

Tarja Nätyнки

Dialogisuus hoitotyöntekijän ja päihteitä käyttävän potilaan kanssa hoitotilanteissa

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Syksy 2016



Koulutusala Sosiaali, terveystyö- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Tarja Nätyinki	
Työn nimi Dialogisuus hoitotyöntekijän ja päihdettä käyttävän potilaan kanssa hoitotilanteissa	
Vaihtoehtoiset ammattipinnot Sisätautien ja kirurgian hoitotyö	Toimeksiantaja Kuusamon kaupunki/mielenterveys- ja päihdetyö Sirpa Keränen Ohjaajat Raila Arpala ja Tuija Tuovila
Aika Syksy 2016	Sivumäärä ja liitteet 56+5
<p>Dialogisuus määrittää erityisesti vuorovaikutustilanteessa mukana olevien henkilöiden keskinäisen suhteen luonnetta ja sitä, mitä heidän välillään tässä keskinäisessä kanssakäymisessä tapahtuu. Dialogisuus kuvaa kahden tai useamman henkilön vastavuoroista käyttäytymistä suhteena kuin myös prosessina, johon sisältyy eri ominaisuuksia tai tunnusmerkkejä.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Kuusamon psykiatrisen osaston hoitotyöntekijöiden ja päihdepotilaan välisen dialogisuuden haasteita ja niihin esitettyjä ratkaisuehdotuksia. Tavoitteena oli kehittää hoitotyöntekijöiden ja päihdepotilaan dialogisuutta hoitotilanteissa. Aineisto kerättiin hoitotyöntekijöiltä, joilla oli kokemusta Kuusamon psykiatrisen osaston päihdehoitotyöstä. Tutkimusmenetelmänä käytettiin 6-3-5 -menetelmää. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.</p> <p>Hoitotyöntekijöiden kokemiksi haasteiksi muodostuivat päihdepotilaan kohtaaminen, päihdepotilaan ja hoitotyöntekijän välinen luottamus sekä päihdepotilaan hoitoon sitoutuminen. Hoitotyöntekijät esittivät päihdepotilaan kohtaamisen haasteen ratkaisuehdotuksina turvallisen ja rauhallisen ilmapiirin luomista, ammatillista kohtaamista ja vuoropuhelua. Hoitotyöntekijät esittivät hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välisen luottamuksen haasteeseen ratkaisuehdotuksina vastuun ottamista ja asiantuntijuutta. Päihdepotilaan hoitoon sitoutumisen haasteisiin hoitotyöntekijät esittivät ratkaisuehdotuksina tavoitteiden laadintaa, motivoivaa keskustelua ja verkostoyhteistyötä.</p> <p>Hoitotilanteen dialogisuutta voidaan kehittää turvallisen ilmapiirin varmistamisella, avoimella kunnioittavalla asenteella ja vuoropuhelulla, jolloin ollaan aidosti kiinnostuneita potilaasta. Näyttöön perustuvalla tiedolla ja ohjauksella lisätään molemminpuolista luottamusta. Tavoitteet tulee olla asiakaslähtöisiä ja realistisia. Perheen ja verkoston mukanaolo tavoitteiden yhdenmukaistamiseksi on potilaan hoidon kannalta etu. Päihdepotilaan hoitoon motivoimisessa käytetään ohjausmenetelmänä motivoivaa keskustelua.</p> <p>Jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää, miten päihdepotilas kokee dialogisuuden toteutumisen hoitotilanteissa.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Dialogisuus, dialoginen asenne
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Kajaani University of Applied Sciences Health Sports	Degree Programme Degree Programme in Nursing Nursing
Author(s) Tarja Nätyнки	
Title The concept of dialogue between nurses and substance abusing patients in caring	
Optional Professional Studies Medical-Surgical Nursing	Commissioned by Kuusamo Town/ Mental health- and substance abuse Sirpa Keränen Counselors Raila Arpala and Tuija Tuovila
Date Autumn 2016	Total Number of Pages and Appendices 56+5
<p>The concept of dialogue in interaction characterizes the relationship between involved persons and their association. It describes the person, s mutual behavior as well as a process that includes various features or characteristics.</p> <p>The purpose of this thesis is to identify the challenges and proposed improvements of dialogue between nurses and substance abuse patients in psychiatric ward in Kuusamo. The aim of the survey is to improve the dialogue between nurses and substance abuse patients in caring. The data was collected from nursing staff, which had experience in substance abuse nursing in the psychiatric ward of Kuusamo. The research method 6-3-5 was used to collect data from nurses. The data was analyzed using the inductive content analysis method.</p> <p>According to the results, the main challenges in nursing were the encounter of substance abuse patients, the emergence of trust between patient and staff and the compliance to the treatment. As a solution to the confrontation challenge participated nurses proposed the creating a safe and peaceful atmosphere, the professional encounter and the dialogue between nurses and patients. By developing expertise and taking more responsibility was proposed as an improvement to the trust between nurses and patients. The compliance to the treatment was identified to be improved by drawing up objectives, the motivating debate and network cooperation.</p> <p>Dialogue in caring can be improved by creating safe and secure environment, open and respectful confrontation and genuine dialogue. Evidence-based information and guidance improves mutual trust. All the objectives in caring should be customer-oriented and realistic. The presence of the family and the social network are important in congruity of the care plan. The motivational discussion is used as a guidance method to motivate substance abusers to the treatment.</p> <p>As a further research could be survey how the substance abuse patients experience the realization of the dialogue in the caring.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Dialogue, dialogical attitude
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 PÄIHDEHOITOTYÖ	3
2.1 Päihdehoitotyön perusta	3
2.2 Päihderiippuvuus	5
2.3 Päihdehoitotyö Kuusamon psykiatrisella osastolla	7
3 DIALOGISUUS PÄIHDEHOITOTYÖSSÄ	10
3.1 Dialoginen kohtaaminen	10
3.2 Dialoginen asenne	11
3.3 Dialoginen toimintaote	12
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	15
5 AINEISTON KERUU JA ANALYYSI	16
5.1 Aineiston keruu menetelmänä 6-3-5 -ryhmäistunto	16
5.2 Tiedonantajat	18
5.3 Aineiston keruu	18
5.4 Aineiston analyysi ja tulkinta	19
6 TULOKSET	27
6.1 Hoitotyöntekijöiden kokemat keskeiset haasteet dialogisuuden toteutumisessa päihdepotilaan kanssa	27
6.1.1 Päihdepotilaan kohtaaminen	27
6.1.2 Hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välinen luottamus	28
6.1.3 Päihdepotilaan sitoutuminen hoitoon	28
6.2 Hoitotyöntekijöiden ratkaisuehdotukset haasteisiin	28
6.2.1 Päihdepotilaan kohtaamisen kehittäminen	29
6.2.2 Hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan luottamuksen kehittäminen	31
6.2.3 Päihdepotilaan hoitoon sitoutumisen kehittäminen	32
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	34
7.1 Dialoginen asenne päihdepotilaan kohtaamisen kehittämisessä	34
7.2 Dialoginen toimintaote molemminpuolisen luottamuksen kehittämisessä	37

7.3 Dialogisten menetelmien käyttö päihdepotilaan hoitoon sitoutumisen kehittämisessä	40
8 POHDINTA	45
8.1 Eettisyys	45
8.2 Luotettavuus	46
8.3 Asiantuntijuuden kehittyminen	50
8.4 Jatkokehittämisaiheet	51
LÄHTEET	52
LIITTEET	
1 1(4)-1 4(4) Microsoft PowerPoint esitys	
2 1(1) Esimerkki pelkistetyistä ratkaisuehdotuksista	

1 JOHDANTO

Alkoholin suurkulutusta pidetään yhtenä tämän hetken merkittävimpänä kansanterveydellisenä sekä terveystaloudellisena ongelmana (Niemelä & Laine 2000, 2). Alkoholin käytön yleisyys näkyy kaikissa terveydenhuollon hoitopaikkojen tai toimintayksiköiden eri potilasryhmissä. Alkoholin kulutus aiheuttaa suurimman osan päihdehoidollisista kustannuksista. Vuonna 2010 hoidettiin Suomen sairaaloissa alkoholin vuoksi diagnosoituja henkilöitä 14 034. Vuonna 2012 tilastoitiin terveydenhuollon vuodeosastoilla 21 640 hoitojaksoa, joissa päädiagnoosina oli alkoholisairaus. Terveyskeskusten vuodeosastoilla tai psykiatrisilla osastoilla toteutettava alkoholin katkaisuhuolto kestää keskimäärin kolmesta viiteen vuorokautta. Kuntien kustantamissa päihdehuollon katkaisuhuoitopalveluissa on kirjattu 11 885 asiakasta vuonna 2012. (Hakkarainen 2013, 36–37; Päihdetilastollinen vuosikirja 2013, 38-39.)

Päihdehoitotyön lähtökohtana ovat perus- ja ihmisoikeudet sekä henkilön oikeusturvan lisäksi eri säännökset. Keskeisimpiä lakeja ovat esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785), päihdehuoltolaki (1986/41) ja laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812). Terveydenhuollon ammattiryhmien eettiset ohjeistukset perustuvat yhteisiin arvoihin, vaikka ne painottuvat eri ohjeistoissa eri tavoin. Ohjeistoissa keskeisinä asioina tuodaan esille ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä ihmiselämän suojele ja terveyden edistäminen. (Lindqvist 2001, 4.)

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjausryhmä ehdotti mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015, että kunnat sisällyttävät mielenterveys- ja päihdetyön strategian terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen suunnitelmaan osana kuntastrategiaa. Ohjausryhmän ehdotuksissa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2020 lähtökohtana painotetaan mielenterveyden ja päihhteettömyyden edistämistä. Tavoitteena on asiakkaan aseman vahvistaminen sekä ongelmien ja riskien ehkäiseminen ja hoito. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015 2016, 24-26.)

Keskeinen merkitys päihdehoitotyössä on potilaan ja hänen läheistensä toimintakyvyn, tarpeiden ja turvallisuuden edistäminen (Mäkelä & Murto 2013, 92). Päihdehoitotyö edellyttää päihteenkäytön kuin myös päihderiippuvuuden tarkastelua ja ymmärtämistä. Alkoholiongelmaisen hoidossa keskitytään aikaisempaa enemmän potilaan voimavarojen ja kykyjen tunnistamiseen. Hoito perustuu myös yksilöllisiin tarpeisiin, jotka arvioidaan huolellisesti ja laaja-

alaisesti. Perhe tulee huomioida, koska perhe tarvitsee usein erillistä apua sopeutuakseen vaikeaan tilanteeseen. (Lönnqvist & Marttunen 2001, 117.)

Päihdehoitotyö on haastavaa, ja siksi päihdehoitotyön osaamista tarvitaan myös tulevaisuudessa. Alkoholiongelmaisen luottamusta ja sitoutumista hoitoon on mahdollista kehittää vähentämällä sairauten ja hoitoon liittyvää leimautumista ja syrjintää. Koulutusta ja tietoa tarvitaan erilaisista lähestymistavoista, hoitokäytänteistä sekä hoitotyön periaatteiden soveltamisesta, jotka johtavat nykyistä myönteisempään suhtautumiseen päihteenkäyttäjiä kohtaan. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015 2016, 24-26.)

Päihdehoitotyössä päihdepotilaan ja hoitotyöntekijän välinen kohtaaminen ja vuorovaikutus eivät aina toteudu toivotulla tavalla ja siksi kiinnostus opinnäytetyön aiheeseen heräsi. Sairaanhoidajan kompetensseihin kuuluu asiakkuusosaaminen, joka sisältää asiakaslähtöisyyden, eettisyyden ja vuorovaikutukselliset taidot (Opinto-opas 2012-2014 2012). Dialogisuus liittyy asiakkuusosaamiseen. Molemmilla osapuolilla, niin hoitotyöntekijällä kuin päihdepotilaalla, on oma tärkeä osuutensa vuorovaikutuksen onnistumisen kannalta. Tätä on pyritty valaisemaan dialogisuuden käsitteellä, jolla halutaan nostaa esiin vuorovaikutuksen vastavuoroisuus ja molemminpuolinen ymmärrys. Kohtaamiseen ja siihen liittyvään kommunikaatioon tulisi kiinnittää huomio, jotta tasavertaisen vuorovaikutuksen periaatteet toteutuisivat. (Mönkkönen 2007, 16.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Kuusamon psykiatrisen osaston hoitotyöntekijöiden ja päihdepotilaan välisen dialogisuuden haasteita ja niihin esitettyjä ratkaisuehdotuksia. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitotyöntekijöiden ja päihdepotilaan dialogisuutta hoitotilanteissa.

