista monipuolisesti. Hän määrittää paljon keskustelun luonnetta ja rytmitystä. Kuka tahansa voi toimia keskustelun johtajan, mutta tehtävän vaativuudesta johtuen kaikki eivät ole hyviä siinä. Keskustelun johtajan tulee ottaa huomioon muutama erityinen asia keskustelun kulusta. Hän varmistaa kaikkien osallistujien läsnäolon ja osallisuuden keskustelussa. Jos keskustelussa syntyy konflikteja ja erimielisyyksiä ne käsitellään asiallisesti keskustelun aikana. Keskustelun johtajan on varmistettava, että keskustelu käydään osallistujien kesken eikä johtajan ja osallistujien välillä (Liamputtong 2011, 60.)

Havainnoija nauhoittaa keskustelun ja kerää analyysin ja tulkinnan kannalta keskustelun tärkeät kohdat sekä käänteen tekevät puheenvuorot. Havainnoija avustaa keskustelun johtajaa tarkkailemalla, että kaikki keskustelun aiheet tulee käsiteltyä. Usein tämä tapahtuu niin, että keskustelun johtaja varmistaa havainnoijalta lopuksi, että kaikki aiheet on käsitelty eikä lisäkysymyksiä ole. Yleensä havainnoija istuu keskustelukehän ulkopuolella ja pyrkii olemaan mahdollisimman huomaamaton. Hän ei osallistu keskusteluun millään tavalla ja pyrkii välttämään

myös katsekontaktia keskustelijoiden kanssa, jottei hän häiritsisi keskustelun sisäistä rakennetta. Tämä asetelma vapauttaa havainnoijan parhaiten oman tehtävän ylläpitämiseen ilman että hän tulee häirityksi tai että hän häiritsisi keskustelua. (Liamputtong 2011, 63.)

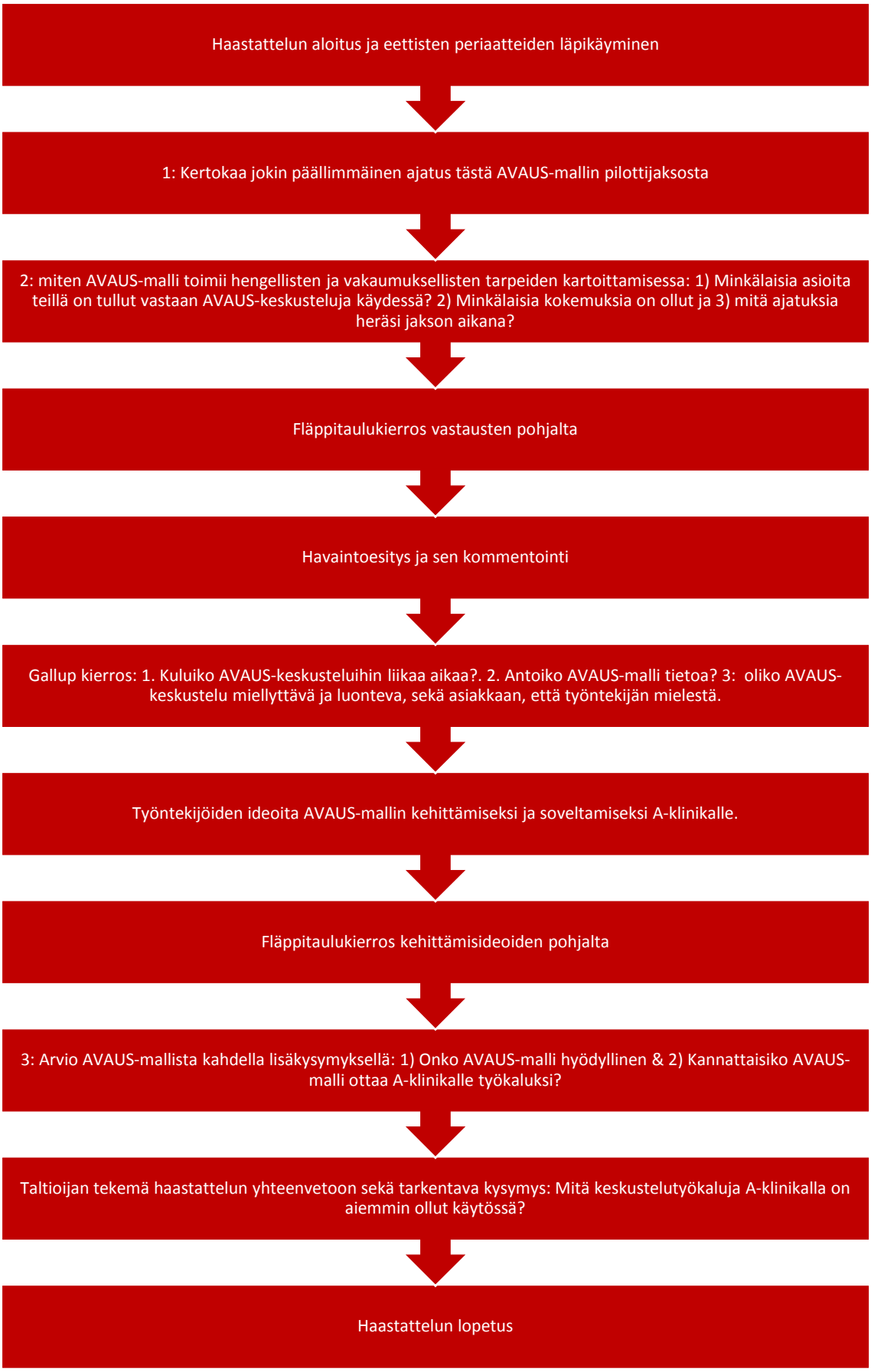
Ennen varsinaista haastattelua tulee olla johdanto aiheeseen. Johdantomateriaalit voivat koostua useista eri asioista, jotka liittyvät keskusteltavaan aiheeseen. Yksinkertaisimmillaan ne voivat olla vain aiheeseen liittyvien lehtijuttujen otsikoita tai paperi, johon jokainen osallistuja piirtää tai kirjoittaa alustavia ajatuksia tulevasta aiheesta. Tämä auttaa osallistujia virittymään tulevaan keskusteluun ja samalla se tekee tilanteesta luontevamman, kun osallistujat vaihtavat aiheesta muutaman ajatuksen ennen keskustelua. (Liamputtong 2011, 64.)

6.1.3 Fokusryhmähaastattelun toteutus

Haastattelutilanne toteutui suunnitelman mukaisesti. Se toteutettiin A-klinikalla neuvotteluhuoneessa. Lari toimi keskustelun johtajana ja Reima havainnoijana. Alussa Toivotimme työntekijät tervetulleiksi ja kävimme läpi haastattelun eettiset näkökohdat. Sovimme keskustelun yhteiset pelisäännöt. Olimme ottaneet johdantomateriaaliksi osan liitteestämme, (liite 1) jossa esittelimme AVAUS-mallin kohdat. Työntekijät saivat minuutin aikaa muistella AVAUS-keskusteluja, jonka jälkeen haastattelu alkoi. Haastattelun ilmapiiri oli asiallinen ja ehkä hieman jännittynyt. Työntekijät eivät käyneet keskustelua keskenään, vaan osoittivat puheenvuoronsa Larille. Keskustelu kehittyi haastattelun aikana yhä vapautuneemmaksi niin, että työntekijät alkoivat keskustella keskenään eikä Larin tarvinnut jaella puheenvuoroja enää osallistujien välillä.

Lopuksi Reima esitti keskustelusta tekemiensä muistiinpanojen tuella tiivistyksen ja yhteenvedon käydystä keskustelusta. Työntekijät kuuntelivat sen, jonka jälkeen heillä oli mahdollisuus oikaista Reima mahdollisesti väärin tulkitsemansa havainnot. Näin ei tapahtunut vaan työntekijät olivat keskustelun kulusta ja sisällöstä havainnoijan kanssa yksimielisiä. Tämän jälkeen haastateltavia kiitettiin

osallistumisesta haastatteluun, jonka jälkeen haastattelu päätettiin. Haastattelu kesti tunnin ja 25 minuuttia.



KUVIO 2. Fokusryhmähaastattelun kulku

6.2 Aineiston analyysi

Haastatteluaineiston analysoimme käyttäen sisällönanalyysiä. Sisällönanalyyttisinä menetelminä käytimme teemoittelua ja sovelletusti narratiivisen analyysin menetelmää. Analysoitavaa aineistoa voidaan lähestyä aineistolähtöisesti, teorialähtöisesti tai teoria ohjautuvasti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108, 113, 117). Valitsimme jälkimmäisen lähestymistavan.

Sisällönanalyysi on kaikessa laadullisessa tutkimuksessa käytetty perusanalyysimenetelmä. Se on sekä menetelmä että myös väljä teoreettinen kehys, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.) Mikä tahansa kirjallinen dokumentti voidaan analysoida sisällönanalyysiä käyttäen. Aineistosta pyritään saamaan yleinen ja tiivistetty kuvaus. Sisällönanalyysillä saadaan kuitenkin aineisto vain järjestettyä johtopäätösten tekoa varten. Järjestetty aineisto ei ole vielä tutkimuksen tulos. Monia sisällönanalyysillä toteutettuja tutkimuksia on kritisoitu keskeneräisyydestä tutkijan esitettyä järjestetty aineisto tutkimustuloksena kykenemättä kuitenkaan johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103.) Aineistosta voidaan tehdä joko laadullinen sisällönanalyysi tai sitten aineisto voidaan pyrkiä saattamaan määrälliseen muotoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105.) Määrälliseen muotoon saattaminen tarkoittaa käytännössä sitä, että vastausaineistoa tarkastellaan ja siitä poimitaan tutkimuksen kannalta kiinnostavia sanoja ja lauseita. Sen jälkeen lasketaan, montako kertaa sana tai lause esiintyy. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 120.)

Teemoja muodostetaan aineistolähtöisesti. Tekstistä etsitään sen yhdistäviä tai erottavia seikkoja. Teorialähtöinen, tai teorian mukaisesti ohjautuva teemoittelu on mahdollista. Aineisto voidaan litteroinnin jälkeen järjestellä teemoittain. Teemojen muodostamisessa voidaan apuna käyttää koodausta. Toisinaan teemoittelu noudattaa aineistonkeruussa käytettyä haastattelurunkoa. Joskus kuitenkin aineistosta löytyy uusia teemoja eivätkä haastattelun sisällöt noudata tutkijan tekemää järjestystä ja jäsennystä. Kun aineistoa järjestellään teemojen mukaan, kunkin teeman alle kootaan esimerkiksi kustakin haastattelusta ne kohdat, joissa puhutaan ko. teemasta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

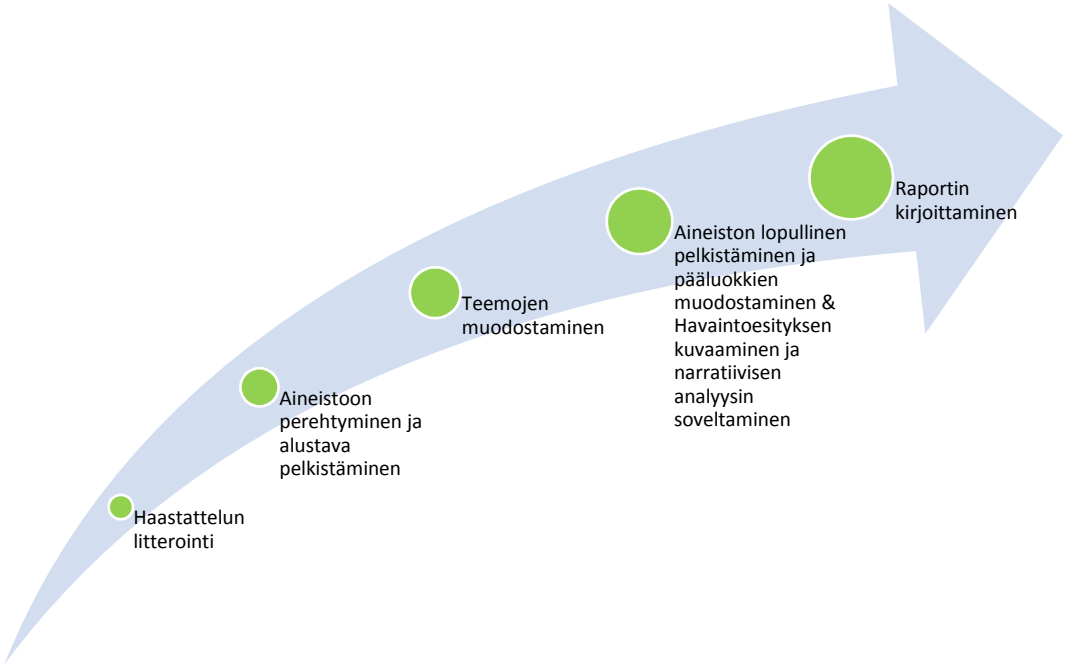
Narratiivisessa analyysissä etsitään teemojen tavoin puhetapoja ja puhetapatyyppejä kuten vastauksia siihen, miten puhutaan. Narratiivisessa analyysissa voidaan hakea kertomus- tai tarinatyyppejä tai juonirakennetta. Esimerkkinä voisi kuvata sitä, miten tarinat etenevät ja millaisia rakenteita tarinoissa on. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka. 2006.) Työssämme soveltuvuus narratiivisen analyysin käytössä näkyy kerronnallisena tapana esittää havaintoesitys. Tämä poikkeaa muun haastattelusisällön esittämistavasta. Havaintoesitys etenee kronologisesti. Olemme kiinnittäneet huomiota keskustelun ilmapiiriin ja työntekijöiden ilmaisuun.