Opinnäytetyö toteutettiin Kuusamon psykiatrisella osastolla. Tiedonantajina olivat hoitotyöntekijät, joilla tarkoitetaan opinnäytetyössä sairaan-, mielenterveys- ja lähihoitajia. Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin 6-3-5 -menetelmää eli pienryhmäteknikkaa.

Tätä opinnäytetyötä on tehnyt kaksi opiskelijaa yhdessä tiedonkeruu 6-3-5 -menetelmän toteuttamiseen asti 1.10.2014. Sen jälkeen tätä opinnäytetyötä on jatkanut toinen opiskelijoista.

2 PÄIHDEHOITOTYÖ

2.1 Päihdehoitotyön perusta

Päihdeongelmaisten hoitoon ja tuen piiriin sisältyy avohoitopalvelut, joita täydennetään tarvittaessa laitosmuotoisella katkaisuhoidolla tai pitempiaikaisella laitoshoidolla, asumispalvelulla, päivätoiminnalla sekä vertaistuellalla. Päihdeongelmaiset saavat apua myös yleisistä sosiaali- ja terveydenhuollosta. Terveyskeskuksissa ja sairaaloissa hoidetaan esimerkiksi päihteiden käytön aiheuttamia potilaiden somaattisia sairauksia. Osa päihdeongelmaisista sekä heidän läheisistään hakee tukea vertaistukiryhmistä, kuten AA- ryhmästä (nimettömät alkoholistit.) Päihdehoidossa tähdätään päihteidenkäytön lopettamiseen, vähentämiseen tai käytöstä aiheuttavien haittojen vähentämiseen. Päihdehoidossa annetaan keskusteluapua perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa, koulu- ja opiskelijahuollossa sekä erikoissairaanhoidossa, esimerkiksi mielenterveysongelmaisten päihdehoidossa. (Mäkelä & Murto 2013, 93-95; Päihdetilastollinen vuosikirja 2013, 37-40.)

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet (1996) tukevat eettistä päätöksentekoa heidän päivittäisessä työssään (Suomen sairaanhoitajaliitto 1996). Terveydenhuollon ammattiryhmien eettiset ohjeistot perustuvat yhteisiin arvoihin. Keskeisinä niissä on ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen. Eri lait ja säädökset perustuvat osaltaan eettisiin käsityksiin ja yhteiskunnassa vallitseviin arvoihin. Keskeisesti potilaan oikeuksiin kuuluu oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä inhimilliseen kohteluun. (Lindqvist 2001, 4; Mäkelä & Murto 2013, 92.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (782/1992) velvoittaa, että Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen ihmisarvoaan ei tule loukata ja hänen vakaumustaan sekä hänen yksityisyyttään tulee kunnioittaa hoidon aikana. Päihdehuoltolain (41/1986) ja laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Tavoitteena on myös edistää päihteiden ongelmakäyttäjän sekä hänen läheistensä turvallisuutta ja toimintakykyä. Hoidossa tulee myös huomioida asiakkaan sekä hänen läheistensä kokonaistilanne. Lisäksi hoidon aikana on kyettävä arvioimaan heidän avun tarvetta.

Mieli 2009 -työryhmän ehdotuksia mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 suunnitelman lähtökohtana painotetaan mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämistä. Tavoitteena on asiakkaan aseman vahvistaminen sekä ongelmien ja riskien ehkäiseminen ja hoito. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015 2016, 24-26.)

Vuonna 2002 sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto toivat esille, että jokaisella kunnalla on oltava oma päihdestrategia osana kunnan terveys- ja hyvinvointistrategiaa. Päihdestrategia on päihdetyön palvelukäytäntöä ohjaava asiakirja, joka auttaa päihdepalveluiden organisoinnissa ja kehittämisessä. Strategian suunnittelussa otetaan huomioon eri ikäryhmät sekä eri päihteet. Strategia sisältää tilastotietoa päihteiden käytöstä ja hoidon tarpeesta sekä toimintamallin, josta käy ilmi eri viranomaistahojen vastuut päihdetyössä. Strategiassa tulee esille sekä ennaltaehkäisevä että varsinainen päihdehoitotyö. Päihdestrategia sisältää myös työryhmän ehdotuksia tulevaisuuden linjauksista toimintamalleiksi ja -ohjeiksi kohderyhmänä lapset ja nuoret, aikuiset ja vanhukset. (Kuusamon päihdestrategia 2007-2010 2007, 1-24.)

Päihdestrategian toteutumisen valvonnasta vastuu on ensisijaisesti ehkäisevän päihdetyön työryhmän toimijoilla, johon kuuluu edustajia kouluilta, poliisista, nuorisosta, sosiaali-, terveys-, päihde- ja vapaaehtoistyöstä. Kukin organisaatio varmistaa tavoitteisiin pääsyn ja perustehtävän toteutumisen strategian mukaisesti. Kuusamossa päihdestrategia kuuluu kaupungin turvallisuussuunnitelmaan. Katkaisuhoidon kehittämisen työryhmä on työskennellyt vuodesta 2007 lähtien, ja se on laatinut Kuusamoon katkaisuhoidon ohjeistuksen. Hoidon keskeisin tavoite on asiakkaan päihdekierteen sekä riippuvuuden katkaisu ja hoito. Fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin tähtäävän akuuttihoiton jälkeen pääpaino katkaisussa on jatkohoidon suunnittelun lisäksi asiakkaan tukemisessa, siinä miten hän voi vähentää päihdeidenkäyttöä. (Kuusamon päihdestrategia 2007-2010 2007, 1-24.)

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjausryhmä on ehdottanut mielenterveys- ja päihdetyölle vuoteen 2020 saakka seuraavaa. Asiakkaan aseman vahvistamisessa otetaan käyttöön yhdenvertaisuutta lisääviä keinoja niiden henkilöiden tueksi, joiden oma kyky, halu tai mahdollisuus valita on heikko. Kokemusasiantuntijuus ja omaisten ja läheisten huomioonottaminen otetaan pysyväksi käytännöksi palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015 2016, 27-28.)

2.2 Päihderiippuvuus

Päihteillä tarkoitetaan päihdyttäviä aineita, jotka voidaan jaotella neljään ryhmään: kahvi, tupakka, alkoholi ja muut huumaavat aineet. Muut huumaavat aineet voidaan jakaa vielä huumausaineisiin, impattaviin aineisiin ja pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttaviin lääkkeisiin. Huumausaineet voidaan jakaa klassisiin ja synteettisiin huumausaineisiin. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1995, 14.)

Päihteen käyttö voidaan määrittää yksilön toiminnaksi, jossa hän juo, syö, nielee, haistelee, pistää ihon alle, suoneen tai lihakseen, hengittää sisään humalluttavassa tai huumaavassa tarkoituksessa jotakin kemiallista ainetta. Päihteenkäyttäjäksi voidaan määrittää henkilö, joka edellä mainituilla tavoilla nauttii päihdyttäviä aineita. (Havio ym. 1995, 14.)

Päihderiippuvuutta voidaan tarkastella eri näkökulmista. Kemiallinen riippuvuus ilmenee lisääntyvänä päihdyttävän aineen ongelmallisena käyttönä. Psykkinen eli tajunnallinen riippuvuus ilmenee ihmisen persoonallisuudessa sekä päihteenkäyttäjän elämäntilanteessa. Sosiaalinen riippuvuus liitetään henkilön sosiaalisen verkoston valintaan päihteenkäyttöön liittyvän elämäntavan mukaan. Fyysinen eli kehollinen riippuvuus ilmenee aineenvaihdunnan, keskushermoston ja sydämen toiminnan kautta. (Havio ym. 1995, 26.)

Alkoholin kokeilu saattaa muuttua toistuvaksi käytöksi, väärinkäytöksi ja lopulta riippuvuudeksi eli alkoholismiin kehittymiseen. Riippuvuuden kehittyminen on yksilöllinen prosessi, jonka kulkua altistavat ja suojaavat tekijät ohjaavat. Perintötekijöillä on huomattava merkitys aloitetun alkoholin käytön jatkumisessa sekä riippuvuuden kehittämisessä. Sosiaaliset tekijät, aikaisemmat kokemukset ja aikaisempi aineiden käyttö vaikuttavat altistustilanteiden syntyyn. (Kiianmaa 2013, 44; Lönnqvist & Marttunen 2001, 117.)

Keskeisin alkoholin käyttöä ohjaava tekijä on alkoholi itse. Alkoholi on riippuvuutta aiheuttava aine. Käyttö aiheuttaa ensisijaisesti virkistäviä, myönteisiä tunnetiloja ja mielihyvää tuottavia vaikutuksia, jotka samalla lisäävät halua saada lisää alkoholia ja johtaa siten alkoholin toistuvaan käyttöön. Alkoholin toistuvan käytön seurauksena aivoissa tapahtuu sopeutumismuutoksia, kuten toleranssin kehittyminen, jolloin etenkin keskushermosto tottuu nopeasti alkoholiin ja humalluttava vaikutus vähenee. Samanaikaisesti tapahtuu toleranssille käänteinen ilmiö eli herkistyminen, jolloin mielihyväväikutukset voimistuvat johtaen alkoholihaluihin käyttäytymiseen. Riippuvuuden kehittämisessä on keskeinen merkitys aivojen mielihy-

vää säätelevillä alueilla. Päihteet vaikuttavat aivojen välittäjäaineisiin vapauttamalla dopamiinia, mikä aiheuttaa mielihyvän kokemuksen. (Kiianmaa 2013, 43-44; Lönnqvist & Marttunen 2001, 117; Niemelä & Laine 2000, 25.)

Liian suuri alkoholin juonnin kertamäärä tai voimakas humalatila aiheuttavat vieroitusoireina krapulan tai jopa alkoholimyrkytyksen. Alkoholin vaikeita vieroitusoireita ovat tajuttomuuskouristuskohtaukset noin kahden vuorokauden sisällä juomisen vähentämisestä tai lopettamisesta. Noin viikon sisällä juomisen vähentämisestä tai lopettamisen jälkeen esiintyvä juoppohulluus eli alkoholidelirium, joka on hengenvaarallinen tila. Oireina esiintyy alkuvaiheessa pään, kielen ja yläraajojen vapina, jännittyneisyys, levottomuus, unettomuus. Muina oireina ovat hikoilu, kuumeilu, sydämentykytys, pahoinvointi, ripuli, kasvojen punoitus tai kalpeus. Oireiden pahetessa kehittyvät näkö- ja kuuloharhat, jatkuva sekavuus, pelkotilat sekä epileptiset kohtaukset. (Kiianmaa 2013, 44-45; Niemelä & Laine 2000, 3, 50.)

Elimistön vanheneminen muuttaa päihteiden vaikutuksia, ja elimistö on herkkä alkoholin vaikutuksille. Alkoholin käytön tyypillisimpiä sairauksia ovat maksan, haiman ja munuaisten vauriot, yleinen vastustuskyvyn heikkeneminen, impotenssi ja seksuaalinen haluttomuus. Usein ilmenee myös unihäiriöitä, masennusta sekä ahdistuneisuus- ja pelkotiiloja. (Niemelä & Laine 2000, 25-30.)

Vaikeiden alkoholivieroitusoireiden hoitoon tarvitaan suuria lääkeannoksia potilaan rauhoittamiseksi ja saattamiseksi uneen. Alkoholin vieroitushoidon lääkkeenä käytetään yleisimmin bentsodiatsepaamia, jonka kerta-annos on 5-10 mg. Kokonaisannos on yleensä 60 - 260 mg tilanteesta riippuen. Vaikeassa (Delirium tremens) alkoholivieroitushoidossa käytetään klotiatsolia ja bentsodiatsepaamia lääkkeeksi samanaikaisesti. Hoitoa jatketaan kunnes potilas rauhoittuu ja nukahtaa. Potilaalle tulee antaa myös runsaasti nesteitä, elektrolyyttejä, glukosia ja B-vitamiineja. (Niemelä & Laine 2000, 49-50.)

Sosiaali- ja terveysministeriö velvoittaa käyttämään potilasta koskeviin asiakirjoihin päihderiippuvuuden diagnosoinnissa kansainvälisiä riippuvuussairauksien kriteerejä. WHO:n kehittämä ICD-10 tautiluokitus on ollut Suomessa virallisesti käytössä vuoden 1996 alusta. Alkoholin käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä kirjataan tunnusluvulla F10,2 alkavaksi. (Alkoholiongelmaisen hoito 2015.)

Riippuvuuskaiteerit täyttyvät, kun potilaalla on todettu vähintään kolme seuraavista oireista yhtäaikaaisesti vähintään kuukauden ajan tai toistuvasti edeltävän vuoden ajan:

1. Pakonomainen tarve tai voimakas halu käyttää ainetta.
2. Kyky kontrolloida aineen käytön aloittamista, lopettamista tai määrää on vähentynyt.
3. Vieroitusoireet ilmenevät käytön loppuessa.
4. Sietokyvyn kasvu.
5. Keskittyy pelkästään aineiden käyttöön.
6. Huolimatta haitallisista seurauksista aineen käyttö jatkuu.