Teemoittelua ja narratiivista analyysia voidaan tutkimuksellista mielikuvitusta käyttäen yhdistellä keskenään. Teemoittelu ei sulje pois narratiivista analyysiä. Tämä toteutuu, mikäli analyysitapoja käytetään analyysin tiivistämisessä ilman tiukkoja paradigmaattisia sidoksia. Yhdisteleminen on muutenkin mahdollista, esimerkiksi laadulliseen tutkimukseen voidaan yhdistää määrällisiä osia. Olennaisinta on, että analyysin parissa työskentelevä perustelee valintansa ja selittää, miksi hän on mitäkin tehnyt, jotta tutkimuksesta tulee perusteltu, uskottava ja mahdollisimman luotettava. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka. 2006.)

Valitsimme teoriaohjautuvan analyysin lähestymistavaksemme. Haastattelun analyysiyksikkönä meillä oli yksi ajatus, joka saattoi sisältää useita lauseita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Teoriaohjaavassa analyysissä edetään aluksi aineistolähtöisesti. Loppuvaiheessa analyysia ohjaa teoreettinen viitekehys. Abduktiivinen päättely on sallittua tässä analyysin muodossa. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkijan ajatteluprosessissa vaihtelevat aineistolähtöisyys ja valmiit mallit (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97). Näin on työssämme tapahtunut.

Litteroimme haastattelun ja muodostimme aineistolähtöisesti teemoja. Erotimme aineistosta teemoitellen analysoitavan osan ja omaksi erilliseksi teemakseen narratiivisella analyysillä soveltuvasti analysoitavan osan. Teemoiteltu osa muodosti kaksi kolmasosaa litteroidusta fokusryhmähaastattelusta ja narratiivisesti käsitelty osa yhden kolmasosan aineistosta. (Ks. Liite 5) Aineiston analysointi oli

vaihe, jossa tulimme lopullisesti tietoisiksi tutkimamme aiheen ilmiöistä ja ongelmakentästä. Teemoittelussa pelkistimme aineiston analyysiyksiköihin ja samalla luokittelimme sen asettamiimme teemoihin. Teemoittelussa aineisto jäsennetään teemoittain ja se korostaa luokittelua. Lukumäärillä on tai ei ole merkitystä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93). Narratiivisessa analyysissä tarkastelimme havaintoesitystä työntekijän näkökulmasta. Emme kiinnittäneet asiakkaana esiintyneen työntekijän kommentteihin huomiota. Teemoittelussa nostimme ajatuksia, jotka saattoivat sisältää useita lauseita. Otimme ajatukset tuloksiin, jos ne tulivat uudelta puhujalta. Tällä halusimme antaa tasavertaisen aseman jokaiselle haastateltavalle. Näimme, mitkä asiat toistuivat usean työntekijän kantana, mutta emme toistaneet ajatusta useaan kertaan, jottei ajatus olisi ylikorostunut. Seurantalomakkeesta valitsimme kohdat, jotka täydentävät fokusryhmähaastattelulla saamaamme aineistoa. Litteroidun aineiston pohjalta muodostimme kolmetoista teemaa, jotka edelleen yhdistimme neljäksi asiasisällölliseksi pääluokaksi ja kahdeksi menetelmäperusteiseksi pääluokaksi. Tämä jaottelu muodostaa tulososamme rakenteen.



KUVIO 3. Haastatteluanalyysin vaiheet

6.3 Opinnäytetyöprosessin kuvaus

Kävimme Kirkkonummen A-klinikalla kolme kertaa keskustelemassa ja suunnittelemassa työtämme. Ensimmäisellä kerralla esittelimme AVAUS-mallin ja opinnäytetyömme aiheen. Toisella kerralla meidän oli tarkoitus sopia aikatauluista ja seurantalomakkeen kysymyksistä työyhteisön kanssa. Mukaan oli kuitenkin tullut lisää työntekijöitä ja heille täytyi kertoa AVAUS-mallin tarkoitus.

Toisesta kerrasta tuli hyvin samankaltainen kuin ensimmäisestä kerrasta ja esittelimme AVAUS-mallin työyhteisölle kaksi kertaa. Kolmannella kerralla keskustelimme työntekijöiden kanssa seurantajakson toteutuksesta. sovimme työntekijöiden toivomuksesta, että AVAUS-mallia käytettäisiin vain pitkäkestoisessa hoitosuhteessa olevien asiakkaiden kanssa. Työntekijät katsoivat, ettei päivystysasiakkaalle sovi käyttää AVAUS-mallia, sillä heidän elämäntilanteessa kaikki voimavarat tulisi suunnata päihdejakson katkaisuun ja elämäntilanteen rauhoittamiseen. Saimme palautetta kysymyslomakkeen sisällöstä ja muotoilusta. Hyödynsimme palautteen ja viimeistelimme lomakkeen. Työntekijöiden ehdotuksena oli, että seurantajakso on viikon mittainen.

Taustatiedoksi saimme A-klinikan arvoista ja toimintaperiaatteista kirjallisen koosteen, jota olemme hyödyntäneet kuvatessamme yhteistyötahoamme. Koosteeseen kuului materiaalia päihdehuollon kehittämispäivän käsitellyt aiheet ja yhteenvetoja alan yhteisistä arvoista. Toiseksi saimme työyhteisössä käytössä olleen huoneen taulun, joka on työpisteiden seinällä ohjaamassa työntekijöiden toimintaa. Kolmanneksi saimme Kirkkonummen A-klinikan työpisteille laadittuja arvoja ja toimintaohjeita. Näiden pohjalta olemme kuvanneet yhteistyötahomme arvopohjan. Palautimme suunnitelmamme Kirkkonummen perusturvan lupakäsittelyyn 11.10.2016. Lupahakemuksen käsittely kesti noin kuukauden verran ja saimme myöntävän luvan aloittaa seurantajakso 10.11.2016. Ilmoitimme myöntävästä luvasta yhteistyötahollemme.

KUVIO 4. Opinnäytetyön suunnittelu

Yhteistyötahomme aloitti seurantajakson puolitoista viikkoa myöhemmin ilmoituksestamme. Keskusteluja käytiin 21.11.- 2.11.2016 välisenä aikana. Tänä aikana työntekijät täyttivät seurantalomakkeita. Seurantajaksolle osallistui kahdeksantoista asiakasta, joista seitsemäntoista suostui osallistumaan AVAUS-keskusteluun. Osa työntekijöistä kävi AVAUS-keskusteluja useammin, kuin osa työntekijöistä. Jakson päätteeksi teimme osallistuneille työntekijöille fokusryhmähaastattelun, joka pidettiin 1.12.2016 A-klinikan neuvotteluhuoneessa. Tämän jälkeen litteroimme haastatteluaineistomme ja analysoimme sen, kuten myös seurantalomakkeiden aineiston. Kirjoitimme tulokseksemme ja viimeistelimme työmme valmiiksi.

KUVIO 5. Opinnäytetyöprosessin kuvaus

7 TULOKSET

Olemme jakaneet tulokset kuuteen erilliseen kappaleeseen. Ensiksi käymme läpi AVAUS-mallin käyttöä Kirkkonummen A-klinikalla. Sen jälkeen esitämme havaintoesityksen, joka täydentää ymmärrystä siitä, miten työntekijät ovat käyttäneet AVAUS-mallia pilottijakson aikana.

Kolmas kappale käsittelee työntekijöiden näkökulmia sille miksi AVAUS-malli soveltuu käytettäväksi A-klinikalle. Neljäs kappale puolestaan käsittelee työntekijöiden näkökulmia sille miksi AVAUS-malli ei sovellu käytettäväksi A-klinikalle.

Viides kappale käsittelee seurantalomakkeella kerättyjä tietoja siitä, miten asiakkaat ovat suhtautuneet hengellisiin ja vakaumuksellisiin kysymyksiin. Sekä miten asiakkaat ovat kokeneet työntekijöiden aloitteen niiden kartoittamisen AVAUS-mallin avulla.

Viimeiseksi käsittelemme työntekijöiden ajatuksia siitä, miten AVAUS-mallia tulisi käyttää A-klinikalla ja miten sitä voisi kehittää sopivammaksi työvälineeksi.

7.1 AVAUS-Mallin käyttö hoitokeskusteluissa

Fokusryhmähaastattelussa työntekijät kertoivat kokemuksiaan AVAUS-mallin käytöstä pilottijakson aikana. Olemme nostaneet aiheesta keskeiset tulokset tähän kappaleeseen

Kaksi työntekijää kertoi käyneensä vain yhden AVAUS-keskustelun. Yksi työntekijä kertoi käyneensä kaksi AVAUS-keskustelua ja arvioi otoksensa riittämättömäksi, jotta voisi arvioida AVAUS-mallin toimivuutta.

> *Ja mä taas sanon vähän tohon liipaten, että mä tein kaksi, niin se ei ole riittävä otos.*

Kolme työntekijää nosti esille heti fokusryhmähaastattelun alussa, että viikon mittainen seurantajakso tuntui liian lyhyeltä ajalta.

Yhden työntekijän mielestä keskustelujen ilmapiiri oli luonteva ja toinen työntekijä arvioi, ettei ilmapiiri ainakaan ollut negatiivinen. Kolmas työntekijä ei kokenut kovinkaan hankalana AVAUS-keskustelujen käymistä asiakkaiden kanssa.

> *ei se nyt negatiivinenkaan ollut*
>
> *Musta oli ihan luonteva* […] *Mä koin sen silleen ihan luontevana*
>
> *mun mielestä se ite tekeminen ei ollu kovinkaan vaikee eikä kovinkaan hankala, koska suurimmasta osasta asioista me oltiin aikaisemmin käyty jo puhetta*

Yksi työntekijä kuitenkin kertoi, että hänen asiakkaansa oli mennyt täysin lukkoon AVAUS-mallin ensimmäisestä kysymyksestä lähtien. Työntekijä näki syyksi, että AVAUS-malli on selkeästi strukturoitu ja rajattu haastattelumenetelmä. Malli on hänen mukaansa kankea kysymyskaavake ja sitä ei voi käyttää tällaisessa muodossa A-klinikalla. Tästä kommentista herää kysymys, onko työntekijä sekoittanut AVAUS-mallin ja seurantalomakkeen keskenään.

> *selkeesti strukturoitu ja aika rajattukin haastattelu muoto on kyseessä, niin siinä on suuri riski, että heti ensimmäisellä kysymyksellä asiakas menee ihan lukkoon ja se on sitten siinä. Ja mun kohdalla kävi just näin.*
>
> *se ei tarkota, että me käytetään jotain tämmöistä kankeeta kysymyskaavaketta*

Yksi työntekijä oli alkanut miettiä seurantajakson aikana, mitä yhteistä on AA:n korkeammalla voimalla ja AVAUS-mallissa käytetyllä käsitteellä hengellisyys. Toinen haastateltava kertoi mallin laajentaneen ja syventäneen hänen ajatusmaailmaansa siitä, mitä asioita olisi tärkeää käydä asiakkaiden kanssa läpi erityisesti keskusteltaessa

> *Mul tuli sellanen, mieleen toi hengellisyys kontrasti AA:n korkeampi voima. Semmonen. Tuli semmonen niinku…AA:n korkeampi, ja tavallaan mitä niissä on yhteistä, se oli se idea mikä mulla heräs.*

> *Se kyllä laajentaa sitä omaa ajatusmaailmaa, että mitä kaikkea niin kuin voi ihmisen kanssa käsitellä ja on tärkeä käsitellä.*

Osa työntekijöistä oli pistänyt merkille AVAUS-keskusteluja käydessä, ettei monikaan asiakas välttämättä tunnustanut uskoa Jumalaan. Sen sijaan asiakkaiden arvo- ja vakaumuskysymyksissä saattoi olla toisten ihmisten kunnioittaminen, raha tai muita arvoja. AVAUS-keskustelu oli herättänyt yhden asiakkaan pohtimaan työntekijän kanssa ihmisen eri ulottuvuuksia. Kuuluuko hengellinen osa-alue jäsentää omasi ihmisyyden alueeksi, vai onko se osa psyykkistä osa-aluetta.

> *arvo tai vakaumus ei ollut se usko, usko Jumalaan, vaan se oli jotain muuta. Joku, sano esimerkiksi näin, että: ”ihmisten itsensä ja toisten ihmisten kunnioittaminen”*

> *mä käytin niinku sitä samaa ympyrää asiakkaalle, et fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen ja sit mä lisäsin siihen sen hengellisen* […] *Ni hän sit sano mulle, et eiks toi kuulu tohon psyykkiseen.* […] *hän heräs siitä, sitä miettimään, et onks se niinkuin erikseen*

Työntekijöiden omalla vakaumuksella oli vaikutusta AVAUS-keskustelujen sisältöön ja siihen, millaiseksi keskustelu saattaa muodostua.

> *Mä puhuin vakaumuksesta, niin, en mä puhunut hengellisestä vakaumuksesta*.

7.2 Havaintoesitys työntekijöiden tavasta käyttää AVAUS-mallia

Fokusryhmähaastattelun yhteydessä järjestimme havaintoesityksen AVAUS-keskustelun käymisestä. Tätä emme olleet etukäteen kertoneet työntekijöille. Yksi vapaaehtoinen työntekijä otti asiakkaan roolin. Vastaavasti täytettiin työntekijä rooli. Esityksen avulla saa kuvan työntekijöiden tavasta käyttää AVAUS-mallia. Seuraavassa kuvaamme keskustelun kulun luonnehtien tilannetta. Lopussa esitämme muiden työntekijöiden kommentit esityksestä.

Havaintoesityksessä AVAUS-mallin kohtia käytiin läpi joustavasti ja keskustelun ilmapiiri oli miellyttävä koko esityksen ajan. AVAUS-mallin ensimmäinen A-kohdan kysymys koski asiakkaan tärkeintä arvoa. Työntekijän tyyli esittää kysymys oli myötäilevä ja empaattinen. Arvokeskustelussa edettiin kohti käytäntöä kysymällä, miten arvot näkyvät asiakkaan elämässä. Vastauksen saatuaan työntekijä kysyi, kuuluuko asiakkaan arvoihin ihmissuhteita. Kysymys ihmissuhteista voisi kuulua mallin U-kohtaan, joka käsittelee ulkopuolista tukea. Tämän jälkeen työntekijä vei keskustelun hengellisiin asioihin seuraavan kysymyksen kautta:

> *Joo. Mites toi, ku tässä on nyt näitä hengellisiä, hengellisä asioita kartotetaan niin, onko sulla uskoa tämmöseen korkeampaan voimaan tai Jumalaan tai vai minkälainen ajatus sulla on?*

Työntekijä vei keskustelun asiakkaan käsityksiin kuoleman jälkeisestä elämästä, jonka jälkeen keskustelu siirtyi mallin U- kohtaan.

> *joo. Entäs tommonen, niinku useasti voida, voidaan kysyä, että niin tuota mitä ajattelet kuoleman jälkeisestä elämästä?*

Seuraavaksi työntekijä siirtyi käsittelemään AVAUS-mallin neljättä eli U- kohtaa. Työntekijä kysyi, kokiko asiakas tarpeelliseksi, että A-klinikalla kartoitettaisiin hengellisiä tarpeita ja ohjattaisiin tarvittaessa myös eteenpäin, mikäli A-klinikan tarjoama tuki hengellisissä kysymyksissä ei riitä.

> *A-klinikalla annetaan tämmöstä keskusteluapua monenkinlaisissa ja kaikenkinlaisissa asioissa, niin koetko sinä tarpeellisena, että täällä myös niinku kysyttäs tämmösistä hengellisistä tarpeista. Ja mahdollisesti ohjattais eteenkäsin, että mistä voisi saada apua, jos tämä apu, mitä minä voin antaa, sinulle ei riitä*

Asiakas ei halunnut ohjausta tai minkään hengellisen instituution tai yhteisön yhteystietoja. Työntekijä tarjosi ensisijaisesti Evankelis-luterilaisen kirkon papin puhelinnumeroa, vaikka ottikin huomioon myös muut uskonnolliset instituutiot.
Saatuaan kielteisen vastauksen ulkopuolisen tuen tarpeeseen, työntekijä otti puheeksi vielä auttavan puhelimen. Hän kertoi, että sieltä saa kriisiapua elämän eri kriiseihin.

> *kyllä kyllä. Ja, ja onhan niitä tämmösiäh auttavia puhelimia myös, johon voi soittaa*

Keskustelun tunnelma pysyi asiallisena ja työntekijä kevensi tunnelmaa huumorilla. Tämän jälkeen työntekijä kysyi asiakkaalta suoraan, onko hänellä jokin ulkopuolinen taho, johon työntekijä voisi olla yhteydessä hoitojaksoon liittyvissä asioissa.

> *Tuleeks sulle mieleen mitään semmosta tahoa, ulkopuolista tahoa missä mä voisin auttaa, että oltais yhteydessä?*

Vastauksen saatuaan työntekijä siirtyi AVAUS-mallin toiseen A-kohtaan. Hän kysyi, miten arvot näkyivät asiakkaan arkielämässä. Hän tarkensi kysymystään, ja tästä seurasi keskustelua.

> *Joo… No entäs toi, tommonen kysymys, että miten sä kuvaisit tätä ku sä mainitsit tämän, nämä arvot* […] *niin miten ne sun mielestä näkyy sun arkipäivässä*

Tämän jälkeen työntekijä esitti kysymyksen, jota AVAUS-mallissa ei ole, mutta jonka työntekijä perusteli sillä, että keskusteluympäristö on A-klinikka. Hän kysyi asiakkaan päihteiden käytöstä.

Viimeisenä kokonaisuutena työntekijä siirtyi AVAUS-mallin V-kohtaan kartoittamalla asiakkaan voimavaroja

> *Mitkä asiat ohjaa sua eteenpäin elämässä ja tuo sinulle hyvinvointia?*

Keskustelun kuluessa työntekijä vielä herätteli asiakasta nimeämällä lisää arvoja hänelle:

> *Mutta sehän on arvo myös tämä opiskelu. Voimavara*.

Tähän asiakas kommentoi työntekijän ajatusta uusista voimavaroista omalta kannaltaan, minkä jälkeen keskustelun johtajan lopetti havaintoesityksen.

Havaintoesityksessä näkyi työntekijän luova ote AVAUS-mallista. Mallin eri kohdat eivät tulleet järjestelmällisesti ja työntekijä oli jättänyt AVAUS-mallista S-kohdan kokonaan pois. Tämän valossa meitä on jäänyt mietityttämään muutamat kommentit siitä, että AVAUS-malli olisi kankea ja tiukan strukturoitu.

Kommentointi aiheesta jäi lyhyeksi, mutta muutamia kommentteja työntekijät tilanteesta esittivät. Mukaan tuli myös muutama muisto pilottijaksolta. Havaintoesitystä arvioitiin ylinäytellyksi. Lomakkeen käytön muisteltiin aiheuttaneen alussa vähän jäykkää tunnelmaa.

> *Vähän muutti (*tarkoitti, että tutkimuksellinen asetelma, jossa käytettiin lomaketta muutti tilannetta jäykäksi*). Mutta mä luulen, että ihan hyvin meni tuo näytelty tilanne. Mä mietin, että se miten siitä jatko, sitten kun se oli se allekirjoitus suostumus saatu. Siitä kyllä sitten lähti. Asiakas oli siinä kyllä aika ratkaiseva.*

Työntekijän mukaan jännitys helpotti, kun muodollisuudet oli käyty AVAUS-keskustelun alussa. Sama työntekijä vielä jatkoi:

> *Eli sitten siitä…Se ei ollut enää kauheen rutiinin omaista. Että se oli aika hyväkin molemmilla se loppu osa. Se alku oli ehkä vähän kankee.*

Toinen työntekijä muisteli, että hänellä oli ollut samantapainen tunne, kun asiakas oli antanut suostumuksen.

> *Ne oli vähän niin kuin että mitä nyt tapahtuu, mitä sä nyt rupeet kysymään.*

7.3 AVAUS-mallin soveltuvuus A-klinikalle

Halusimme kartoittaa AVAUS-mallin soveltuvuutta hengellisten ja vakaumuksellisten tarpeiden kartoittamisessa päihdeasiakkaiden hoitokeskusteluissa. Olemme nostaneet tähän kappaleeseen työntekijöiden näkemykset siitä, miltä osin AVAUS-malli soveltui käytettäväksi A-klinikalle.

Yksi työntekijä katsoi, että AVAUS-malli toi uutena kokonaisena keskustelualueena vakaumusaiheen Kirkkonummen A-klinikalle. Työntekijä pohti, että voisi välillä alkaa kysyä asiakkailta heidän vakaumuksiaan tämän jakson jälkeen.

> *Mä puhuin vakaumuksesta,* […] niin *kuitenki se oli varmaan se tuntemattomin polku noista teemoista. Melkein kaikesta muusta mä enemmän tai vähemmän keskustelen ja arvoista hyvinkin paljon ja voimavaroista ja tuesta ja kaikesta muusta mut se niinku se oma vakaumus on semmonen, joka jää aika…et siihen ei tuu itekkään kiinnitettyy huomiota, et sitä voi välil kysästä, et mikä on sun vakaumus.*

Kaksi työntekijää oli sitä mieltä, että AVAUS-malli oli kokonaisvaltainen työskentelyväline, joka laajensi työntekijän mahdollisuuksia asiakaskeskusteluissa.

> *ehkä vähän niinku samantapanen asia, mitä toinenkin työntekijä sano, tuo kokonaisvaltaisuus, että tämä anto pohjan semmoselle laajemmalle keskustelulle. koska tässä oli niinku kaikkea eri otsikkoja, kaikki nää voimavarat, arvot ynnä muut. Niin se niinku laajensi tavallaan sitä mitä yleensä niinku keskustelee, sanotaan, että syvensi sitä keskustelu aluetta*

Osa työyhteisöstä koki AVAUS-mallin hyvänä työkaluna. Yksi työntekijä kertoi, että kaikki asiakkaat, joiden kanssa hän kävi AVAUS-keskustelun, sanoivat, etteivät he olleet aiemmin miettineet omaa vakaumustaan. Sama työntekijä piti tätä konkreettisena osoituksena siitä, että AVAUS-malli toimii hyvin. Hän piti myös mallin kysymyksiä hyvinä ja katsoi, että vakaumukset sinänsä saavat olla mitä tahansa. Tärkeintä on, että asiakas tiedostaa omat vakaumuksensa. Toisen työntekijän mielestä AVAUS-malli antoi hyvät edellytykset keskustella asiakkaan kanssa laajasti AVAUS-mallin aihealueista.

> *Ne kysymykset oli hyviä kysymyksiä.* […] *Kaikki joiden kanssa mä tein sen, ne oli niinku mun mielestä vähän sitä mieltä, että mä en oo tämmösiä asioita niinku miettinyt. Et mikä mun vakaumus on. Ja kaikki ne tuli siihen lopputulokseen, et he ei oo oikein koskaan miettinyt sitä ja silloin AVAUS-malli on mun mielestä tehnyt asiansa hirveän hyvin, kun asiakas mulle sanoo, et mä jään miettimään sitä.*
>
> *Sehän juttu saa olla loppukädessä ihan mikä vaan. Kuhan siitä tulee tavalla tai toiseksi tietoiseksi, että mikä se mun juttu on ja siihen tää kyl mun mielestä anto työvälineitä ja auttoi.*

Ja oli musta hirveen hyvä laajasti keskustella näistä asioista.

Neljä työntekijää piti AVAUS-mallia kehittämiskelpoisena. Yksi työntekijä koki mallin helpottavan hänen keskustelusisältöjä asiakkaan kanssa ja toisen mielestä se oli avaava.

kehittämiskelpoinen.

Voisin laittaa vaikka niitä keskusteluja, keskustelusisältöä helpottava […] kun täällä on näitä ajatuksia, joita voi käyttää

Avaava. Siis kyllä jotain uuttakin sain asiakkaasta.

Kaksi työntekijää kertoi, että AVAUS-malliin käytettyä aikaa täytyi rajata. Toisen työntekijän mukaan malli on luonteeltaan todella laaja ja siihen olisi saanut käytettyä useita tunteja halutessaan.

Toinen työntekijä puolestaan sanoi, että asiakas olisi mielellään jatkanut keskustelua AVAUS-mallin aiheista, mutta työntekijän resurssit tulivat vastaan.

Tuntu ensin, kun mä näin nämä lomakkeet, niin ajattelin, että voi kauheeta, kun tää on laaja. […] johan siinä, olisi voinut käyttää vaikka kaksi tuntia ja kolmekin Mutta sitä piti rajata kuitenkin tätä.

Mä luulen, että hän olisi vielä jatkanut. Minä lähdin sitten jo lopettelemaan sitä keskustelua.

Erään työntekijän mukaan AVAUS-mallista voisi käsitellä suurin piirtein yhden aihealueen kullakin asiakaskäyntikerralla.

Ja jos tätä työkaluna käyttäs, niin todellisuudessahan se toteutus niin, että yhdellä vastaanottokerralla ei tätä koko kokonaisuutta käytäisi edes läpi, vaan ehkä kolmella, neljällä, viidellä kerralla pikkuhiljaa.

AVAUS-keskusteluihin kuluneen ajan suhteesta käytössä oleviin resursseihin oltiin yksimielisiä yhtä lukuun ottamatta, joka ei osannut sanoa kantaansa. Tuloksena oli, ettei keskusteluihin kulunut liikaa aikaa ja ajankäyttö oli työntekijän hallittavissa.

> *Lari: Elikkä kukaan ei nyt näe, että tähän kuluisi liikaa aikaa?*
> D *No ei tietenkään, koska mä saan itse päättää, kauanko siihen menee aikaa. Ei tuo lappu päätä sitä.*

Seurantalomakkeiden perusteella aikaa AVAUS-keskusteluihin kului keskimäärin 28,7 min. Yleisimmäksi ajaksi työntekijät ilmoittivat 30 minuuttia per keskustelu. Myös aineistosta otettu mediaani on puoli tuntia. Vaihteluväli pisimmän keskustelun ja lyhimmän keskustelun välillä on 50 min. Pisimmillään keskusteluun kului tunti ja lyhimmillään keskustelu kesti 10 min. Viisitoista työntekijää seitsemästätoista oli vastannut tähän. Kaksi lomaketta oli jätetty tämän kysymyksen kohdalla tyhjiksi.

7.4 AVAUS-mallin soveltuvuuden haasteet

Tähän kappaleeseen olemme keränneet työntekijöiden näkökulmat siitä, mitä haasteita AVAUS-mallin käyttö toi työyhteisössä.

Yksi työntekijä koki AVAUS-mallin käytön hassuksi, sillä hän oli saanut kaikki samat tiedot asiakkaista jo ennen mallin käyttöä. Toisen työntekijän mielestä koko AVAUS-malli tuntui teennäiseltä sen rakenteellisen haastattelumenetelmän takia.

> *Nää asiat oli jo aiemmin tulleet esille, niin sikäli tuntu hassulta sitten nimenomaan tällä mallilla kysellä*
>
> *Tällainen aika formaalinen haastattelumetodi tuntuu jotenkin teennäiseltä*

Työntekijät olivat ilmeisen haluttomia käyttämään AVAUS-mallia sellaisten asiakkaiden kohdalla, joista he eivät tietäneet, miten asiakas reagoisi AVAUS-keskusteluun. Tähän voi olla syynä, ettei A-klinikalla ole vakaumuksellisista asioista juurikaan keskusteltu järjestelmällisesti.