(Alkoholiongelman hoito 2015.)

2.3 Päihdehoitotyö Kuusamon psykiatrisella osastolla

Kuusamon mielenterveys- ja päihdepalvelut kuuluvat perusturvan toimialaan, sairaanhoidon tulosalueeseen. Osasto on kaksitoistapaikkainen avo-osasto, jossa työskentelee osastonhoitajan ja lääkäreiden lisäksi toimintaterapeutti, neljä sairaanhoitajaa, seitsemän mielenterveyshoitajaa, terveyskeskusavustaja sekä laitospulaisia. Osaston ydinpalveluihin kuuluu psykiatristen sairauksien ja mielenterveyshäiriöiden hoito sekä potilaan katkaisu- ja vieroitushoito erilaisine kuntoutusjaksoineen. Psykiatrisella osastolla tarjotaan potilaille ympärivuorokautista, vapaaehtoisuuteen perustuvaa psykiatrista hoitoa avohoidon tueksi. Hoitoon sisältyy potilaan toimintakyvyn arvio sekä hoito ja kuntoutusvaihtoehtojen suunnittelu. (Kuusamon psykiatrisen osaston toimintasuunnitelma 2013 n.d.)

Kuusamon mielenterveys- ja päihdetyön tulokortista 2013 näkyy Kuusamon psykiatrisen osaston toiminta-ajatus ja ydinpalvelut, kuten esimerkiksi vaikuttavuus, asiakkuudet ja kumppanuudet, prosessit, talous- ja henkilöstönäkökulmat sekä niihin liittyvät tavoitteet ja arviointi. Osaston toiminta-ajatuksena on, että koillismaalaisille tarjotaan vaikuttavaa ja riittävän hyvää hoitoa ja kuntoutusta sekä palvelua mielenterveys- ja päihdeongelmista selviytymiseen. Hoito on vapaaehtoisuuteen perustuvaa. Osaston arvoja ovat perhe- ja verkostokeskeisyys, tasa-arvoisuus, yksilöllisyys ja ammatillisuus. Osaston ensimmäisenä painopistealueena ovat oikein kohdennetut, laadukkaat ja tarkoituksenmukaiset potilaan mielenterveyttä ja hyvinvointia kehittävät palvelut. Toisena painopistealueena ovat potilaan terveyden ja itsehoitotaitojen edistäminen ja syrjäytymisen ehkäiseminen. Kolmantena painopistealueena ovat potilaan hyvä ja turvallinen hoito, riittävä hyöty ja tyytyväisyys sekä yhteistyö toisten toimijoiden kanssa. Neljäntenä painopistealueena ovat palveluprosessien yhteensovitus asiakkaan parhaaksi sekä työn ja laadun arvioiminen. Viidentenä painopistealueena ovat osaava,

motivoitunut ja työhönsä sitoutunut henkilöstö, keskusteleva johtajuus sekä yhdessä toimiminen. (Kuusamon psykiatrisen osaston tulokortti 2013 n.d.)

Kuusamon psykiatrisella osastolla toteutetaan päihdepotilaan alkoholin katkaisuhuitoa. Potilaalla saattaa olla taustalla useita päihdekatkaisuja tai kyseessä voi olla henkilö, joka hakee ensi kertaa apua päihdeongelmaansa. Päihdepotilas tulee osastolle päivystyksen, päihdeyksikön, mielenterveyspoliklinikan, työterveyshuollon, vuodeosastojen, asumisen tukipalveluyksikön tai erikoissairaanhoidon yksikön läheteellä. Psykiatriselle osastolle hakeutuminen tapahtuu ensisijaisesti lääkärin vastaanoton kautta. Tulovaiheessa tehdään kirjallinen hoitosopimus, jonka avulla potilas pyritään sitouttamaan hoitoonsa. (Kuusamon psykiatrisen osaston ohjeistukset 2013 n.d.)

Perustana kokonaishoidon arvioinnille ovat päihteenkäyttäjän yksilölliset tarpeet, odotukset ja voimavarat. Tiedon keruun avulla rakentuu perusta päihteenkäyttäjän hoitosuunnitelmalle ja hoitoprosessille. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 140-145.) Alkuhaastattelussa kartoitetaan potilaan osastohoidon tarvetta ja hän itse kertoo, miksi on tullut osastolle ja mitkä ovat hänen toiveensa ja tarpeensa. Jos omaiset ovat mukana, he voivat kertoa oman näkemyksensä potilaan tilanteesta. Perustietojen, aikaisempien hoitokertojen ja hoitomotivaation kartoituksen jälkeen potilaan tilanteeseen erikoistuva lääkäri arvioi yhdessä hoitotyöntekijöiden kanssa potilaan kokonaistilannetta: esimerkiksi mahdolliset sairaudet, infektiot ja lääkityksen sekä niihin liittyvät mahdolliset vieroitusoireet. Potilaan psyykinen tilanteen arvioinnissa huomioidaan esimerkiksi päihdeongelma, riippuvuus, mielentila ja nukkuminen. Sosiaalisen tilanteen kartoituksessa huomioidaan sosiaaliset suhteet ja hoito- tai viranomaisverkosto sekä asuminen, työ, koulutus, toimeentulo, harrastukset ja kokonaiselämäntilanne. Tarpeenmukaisen lääkityksen ohjeistaa lääkkeiden käytön osalta potilaan hoitoon osallistuva lääkäri. (Dahl & Hirschovits 2002, 292; Alkoholiongelmaisen hoito 2015.)

Päihdehoitotyön auttamismenetelmät sisältävät perussairauden hoitamisen ja niiden oireiden lievittämisen, perustarpeiden turvaamisen, katkaisuhuitoon sisältyvän vieroitusoireiden hoidon ja muun jatkohoidon järjestämisen. Hoito sisältää potilaan tarpeiden mukaan perhe- ja verkostotapaamisia sekä keskustelua. Ryhmä- ja yhteisöhoitoa toteutetaan yhteisillä aamukouksilla, erilaisilla vastuuvuoroisilla tehtävillä, musiikki-, liikunta-, leivonta-, askartelu- tai keskusteluryhmillä. Verkostotyön näkökulmasta on tärkeää päihdepotilaan ympäristön huomioiminen. Potilaan omaiset ovat tärkeä voimavara hoidon aikana. Verkostokarttaa voidaan

käyttää apuna, kun halutaan selvittää potilaan sosiaalisia suhteita. Verkostokartan rakentaminen toimii myös vertaisryhmässä. (Kuusamon psykiatrisen osaston ohjeistukset 2013 n.d.)

Alkoholin käytön muuttaminen kohtuulliseksi sekä vähemmän haittoja aiheuttavaksi onnistuu helpoiten henkilön juomisuran alkuvaiheessa, jolloin voidaan estyä lääkkehoidoilta tai muilta resursseja kuluttavilta toimenpiteiltä. Hallitun juomisen opettaminen kuuluu terveydenhuollossa tapahtuvaan interventioon. Mini-interventiohoidossa tuodaan yhteisillä keskusteluilla esiin alkoholin haittatekijät. Interventiossa on tarkoitus kuulla potilaan arvio juomisen määrästä ja siitä aiheutuvista haitoista kuin myös kertoa potilaalle lääkärin ja henkilökunnan arvio tilanteesta. Keskustelun yhteydessä käytetään apuna AUDIT- kyselylomaketta. Suurkulutuksen kriteerinä mini-interventiossa pidetään vähintään kahdeksaa positiivista vastausta. (Alkoholiongelman hoito 2015; Holopainen 2013, 137.) Hoidollinen lähestymistapa voi olla myös motivoiva haastattelu, jossa autetaan potilasta ratkaisemaan päihteiden käytön vähentämiseen tai lopettamiseen liittyvää muutoksen sisäistä ristiriitaa. Sisäinen ristiriita ilmenee päättämättömytenä, muutosvalmiuden puutteena tai jopa muutosvastarintana. Motivoivaa haastattelua käytetään pitkäkestoisissa terapioissa. (Koski-Jännes 2013, 125-126.) Päihderiippuvuuden tunnusmerkkien täytyessä ei pelkkä lyhytneuvonta useinkaan enää riitä interventiomuotona. Erilaiset terapiat, vieroitus- ja katkaisuhoidon yhdistettynä sekä alkoholin käytön hallintaa parantava tai täysraittiutta tukeva lääkehoito koetaan tehokkaaksi hoitomuodoksi muutosmotivaation vahvistamisessa. (Holopainen 2013, 137.)

Sairaanhoitaja on päihdehoitotyössä ensisijaisesti vastuussa hoitotyön toteutuksesta ja vaikuttaa siten myös potilaan terveystottumuksiin. Hänen kuuluu neuvoa, ohjata sekä tukea ja motivoida potilasta ehkäisemään päihteiden käyttöään ja siihen liittyviä haittoja. Tukemiseen sisältyy keskusteleminen, kuunteleminen, konkreettisen ja psykososiaalisen tuen antaminen ja kannustaminen. Päivittäiset keskustelut muodostuvat tasavertaisesta vuoropuhelusta, kuuntelemisesta sekä auttamisesta. (Inkinen 2004, 1-62; Inkinen ym. 2000, 145-146.) Lyhytkestoisissa hoitosuhteissa lyhytterapian voidaan katsoa käyvän kaikille hoitotyötä tekeville. Lyhytkestoisissa hoitosuhteissa sairaanhoitaja voi kehittää taitojaan hyödyntämällä lyhytterapeuttista työtettä ja dialogisuutta ja siten saada ymmärrystä ja työkaluja potilaan tilanteen jäsentämiseen ja työskentelytapoihin. (Kanninen & Uusitalo - Arola 2015, 18-20.)

3 DIALOGISUUS PÄIHDEHOITOTYÖSSÄ

3.1 Dialoginen kohtaaminen

Hoitotyössä on merkitystä sillä, miten ja minkälaisena ymmärrämme ihmisen. Rauhala (2005, 32-45) erottaa ihmisessä kolme olemassaolon tapaa: kehollisuuden, tajunnallisuuden ja situationaalisuuden. Kehollisuus ilmentää ihmisen kehoa ja olemassaoloa orgaanisena tapahtumana, josta muodostuu elollisuus ja elämä. Tajunnallisuus ihmiskäsityksessä tarkoittaa inhimillisen kokemuksen kokonaisuutta, mielellisyyttä. Mielen avulla esimerkiksi ymmärrämme, tunnemme, tiedämme, uskomme tai uneksimme ilmiöt tai asiat joksikin ja annamme niille myös merkityksen. Inhimillistä kokemuksesta puhuttaessa tajunnan rinnalla voimme puhua myös sanoista psyykkishenkinen olemassaolo. Situationaalisuudella tarkoitetaan ihmisen kietoutuneisuutta todellisuuteen oman elämäntilanteensa ja luonteensa kautta, johon hän ei ole voinut itse välttämättä vaikuttaa. Situationaalisuus onkin käsitettävä aina ainutkertaiseksi, yksilölliseksi. Nämä olemassaolon muodot eivät koskaan toimi erillisinä, vaan ovat monella tavoin yhtenäiseviä ja läsnä samanaikaisesti, jolloin puhutaan holistisesta ihmiskäsityksestä. Lähtökohdana on, että ihmistä tarkastellaan kokonaisuutena, fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti.

Kohtaamista voidaan tarkastella Minä – Sinä suhteena, suhteena toiseen tai toisiin ihmisiin. Kohtaamista voidaan tarkastella myös hoitotyön näkökulmasta hoitajan ja potilaan kohtamisena, esimerkiksi eettisistä lähtökohdista, joka ilmenee käytöksessä, sanoissa, eleissä ja toiminnassa sekä kuuntelemisen ja keskustelemisen taidoissa. (Heikkinen & Laine 1997, 7-9; Haho 2009, 32-33.)

Dialogisuus määrittää erityisesti vuorovaikutustilanteessa mukana olevien henkilöiden keskinäisen suhteen luonnetta ja sitä, mitä heidän välillään tässä keskinäisessä kanssakäymisessä tapahtuu. Dialogisuus kuvaa kahden tai useamman henkilön vastavuoroista käyttäytymistä suhteena kuin myös prosessina, johon sisältyy eri ominaisuuksia tai tunnusmerkkejä. Dialogisuus suhteena on avoimuutta, tasavertaisuutta, turvallisuutta, luottamusta, keskinäistä välittämistä ja läsnäoloa. Dialogiseen prosessiin kuuluu kuunteleminen, kuulluksi tuleminen, ymmärryksen kehittyminen, merkitysten muodostuminen, merkityksen muuttuminen ja yhteinen jakaminen. (Haarakangas 2011, 144-145.)