> *Mulla kans nämä, josta täytin, tosiaan niin on pitkäaikaisia asiakkaita, […] Sanotaan sen pitkäaikaisen tuntemuksen perusteella helppokin tämä käydä läpi*

Joidenkin asiakkaiden kohdalla AVAUS-malli ei yksinkertaisesti toiminut. Yksi työntekijä kertoi esimerkkinsä siitä, kuinka hän oli käynyt seurantajakson aikana yhden ainoan AVAUS-keskustelun asiakkaan kanssa, joka ei pystynyt käsittelemään AVAUS-mallin sisältöjä. Syyksi tähän työntekijä sanoi, että asiakas oli niin pirstaleina ja romuna, ettei kyennyt käsittelemään abstrakteja asioita, joiden hahmottamiskykyä AVAUS-malli olisi asiakkaalta vaatinut. Työntekijän mukaan asiakas tarvitsi vahvat konkreettiset esimerkit, mutta nämä puuttuivat AVAUS-mallista. Työntekijä päätteli tämän keskustelun pohjalta, ettei AVAUS-malli luultavimmin sovellu suurimmalle osalle A-klinikan asiakkaista.

> *tämä minun haastattelemani ihminen oli aikalailla pirstaleina muutenkin. Hänen oli hyvin vaikee tällasia abstraktioita käsitellä, vaan hän niinku pyrkii konkretian kautta mieltämään omaa olemistaan ja elämistään. Tämmösen spirituaalisen kontekstin lisääminen siihen tuntu kyllä aika mahdottomalta. Se varmaan pätee aika useidenkin asiakkaiden kohdalla, että elämä on laitettu pirstaliksi ja ollaan muutenkin romuna niin siihen hengellisyyteen ja siihen spiritualisuuteen on hyvin vaikee tässä astua*

Kaksi työntekijää koki, ettei AVAUS-malli sovellu Kirkkonummen A-klinikalle. Heillä oli erilaiset perustelut tälle näkemykselle. Toisen työntekijän mielestä hengellisistä asioista keskusteleminen ei ylipäätään kuulu A-klinikalle ja sen pitäisi tapahtua jossain muualla, kuten kirkon tai jonkin muun uskonnollisen instituution yhteydessä. Hän perusteli näkemyksiään sillä, ettei hän itse usko mihinkään ja ei koe osaavansa puhua tai edes halua puhua hengellisistä asioista kenenkään kanssa tai ottaa ylipäätään kantaa kenenkään hengellisyyteen.

> *Hengellisistä asioista keskusteleminen ei kuulu A-klinikalle. Mä ohjaisin itse, koska en, en usko mihinkään. No sit ateismista on turha*

> *puhua mutta, kaikki uskonnolliset asiat ohjaisin niinku kirkon piiriin tai johonkin tällaseen. Et mä en osaa niistä puhua enkä halua ottaa mitään kantaa kenenkään hengellisyyteen tai muuhun.*

Toisen työntekijän mielestä AVAUS-mallia ei yksinkertaisesti tarvita, sillä asiakas tuo yleensä oma-aloitteisesti hengelliset tarpeensa esille, jos ne ovat hänelle tärkeitä. Hänen mielestään tämä tapahtuu useiden käyntikertojen yhteydessä ja ajan kanssa, kun asiakas ja työntekijä tulevat tutuiksi toisilleen. Tälle ajatukselle tuli myös esiin vastakkaista näkemystä, sillä osa työntekijöistä oli sitä mieltä, että asiakas tuo harvoin esille omaa vakaumustaan, ainakaan hoidon alkuvaiheessa. Esille tuli myös, että asiakkaat tuovat arvojaan ja vakaumustaan esiin vaihtelevasti.

> *Ja jos asiakkaalle hengellisyys, henkisyys merkitsee jotain, niin ne tavallaan niin kuin useampien käyntien myötä tulee myös sieltä esille, luontevasti. Ilman, että niitä, tarvitse erikseen lähteä kaivamaan. Käy ilmi, että* (asiakas) *käy seurakunnassa* […] *Mut ne tulee sitten ajan kanssa.*
>
> *Se on ehkä asiakkaastakin kiinni, että nää oli tullut ehkä sattumaltakin esille, ihan muiden asioiden kautta* […] *hengelliset ja vakaumukset ja arvo asiat.* […] *Voi olla että jonkun toisen kanssa olisi ollutkin ihan…Ei olisi asiat tulleet ehkä siinä vaiheessa esille.*
>
> *Ja harvempi meidän asiakas toisena, kolmantenakaan kertana avautuu siihen, mihin hän uskoo.*

7.5 Asiakkaiden suhtautuminen hengellisiin ja vakaumuksellisiin kysymyksiin sekä niiden kartoittamiseen

TAULUKKO 1. Asiakkaan arvio omista vakaumuksistaan sekä hänen kantansa työntekijän aloitteeseen hengellisten ja vakaumuksellisten asioiden puheeksi ottamiseen.

lomake	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Kyllä	9	9	9	9	10		7		10	8	8	9	8	10	9	8	9
Ei						1		7									

Ylin rivi ilmoittaa seurantalomakkeen järjestysnumeron. Saadut vastaukset näkyvät lomake-sarakkeen alla olevista sarakkeista. (Liite 2.) Solun numero kertoo, kuinka tärkeänä asiakas piti arvo- ja vakaumuksellisia kysymyksiä elämässään. Numeron sijainti Kyllä- tai Ei- rivillä kertoo, pitikö asiakas hyvänä työntekijän aloitetta hengellisten ja vakaumuksellisten asioiden puheeksi ottamiseksi.

Seurantalomakkeesta saimme huomata, että asiakkaiden uskonnollisuus ei korreloi välttämättä sen kanssa, kuinka paljon hän arvostaa vakaumus- ja arvokysymyksiä. Aineistosta käy ilmi, että monella asiakkaalla oli vakaumuksena jokin muu kuin uskonnollinen vakaumus. Siitä huolimatta asiakkaat ovat pitäneet arvo- ja vakaumuskysymyksiään tärkeinä elämässään. Asiakkaat ovat pitäneet myös hyvänä asiana työntekijöiden aloitetta puheeksi ottamisesta

TAULUKKO 2. Työntekijän arvio AVAUS-mallin soveltuvuudesta asiakkaalle sekä asiakkaan kanta työntekijän aloitteeseen hengellisten ja vakaumuksellisten asioiden puheeksi ottamiseen

lomake	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
kyllä	4	4	4	1	3		4		1	1	2	4	3	4	4	3	4
ei						1		2									

Taulukko kaksi kertoo työntekijöiden arviot kysymykseen, kuinka hyvin AVAUS-malli soveltui käytettäväksi asiakkaan kanssa. (Liite 2.) Numeron sijainti Kyllä- tai Ei- riville kertoo asiakkaan vastauksen kysymykseen, pitivätkö asiakkaat hyvänä työntekijöiden aloitetta hengellisten ja vakaumuksellisten asioiden puheeksi ottamiseksi.

Samaan aikaan, kun asiakas piti hyvänä työntekijän aloitetta hengellisten ja vakaumuksellisten tarpeiden puheeksi ottamista, työntekijän arvio mallin soveltuvuudesta asiakkaalle saattoi vaihdella merkittävästi. Toisaalta asiakkaan pitäessä huonona työntekijän aloitetta hengellisten ja vakaumuksellisten tarpeiden puheeksi ottamista, työntekijän arvioi, ettei AVAUS-malli sovi asiakkaan kanssa käytettäväksi.

7.6 Työntekijöiden ajatuksia AVAUS-mallin kehittämiseksi A-klinikalle sopivammaksi

Keskustelu AVAUS-mallin kehittämiksi oli hyvin vilkasta. Osa työntekijöistä kannatti mallin karsimista, mutta toisaalta maaliin ehdotettiin myös laajennuksia.

Kolme työntekijää kannatti AVAUS-mallin karsimista. Tarpeellisiksi koettiin vain kysymykset arvoista ja vakaumuksesta sekä arvio hengellisistä ja henkisistä tarpeista. Kolmas työntekijä ehdotti spiritualiteettia tukevan hoitotyön toimintojen poistamista, sillä hän katsoi sen sisältyvän jo mallin muihin aihe-alueisiin.

> *Mä ottasin näistä tasan kaks. Siis semmoseen ehkä erilliseen tarkasteluun: Arvot ja vakaumus ja arvio hengellisistä ja henkisistä tarpeista. Mä ottasin vaan ne. Koska voimavarat ja tämmöset ulkopuoliset tuet, ne tulee niin päivittäisessä duunissa.*
>
> *Kun mietin tuota spiritualiteettia tukevia hoitotyön toimintoja, että se jäis mun mielestä ainakin kokonaan pois, koska niitä asioitahan tulee tuossa nelosessa, ulkopuolinen tuki.*

Eräällä haastateltavalla mielestä AVAUS-malli voisi sisältää vielä aikaisempaa enemmän hengellisyyttä käsitteleviä kysymyksiä. Myös ajatuksia kuolemasta ja kuoleman jälkeisestä elämästä voitaisiin käsitellä. Hänen mukaansa A-klinikan asiakkaiden elämä on hengenvaarallista.

> *Ja ehkä se, että tää hengellisyys..tää ei niinku niin vahvasti noussut niinku tämän seurantalomakkeen pohjalta. Että ehkä vielä enempi vois olla siihen liittyviä kysymyksiä.*
>
> *Vielä tuli tää, koska moni ihminenhän täällä on aikalailla, taikka kaikkikin me ollaan kuoleman edessä jossain vaiheessa. Varsinkin meidän asiakkaat, joilla on joku vakava sairaus, tullut tai yleensäkkin niinku juopottelee. Niin et se on hengenvaarallista, se elämä. Ni se, että joku hyvä kysymys voisi olla, että mitä ajattelee ihmiselle tapahtuvan, kun kuolee, että minkä laista ajatusta siihen liittyy. Semmosta ehkä vois tässä, näissä käsitellä.*

AVAUS-mallin taustalla vaikuttavassa HOPE-mallissa kuolemaa käsitellään. Näin menetellen AVAUS-malli muodostuisi enemmän ulkomaisten mallien mukaiseksi. Myös näille kysymyksille voisi olla oma kohta Suomalaisessa mallissa.

> *Vielä tuli tää, koska moni ihminenhän täällä on aikalailla, taikka kaikkikin me ollaan kuoleman edessä jossain vaiheessa. Varsinkin meidän asiakkaat, joilla on joku vakava sairaus tullut, tai yleensäkkin niinku juopottelee, niin, et se on hengenvaarallista se elämä, ni, se, että joku hyvä kysymys voisi olla, että mitä ajattelee ihmiselle tapahtuvan, kun kuolee, että minkä laista ajatusta siihen liittyy, että semmosta ehkä vois tässä, näissä käsitellä.*

Sama työntekijä painotti hengellisen ulottuvuuden kartoittamisen tärkeyttä AVAUS-keskustelulla. Hänen mukaansa hengellinen ulottuvuus voi antaa voimavaroja ja lohtua vaikeisiin elämäntilanteisiin. Esimerkkinä tästä hän nosti esille asiakkaan mahdolliset positiiviset kokemukset kirkossa käymisestä tai lapsuudessa syntyneestä rukousyhteydestä.

> *Se oli musta hyvä kysymys, että mistä ihminen saa lohtua vaikeissa elämän tilanteissa. Se on hyvä kysymys ja justiinsa tuo ehkä sitten voisi liittyä semmoiseen hengelliseen alueeseen. Onko ihmisellä vaikka lapsuudessa ollut tämmöstä rukousyhteyttä ja onko uskoa siihen, että se auttaa ja sillä lailla saa kontaktin tuonne ylöspäin? Vai onko sitten, että käy pyhänä kirkossa tai jotakin tämmöstä. Onko tämmösiä perinteisiä tapoja, jotka voivat antaa helpotusta ja lohtua.*

Kolme työntekijää nosti esille ajatuksen, että työntekijän on tärkeä arvioida otollinen ajankohta AVAUS-keskustelun käymiselle. Yksi näistä esitti myös ajatuksen, että AVAUS-keskustelu olisi hyvä käydä valikoidusti sellaisten asiakkaiden kanssa, jotka työntekijän arvion mukaan siitä hyötyvät. Rutiininomaisen AVAUS-mallin käytön kaikkien asiakkaiden kanssa hän torjui jyrkästi.

> *Enkä lähtisi rutiininomaisesti missään nimessä kaikilta. En missän tapaukssa. Se voisi olla työvälineenä, niin kuin kollegani sanoi, saatetaan käyttää hyvinkin paljon näitä jo ilman plankettejakin, mutta se voisi olla siellä, että okei, että voinhan mä nyt näitä käydä tänään, ohjenuorana, mutta… ei missään nimessä rutiininomaisena plankettina lähtisi.*

> *Ite meinasin just laittaa tohon sit sen oikea-aikaisuuden tavallaan niinku tässä, et missä vaiheessa näitä asioita käsittelee sen asiakkaan kanssa.*

Mitään yleispätevää ohjesääntöä oikealle ajankohdalle ei katsottu voitavan asettaa, vaan työntekijän pitäisi arvioida sopiva ajankohta oman ja asiakastuntemuksensa perusteella.

Kahden haastateltavan mielestä AVAUS-mallin käytön pitäisi olla luontevan epämuodollista. Yksi haastateltava sanoi, että työntekijän käyttämän kielen tulisi olla hänen suuhunsa sopivaa ja hänen käyttämänsä termistön hänelle luonteenomaista, muuten lopputulos on jäykkä.

> *Luontevan epämuodollisen. Eli työntekijä itse arvioisi milloin lähestytään jotakin asiaa.*

> *ne ei ole kollegani suuhun sopivia. Sieltä ei tullut hänen kieltänsä, sieltä tuli suoraan luettuna mitä siellä lukee, joka tekee siitä semmoisen jäykän ja jähmeän.*

> *Emmä kyllä lähtis mitään ohjeistusta sille ajan pohjalle. Kyllä se juuri näin on, että työntekijä ja asiakkaasta riippuen me, siinä se syntyy sitten.*

Edelleen työntekijän pitäisi kahden haastateltavamme mukaan valita ja muotoilla AVAUS-keskustelun kysymykset yksilöllisesti ottamalla huomioon asiakkaan ongelmat ja muu tausta.