Dialogisuus keskittyy ihmisten väliseen kommunikointiin, asioiden ymmärtämiseen ja ratkaisujen luomiseen. Haarakangas tuo esille, että kieli on kommunikaation ja ajattelun väline ja se sisältää ulkoista ja sisäistä viestintää, jolloin samalla muodostamme merkityksiä välittämällä niitä toisille ihmisille. Sanallinen ja sanaton viestintä kuuluvat ihmisten keskinäiseen vuorovaikutukseen. Ilmaiseminen tapahtuu keskeisesti puheella, joka on ajattelun väline. Viestintä tapahtuu esimerkiksi silmillä, kasvoilla, käsillä, äänellä tai toisin sanoen ilmeillä, eleillä ja liikkeillä. (Haarakangas 2008, 24-26; Haarakangas 2011, 130.)

Kommunikaatio voidaan erottaa instrumentaaliseen ja sosioemotionaaliseen kommunikaatioon, jotka vaikuttavat olennaisesti toisiinsa. Instrumentaalinen kommunikaatio voidaan liittää tietoihin ja taitoihin perustuvaan ongelman ratkaisuun, kuten tiedon etsimiseen ja jakamiseen. Instrumentaaliseen kommunikointiin sisältyy esimerkiksi kysymysten esittäminen ja niihin vastaaminen tai ohjaus ja neuvonta. Sosioemotionaalinen kommunikaatio on tunneperäistä, joka se sisältää kuuntelemisen, keskustelemisen ja vuorovaikutustaidot. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 28-34.)

Vuorovaikutukseen voidaan orientoitua monella tavalla. Toiminta vuorovaikutussuhteessa ei ole aina tietoista, vaikka kohtaamiseen kiinnittäisi erityistä huomiota. Huomaamattaan voi sortua ylläpitämään kommunikaatiota, jossa eivät toteudu tasavertaisen vuorovaikutuksen periaatteet. (Mönkkönen 2007, 17.)

3.2 Dialoginen asenne

Hoitotyötä toteuttaessa tulisi aikaisempaa enemmän huomioida potilastilanteet. Hoitotyössä ihmisten kohtaaminen on luonteeltaan aina yksilöllistä ja ainutlaatuista. Lyhyissäkin kohtauksissa hoitotyöntekijän käsitys päihdeongelman luonteesta välittyy potilaalle suhtautumisen ja sanavalintojen kautta. Käsityksen muodostumiseen vaikuttaa ihmisten asenteet ja arvot. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2000, 161; Haho 2009, 32-33.)

Potilaan sairauksia hoidetaan yhteistyössä hänen kanssaan, häntä arvostaen ja hänen motivaatiotaan edistäen. Päihdeongelmallisilta nämä oikeudet saattavat vielä puuttua. Hoitohenkilökunnalla voi olla vielä moraalaisia ennakoasenteita. Kielteiset asenteet voivat tulla esiin pahkeksuvia ja ihmisarvoa alentavina sanoina tai nonverbaaleisina viesteinä tai potilaalle voidaan vastata epäystävällisesti hänen elämäntavoistaan. (Mäkelä 2013, 123.) Haarakangas (2011) tuo

esille, että yhteisön toimintasäännöt ja normit on otettava huomioon yhteisössä toimiessa. Riippuu yhteisön erilaisuuden sietokyvystä ja suvaitsevaisuudesta, kuinka henkilö hyväksyytään. Ihmisten keskinäisessä kanssakäymisessä ei kukaan halua itseään määrällävän tai määriteltävän tai saada kohtelua, joka koetaan alistetuksi, ylenkatsotuksi tai esineellistetyksi. Ihminen haluaa tulla kuulluksi, ymmärretyksi ja arvostetuksi. (Haarakangas 2011, 106-107.) Usein johtopäätökset tai oletukset henkilöstä saattavat ilmetä siten, että pidämme omia päättelemiä potilaan asioista oikeina, jolloin ne ilmenevät asenteissamme ja käytöksessämme. Tämä on yksi menetelmä vaalia yksinajattelun kulttuuria pitämällä vankasti kiinni ainoastaan omista mielipiteistä. (Isaacs 2001, 108-109.) Omien asenteiden tarkastelu kuuluu dialogisuuden ymmärtämiseen ja oppimiseen. Dialogisuuden toteutuminen vaatii tietynlaista rohkeutta olla potilaan kanssa samalla tietämättömyyden ja yhteisen hämmästyksen alueella ja löytää uusia oivalluksia. Haasteelliseksi tilanteet tekee potilastilanteiden vaihtuvuus tai potilaiden vaikeat tilanteet, jolloin potilas ei halua välttämättä osallistua keskusteluun. (Mönkkönen 2007, 28-29.)

Ensikontakti ja vaikutelma tilanteesta luovat perustan potilassuhteen muodostumiselle. Jokaisella on oikeus olla puhumatta itselle aroista asioista. Dialogisuus antaa vapauden olla eri mieltä. Samanmielisyys ei ole keskustelun tavoite ja sen vuoksi voi tehdä kysymyksiä, pyytää potilasta perustelemaan omia mielipiteitään. On hyvä olla kriittinen myös omia ajatuksia kohtaan ja hyväksyä avoimesti potilaan mielipiteitä. Tarvitaan taitoa reflektoida, mitä muutosta itsessä tapahtuu. (Haarakangas 2011, 141, 148.)

Aarnio (2012) tuo esille, että keskinäinen kunnioitus ja arvonnanto kuuluvat dialogiin. Dialogisen asenteen pääpainot ovat suhtautuminen henkilöön ihmisystävällisesti ja vastavuoroisesti. Vastavuoroinen toiminta edellyttää luottamusta ja välittämistä, jota voi osoittaa esimerkiksi tekemällä käytännössä pieniä henkilön suuntaan osoitettuja, arvostavia ja huomioon otettavia tekoja. Avoimuus ja vilpittömyys luovat turvallisen ja luottamuksellisen ilmapiirin. Dialogista asennetta voi opetella ja harjoitella tutkailemalla, havainnoimalla, säätelemällä ja arvioimalla omaa toimintaa.

3.3 Dialoginen toimintaote

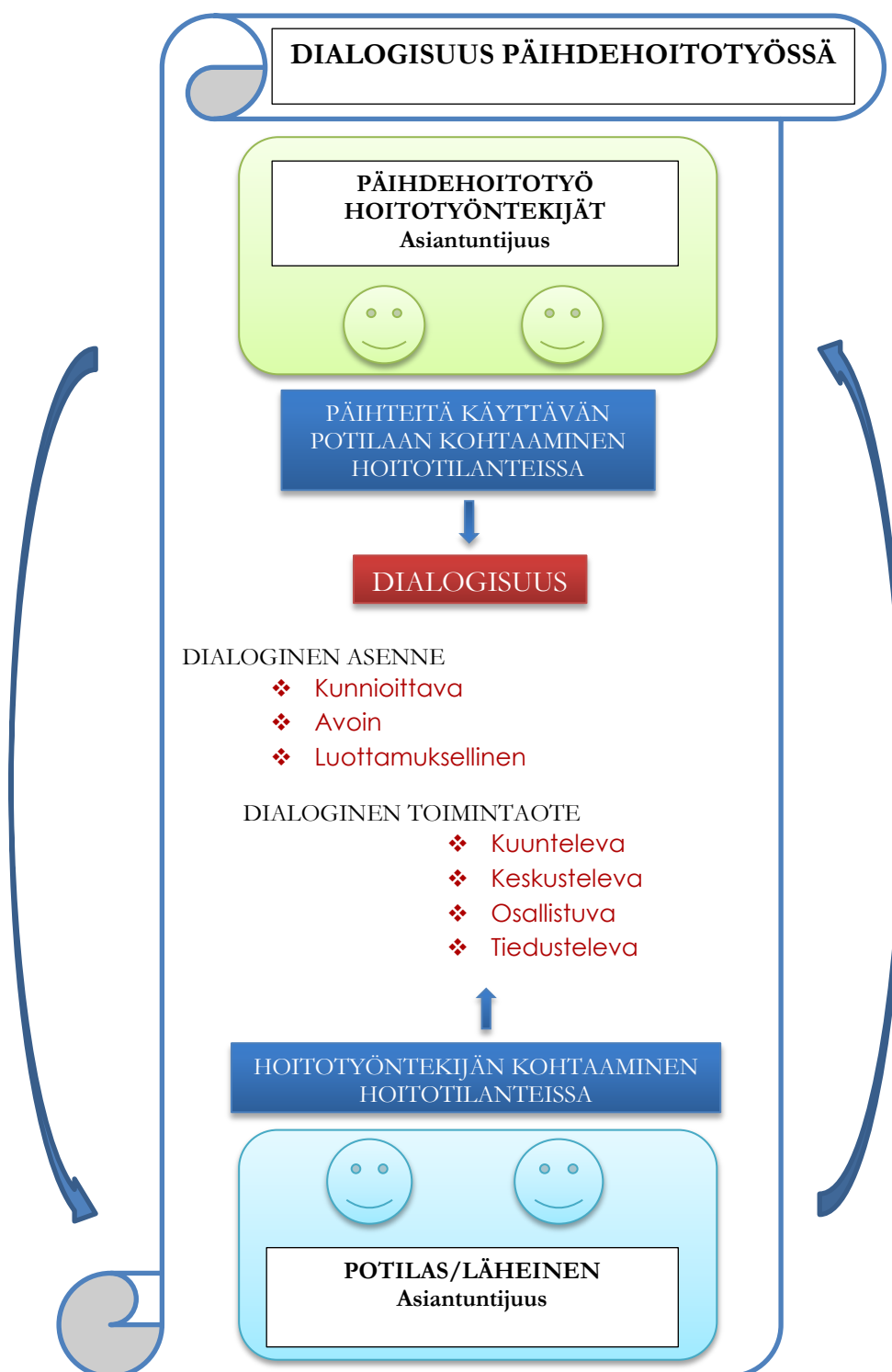
Dialogi suomen kielessä vastaa kuuntelevaa keskustelua (Dialogisuus ammattilaisen ja perheen välillä 2016). Kuunnellessaan potilasta hoitotyöntekijä käyttää hyödyksi ominaisuuksi-

aan reagoida toisen ihmisen tunteisiin. Tällöin on kyseessä vastavuoroisuus. Kun hoitotyöntekijä syventyy päihdepotilaan ongelmiin ja hoitoon, kokee päihdepotilas tullessa ymmärrettynä. Hoitotyöntekijän aktiivinen potilaan itseohjautuvuuden tukeminen luo mahdolliseksi vastavuoroisuuden hoitosuhteessa. Vastavuoroisuus edesauttaa potilasta oivalluksen kokemiseen, mikä tukee häntä ratkaisemaan ristiriitojaan ja sopeutumaan omaan tilanteeseensa. Kuuntelemisen taito voidaan kokea haasteena, koska se ei kehity itsestään. Kuuntelemista voidaan tietoisesti harjoitella. (Mäkelä ym. 2001, 32-34.)

Haarakankaan (2008, 27-30) mukaan keskustelu käsitteenä tarkoittaa ihmisten puhetta keskenään joko kaksin tai useamman henkilön kesken. Dialogisessa keskustelussa käsitellään yhteistä aihetta pohtien sitä avoimesti ja läsnäolevasti yhdessä toisia kuunnellen. Keskustelussa tuodaan esille oma mielipide samalla olemalla kiinnostunut toisten mielipiteistä. Keskustelussa otetaan kantaa toisen näkemyksiin, kuulostellaan toisen ajatuksia ja luodaan yhteistä näkemystä asiasta. Dialoginen keskustelu on toisin sanoen kuuntelevaa keskustelua, kuultuun vastaamista, merkitysten jakamista yhdessä ja yhdessä pohdiskelua eri näkökulmista.

Keskustelun herättämisessä ja kuljettamisessa käytetään tiettyjä toimintatapoja ja menetelmiä. Puhtaista ja avoimista kysymyksistä puhutaan silloin, kun hoitajan mielipiteet eivät vaikuta kysymyksiin tai hoitaja ei johdattele niissä vastaamaan tietyllä tavalla. Avoimet kysymykset voidaan jakaa kahteen osaan, ajattelua, toimintaa ja tunteita avaaviin sekä asian käsittelemistä edistäviin avoimiin kysymyksiin. Vaihtoehtoisesti ajattelua voidaan viedä uuteen suuntaan, tulevaan toimintaan tai tulevaisuuteen vieviin avoimiin kysymyksiin. Sanatarkka jatkaminen edellisestä puheenvuorosta on olennaista, jolloin asian käsittelyä syvennetään, pysytään asiassa ja keskustellaan vastavuoroisesti. Keskustelussa on hyvä tunnistaa ja poimia päihdeasiakkaan puheesta avainlausumia, niin sanottuja kuumia sanoja, joiden tarkoituksena on löytää monia uusia avauksia keskusteluun. (Aarnio 2012.)

Kuviossa 1. on esitetty hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välinen dialogisuus dialoginen kohtaaminen, dialoginen asenne ja dialoginen toimintaote käsitteiden avulla.



Kuvio 1. Dialogisuus päihdehoitotyössä

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTVÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Kuusamon psykiatrisen osaston hoitotyöntekijöiden ja päihdepotilaan välisen dialogisuuden haasteita ja niihin esitettyjä ratkaisuehdotuksia. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitotyöntekijöiden ja päihdepotilaan dialogisuutta hoitotilanteissa.

Tutkimustehtävät

1. Mitä haasteita Kuusamon psykiatrisen osaston hoitotyöntekijät kokevat dialogisuuden toteuttamisessa päihdepotilaan kanssa?
2. Mitä ratkaisuehdotuksia Kuusamon psykiatrisen osaston hoitotyöntekijät esittävät dialogisuuden toteuttamisen haasteisiin?

5 AINEISTON KERUU JA ANALYYSI

5.1 Aineiston keruu menetelmänä 6-3-5 -ryhmäistunto

Aineiston keruu menetelmänä käytettiin 6-3-5 -menetelmää eli pienryhmäteknikkaa, jota nimitetään pyöreän pöydän istunnoksi. Käsiteltävää tehtävää toteutetaan tietyin työvaihein itsekseen, eli tiedonantajat tuovat mielipiteensä tai ideansa esille äänettömästi. Tekstin tuottaminen toteutetaan kirjallisena paperille. Ryhmäistunnossa on ”vetäjä”, joka hoitaa ennakkojärjestelyt. Ennen aineiston keruun aloittamista, vetäjä kertoo aineiston keruu menetelmän kulun.

Aineiston keruussa käytetään avoimia lomakkeita, joihin tiedonantajat voivat antaa kirjallisen kuvauksen. Aineisto tulee hankkia niin, että tutkija vaikuttaa mahdollisimman vähän tiedonantajien tuomiin kuvauksiin. Lähtökohtana on, että tiedonantaja voi liittää vastaukseensa kokemiaan mielikuvia ja elämyksiä aiheesta. (Virtanen 2006, 170.)

Aineiston keruu menetelmänä 6-3-5 -menetelmää kutsutaan myös ”nominaaliseksi”, koska tämän edellyttämässä ryhmätyöskentelyssä tiedonantajat käsittelevät kulloistakin tehtävää tietyissä työvaiheissa itsekseen toisistaan riippumattomasti. Menetelmä tarkoittaa prosessia, joka tuo tiedonantajat fyysisesti yhteen, mutta ei salli heidän olla keskenään suullisessa vuoro vaikutuksessa. (Eloranta 1986, 4, 17, 21.)

Luku kuusi viittaa 6-3-5 -menetelmässä pöydän ympärillä istuviin henkilöihin, jotka osallistuvat tiedon tuottamiseen. Numero kolme tarkoittaa sitä, että jokaiselle kuudelle tiedonantajalle jaetaan eteen kolmesivuinen paperinippu nimimerkillä, joihin he kirjaavat kuhunkin paperiin yhden dialogisuuden toteutumiseen liittyvän haasteen. Sen jälkeen tiedonantajat siirtävät paperinsa vasemmalla puolella istuvalle henkilölle, joka miettii ja kirjoittaa oman ratkaisuehdotuksen esiteltyyn haasteeseen. Paperit siirretään taas seuraavalle henkilölle, joka lukee edellisen henkilön antamat ratkaisuehdotukset ja kirjoittaa haasteelle omat ratkaisuehdotuksen. Tätä jatketaan kunnes jokaisen haasteessa on viisi ratkaisuehdotusta ja kierroksia toistetaan yhteensä kolme kertaa. Menetelmässä numero viisi tulee kuhunkin haasteeseen saaduista ratkaisuehdotuksista. Kukin osallistuja voi lukea lopuksi omista papereistaan haasteeseen esitetyt ratkaisuehdotukset. (Eloranta 1986, 4, 17, 21.)

Saavutettavia etuja 6-3-5 -menetelmässä ovat esimerkiksi huomion pakottaminen ideoiden synnyttämiseen, työrauhan varmistaminen sekä perusteellinen pohdinta. Menetelmässä mahdollistuu strukturoitu kirjallinen vuorovaikutus osanottajien kesken. Jouduttaessa merkitsemään kirjallisesti, menetelmällä on mahdollisuus strukturoida ideaketjuuntumista moneen eri suuntaan tehtävien avulla ja huomionkohdistussäännöillä. Menetelmä pitää sisällään selkeän aikabudjetin. (Eloranta 1986, 4, 17, 21.)

Aineiston keruun 6-3-5 -menetelmän teknistä toteuttamista esitettiin testiryhmällä, mikä varmistaisi varsinaisen aineiston keruun toteutumisen suunnitellulla tavalla. Tarvittavat kuusi testiosallistujaa saatiin koottua omasta tuttava- ja ystäväpiiristämme. Kokoonmistilaksi varattiin psykiatrisen osaston kokoushuone, joka oli tilaisuuden järjestämiseen sopivan rauhallinen. Kokoustilassa oli riittävä valaistus ja tarvittavat apuvälineet, jotka aseteltiin valmiiksi paikoilleen. Tilaisuutta varten hankittiin kullekin osallistujalle kirjoittamiseen soveliaat aluset, joka helpottaisi myös papereiden vaihtoa henkilöltä toiselle aikataulun mukaisesti. Vastaajille aseteltiin nojatuolit puoliympyrän muotoon, jotta jokainen näkisi toisensa. Kaikki osallistujat tulivat ajoissa paikalle, joten tilaisuus pääsi alkamaan aikataulun mukaisesti.

Ennen esitestauksen aloittamista osallistujille kerrottiin 6-3-5 -menetelmän etenemisen vaiheet ja jaettiin jokaiselle osallistujalle myös etenemisestä kirjalliset ohjeet tiivistettynä. Aineiston keruun aihe oli eri, kuin varsinaisessa aineiston keruussa. Muilta osin aineistonkeruumenetelmä oli laaditun suunnitelman mukainen. Kun kaikki olivat valmiina ja kertoivat ymmärtäneensä ohjeistuksen, aineiston keruu aloitettiin. Tilaisuus eteni kaikkien osallistujien kirjoittaessa ja pohiessa keskittyneesti. Kellotus toimi tilaisuudessa suunnitellusti ja papereita siirreltiin aikataulun mukaan. Istunto eteni sovitussa ajassa. Testiryhmältä saatiin kokeilusta arvokasta palautetta tilaisuuden päätteeksi erityisesti siihen, mihin kannattaa kiinnittää huomio jatkossa. Osallistujat kokivat, että aikaa vastaamiseen oli riittävästi. He toivat esille, että vastaamiseen jäljellä olevasta ajasta maininta riittää silloin, kun aikaa on jäljellä alle minuutti. Yksi osallistujista kertoi, että toisten osallistujien tuottama teksti saisi olla vielä selvemmin luettavaa, ja alun info olisi riittävä ilman kirjallista materiaalia. Esitestaukseen osallistujat pitivät tiedonkeruuta mielenkiintoisena kokemuksena ja he kokivat, että aika kului nopeasti.

Esitestauksen osallistujilta saamien palautteiden johdosta suunnittelimme pitävämme varsinaisille tiedonantajille ennen aineistonkeruun toteutusta alustuksen, jossa kerromme lyhyesti heille dialogisuuden käsitettä. Alustus katsottiin tarpeelliseksi, koska dialogisuus käsitteenä voi olla osanottajille vieras. Varsinaiseen aineiston keruuseen alustuksen asiasisällön tueksi

on ajatus laatia Microsoft PowerPoint esitys. Alustuksen tavoitteena olisi aukaista tiedonantajille dialogisuutta käsitteenä. Tarkoitus on jakaa myös alustuksen tueksi kirjallista materiaalia.

5.2 Tiedonantajat

Alussa oli tarkoitus jakaa hoitotyöntekijöille henkilökohtainen kirjallinen kysely heidän halukkuudestaan osallistua opinnäytetyön aineiston keruuseen. Käytännössä koimme kuitenkin helpoksi ja tehokkaaksi tavaksi seuloa halukkaat kysymällä asiaa jokaiselta osastomme hoitotyöntekijältä henkilökohtaisesti. Tuli selville, että halukkuutta ja kiinnostusta osallistumiseen olisi löytynyt, mutta esteitä valitettavasti ilmaantui yhteisen ajan sovittamiseksi kuudelle hoitajalle samalle iltapäivälle. Esimerkiksi osalla osastomme hoitajista oli sovittuna aineiston keruun ajankohtana kesäloma ja osalla oli työvuorojen tai muiden syiden vuoksi hankala järjestää vapaa-aikaa. Osallistujien viime hetken perumiset toivat painetta aineiston keruun onnistumiselle. Saimme paikattua tiedonantajien mahdollista vajetta kyselemällä halukkuutta koko mielenterveys- ja päihdetyön organisaation sisältä. Onnistuimme saamaan ajoissa koolle kuusi hoitotyöntekijää, joilla oli myös pitkä työkokemus päihdehoitotyöstä. Opinnäytetyön toimeksiantosopimus allekirjoitettiin Kuusamon psykiatrisen osaston vastaavan osastonhoitajan kanssa. Luvan opinnäytetyön aineiston keruuseen myönsi hoitotyön johtaja.

5.3 Aineiston keruu

Aineiston keruu toteutettiin sovittuna iltapäivänä Kuusamon psykiatrisen osaston kokouksissa. Tilat valmisteltiin ennalta, ja kaikki ilmoittautuneet kuusi tiedonantajaa saapuivat ajoissa paikalle. Tiedonantajat asettuivat istumaan heille varatuille tuoleille, jotka olivat puoliympyrän muodossa.

Tervetuloitovotusten jälkeen kerroimme, että pidämme lyhyen alustuksen ennen varsinaista aineiston keruuta dialogisuudesta. Jaoin kaikille osallistujille kirjoitusalusat sekä graafisen luonnoksen (kuvio 1, sivulla 14). Lisäksi jaoin kullekin osallistujalle kolme A4 kokoista vastauspaperia. Kerroimme vastauspapereita käytettävän myöhemmässä vaiheessa tiedonkeruussa. Alustuksen tukena esitimme Microsoft PowerPoint esityksen (Liite 1 1(1)-1 1(4).)

Alustuksen jälkeen kerroimme pyöreän pöydän 6-3-5 -menetelmän etenemisen, säännöt sekä kullekin vastaukselle käytettävän ajan pituuden. Tarkistimme vielä ennen aineiston keruun aloitusta, olivatko kaikki osallistujat ymmärtäneet ohjeistuksen. Ennen aineiston keruun alkamista kirjasimme nettiruudulle tutkimuskysymykset 1. Mitä haasteita hoitajat kokevat dialogisuuden toteuttamisessa päihdepotilaan kanssa? 2. Mitä ratkaisuehdotuksia hoitajilla on dialogisuuden toteuttamisessa kokemuinsa haasteisiin päihdeasiakkaan kanssa?

Ohjeistuksen jälkeen aloitimme varsinaisen opinnäytetyön aineiston keruun. Tilaisuus eteni vaihe vaiheelta kaikkien osallistujien kirjoittaessa ongelmat ja ratkaisuehdotukset annettuihin vastauspapereihin. Vastauspaperit alustoineen vaihdettiin ajallaan niitä vasemmalle kierrättämällä. Tiedonantajat tuottivat yhteensä 17 haastetta, koska yksi osallistuja kuvasi vain kaksi haastetta kolmen sijasta. Esitettiin 17 haasteeseen annettiin 85 ratkaisuehdotusta. Aineiston keruu onnistui, kun tiedonantajat noudattivat ohjeita. Tilaisuuden päätyttyä osanottajilla oli mahdollisuus kertoa suullista palautetta tiedon keruusta joko yksin tai ryhmässä. He antoivat seuraavaa palautetta:

- 6-3-5 -menetelmä koettiin myönteisenä aineiston keruu muotona.
- Menetelmä laittoi miettimään asioita.
- Tehokas menetelmä.
- Tasapuolisuus korostui osallistujien kesken.
- Tila oli rauhallinen.