> *Ja tietysti se yksilöllisyys, että kuka siinä istuu mun edessä, että onko se vaikka kahdeksan kymppinen mies, vai onko se joku kolmekymppinen nuori nainen, perheen äiti ja mitä hän käyttää, käyttääkö hän alkoholia vai käyttääkö hän huumeita tai sekä että vai onko hänellä jokin peli ongelma. Että kuitenkin meillä käy niin monenlaista ihmistä ja myös omaisia käy, että sillai yksilöllisesti miettiä, että mikä sopii millekin. Mitkä kysymykset ja ajatukset.*

Neljä työntekijää oli sitä mieltä, että AVAUS-mallia tulisi käyttää vain sellaisten asiakkaiden kanssa, joilla on pitkäaikainen hoitosuhde. Tätä perusteltiin sillä, että asiakkaan aiempi tuntemus tekee AVAUS-keskustelujen käymisen helpoksi. Il-

man pitkäaikaista hoitosuhdetta AVAUS-mallin keskustelunaiheet jäävät irrallisiksi saarekkeiksi. Yksi työntekijöistä kuitenkin mainitsi keskustelun, jossa ei ollut saanut asiakkaasta mitään uutta tietoa mallin avulla. Tästä voisi päätellä, että hengellisistä ja henkisistä asioista keskustellaan joissakin määrin myös A-klinikalla.

> *Jos tämmöstä, tämmöstä osaa haastattelua haluaa integroida, niin sen täytyy olla kyllä jollakin tapaa tuttu sen asiakkaan jo valmiiksi. Muuten se tulee vähän niinku sellasena irrallisena saarekkeena.*

> *nää asiat oli tulleet jo esille aiemmissa keskusteluissa. Sikäli ei mitään uutta ja ihmeellistä*

Eräs työntekijä ehdotti, että arvoja voisi kartoittaa hoitojakson alussa ja uudestaan päihteiden käytön jäätyä pois. Siten asiakas voisi verrata hoidon alussa nimeämiänsä arvoja myöhemmin hoitojaksolla esittämiinsä arvoihin ja käyttää näitä voimavarana raittiudessa tai retkahduksen varalta.

> *Ehkä niin kuin. Mä ite, jos arvoista puhun, niin miettisin sitäkin, että millä tavalla ne arvot muuttuu, kun se päihde on elämässä ja kun se ei ole elämässä. Jos mietitään, että asiakas tulee hoitoon ja siiten kysyis sitä sillon, mitkä sun arvot on ja se voi olla vaikka päihde. Mutta sitten myöhemmin, kun se vaikka raitistuu, niin sitten voi ollakin vaikka perhe ja sitten miettiin, että mitä tää sun retkahdus vaikuttaa sun arvoon sun elämässä*

7.7 Yhteenveto tuloksista

Työntekijät arvioivat pilottijakson pituutta ja sitä, kuinka luotettavasti viikon mittainen jakso antoi tietoa AVAUS-mallin soveltuvuudesta. Heidän johtopäätöksensä oli, että jakso oli liian lyhyt. Osa työntekijöistä arvioi käyneensä liian vähän AVAUS-keskusteluja. Keskustelujen ilmapiiri oli pääasiassa hyvä ja luonteva. Joukkoon mahtui muutama huonommin sujunut keskustelu, jossa asiakas oli mennyt lukkoon. AVAUS-keskustelut herättivät työntekijöissä ja asiakkaissa pohdintoja hengellisyydestä ja vakaumuksista. Asiakkaiden vakaumukset vaihtelivat, eikä uskoa Jumalaan löytynyt kovinkaan usein. Sen sijaan asiakkailla oli muita

vakaumuksia, kuten toisten ihmisten kunnioittaminen. Työntekijän omalla vakaumuksella näyttää olevan merkitystä AVAUS-keskustelun sisältöihin.

Pääasiassa AVAUS-malli koettiin hyväksi puheeksi ottamisen työkaluksi, joka soveltuu A-klinikalle. AVAUS-malli laajensi työntekijöiden ja asiakkaiden ajattelumaailmaa ja toi hengelliset ja vakaumukselliset asiat uutena keskustelun aiheina A-klinikalle. AVAUS-mallin käytön ei koettu vievän liikaa työpisteen resursseja.

AVAUS-mallin käyttö toi osalle työntekijöille paineita ja sitä ei haluttu käyttää uusien asiakkaiden kanssa. Toisaalta AVAUS-mallin käyttö tutuille asiakkaille toi sellaisia tuloksia, ettei AVAUS-malli antanut paljon uutta tietoa asiakkaasta. Joissakin tapauksissa asiakkaan huono henkinen kunto tai elämäntilanne on ollut esteenä AVAUS-mallin käytölle.

AVAUS-malliin toivottiin lisää hengellisyyttä ja kuolemaa käsitteleviä kysymyksiä. Työntekijät katsoivat, että AVAUS-mallia tulisi käyttää joustavasti siitä hyötyville asiakkaille eikä rutiininomaisesti kaikille. Työntekijä arvioisi kunkin asiakkaan kohdalla AVAUS-mallin soveltuvuuden asiakkaalle. Tämä edellyttää pitkäaikaista hoitosuhdetta ja sitä, ettei asiakas ole päihtynyt. Työntekijät katsoivat, että AVAUS-malli pitäisi pitää mahdollisimman epämuodollisena työkaluna, jossa työntekijä itse muotoilee AVAUS-keskustelun sisällön asiakkaalle sopivaksi yksilöllisesti.

8 POHDINTA

Kokemuksiin pilottijaksosta on selkeästi vaikuttanut kaksi seikkaa, jotka selvisivät fokusryhmähaastattelun aikana: Ensiksi Valmiita lomakkeisiin pohjautuvia keskustelumenetelmiä ei ole aikaisemmin paljoakaan käytetty Kirkkonummen A-klinikalla. Työntekijät kuitenkin tunsivat useita menetelmiä, kuten avoimet kysymykset, AUDIT kyselylomakkeen ja motivoivan haastattelun. Yleinen työskentelytapa oli yhdistellä eri menetelmien sisältöjä joustavasti keskenään. Yksi työntekijä kertoi tulleensa tietoisemmaksi motivoivan haastattelun sisällöistä nähtyään sen lomakkeella.

> *Meistä tietysti jokainenkin on tutustunut useisiinkin strukturoidun haastattelun malleihin, mut kyllähän se niin kuin oman pään sisällä sitten integroituu joksikin semmoiseksi sopivaksi sillisalaatiksi, mikä milloinkin toimii asiakkaan kanssa.*

Toiseksi Työntekijät pitivät seurantalomaketta AVAUS-mallina (ks. s. 32). Tämä käsitys tuli esille monessa kohdassa fokusryhmähaastattelua. AVAUS-mallilla ei ole virallista kaavaketta vaikka sille on hahmoteltu selkeästi keskustelualueet (Karvinen 2010, 4-6). Työntekijöiden kommenteista saimme uusia ajatuksia AVAUS-mallin käyttötarkoituksesta. Tämä on mielestämme opinnäytetyömme yksi keskeisimmistä tuloksista. Kahdeksastatoista asiakkaasta seitsemäntoista halusi osallistua AVAUS-keskusteluun, mikä osoittaa, että asiakkaat suhtautuvat myönteisesti hengellisten ja vakaumuksellisten asioiden puheeksi ottamiseen ja saattavat jopa kaivata sitä.

Puheeksi ottamis- ja kartoituskulttuurista A-klinikalla yksi työntekijä kertoi, että anamneesit kartoitetaan asiakkailta usean käyntikerran aikana. Kolmen työntekijän mukaan AVAUS-mallin sisältämiä aihealueita on käsitelty jo aikaisemmin asiakkaiden kanssa. Ainakin ulkopuolisesta tuesta ja voimavaroista on puhuttu. Tämä viittaa siihen, että A-klinikalla on kartoitettu asiakkaille tärkeitä asioita kokonaisvaltaisesti.

> *Niinhän ylipäätään anamneettiset tiedot kartoitetaan asiakkaalta, ei ne kerralla tuu, vaan se edellyttää monta käyntiä.*

> *ja nää asiat oli tulleet jo esille aiemmissa keskusteluissa. Sikäli ei mitään uutta ja ihmeellistä.*

Katsomme, että fokusryhmähaastattelussa annettu havaintoesitys antaa hyvän yksittäisen esimerkin siitä, miten työntekijät ovat käyttäneet AVAUS-mallia pilottijakson aikana. Havaintoesityksestä käy ilmi, että työntekijä käyttää AVAUS-mallia joustavasti ja vaihtelee keskustelun eri osa-alueita sekä jätti yhden keskusteluosa-alueen käymättä. Havaintoesitys hyödyttää lukijaa, joka on kiinnostunut itse kokeilemaan AVAUS-mallia, sillä esityksessä on valmis ehdotus AVAUS-mallin käytölle. Tämä onkin rohkaiseva esimerkki luovasta menetelmien käyttötavasta, jossa on kiinnitetty huomiota myös keskustelun ilmapiiriin. Havaintoesitystä seuranneessa keskustelussa nousi esiin muutamia muistoja pilottijakson keskustelukokemuksista, jotka kenties muuten olisivat jääneet kertomatta.

Esitimme seurantalomakkeessa väitteen: AVAUS-malli soveltui käytettäväksi tämän asiakkaan kanssa. Väite esitettiin alun perin sen takia, että lukemassamme teoriassa oli aiemmin esittelemämme oletus siitä, että AVAUS-malli soveltuisi käytettäväksi kaikkien asiakkaiden kanssa. Nyt Kirkkonummen A-klinikalla mallia ei ollut käytetty sillä tavalla, kuin teoriassa on esitetty sitä käytettäväksi. (Karvinen 2010 4–6.) Tästä johtuen soveltuvuuden kysyminen teoriaan peilaten ei onnistunut. Kirkkonummella käyttötapa on ollut enemmän keskustelutyökalu, jolla on pyritty aktivoimaan henkilöä ajattelemaan arvojaan ja vakaumuksiaan ja saamaan niistä voimavaroja. Se on myös pitänyt sisällään ajatuksen, että ne mahdollisesti muuttuvat käyntien aikana. Alkuperäinen ajatus oli, että henkilöllä on arvoja ja vakaumuksia, jotka ovat voimavaroja hoidossa, jos ne tuodaan osaksi hoitoa. Alkuperäisessä teoriassa työntekijä ei siis aktivoi vaan ainoastaan kartoittaa asiakkaan arvoja tai vakaumuksia.

Fokusryhmähaastattelua analysoidessamme meille selvisi, mitkä kysymykset olivat tärkeitä ja mielekkäitä. Haastattelussa niukaksi aihealueeksi jäi keskustelu, kuinka paljon AVAUS-keskustelut antoivat uutta tietoa työntekijöille. Työntekijät tunsivat AVAUS-keskusteluihin osallistuneet asiakkaat, mikä ilmeisesti vaikutti siten, että monissa tapauksissa työntekijät kokivat, etteivät saaneet uutta tietoa asiakkaasta.

8.1 Eettisyys

Työssämme käsittelemme eettisiä kysymyksiä kahdesta näkökulmasta. Tarkastelemme toteutusta tieteessä vallitsevien eettisten periaatteiden valossa ja tarkastelemme terveysalan tutkimuksen eettisiä periaatteita. Tieteen tarkoitus on luotettavan tiedon tuottaminen. (Pietarinen 2002, 58.)

Terveydenhoitoalalla on omat tutkimusta ohjaavat eettiset periaatteet, joista kuuluisin on Nurnbergin säädäntö. Se rakentuu kuudesta kohdasta. Kokeeseen osallistuvalta on saatava vapaaehtoinen suostumus, tutkimuksesta on saatava hyötyä yhteiskunnalle, tutkimuksen on oltava oikeutettu aiempien tutkimusten perusteella, tarpeetonta kärsimystä on vältettävä, vammautumisen ja kuoleman riski on suljettava pois, koe on voitava lopettaa missä tahansa vaiheessa ja tutkimuksesta vastaavien henkilöiden tulee olla tieteellisesti päteviä. (Kylmä & Juvakka 2007,138.)

Tutkimusta ohjaa myös laki, jota ei voida ohittaa eettisten lausumien perusteella. Laki on otettava huomioon eettisten ohjeiden rinnalla. (Kylmä & Juvakka 2007, 139.) Olemme ottaneet huomioon työtä tehdessämme seuraavat lait. Henkilötietolaki (523/1999), laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (986/1999) sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) kaikkien näiden lakien pohjana toimii Suomen perustuslaki (731/1999).

Sovimme työyhteisön kanssa Seurantalomakkeen käytöstä. Olemme pyrkineet kriittisyyteen ja objektiivisuuteen. Olemme välttäneet vilppiä. Emme ole jälkikäteen kaunistelleet saamiemme tulosten ja tutkimusasetelmamme suhdetta, vaan olemme tuoneet työssämme esille havaintojamme silloinkin, kun alkuperäiset ajatuksemme ja tarkoituksemme eivät ole toteutuneet tuloksissa. Olemme noudattaneet varovaisuutta, jotta hallussamme oleva tutkimusaineisto säilyy salaisena ja Kenenkään työntekijän tai asiakkaan identiteetti ei selviä työstämme.

Eettiset kysymykset ovat keskeisessä osassa fokusryhmähaastattelun ympärillä. Menetelmän luonne on yleensä läheinen vuorovaikutussuhde tutkijan ja osallistujien välillä. Tähän kuuluu menetelmän arvaamattomuus, jossa keskustelu voi lähteä ennakoimattomille raiteille. Menetelmän eettiset periaatteet tähtäävät siihen, ettei tutkija tai tutkimusprosessi vahingoita osallistujia. (Liamputtong 2011, 25.)