Tiedonantajat ehtivät vastata kysymyksiin. Osa tiedonantajista koki ensimmäisellä kierroksella vastaamiseen annetun ajan vähäiseksi. Aineiston keruun edetessä aika koettiin riittäväksi, ja osa koki viimeisellä kierroksella jääneen ylimääräistä aikaa vastaamiseen. Palautteen mukaan alustus oli ollut esitykseltään jämää. Tiedonkeruutapahtumasta jäi innostunut olo käytettyä 6-3-5 -menetelmästä. Kaikki vastaajat jäivät odottamaan tutkimustuloksia.

5.4 Aineiston analyysi ja tulkinta

Analyysiprosessissa voidaan edetä joko lähtien saadusta aineistosta (induktiivisesti) tai jostain aikaisemmasta käsitejärjestelmästä tai teoriasta (deduktiivisesti), jota hyväksi käyttäen aineistoa luokitellaan. Tiedonantajilta saatu aineisto on analysoitu induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on aineiston luokittelumenetelmä, jossa ensin aineisto hajotetaan osiin, sa-

maa muistuttavat ilmaisut kerätään yhteen ja sen jälkeen käsitteellistetään uudelleen ymmärrettäväksi kokonaisuudeksi. Sisällönanalyysiä voidaan käyttää esimerkiksi kirjallisesti dokumentoidun materiaalin analyysiin. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-4; Tuomi & Sarajärvi 2002, 106-111.)

Sisällönanalyysi on prosessi, johon kuuluu eri vaiheita. Sisällönanalyysiprosessin ensimmäinen vaihe on litterointi, jolloin aineisto kirjoitetaan puhtaaksi sanasta sanaan. Sen jälkeen litteroitua aineistoa luetaan tarkasti useita kertoja läpi. Aktiivisen lukemisen tarkoituksena on luoda pohja analyysille, jotta saadaan näkyviin merkityssisällöt ja esiin tulevat ilmaukset, jolloin ne voidaan liittää asianomaiseen kontekstiin eli asiasisältöön. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-5; Tuomi & Sarajärvi 2002, 108-115.) Tiedonantajilta saatu aineisto luettiin useaan kertaan läpi, jotta ymmärrys syventyisi ja merkityssisällöltään tärkeät asiat nousisivat esiin. Opinnäytetyön tavoitteen, tarkoituksen ja tutkimustehtävät pyrittiin pitämään mielessä, ja niihin palattiin tarvittaessa, jotta aineiston analysointi etenisi niiden suuntaan.

Koodauksessa annetaan aineistosta tärkeiksi nousseille ilmauksille merkintä, joka voi olla esimerkiksi tunnuskirjain, sana tai numero. Se voi olla myös värillinen alleviivaus. Koodaukselle ei ole yhtä ainoaa mallia tai tapaa. Koodaus helpottaa aineiston käsittelyä. Koodeja hyödyntämällä voi aineistosta löytää tiettyä aihetta käsittelevät kohdat, joissa puhutaan samoista tai samankaltaisista asioista. Koodauksessa tutkija merkitsee aineistoon tutkimustehtävän ja -kysymysten kannalta olennaisia asioita, samalla pyrkien selkeyttämään aineiston sisältöä. Koodaamalla saadaan siis kartoitettua aineiston moninaisuutta. Näin saadaan monipuolinen käsitys aineistosta. Tämän jälkeen on hyvä jatkaa analysointia. (KvaliMOTV 2016; Tuomi & Sarajärvi 2002, 92.) Kun koodit luodaan tutkimusprosessin aikana aineistolähtöisesti tai esiymmärryksen mukaan, silloin niitä voidaan luoda, kehittää ja muunnella analyysin kuluessa. Tällöin on kyseessä induktiivinen analyysi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-5; Tuomi & Sarajärvi 2002, 108.)

Aineistosta saatiin tietokoneella puhtaaksi kirjoitettua eli litteroitua tekstiä 6 A4-sivua. Aineiston litterointi on koottu taulukkomuotoon, josta näkee kuvatut haasteet ja haasteeseen esitetyt ratkaisuehdotukset. Haasteet on koodattu numeroin 1-17 allekkain omaan sarakkeeseen. Haasteisiin esitetyt viisi ratkaisuehdotusta on esitetty kunkin kyseessä olevan haasteen riville omiin soluihin alkuperäisin ilmauksin. Kuhunkin haasteeseen esitetyt viisi ratkaisuehdotusta on koodattu isoin aakkosin A-E.

Ennen analyysin aloittamista on valittava analysoidaanko vain se, mikä on selvästi ilmaistu dokumentissa vai analysoidaanko myös piilossa olevat viestit. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 97). Sisällönanalyysissa analysoitiin vain selvästi ilmaistut viestit. Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymys ohjaavat valitsemaan sen, millaisia sisältöjä analysoidaan. Ennen sisällönanalyysiprosessin aloittamista määritellään analyysiyksikkö, jonka valintaa ohjaa keskeisesti tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Yleisimmin käytetty analyysiyksikkö on yksi sana tai sanayhdistelmä, mutta käytetään myös lausetta, lausumaa tai ajatuskokonaisuutta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110.) Tässä työssä analyysiyksiköksi määriteltiin lause tai lauseyhdistelmä, koska vastaukset olivat suhteellisen lyhyitä.

Taulukossa 1. on esimerkkinä kaksi haastetta kirjattuna ja samalla rivillä haasteen kanssa on esitetty haasteen viisi alkuperäistä ratkaisuehdotusta omissa soluissa.

Taulukko 1. Esimerkki 6-3-5 -aineiston litteroinnista ja koodauksesta

Koodi ja kuvattu haaste	Haasteeseen esitetyt alkuperäiset ratkaisuehdotukset koodattuina A-E				
Koodi 6. Dialoginen asenne ei ole luottamuksellista, asiakas ei pysy totuudessa.	A. Puheeksi otto asiasta voisi auttaa alkuun dialogissa.	B. Tiedostetaan asia, kerrataan säännöt ja ajan myötä valheet paljastuu > ja voi syntyä luottamusta puolin ja toisin.	C. Voi sanoa ääneen ja kysyä miksi minusta tuntuu että sanot tai ajattele tällä tavalla tai kysytään muuta vaihtoehtoa.	D. Keskustellaan, korostetaan totuudenpuhuminen tärkeyttä. Puhutaan yhteisistä säännöistä ja luottamuksen syntymisestä. Motivoidaan.	E. Mistä luottamusten puute tai ettei asiakas pysy totuudessa johtuu. Asian ottaminen puheeksi, pitääkö tavoitteita muuttaa.
Koodi 15. Miten saadaan päihdeasiakas avoimeen, dialogiseen, vuorovaikutukselliseen yhteistyöhön?	A. Keskustelua, kyselevän, vastavuoroisen kautta yritetään löytää luottamus; avoimuus puolin/toisin motivoiden sitoutumiseen.	B. Aikaa siihen menee kun luottamus syntyy_ anna aikaa.	C. Perehdytään potilaan taustoihin ja nykytilanteeseen, keskustelun ja ajan kanssa, jos hyvin käy.	D. Käytetään kaikkia dialogisen hoitotyön menetelmiä päihdeasiakkaan hoidossa. Kutsutaan aina verkosto- ja perhe paikalle. Yhteistyö on voimavara jota ei voi ohittaa.	E. Keskustelujen, useiden tapaamisten ja pienten askelten jälkeen voi odottaa jonkin asteista luottamuksen syntymistä_ ollaan myös luottamuksen arvoisia. Tätä kautta avoimuus lisääntyy. Ollaan aidosti kiinnostuneita potilaan nykyisyydestä, menneisyydestä ja tulevaisuuden haaveista.

Aineistolähtöinen eli induktiivinen analyysiprosessi sisältää kolme vaihetta: aineiston pelkistämisen eli redusoinnin, aineiston ryhmittelyn eli klusteroinnin sekä tiedon käsitteellistämisen eli aineiston abstrahoinnin. Pelkistämisessä alkuperäisestä litteroidusta aineistosta karsitaan epäolennainen pois, eli informaatio tiivistetään ja pilkotaan osiin. Klusterointi eli aineiston ryhmittelyssä käydään aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset tarkasti läpi. Ilmauksista etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Tutkija määrittelee, missä määrin ja millä tavalla esille kohonneet olennaiset tekijät liittyvät yhteen kokonaisuuksiksi. Sen jälkeen samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään eli ryhmitellään samaan luokkaan, jolloin aineisto tiivistyy ja sille annetaan sen sisältöä kuvaava nimi eli abstrahoidaan. Abstrahoinnin avulla muodostetaan yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Tuomi & Sarajärvi 2002, 108-115.)

Alustavan ryhmittelyn jälkeen aineistosta voi etsiä varsinaisia teemoja eli aiheita. Idea on siinä, että aineistosta etsitään tiettyä teemaa kuvaavia näkemyksiä. Tyypittelyssä aineisto ryhmitellään tietyiksi tyypeiksi, esimerkiksi tiettyjen teemojen sisältä etsitään näkemyksille yleistys. Tyypittelyssä tiivistetään tiettyä teemaa koskevia näkemyksiä yleistykseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93.)

Sisällönanalyysissä on edetty analysoimalla ensin aineistosta tiedonantajien esittämät alkuperäiset haasteet. Alkuperäiset haasteet luettiin useaan kertaan läpi. Kullekin 1-17 haasteelle on esitetty tutkimustehtävän mukainen kysymys, etsien samalla ilmaisuista yhtäläisyyksiä. Etsiesä yhtäläisyyksiä samalla alleviivattiin olennaisimmiksi nousseet asiat haasteiden selkeytymiseksi. Haasteita ei katsottu tarpeelliseksi pelkistää, koska aineistosta esille tulleet haasteet olivat selkeitä ja lyhyitä lauseita. Seuraavaksi ryhmiteltiin alkuperäiset 1-17 haastetta samansisältöisten merkitysten perusteella allekkain. Sen jälkeen tärkeiksi nousseista asioista abstrahoiittiin kokonaisuuksia, jonka jälkeen aineisto tiivistyi. Ryhmittelyn aikana ilmaisuista nousi esille kolme kokonaisuutta eli teemaa. Kolmesta teemasta muodostettiin kolme luokkaa (teemaa), jotka käsitteellistettiin eli nimettiin sen sisältöä kuvaavalla ilmauksella. Tällöin puhutaan abstrahoinnista.

Taulukossa 2. esitetään haasteet alkuperäisin ilmauksin. Haasteet on sen jälkeen ensin ryhmitelty eli klusteroitu ja käsitteellistetty eli abstrahoitu sen sisältöä kuvaavalla ilmauksella. Kukin teema on koodattu luvuilla I, II ja III. Teemoiksi muodostuivat I Päihdepotilaan kohtaaminen, II Hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välinen luottamus, III Päihdepotilaan sitoutuminen hoitoon.

TAULUKKO 2. Haasteiden ryhmittely ja abstrahointi

HAASTEET, ALKUPERÄISET ILMAUKSET	TEEMA (käsitteellistäminen eli abstrahointi)
2. Ennestään tuntemattoman asiakkaan kohtaaminen akuutissa tilanteessa 4. Molemminpuolinen kuuntelu/vastaanotto mikä ei toteudu 7. Samaistuminen päihdeasiakkaan tilanteeseen voi olla hankalaa, voinko koskaan ymmärtää täysin hänen ajatusmaailmaansa/kokemuksia? 8. Omat ennakkoluulot/huonot kokemukset päihdeidenkäyttäjistä 15. Miten saadaan päihdeasiakas avoimeen, dialogiseen vuorovaikutukselliseen yhteistyöhön? 16. Toteutuuko dialogisuus ”saneleeko”_hoitaja mitä tehdään 3. Asiakas ei ole pystynyt olemaan päihdeettömänä, tavoitteena on sovittu, että tapaamisiin tullaan selvin päin 5. Asiakas ei halua ottaa vastuuta osallistumalla dialogiin, antaa/haluaa toisen tekemän päätöksen/ottavan vastuun 6. Dialoginen asenne ei ole luottamuksellista, asiakas ei pysy totuudessa 9. Potilas voi mitätöidä työntekijän tietämisen/osaamisen vedoten omaan kokemukseen ja tietoon päihteistään. 11. Potilaat/puhuvat muunneltua totuutta 1. Saada päihdeasiakas sitoutumaan yhdessä sovituihin tavoitteisiin. 10. Työntekijä voi olla turhautunut päihdepotilaan hoitoon kun tuloksia ei tule ”kuten sovittu” 12. Perhe ja verkosto mukaan 13. Päihdeasiakkaan oma tavoite 14. Verkoston yhteisen tavoitteen löytäminen 17. Löytyykö miten tavoite mihin tähdätään?	I. Päihdepotilaan kohtaaminen (Koodit 2, 4, 7, 8, 15, 16) II. Hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välinen luottamus (Koodit 3, 5, 6, 9, 11) III. Päihdepotilaan sitoutuminen hoitoon (Koodit 1, 10, 12, 13, 14, 17)

Seuraavaksi sisällönanalyysissä edettiin lukemalla läpi useaan kertaan muodostuneisiin teemoihin esitetyt alkuperäiset ratkaisuehdotukset. Analyysissä edettiin saman kaavan mukaisesti kuin haasteiden analysoinnissa eli esittämällä kullekin alkuperäiselle ratkaisuehdotukselle tutkimustehtävän mukainen kysymys hakemalla samalla ilmaisuista yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Alkuperäiset ratkaisuehdotukset ryhmiteltiin sitä kuvaavaan teemaan I Päihdepotilaan kohtaaminen, II Hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välinen luottamus, III Päihdepotilaan sitoutuminen hoitoon.