Fokusryhmähaastattelun eettinen kestävyys muodostuu kahdesta osa-alueesta. Ensimmäinen on osallistujien identiteetin salaaminen. Kun osallistujat paljastavat heidän elämästään jotain sellaista, jota he eivät muuten paljastaisi tutkijoille, täytyy heidän varmistua siitä, että heidän identiteetti on suojattu. Ongelmaksi muodostuu se, että yksittäisen osallistujan ja tutkijan lisäksi mukana on monta osallistujaa. Lopulta tutkija ei voi täysin taata, että kaikki keskustelusisällöt pysyvät tutkimustilanteissa. Tämän takia fokusryhmähaastattelut tulisi aloittaa pelisääntöjen sopimisella, jossa kaikki osallistujat sopivat siitä, että keskustelunaiheet eivät lähde ryhmän ulkopuolelle. (Liamputtong 2011, 25–26.)

Toinen eettiseen kestävyyteen liittyvä osa-alue on se, että osallistujat saattavat paljastaa elämästään tai itsestään tarkkoja kuvauksia, jotka voivat haavoittaa heitä väärin käytettynä. Vaikka osallistujien identifiointi olisi häivytetty onnistuneesti, voi osallistuja katua jälkikäteen sitä, mitä on sanonut fokusryhmähaastattelussa. Osallistujien vahingoittuminen tutkimuksen myötä on eettisesti kestämättömintä toimintaa. Tämä takia keskustelua ennen tulisi ohjeistaa osallistujia sanomaan vain sen verran itsestään ja tilanteestaan kuin on tarpeen. (Liamputtong 2011, 26.)

8.2 Luotettavuus

Kun laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan objektiivisuutta ja sen ongelmia on totuuskysymyksen lisäksi erotettava toisistaan havaintojen luotettavuus ja niiden puolueettomuus. Puolueettomuuskysymykset nousevat esille tutkijan motiiveissa, pyrkiikö hän ymmärtämään ja kuulemaan tiedonantajia ja lähteitään sel-

laisenaan vai suodattuuko tiedonantajan ja lähteen kertomus tutkijan oman kehyksen läpi siitä mitä hän kuulee ja näkee. Esimerkkinä tutkijan omasta kehyksestä voi olla hänen sukupuoli, ikä, uskonto, poliittinen vakaumus, kansalaisuus tai virkamiesasema. Laadullisessa tutkimuksessa myönnetään periaatteessa, että suodattumista tapahtuu väistämättä jonkin verran, sillä tutkija on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135–136)

Lopullisessa opinnäytetyössämme lomakkeesta saamamme tieto osoittautui osin hyödylliseksi, mutta osan lomakkeen antamasta tiedosta päätimme hylätä. Olemme hylänneet työntekijöiden muistiinpanot AVAUS-keskustelujen sisällöistä, sillä ne eivät sisälly tutkimuskysymystemme asetteluun. Emme lopulta muodostaneet myöskään mitään luokkia opinnäytetyötutkimukseemme osallistuneista asiakkaista seuranta-aineiston jäätyä kahdeksaantoista. Muutenkaan emme käyttäneet kaikkia määrällisistä mittareista saamillemme tuloksille sillä aineisto oli pieni. Tilastollisia menetelmiä suositellaan käytettäväksi, mikäli aineisto on vähintään sadan kappaleen suuruinen. (Vilkka, 2007, 17).

Vaikka olimme tiedostaneet sen tosiasian, että ihminen muodostaa oman käsityksensä asioista, niin tutkimuksemme tulos yllätti meidät aluksi. Olimme muodostaneet itse selkeän käsityksen AVAUS-mallin olemuksesta ja käyttötavasta, sekä käyttötarkoituksesta opinnäytetyötä varten lukemamme teorian pohjalta. Tutkimuskysymykset olimme laatineet tämä käsitys mielessämme ja saatoimme jälkikäteen havaita oman käsityksemme näkymisen fokusryhmähaastattelun aikana esittämissämme välikommenteissa ja kysymysten asetteluissa. Haastattelun aikana ja haastatteluaineistoa analysoidessamme huomasimme, että A-klinikan työntekijöiden käsitys AVAUS-mallin käyttötavasta ja käyttötarkoituksesta poikkesi melkoisesti siitä, miten alun perin olimme asian itse ymmärtäneet. Syytä tälle voi miettiä. Emmekö olleet riittävän huolellisia asian esittämisessä ja tiedon jakamisessa? Kirjallisissa ohjeissa olimme pyrkineet erottamaan AVAUS-mallin ja seurantalomakkeen toisistaan. Olimme ohjeistaneet, että lomakkeen voi näyttää asiakkaalle, mutta sen tarkoitus on kerätä tietoa keskustelun aikana muistilapun tapaisesti. Se ei ole kyselylomake, joka voitaisiin sellaisenaan antaa asiakkaan täytettäväksi ilman AVAUS-keskustelua (Ks. sivu 24). Sanamuoto ei ollut

kenties riittävän yksiselitteinen ja on johtanut ajatukseen lomakkeen kiinteästä yhteydestä AVAUS-malliin.

Olisiko vielä yksi käyntikerta työyhteisössä voinut muuttaa työyhteisön käsitystä mallin käytöstä? Olisimmeko voineet kirjoittaa ohjeet selkeämmin kuin olimme tehneet? Yksi tekijä, joka nousee haastattelussa esille näyttää olleen laatimamme seurantalomakkeen käyttö keskusteluiden aikana. Voi olla, että työntekijät halusivat mennä AVAUS-mallin käytössä pidemmälle, kuin vain kartoittaa asiakkaiden vakaumuksia ja ottaa ne huomioon hoidon aikana. Ehkä työntekijöillä oli vilpitön halu muuttaa mallia sellaiseksi, joka palvelee A-klinikan asiakkaita parhaiten, kuntoutumiselle voisi löytyä vahvistava tekijä siitä, jos asiakas alkaisi etsiä omia arvojaan. Kenties niiden löytymisen myötä myös päihteiden käytön jatkaminen ei tuntuisi enää niin miellyttävältä.

8.3 Ammatillinen kasvu

Oppilaitoksemme yliopettaja Ikali Karvinen ehdotti meille AVAUS-mallia tutkimuksen aiheeksi. Mielestämme se oli kiinnostava ja sopivan haasteellinen opinnäytetyö ja tämän lisäksi se täytti erinomaisesti koulutuslinjamme vaatimukset. Saimme Karviselta sopivia taustalähteitä ja suuntaviivoja tutkimusmenetelmistä. Hän kertoi, että AVAUS-mallia on tutkittu vähän ja eniten sitä on tutkittu vanhusten hoitotyössä. Tämä sai meidät suuntaamaan oman opinnäytetyömme päihdetyöhön (Karvinen 2016).

Opinnäytetyön tekeminen on kehittänyt meidän asiantuntijuuttamme diakonisen hoitotyön tekijöinä. Olemme tutustuneet tarkasti AVAUS-malliin ja sen käyttömahdollisuuksiin päihdetyössä. Samalla olemme saaneet työvälineitä soveltaa AVAUS-mallia muualla hoitotyön kentällä. Ihmisten hengelliset ja vakaumukselliset asiat kulkevat heidän mukanaan hoitoyksikköön ja AVAUS-malli antaa hyvin välineitä kohdata näitä ihmiselämän ulottuvuuksia. Opinnäytetyö on vahvistanut sairaanhoitaja diakonissan identiteetin muodostumista ja tulee näkymään tulevassa ammatin harjoittamisessamme.

Olemme oppineet tämän työn aikana työyhteisön kehittämisen taitoja. Työ on auttanut hahmottamaan, miten uusia menetelmiä voidaan tuoda työyhteisöön onnistuneesti. Samalla opinnäytetyö on muistuttanut selkeän kommunikoinnin merkityksestä ja siitä, ettei mitään asioita saa pitää itsestään selvänä, kun kyse on kehittämisestä ja uusien asioiden läpikäymisestä.

Tutkimus ja kehittäminen ovat kiinteä osa jokaista työyhteisöä. Tämä opinnäytetyö on antanut meille valmiuksia analysoida ja tehdä työelämälähtöisiä tutkimuksia. Samalla meidän omat valmiudet ja kyvyt toteuttaa erilaisia kehittämisprojekteja on kasvanut. Erityisesti paineensietokyky ja aikataulujen sovittaminen työn edistämiseksi ovat olleet arvokkaita oppisen kokemuksia tämän työn osalta.

8.4 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset

Toivomme, että AVAUS-malli jäisi osaksi Kirkkonummen A-klinikan työväline valikoimaa. Työntekijöiden vastauksista sai sellaisen kuvan, että AVAUS-mallia tullaan käyttämään jonkinlaisessa muodossa. Luultavimmin niin, että työntekijä arvioi AVAUS-mallin käytön tarpeen ja hyödyn asiakas kohtaisesti. Tämän lisäksi jotkut työntekijät sanoivat, että alkavat kartoittamaan asiakkaiden vakaumuskäsityksiä useammin.

AVAUS-malli osoittautui kokonaisuudessaan soveltuvaksi A-klinikalle. Suurin osa asiakkaista pitivät hyvänä, että heidän arvo- ja vakaumusasioitaan kartoitetaan ja otetaan puheeksi. AVAUS-mallin keskustelualueet soveltuivat suunnilleen sellaisenaan A-klinikalle käytäviksi.

Mielenkiintoinen tutkimuksen aihe voisi olla tutkia sitä, miten yhteismitallisia asiakkaiden ja työntekijöiden näkemykset AVAUS-mallin käytön tarpeellisuudesta ja soveltuvuudesta ovat. Asiakkaalle ja työntekijälle esitetyt kysymykset pitäisivät olla yhteismitalliset, joka käytännössä tarkoittaisi sitä, että tutkimuksessa käytettäisiin samaa asteikkoa ja samaa sana muotoa kysymyksissä. Tutkija voisi miettiä, miten voisi varmistua siitä, että tutkittavat ovat ymmärtäneet AVAUS-mallin

tarkoituksen ja merkityksen samalla tavalla kuin tutkija itse on ne ymmärtänyt, jotta kysymykset ja niiden vastaukset keskustelisivat keskenään.

Olemme hylänneet seurantalomakkeisiin työntekijöiden kirjaamat muistiinpanot AVAUS-keskustelujen sisällöistä, sillä ne eivät sisälly tutkimuksemme ongelman asetteluun. Tämä voisi toki olla yksi seuraavista tutkimusaiheista: A-klinikan asiakkaiden arvomaailma ja maailmankatsomukset.

Jatkotutkimusta voitaisiin tehdä mahdollisesti määrällisesti tämän tutkimuksen esille nostamista puolista. Esimerkiksi voisi tutkia määrällisesti sitä, mitkä asiat lisäävät AVAUS-mallin soveltuvuutta ja mitkä asiat tuovat haasteita mallin soveltuvuudessa päihdeasiakkaalle.

Olimme ottaneet tarkasteluun myös asiakkaiden näkökulmia. Nämä jäivät kuitenkin pintapuoliseksi. Jatkona työllemme voisi olla laadullisen tutkimuksen tekeminen asiakkaiden näkemyksistä ja toiveista hengellisten ja vakaumuksellisten tarpeiden kartoittamisesta ja huomioimisesta.

LÄHTEET

Anandrajah, G & Hight, E. 2001. Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. American family physician 63 (1), 81–89.

Gothoni, Raili & Jantunen, Eila 2010. Käsitteitä ja käsityksiä diakoniatyöstä ja diakonisesta hoitotyöstä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Tampere: Diak

Hakkarainen, Pekka 2013. Huumeiden käyttö Suomessa. A-klinikkasäätiö. Viitattu 26.9.2016 http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/huumeet-laakkeet-ja-muut-paihdeaineet/huumeiden-kaytto-suomessa

Heinälä, Pekka 2015. Palveluita aikuisille. A-klinikkasäätiö. Viitattu 26.9.2016. http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/palveluita-aikuisille

Hirsijärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi Oy.

Karvinen, Ikali 2009. Henkinen ja hengellinen terveys – Etnografinen tutkimus Kendun sairaalan henkilökunnan ja potilaiden sekä Kendu Bayn kylän asukkaiden henkisen ja hengellisen terveyden käsityksistä. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Karvinen, Ikali 2010. AVAUS-mallilla selville potilaan uskon ja voiman lähteet. Syöpäsairaanhoitaja 2010 (3), 4–6.

Karvinen, Ikali 2012. Kivun henkiset ja hengelliset ulottuvuudet. Syöpäsairaanhoitaja 2/2012.

Karvinen, Ikali 2012. Kuinka kartoittaa asiakkaan ja potilaan henkisiä ja hengellisiä tarpeita? Teoksessa Ikali Karvinen; Jari Kylmä; Eero Ojanen; Juha Pentikäinen & Tuula Vaskilampi (toim.) Henki ja toivo hoitotyössä. Klaava media / Andalys Oy, kuinka kartoittaa asiakkaan ja potilaan henkisiä ja hengellisiä tarpeita.

Karvinen, Ikali 2016. Yliopettaja. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsinki. Henkilökohtainen tiedonanto 20.4.

Kettunen, Paavo 2013. Auttava kohtaaminen I. Sielunhoidon perusteet ja teologia. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Kirkkonummen kunta i.a. A-klinikka. Viitattu 17.8.2016. http://www.kirkkonummi.fi/prime_441.aspx

Kylmä & Juvakka 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita prima Oy.

Kääriäinen, Kimmo 2003. Uusi kansanomainen uskonnollisuus. Teoksessa Kimmo Kääriäinen, Kati Niemelä & Kimmo Ketola (toim.) Moderni kirkkokansa. Suomalaisten uskonnollisuus uudella vuosituhannella. Kirkon tutkimuskeskuksen julkaisuja 82. Jyväskylä: Gummerus Oy, 89–96.

Laitinen, Heleena & Karhe, Liisa 2000. Hyvän hoitotyön kirja. Helsinki: Tammi.

Liamputtong, Pranee 2011. Focus group methodology. Sage publications Ltd.

Lindqvist, Martti 1990. Auttajan varjo. pahuuden ja haavoittuvuuden ongelma ihmistyön etiikassa. Helsinki: Otava Oy.

Myllylä, Marjatta 2000. Näkökulmia diakoniasta ja hoitotyöstä, kohti diakoninen hoitotyö –käsitettä. Oulun yliopisto

Mäntyranta, Taina & Kaila, Minna 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. Duodecim 2008;124:1507–1513. Viitattu 13.9.2016 http://docplayer.fi/5615593-Fokusryhmahaastattelu-laadullisen-tutkimuksen-menetelmana-laaketieteessa.html

Niemelä, Pauli 2002. Diakonia ja ihmiskäsitys. Teoksessa Riitta Helosvuori; Esko Koskenvesa; Pauli Niemelä & Juhani Veikkola (toim.) Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja.

Noppari, Eija; Kiiltomäki, Aliisa & Pesonen, Arja 2007. Mielenterveystyö perusterveyden huollossa. Helsinki: Tammi Oy.

Päihdehuollon kehittämispäivä 2011. Kirkkonummen päihdehuollon kehittämispäivän ohjelma Elohovissa.

Päihdelinkki i.a. 2. Alkoholin käytön kartoitus. A-klinikkasäätiö. Viitattu 27.9.2016. http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tyontueksi/alkoholineuvonnan-opas/2-alkoholin-kayton-kartoitus

Raamattu. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kirkolliskokouksen vuonna 1992 käyttöön ottama suomennos. Helsinki. Kirjapaja

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere:

Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 13.2.2017 http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3.html

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 13.2.2017 http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_2_2.html

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 26.2.2017 www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html

Suomen evankelis-luterilainen kirkko i.a. Seurakunnat tilastoivat työtään. http://evl.fi/tietoa-kirkosta/tilastotietoa. Viitattu 22.2.2017

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi Oy.

Työpisteen arvo- ja toimintaohjeet 2013. Kirkkonummen A-klinikka.

Valopaasi, Mirjam 1996. Uskonnollisuus hoitotyön arjessa. Näkökulma hengelliseen hyvinvointiin ja pahoinvointiin. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Vilkka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi Oy.

Vilkka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa, määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi Oy.

Väisänen, Leena; Niemelä, Mika & Suua, Pirkko 2009. Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Österberg, Esa; Mäkelä, Pia & Seppä, Kaija 2013. Alkoholin käyttö Suomessa. A-klinikkasäätiö. Viitattu 26.9.2016 http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/alkoholinkaytto-suomessa

LIITE 1: Taustatietoa yhteistyötaholle AVAUS-mallista

TAUSTAA HENGELLISYYDEN MERKITYKSESTÄ HOITOTYÖSSÄ

Hengellisyyden ja uskon sekä terveyden välistä suhdetta on tutkittu jo jonkin verran useilla tieteenaloilla. Viitteitä ihmisen hengellisyyden, vakaumuksen ja henkisyyden sekä hoitovalintojen, hoitoon sitoutumisen ja hoidon tulosten välillä vallitsevasta yhteydestä on saatu. (Karvinen 2012, 12.) Amerikassa on 2000-luvun alussa tutkittu hengellisten voimavarojen yhteyttä terveyteen ja hyvinvointiin. Joukkotutkimus koskien köyhiä kodeistaan häädettyjä ikääntyneitä osoitti, että uskonnollisesti sitoutuneet selviytyivät kahden vuoden seurantajakson aikana tilanteesta eteenpäin kaksi kertaa niin todennäköisesti kuin uskonnollisesti sitoutumattomat. Merkittävin tutkimusmuuttuja mittasi uskonnosta saatavan voiman ja lohdun vaikutusta. Hengellinen terveys on ainakin joiltain osin myös arvioitavissa oleva terveyden osa-alue: Hengellinen hätä ja hengellinen kriisi ilmenevät, kun henkilö on kykenemätön löytämään lähteitä elämänsä merkitykselle, toivolle, rakkaudelle, rauhalle ja lohdulle eikä hänellä ole voimavaroja antavia tekijöitä. Kriisi voi ilmetä myös jos henkilön uskomukset eivät ole sopusoinnussa hänen elämässään tapahtuvien asioiden kanssa. Henkisellä hädällä voi olla haitallisia vaikutuksia ihmisen fyysiselle ja psyykkiselle terveydelle. (Anandrajah & Hight 2001, 81–89.)

AVAUS-malli

AVAUS on lyhenne hengellisen, henkisen, uskonnollisen ja vakaumuksellisen terveyden osa-alueiden alkukirjaimista. Näiden osa-alueiden sisältöä ja merkitystä potilaan elämässä pyritään mallilla selvittämään. Ensimmäinen A tulee sanoista Arvot ja vakaumus. V on voimavarat. Jälkimmäinen A käsittää arvion henkisistä ja hengellisistä terveystarpeista. U on ulkopuolinen tuki ja S spiritualiteettia tukevan hoitotyön toimenpiteet. Kuhunkin osa-alueeseen liittyy joukko kysymyksiä, joilla potilaalta kartoitetaan kyseistä osa-aluetta. (Karvinen 2010, 4-6.) Seuraavaksi esittelemme AVAUS-mallin kysymysteemat kirjain kerrallaan.

AVAUS-keskustelun kulku

A Arvot ja vakaumus: Arvoja ja vakaumusta koskeva keskustelu voidaan aloittaa kysymällä esimerkiksi seuraavia kysymyksiä: ”Minkälaiset arvot ovat elämässäsi tärkeitä?”, ”Onko sinulla jokin henkilökohtainen vakaumus”, ”Onko sinulla jokin uskonnollinen vakaumus/oletko mielestäsi uskonnollinen?”.

Potilaalle voidaan tarkentaa, että hän voi kuvata mitä tahansa tärkeäksi kokemaansa arvoa tai periaatettaan elämässään. Esimerkiksi luonnon merkitystä, ateistista maailmankatsomustaan, uskoa Jumalaan, kasvisruokailun merkitystä jne. Vielä voi asiakkaalta kysyä, jos se tuntuu aiempien vastausten valossa luontevalta: ”Miten näet päihteidenkäyttösi/elämäntilanteesi?”, ”Uskotko, että päihteiden käytölläsi/ elämäntilanteellasi voisi olla jokin yliluonnollinen merkitys” tai ”Miten näet päihteiden käyttösi/ elämäntilanteesi maailman katsomuksellisesti/hengelliseltä kannalta.”

V Voimavarat: Voimavarjoja koskevaan keskusteluun voidaan käyttää seuraavalaisia kysymyksiä: ”Minkälaiset asiat luovat sinulle lohtua vaikeissa tilanteissa?”, ”Millaisia voimavaroja sinulla on kohdatessasi vastoinkäymisiä?”, ”Mihin turvaudut kohdatessasi vastoinkäymisiä/murheita?”,

”Mitkä asiat auttavat sinua eteenpäin elämässäsi/tuottavat sinulle hyvinvointia?” Potilasta voidaan rohkaista kuvaamaan mitä tahansa, hänestä jopa merkityksettömältä tuntuvia voiman ja toivon lähteitä. Niitä voivat olla esimerkiksi: musiikin kuuntelu, kirjoittaminen, keskustelu, rukous, meditointi, lenkkeily tms.

A Arvio henkisistä ja hengellisistä tarpeista: Aloita keskustelu pyytämällä asiakasta arvioimaan asteikolla 0-10 sitä, kuinka tärkeänä hän pitää arvoja- ja vakaumusta koskevia asioita elämässään ja niiden huomioimista hoidon aikana. 0 = ”En pidä niitä tärkeinä” ja 10 = ”Pidän arvojani ja vakaumustani tärkeimpänä lähtökohtana elämässäni ja teen päätöksiä elämässäni omaamieni arvojen mukaisesti”. Jos asiakkaan vastaus on lähellä nollaa syy tähän saattaa esimerkiksi

olla siinä, että asiakas ei ajattele sellaisia kysymyksiä tai siitä, että asiakas ei tiedä, mikä hänelle on tärkeää. (Taustalla voi silti olla hengellinen tai elämänkatsomuksellinen kriisi tai kielteisiä kokemuksia hengellisyyden alueella). Jatka keskustelua ja pyydä asiakasta kuvaamaan mahdollisia hengellisiä, maailmankatsomuksellisia ja vakaumuksellisia tarpeita, joita hän toivoisi huomioitavan hoitonsa aikana. Asiakas voi myös kuvata, miten hänen vakaumuksensa näkyy arkipäivässä.

U Ulkopuolinen tuki: Ulkopuolinen tuki kattaa henkilöt ja yhteisöt, jotka ovat asiakkaalle merkityksellisiä ja voimavaroja antavia. Sellaisia voivat olla yksittäiset henkilöt, kuten ystävät ja perheen jäsenet. Yhteisöjä voivat olla uskonnolliset yhteisöt, harrastusyhteisöt ja tukiryhmät tms. Yhteisöjä voi myös edustaa yksittäiset henkilöt, kuten seurakuntaa voi edustaa pappi tai diakoniatyöntekijä. Asiakkaalta voi tiedustella onko asiakkaalla ollut/onko parhaillaan yhteisö tai henkilö, johon hän haluaisi olla yhteydessä ja voiko hoitotyöntekijä tukea asiakasta tässä yhteydenpidossa. Asiakkaalla voi olla myös jokin uusi taho, johon hän haluaisi tutustua tai tarve sellaiselle. Jotta ulkopuolisten tahojen kartoittamisesta olisi eniten hyötyä, tulisi hoitopaikalla olla pieni lista paikallisista katsomuksellisten yhteisöjen/muiden yhteisöjen yhdyshenkilöistä. Asiakkaan toive tavata esimerkiksi pappi tulisi myös kirjata hoitokertomukseen.

S Spiritualiteettia tukevan hoitotyön toimenpiteet: Tässä kohdassa konkretisoidaan ja haetaan käytännön keinoja tukea ja ottaa huomioon aiemmassa keskustelussa esiin tulleita arvoihin, vakaumukseen ja voimavaroihin liittyviä tarpeita. Kysymyksiä voisi olla esimerkiksi: ”Millaisilla keinoilla voimme auttaa sinua vakaumuksellisissa henkisissä, hengellisissä tarpeissa?” ”Kuuluuko vakaumukseesi joitakin sellaisia toiveita, tarpeita tai rajoituksia, jotka täytyisi ottaa huomioon hoidon aikana?”

TYÖNTEKIJÄN TOIMINTAOHJE AVAUS-MALLIN TOTEUTTAMISELLE

Pyydämme teitä käyttämään AVAUS-mallia asiakaskontakteissa yhdessä seurantalomakkeen kanssa. Seurantalomake rakentuu kolmesta osasta, jotka ovat

A-, B- ja C-osa**. A-osa** pitää sisällään asiakkaan kirjallisen suostumuksen ja asiakkaan profilointitiedot. A-osa annetaan asiakkaalle täytettäväksi ennen keskustelua. Mikäli asiakas on antanut suostumuksensa osallistua, käydään AVAUS-keskustelu hänen kanssaan. **B-osan** täyttää työntekijä vaihe vaiheelta asiakkaan läsnä ollessa. Lomakkeen voi näyttää asiakkaalle, mutta sen tarkoitus on kerätä tietoa keskustelun aikana muistilapun tapaisesti. Se ei ole kyselylomake, joka voitaisiin sellaisenaan antaa asiakkaan täytettäväksi ilman AVAUS-keskustelua. **C-osa** sisältää vain työntekijälle tarkoitettuja, reflektoivia kysymyksiä ja se täytetään asiakas kontaktin jälkeen.

LIITE 2: Seurantalomake pilottijaksolle

A-OSA (Asiakas täyttää)

A1) Suostumus

Olet osallistumassa Diakonia-ammattikorkeakoulu Diakin opiskelijoiden opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen. Tutkimuksessa kerätään käyttökokemuksia AVAUS-mallista, jolla kartoitetaan hengellisiä ja vakaumuksellisia tarpeita asiakkailta kokonaisvaltaisen hoidon kehittämiseksi. Kaikki kerätyt tiedot tullaan hävittämään opinnäytetyön valmistuttua.

Suostun AVAUS-keskusteluun työntekijän kanssa, josta anonyymisti kerättyjä tietoja käytetään opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen___

En halua osallistua opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen___

Jos annoit suostumuksesi osallistua tutkimukseen, jatka eteenpäin

Kirjoita tähän itseäsi parhaiten kuvaava rooli elämässäsi tai yhteiskunta-asema, joka luonnehtii elämäntilannettasi (esimerkiksi yksinhuoltaja, omaishoitaja tai eläkeläinen)._____

B-OSA (työntekijä täyttää asiakaskontaktin aikana)

B1) Keskusteluun kulunut aika

Keskusteluun kulunut aika ____ min.

B2) **A** Arvot ja vakaumus

Mitä arvoja tai vakaumuksia asiakas nosti esille?

Nousiko keskustelussa vielä jotain muuta esille?

Ei__ Kyllä__

Jos kyllä, mitä?

B3) **V** Voimavarat

Mitä voimavaroja keskustelussa nousi esille?

Nousiko keskustelussa vielä jotain muuta esille?

Ei__ Kyllä__

Jos kyllä, mitä?

B4) **A** Arvio henkisistä ja hengellisistä tarpeista

Millä numerolla asiakas arvioi arvo- ja vakaumuskysymysten tärkeyttä elämässään?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nostiko asiakas esille hänelle tärkeitä arjessa näkyviä asioita, jotka liittyvät hänen arvomaailmaansa?

Ei__ Kyllä__

Jos kyllä, mitä asioita keskustelussa nousi esille?

Nousiko keskustelussa vielä jotain muuta esille?

Ei__ Kyllä__

Jos kyllä, mitä?