Taulukko 3. on esimerkki alkuperäisten ratkaisuehdotusten liittamisestä teemoihin I Päihdepotilaan kohtaaminen, II Hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välinen luottamus, III Päihdepotilaan sitoutuminen hoitoon.

TAULUKKO 3. Alkuperäiset ratkaisuehdotukset teemoihin

TEEMAT (haasteet)	Alkuperäisten ratkaisuehdotuksien (osa) liittäminen teemoihin
I. Päihdepotilaan kohtaaminen (Koodit 2, 4, 7, 8, 15, 16)	2A Rauhallinen työtila ja ote työhön sekä riittävästi henkilökuntaa, että on turvallista työskennellä ja voi perehtyä tausta tietoihin. 2B Perhe- ja verkostokeskeinen työote. Saadaan paljon tietoa voidaan yhdessä keskustellen käyttää oikein. 4D Ei ”piilouduta” hienojen termien taakse, puhutaan ymmärrettävästi, kysytään ja tarkennetaan asiakkaalta, mikäli ei itse ymmärtänyt kaikkea. Tavoiteltavaa toki olisi, että myös asiakas olisi tilanteessa läsnä ja vastaanottavainen, ei pelkästään hoitaja. 16A Yritetään saada keskustelun kautta asiakas osallistumaan ja ottamaan myös vastuuta.
II. Hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välinen luottamus (Koodit 3, 5, 6, 9, 11)	3B Käydään läpi, miten ei kyennyt olemaan selvin päin, miksi retkahti, ei syyllistä asiakasta. Käydään läpi miksi on tärkeää tulla tapaamisiin selvin päin. 6D Keskustellaan, korostetaan totuudenpuhuminen tärkeyttä. Puhutaan yhteisistä säännöistä ja luottamuksen syntymisestä. Motivoidaan. 9E Työntekijän oma ammatillisuus tulee usein kyseenalaistettua päihdeasiakkaan taholta. Keskustelun ohjaaminen asiakkaan asioihin. Asiakas voi itse ratkaista suuret kysymykset asiallisen dialogin avulla. Ammattitaito vuorovaikutuksen toteuttamiselle on avain asia joka antaa varmuutta työntekijälle kestää ja tunnistaa kritiikin pätevydestä.
III. Päihdepotilaan sitoutuminen hoitoon (Koodit 1, 10, 12, 13, 14, 17)	1E Tehdään tavoitteet asiakkaan motivaatiosta, kyvyistä lähtöisin. Otetaan mahdollisimman laaja verkosto tukemaan ja tehdään tavoitteista ”osasia” pienin askelein isompaa tavoitetta kohti, jotta saadaan positiivisia kokemuksia lisäten motivaatiota ja palaute. 14B Jokaisen näkemystä kuunnellen. 17B Dialogin avulla kyselemällä ja poimien asiakkaan puheesta avainsanoja, jotka johtaa tavoitteeseen.

Ratkaisuehdotuksia pelkistettiin tarvittaessa, jotta sen sisällöllinen tulkinta helpottuisi. Siten saatiin kokonaiskuva esille nousseista ratkaisuehdotuksista. Pääsääntöisesti tutkimustulokset pidettiin mahdollisimman alkuperäisinä, jotta tieto ei muuttuisi analysoinnin aikana. Taulukossa 4. on esimerkki ratkaisuehdotuksista, jotka on tarvittaessa pelkistetty (Liite 2.1).

Seuraava vaihe sisälsi kategorioiden muodostamisen. Ratkaisuehdotusten ryhmittelyn jälkeen edettiin kategorioiden muodostamisessa lukemalla eri teemojen alle muodostuneet ratkaisuehdotukset tarkasti läpi. Sen jälkeen määriteltiin, miten olennaisiksi nousseista asioista ilmeni suurempi kokonaisuus, jonka jälkeen tiivistettiin aineistoa samoin kuin haasteita analysoitaessa. Ratkaisuehdotuksista nousi esille kahdeksan kokonaisuutta eli kategoriata, jotka on abstrahoitu eli käsitteellistetty sitä kuvaavalla ilmauksella.

Taulukko 5. on esimerkki, miten samansisältöiset ratkaisuehdotukset on ryhmitelty yhteen sitä kuvaavaan teemaan I Pähdepotilaan kohtaaminen, II Hoitotyöntekijän ja pähdepotilaan välinen luottamus ja III Pähdepotilaan sitoutuminen hoitoon. Sen jälkeen samankaltaiset ratkaisuehdotukset on liitetty niistä muodostuneisiin ilmauksiin eli kategorioihin. Muodostuneet kategoriat on koodattu erilaisten merkkien avulla ■, ◆, ★, Υ, ↔, ●, ❖, ➤.

Taulukko 5. Haasteisiin luokitellut ratkaisuehdotukset eli kategoriat

TEEMAT (haasteet)	Esimerkki samansisältöisten ratkaisuehdotusten ryhmitteystä.	KATEGORIA Haastetta kuvaava ratkaisuehdotus
I Pähdepotilaan kohtaaminen (Koodit 2, 4, 7, 8, 15, 16)	<p>2A Rauhallinen työtila ja ote työhön. 2E Alkuhaastattelulla kartoittaa taustaa. Tehdä kohtaamisesta kiireetön ja aidosti läsnä oleva.</p> <p>7C Kokemus tuo siihen varmuutta ja taitoa. Täysin ei tarvitse ymmärtää, varsinkaan hyväksyä asiakkaan tilannetta. Todellisuus pitää olla aina mukana dialogissa. Kohottaa ammatillisesti pähdeasiakas. 16C Hoitaja vastaa ammatillisesti hoidon toteutumisesta ohjeiden ja lakien mukaan.</p> <p>4B Kysy ymmärsitkö ja itse voi sanoa miten ymmärsin potilaan puheen, että olikos asia näin. 15A Keskustelua, kyselevän, vastavuoroisen kautta yritetään löytää luottamus; avoimuus puolin/toisin motivoituneeseen sitoutumiseen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Turvallinen ja rauhallinen ilmapiiri (2A, 2B, 2C, 2D, 2E, 4E) ◆ Ammatillinen kohtaaminen (7C, 8A, 8B, 8C, 8D, 8E, 15E, 16C) ★ Vuoropuhelu (4A, 4B, 4C, 4D, 4E, 15A, 15B, 15C, 15D, 16A, 16B, 16D, 16E)
II. Hoitotyöntekijän ja pähdepotilaan välinen luottamus (Koodit 3, 5, 6, 9, 11)	<p>6D Keskustellaan, korostetaan totuudenpuhuminen tärkeyttä. 5D Korostetaan myös omaa vastuuta ja yhteistyön merkitystä.</p> <p>9A Miten potilas ajattelee työntekijän tietämyksen/osaamisen. Millaisia kokemuksia eri ihmisistä hänellä on. Voi kysyä miksi tällaiset kokemukset potilaalle on tulleet. 9C Hoitajana tarjoaa sen hetkisen tiedon asiasta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Υ Vastuullisuus (3A, 3B, 3C, 3D, 3E, 5A, 5B, 5D, 5E 6A, 6B, 6C, 6D, 6E, 11A, 11B, 11C, 11D, 11E) ↔ Asiantuntijuus (9A, 9B, 9C, 9D, 9E)
III. Pähdepotilaan sitoutuminen hoitoon (Koodit 1, 10, 12, 13, 14, 17)	<p>1E Tehdään tavoitteista ”osasia” pienin askelin isompaa tavoitetta kohti 17D Tavoitteen voi asiakas/potilas itse löytää.</p> <p>1A Motivoiva keskustelu ja tiedon anto. 5C Heijastava kuuntelu, avoimet kysymykset</p> <p>12D Verkosto on hyvä olla myös mukana. Aloitus on hyvä tehdä yksilökäynnillä tavoitteen osalta ja kutsua verkostoa tarpeen mukaan. 14A Yhdessä pohtien, kuunnellen jokaista ”oman alansa ammattilaista”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Tavoitteiden laatiminen. (1B, 1C, 1D, 1E, 10B, 10C, 10D, 10E, 13A, 13B, 13C, 13D, 13E, 14C, 14D, 14E, 17A, 17B, 17C, 17D) ❖ Motivoiva keskustelu (1A, 5C, 10A, 14B, 17B, 17E) ➤ Verkostoyhteistyö (12A, 12B, 12C, 12D, 12E, 14A, 14D)

Teemaan I Päihdepotilaan kohtaamisen kategorioiksi muodostuivat turvallinen ja rauhallinen ilmapiiri (koodi ■), ammatillinen kohtaaminen (koodi ◆) ja vuoropuhelu (koodi ★). Teemaan II Hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välisen luottamuksen kategorioiksi muodostuivat vastuullisuus (koodi Υ) ja asiantuntijuus (koodi ↔). Teemaan III Päihdepotilaan sitoutuminen hoitoon kategorioiksi muodostui tavoitteiden laatiminen (koodi ●), motivoiva keskustelu (koodi ❖) ja verkostoyhteistyö (koodi ➤).

Taulukkoon 6. on tehty kooste 6-3-5 -menetelmällä kerätyn aineiston tuloksista. Taulukosta ilmenee haasteita kuvaavat teemat koodeineen I Päihdepotilaan kohtaaminen, II Hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välisen luottamus ja III Päihdepotilaan sitoutuminen hoitoon. Viereisessä sarakkeessa on näkyvillä kunkin teeman ratkaisuehdotuksista muodostuneet kategoriat koodilla ■, ◆, ★, Υ, ↔, ●, ❖, ➤.

Taulukko 6. Yhteenveto 6-3-5 -menetelmällä kerätyn aineiston tuloksista

TEEMAT (Haasteet)	KATEGORIAT (Ratkaisuehdotukset) (koodit ■, ◆, ★, Υ, ↔, ●, ❖, ➤)
I Päihdepotilaan kohtaaminen (Koodit 2, 4, 7, 8, 15, 16)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Turvallinen ja rauhallinen ilmapiiri (koodit) ◆ Ammatillinen kohtaaminen ★ Vuoropuhelu
II Hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välisen luottamus (Koodit 3, 5, 6, 9, 11)	<ul style="list-style-type: none"> Υ Vastuullisuus ↔ Asiantuntijuus
III Päihdepotilaan sitoutuminen hoitoon (Koodit 1, 3, 5, 10, 12, 13, 14, 17)	<ul style="list-style-type: none"> ● Tavoitteiden laatiminen ❖ Motivoiva keskustelu ➤ Verkostoyhteistyö

Seuraavaksi kuvataan tulokset, jotka raportoidaan siten, että ensiksi kuvataan haasteet ja niiden jälkeen haasteisiin esitetyt ratkaisuehdotukset. Tuloksissa kuvataan yhteenvedot hoitotyöntekijöiden kokemista haasteista ja haasteisiin esitetyistä ratkaisuehdotuksista.

6 TULOKSET

6.1 Hoitotyöntekijöiden kokemat keskeiset haasteet dialogisuuden toteutumisessa päihdepotilaan kanssa

Tiedonantajien vastauksista hoitotyöntekijöiden kokemiksi keskeisiksi haasteiksi muodostuivat teemat I Päihdepotilaan kohtaaminen, II Hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välinen luottamus, III Päihdepotilaan sitoutuminen hoitoon.

Taulukko 7. Yhteenveto teemoista (haasteet)

TAULUKKO 7. Teemat

TEEMAT
I Päihdepotilaan kohtaaminen (Koodit 2, 4, 7, 8, 15, 16)
II Hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välinen luottamus (Koodit 3, 5, 6, 9, 11)
III Päihdepotilaan sitoutuminen hoitoon (Koodit 1, 3, 5, 10, 12, 13, 14, 17)

Tuloksina saadut teemat (haasteet) esitetään omina lukuina. Kunkin teeman kuvauksen jälkeen on yhteenvedot hoitotyöntekijöiden kokemista haasteista. Kuhunkin teemaan on kuvattu hoitotyöntekijän kokemia alkuperäisiä ilmauksia *kursivoituna*.