B5) **U** Ulkopuolinen tuki

Nostiko asiakas esille jonkin hänelle tärkeän ulkopuolisen tahon tai henkilön, johon haluaisi olla yhteydessä hoitonsa aikana?

Ei__ Kyllä__

Jos kyllä, mitä tahoja/henkilöitä?

Nousiko keskustelussa vielä jotain muuta esille?

Ei__ Kyllä__

Jos kyllä, mitä?

B6) **S** Spiritualiteettia tukevan hoitotyön toimenpiteet

Nostiko asiakas esille jonkin/joitakin konkreettisia arvojaan ja vakaumustaan koskevia asioita/hoitojärjestelyjä, jotka toivoisi voitavan toteuttaa/ottaa huomioon hoitonsa aikana.

Ei__ Kyllä__

Jos kyllä, mitä arvoja/ konkreettisia arvojaan ja vakaumustaan koskevia asioita/hoitojärjestelyjä tuli esille?

Nousiko keskustelussa vielä jotain muuta esille?

Ei__ Kyllä__

Jos kyllä, mitä?

B7) Asiakkaalle esitettävä palautekysymys

AVAUS-keskustelun jälkeen kysy asiakkaalta, kokiko asiakas hyvänä, että työntekijä otti puheeksi asiakkaan hengellisyyteen ja arvoihin liittyvät tarpeet omaaloitteisesti?

Asiakkaan vastaus Kyllä__ Ei__

C-OSA (Työntekijä täyttää yksin asiakaskontaktin jälkeen)

Vastaa seuraaviin väittämiin rastittamalla oikea numerovaihtoehto.
1 = täysin erimieltä, 2 = melko erimieltä, 3 = melko samaa mieltä, 4 = täysin samaa mieltä

C1) Tuntuiko keskustelun käyminen miellyttävältä ja luontevalta?

1	2	3	4

Perustele valintasi

C2) AVAUS-malli soveltui käytettäväksi tämän asiakkaan kanssa?

1	2	3	4

Perustele valintasi

C3) Opitko asiakkaasta jotain, mitä et hänestä aiemmin tiennyt?

LIITE 3: Kirje työyhteisöön

Hyvät Kirkkonummen A-klinikan työntekijät

työyhteisönne osallistuu opinnäytetyöhömme liittyvään tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kerätä tietoa AVAUS-mallin toimivuudesta puheeksi ottamismenetelmänä asiakkaidenne hengellisten tarpeiden, arvokysymysten ja voimavarojen kartoittamiseksi. Tavoitteenamme on auttaa työyhteisöänne kehittämään puheeksi ottamismenetelmiä, niin että asiakkaidenne hengelliset tarpeet tulisivat paremmin kartoitetuksi, kuin aiemmin. Toivomme, että hyödytte työstämme.

Keräämme käyttökokemuksia AVAUS-mallin käytöstä asiakaskontakteissa. Tämä tapahtuu seurantalomakkein kokeilujakson aikana ja jakson päätyttyä fokusryhmähaastattelussa. Painopiste työssämme on teidän kokemuksissanne. Haluamme myös selvittää asiakkaiden näkemyksen siitä, että pitävätkö he hyvänä asiana työntekijän aloitetta puheeksi ottamisesta hengellisten asioiden, arvokysymysten ja voimavarojen kartoittamiseksi. Työmme onnistumisen kannalta on tärkeää, että hyödynnätte AVAUS-mallin jokaista kohtaa keskusteluissa asiakkaiden kanssa. Seurantajakson tarkoituksena kerätä kokemustietoa työyhteisönne keskusutelutilanteista, joissa työntekijä käyttää AVAUS-mallia. Tällä kartoitetaan päihdepalveluiden piiriin hakeutuneiden asiakkaiden ja potilaiden hengellisiä ja vakaumuksellisia tarpeita sekä voimavaroja.

Tarkemmin opinnäytetyömme kohteena on AVAUS-malli, joka on puheeksi ottamisen työkalu. lomake seurantajakson päätteeksi järjestämme fokusryhmähaastattelun työyhteisössänne. Fokusryhmähaastattelun tavoitteena on saada esille tutkittavasta aiheesta tai ilmiöstä erilaisia näkökulmia ja tietoa. Fokusryhmä haastattelua käytetään potilaiden näkökulman ja kokemusten ymmärtämiseen sekä terveydenhuollon ammattilaisten ajattelutavan ja toiminnan tutkimiseen. Menetelmä on kehitetty alun perin 1920-luvulla markkinointikampanjoiden arvioimiseen. Näemme fokusryhmähaastattelun

tärkeäksi menetelmäksi seurantajakson lisäksi, sillä fokusryhmähaastattelun keinoin voimme saada sellaista tietoa tutkittavasta ilmiöstämme mitä pelkällä seurantalomakkeella ei saisi.

Terveisin:
Reima Anolin xxx-xxxxxxx, reima.anolin@student.diak.fi
Lari Miettinen xxx-xxxxxxx, lari.miettinen@student.diak.fi

Olkaa rohkeasti yhteydessä, jos kysyttävää ilmenee! Vastaamme parhaiten s-postilla. Kiitos yhteistyöstä jo etukäteen!

LIITE 4: Haastattelun suunnitelma

HAASTATTELUN KULKU

1) Viimeinen tarkistus, että nauhoitin toimii: äänikokeilu ja nauhoittimen etäisyys puhujista. Puhutaan normaalilla äänellä, kierrellään pöytää. Kuunnellaan onko äänittynyt.

2) Tervetulleeksi toivottaminen. Esittäytyminen: Työnjaon esittely keskustelun johtaja & taltioija. Aiheen esittely.

3) Jokaiselle osallistujalle jaetaan tuloste, jossa on AVAUS-keskustelun kaikki kohdat. Annetaan osallistujien hetken silmäillä paperia.

4) Eettisten periaatteiden läpikäynti: haastattelu nauhoitetaan ja litteroidaan, jonka jälkeen aineisto analysoidaan. Työn päätyttyä aineisto hävitetään. Sovitaan, etteivät ryhmässä keskusteltavat asiat leviä ryhmän ulkopuolelle. Muistutetaan, että jokainen kertoo omia näkemyksiään/ kokemuksiaan esille vain sen verran kuin kokee hyväksi. Keskustelun säännöistä on myös hyvä sopia. Keskustelijat puhuvat ensisijaisesti keskenään eikä haastattelun johtajalle. Puheen pituudesta on myös hyvä sopia: puhujaa ei saa keskeyttää ja jokaiselle haastateltavalle on annettava puheenvuoro. Puheenvuorojen tulee olla suunnilleen yhtä pitkiä. Puhelimet pois tai äänettömälle. Tänään on vain oikeita vastauksia.

5) Avauskysymyksenä voisi kysyä: ”Kertokaa jokin päällimmäinen ajatus AVAUS-mallin pilottijaksosta”.

6) -Sisältö-

”Miten AVAUS-malli toimii hengellisten ja vakaumuksellisten tarpeiden kartoittamisessa hoitokeskusteluissa Kirkkonummen A-klinikalla?”

a) Fläppitaulu esille. Osallistujat saavat Osallistujat kirjoittavat fläppitaululle kokemuksia, joita heille on noussut seurantajakson aikana. Tässä voi käyttää apukysymyksenä: ”Mitä asioita teillä on tullut vastaan AVAUS-keskusteluja käydessänne”, ”Millaisia kokemuksia on ollut” ja ”Mitä ajatuksia heräsi pilottijakson aikana”. (Kukin kirjoittaa 3 ajatusta omaan paperiinsa ja nostaa niistä tärkeimmän fläppitaululle).
b) Fläppitaulun pohjalta käydään taulun teemat ryhmässä. On siis kerätty kolmesta pointista tärkein. Haetaan toimivuuden/toimimattomuuden osatekijöitä.
c) Laitetaan osallistujat rooleihin. (Laitetaan pari osallistujaa rooleihin: Asiakkaaksi ja hoitajaksi ja käydään avauskeskustelu läpi. Sen jälkeen laitetaan ryhmä analysoimaan tilannetta ja keskustelemaan siitä.)
d) AVAUS-mallin tulisi olla nopea, jotta AVAUS-keskustelu olisi mahdollista käydä jokaisen asiakkaan kanssa. * Miten koette AVAUS-keskusteluihin kuluneen ajan? Onko se liikaa/sopivasti ja miksi?

AVAUS-mallin tulisi antaa tietoa asiakkaasta/potilaasta, jota voidaan käyttää voimavarana hänen hoidossaan. * Toimiko malli tässä?

AVAUS-keskustelun tulisi olla miellyttävä, luonteva sekä asiakkaan/potilaan, että työntekijän mielestä.* Toteutuiko tämä?

*Tähdellä merkityissä kohdissa osallistujat näyttävät ensin kantansa nostamalla peukalonsa ylöspäin tai kääntämällä sen alaspäin. Lopuksi keskustellaan aiheesta ja haastateltavat saavat perustella kantansa.

7) Miten AVAUS-mallia voisi kehittää edelleen, jotta se soveltuisi Kirkkonummen A-klinikalle paremmin? Fläppitaululle kerätään ajatuksia samalla tavalla kuin kohdassa 6a. Fläppitaulun pohjalta käydään taulun teemat ryhmässä. Kukin työntekijä kirjoittaa itsekseen ylös kolme ajatusta, joista tärkeimmän nostaa fläppitaululle.

8) Lopussa tarkkailija tekee yhteenvedon keskustelun sisällöstä ja varmistaa, että avainkohdat ovat oikein osallistujilta. Tarkkailija sekä nauhottaa, että kirjoittaa ylös ja tekee muistiinpanoja myös ihmisten reaktioista.
9) Lopussa kiitetään osallistumisesta

LIITE 5: Esimerkit haastatteluanalyysin toteuttamisesta

Vaihe 1. Katkelma litteroidusta aineistosta: *Työntekijä 1: Ja jos asiakkalle hengellisyys, henkisyys merkitsee jotain, niin ne tavallaan niin kuin useampien käyntien myötä tulee myös sieltä esille, ikään kuin luontevasti, ilman että niitä tarvitse erikseen lähteä kaivamaan. Käy ilmi, että käy seurakunnassa, käy ilmi, että käy juttelemassa papin kanssa. Käy ilmi että… Mut ne tulee sitten ajan kanssa.*

↓

Vaihe 2. Pelkistetty ilmaus: AVAUS-mallille ei ole tarvetta A-klinikalla. Asiakkaan henkiset ja hengelliset tarpeet tulevat itsestään esille niiden asiakkaiden kohdalla, joille hengelliset ja henkiset asiat ovat tärkeitä.

↓

Vaihe 3. Pelkistetyn ilmauksen liittäminen teemaan: "Työntekijöiden arviot AVAUS-mallin toimivuudesta ja soveltuvuudesta Kirkkonummen A-klinikalle "

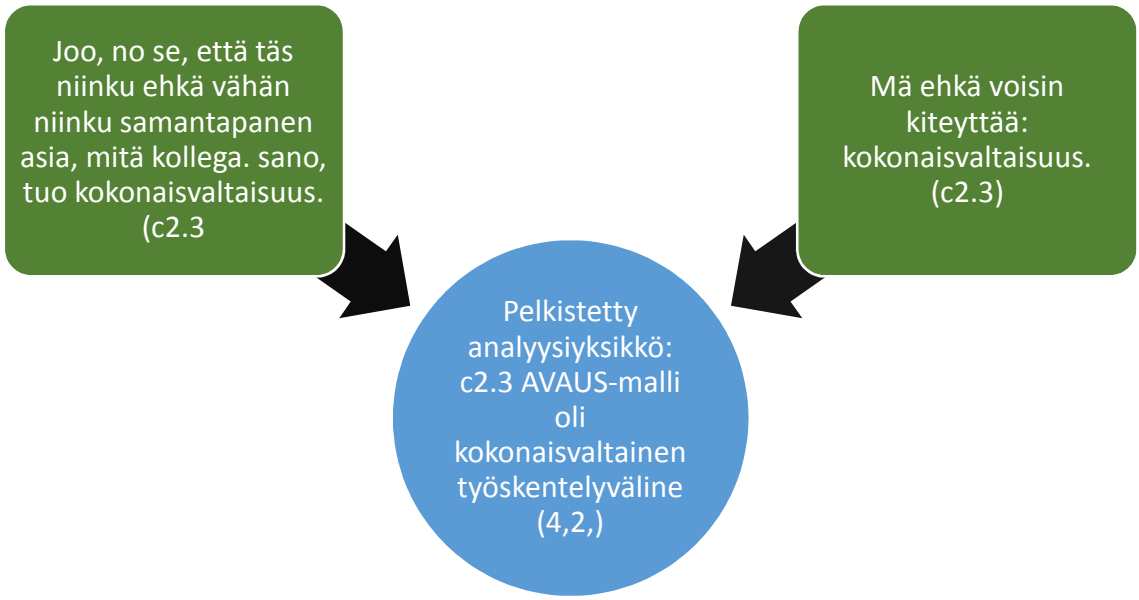
↓

Vaihe 4. Teeman "Työntekijöiden arviot AVAUS-mallin toimivuudesta ja soveltuvuudesta Kirkkonummen A-klinikalle" liittäminen pääluokkaan: "AVAUS-mallin soveltuvuuden haasteet".

↓

Lopullisessa työssämme kohta näyttää tältä: Toisen työntekijän mielestä AVAUS-mallia ei yksinkertaisesti tarvita, sillä asia-kas tuo yleensä oma-aloitteisesti hengelliset tarpeensa esille, jos ne ovat hänelle tärkeitä. Hänen mielestään tämä tapahtuu useiden käyntikertojen yhteydessä ja ajan kanssa...

KUVIO 6. Esimerkki haastatteluaineiston Näytteestä, pelkistämisestä, teemoittelusta ja pääluokkaan liittämisestä.



KUVIO 7. Esimerkki usean aineistokohdan tulkitsemisesta yhdeksi analyysiyksi-köksi