6.1.1 Päihdepotilaan kohtaaminen

Hoitotyöntekijät olivat kokeneet päihdepotilaan kohtaamisen haasteelliseksi etenkin akuutissa tilanteessa tai kun päihdepotilas on ennestään tuntematon. Samaistuminen päihdepotilaan tilanteeseen koettiin hankalaksi. Hänen ajatusmaailmaansa tai hänen kokemuksiaan yritettiin ymmärtää. Päihdepotilaan kohtaamisen haasteina nousivat esille myös hoitotyöntekijän ennakkoluulot ja kokemukset päihteenkäyttäjistä. Hoitotyöntekijät kokivat haasteena sen, miten saada päihdepotilas avoimeen dialogiseen vuorovaikutukselliseen yhteistyöhön, jolloin molempuolinen kuuntelu ei välttämättä toteutunut.

”Samaistuminen päihdeasiakkaan tilanteeseen voi olla hankalaa, voinko koskaan ymmärtää täysin hänen ajatusmaailmaansa/kokemuksia?”

”Molemminpuolinen kuuntelu/vastaanotto mikä ei toteudu”

6.1.2 Hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välinen luottamus

Hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välisen luottamuksen haasteena hoitotyöntekijät kokivat sen, että päihdepotilas puhuu muunneltua totuutta. Toisaalta hoitotyöntekijät kokivat, ettei päihdepotilas luota hoitotyöntekijän tietämiseen tai osaamiseen, vaan hän vetoaa omaan kokemukseen ja tietämiseen päihteenkäyttönsä liittyvistä asioista.

”Dialoginen asenne ei ole luottamuksellista, asiakas ei pysy totuudessa”

*”Potilas voi mitätöidä työntekijän tietämisen/osaamisen vedoten omaan kokemukseen ja tietoon päihteis-
tään”*

6.1.3 Päihdepotilaan sitoutuminen hoitoon

Päihdepotilaan sitoutumisessa hoitoon hoitotyöntekijät kokivat haasteena potilaan omien ja verkoston yhteisten tavoitteiden löytyminen päihdepotilaan hoitoon. Toisaalta hoitotyöntekijät kokivat, ettei potilas sitoudu yhteisesti sovittuihin tavoitteisiin. Hoitotyöntekijät saattoivat turhautua potilaan hoitoon, jos tuloksia ei synny. Hoitotyöntekijät saattoivat kokea myös, ettei päihdepotilas halua ottaa vastuuta osallistumalla hoitoonsa koskeviin asioihin, vaan haluaa hoitotyöntekijän ottavan vastuun ja tekevän päätökset.

”Löytyykö miten tavoite mihin tähdätään”

”Asiakas ei halua ottaa vastuuta osallistumalla dialogiin”

6.2 Hoitotyöntekijöiden ratkaisuehdotukset haasteisiin

Muodostuneet ratkaisuehdotukset eli kategoriat (Taulukko 8.) koodattiin merkillä ■, ◆, ★, Υ, ↔, ●, ❖, ➤.

TAULUKKO 8. Kategoriat

KATEGORIAT (Ratkaisuehdotukset) (koodit ■, ◆, ★, Υ, ↔, ●, ❖, ➤)	
■	Turvallinen ja rauhallinen ilmapiiri (koodit)
◆	Ammatillinen kohtaaminen
★	Vuoropuhelu
Υ	Vastuullisuus
↔	Asiantuntijuus
●	Tavoitteiden laatiminen
❖	Motivoiva keskustelu
➤	Verkostoyhteistyö

Hoitotyöntekijöiden esittämät ratkaisuehdotukset päihdepotilaan kohtaamiseen kategorioiksi tulivat: Turvallinen ja rauhallisen ilmapiiri (koodi ■), ammatillinen kohtaaminen (koodi ◆) ja vuoropuhelu (koodi ★). Kuhunkin kategorian yhteyteen on hoitotyöntekijän esittämiä alkuperäisiä ilmauksia ratkaisuehdotuksista *kursivoituna*.

6.2.1 Päihdepotilaan kohtaamisen kehittäminen

- Turvallinen ja rauhallinen ilmapiiri

Ennestään tuntemattoman päihdepotilaan kohtaamisessa hoitotyöntekijät pitivät tärkeänä turvallisen ja rauhallisen ilmapiirin luomista. Oma rauhallisuus kuin myös rauhallinen työtila ovat tärkeitä. Turvallisuusasiat tulee varmistaa riittävällä henkilökuntaresurssilla. Tulohaastattelulla voidaan kartoittaa päihdepotilaan taustaa ja hänen perhesuhteita sekä verkostoa. Kunnioittava ja kuunteleva asenne potilasta kohtaa edistää hyvän hoitosuhteen luomista.

”Riittävästi henkilökuntaa, rauhallinen työtila ja ote työhön”

”Alkutilanteen selvittely.”

”Oma rauhallisuus heijastuu asiakkaaseen, kunnioittava ja kuunteleva asenne”

- ◆ Ammatillinen kohtaaminen

Päihdepotilas tulee kohdata ammatillisesti ottamalla hänet vastaan sellaisena kuin hän on. Hoitotyöntekijän tulee vastata ammatillisesti hoidon toteutumisesta ohjeiden ja lakien mukaan. Päihdepotilalle tulee tarjota vaihtoehtoja, miten hän voi tehdä asioita toisin. Hoito-

työntekijän on hyvä tunnistaa omat ennakkoluulonsa. Kokemusten jakaminen työkavereiden kanssa auttaa ja motivoi. Myös työnohjausta pidetään edellytyksenä hoitotyöntekijän jakamiselle.

”Käydä dialogia itsensä kanssa. Tietoisuus omista asenteista auttaa ottamaan huomioon asiakkaan todellisuuden tilanteissa. Auttaa myös tunnistaa transferenssi ilmiöt, joita dialogin aikana esiintyy.”

”Hoitaja vastaa ammatillisesti hoidon toteutumisesta ohjeiden ja lakien mukaan. Jotkut kokevat sen ”saneluna”, koska itse ”tietävät” paremmin.”

”Työkavereiden kanssa kokemusten jakaminen auttaa. Työnohjaus on ehdottomasti oltava tukena jotta jaksaa.”

★ Vuoropuhelu

Hoitotyöntekijöiden ratkaisuehdotuksissa tuli esille vuoropuhelu, joka koettiin tärkeäksi potilaan kohtaamisessa. Päihdepotilaan kohtaamista edistetään vuoropuhelulla, jolloin ollaan aidosti kiinnostuneita potilaan menneisyydestä, nykytilanteesta sekä tulevaisuuden haaveista. Hoitotyöntekijät esittivät, että on hyvä selvittää syyt siihen, miksi molemminpuolinen kuuntelu tai vastaanotto ei toteudu. Tarkistetaan molemminpuolinen ymmärrys käydystä keskustelusta tarkentavilla kysymyksillä. Vuoropuhelussa pyritään löytämään luottamus ja avoimuus ja annetaan aikaa yhteistyön muodostumiselle. Hoitotyöntekijän tulee tehdä myös oman käyttäytymisen ja tunnetilan havainnointia ja tiedostaa vuoropuhelussa oma rooli. Päihdepotilaan kohtaamista edistetään vuoropuhelulla, jossa keskustelun avulla saadaan potilas osallistumaan ja ottamaan vastuuta hoidostaan. Keskustelussa hoitoon liittyviä valintoja tai vaihtoehtoja on potilaalle hyvä myös perustella.

”Kysy ymmärsitkö ja itse voi sanoa miten ymmärsin potilaan puheen, että olikos asia näin.”

”Ei ”piilouduta” hienojen termien taakse, puhutaan ymmärrettävästi, kysytään ja tarkennetaan asiakkaalta, mikäli ei itse ymmärtänyt kaikkea.”

”Tavoiteltavaa toki olisi, että myös asiakas olisi tilanteessa läsnä ja vastaanottavainen, ei pelkästään hoitaja.”

6.2.2 Hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan luottamuksen kehittäminen

Hoitotyöntekijöiden esittämät ratkaisuehdotukset hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan luottamuksen haasteisiin kategorioiksi tulivat vastuullisuus (koodi Y) ja asiantuntijuus (koodi ↔).

Y Vastuullisuus

Hoitotyöntekijän esittivät ratkaisuehdotuksina, että hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välistä luottamusta voi lisätä ottamalla puheeksi luottamukseen liittyvä asia. On hyvä keskustella myös yhteisistä säännöistä. Keskustellaan, miksi on tärkeää tulla selvin päin ja potilasta ei syyllistetä. Mietitään yhdessä, mitkä syyt johtivat tilanteeseen, että potilas saapuu humalassa. Motivoidaan potilasta päihteettömyyteen.

Selvitetään, miten tavoitteita pitää muuttaa tai löytyykö muuta vaihtoehtoa luottamuksen säilyttämiselle. Jos päihdepotilas puhuu muunneltua totuutta, tulee asia ottaa puheeksi. Keskustelun kautta etsitään syitä käyttäytymiseen. Hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välistä luottamusta voidaan lisätä kertaamalla hoitoon liittyviä asioita. Keskustelun avulla hoitotyöntekijä voi herättää päihdepotilaan vastuun ottamista tilanteestaan. Samalla voi korostaa yhteistyön merkitystä. Keskustelussa käytetään apuna heijastavaa kuuntelua ja avoimia kysymyksiä. Hoitotyöntekijän tulee selvittää, mistä johtuu, että päihdepotilas ei ota vastuuta hoidostaan tai tehdyistä päätöksistä.

”Puhutaan yhteisistä säännöistä ja luottamuksen syntymisestä.”

”Keskustellaan, korostetaan totuudenpuhumisen tärkeyttä.”

”Keskustelun avulla tulisi herättää asiakkaan vastuu omasta tilanteestaan.”

”Korostetaan myös omaa vastuuta ja yhteistyön merkitystä”

↔ Asiantuntijuus

Hoitotyöntekijän tulee ohjata, tukea ja motivoida potilasta päihteettömyyteen. Hoitotyöntekijä voi vahvistaa päihdepotilaan luottamusta keskustelemalla ja tarjoamalla sen hetkisen tutkimustiedon potilaan hoitoon liittyvästä asiasta. Ohjauksessa pitää turvautua näyttöön perustuvaan tietoon. Näitä ovat esimerkiksi Käypähoito- suositukset.

”Hoitajana tarjoaa sen hetkisen tiedon asiasta.”

”Keskustelun ohjaaminen asiakkaan asioihin. Asiakas voi itse ratkaista suuret kysymykset asiallisen dialogin avulla.”

”Ammattitaito vuorovaikutuksen toteuttamiselle on avain asia joka antaa varmuutta työntekijälle kestää ja tunnistaa kritiikin pätevydestä.”

6.2.3 Päihdepotilaan hoitoon sitoutumisen kehittäminen

Hoitotyöntekijöiden esittämät ratkaisuehdotukset päihdepotilaan hoitoon sitoutumisen kategorioiksi tulivat: Tavoitteiden laatiminen (koodi ●), motivoiva keskustelu (koodi ❖) ja verkostoyhteistyö (koodi ➤).

- Tavoitteiden laatiminen

Hoitotyöntekijät toivat esille ratkaisuehdotuksissaan sen, että tavoitteiden laadinnassa on hyvä huomioida päihdepotilaan omat tavoitteet kuin myös verkoston asettamat tavoitteet. Päihdepotilaan omissa tavoitteissa tulee huomioida hänen haaveensa ja toiveensa. Lisäksi pitää pohtia yhdessä vaihtoehtoja muutosten saavuttamiseksi. Tavoitteet tulee jakaa osatavoitteisiin. Potilaan terveyden nykytilanne ja muutoshalukkuus päihteen käyttöön tulee myös selvittää. Verkoston asettamien tavoitteiden löytämiseksi tulee kuunnella jokaisen potilaan hoitoon osallistuvan näkemys asiasta. Tavoitteiden laadinnassa pitää huomioida niiden realistinen saavuttamisen mahdollisuus.

”Tavoitteet lähdettävä asiakkaasta itsestä”

”Valitaan tavoite joka on realistinen saavuttaa.”

”Eri vaihtoehdot pilkkeoa pienempiin ”välitavoitteisiin” jotta tulee onnistumisen kokemuksia jotka tukevat.”

- ❖ Motivoiva keskustelu

Hoitotyöntekijät esittivät ratkaisuehdotuksina päihdepotilaan hoitoon sitoutumiseksi motivoivaa keskustelua esimerkiksi tavoitteiden löytämiseksi. Motivoivassa keskustelussa käytetään heijastavaa kuuntelua, avoimia kysymyksiä ja poimitaan toisen puheesta avainlausumia.

”Kannustaminen, motivoiminen”

”Yhteistyöllä, keskustellen ja auttaen, eri vaihtoehtoja/näkemyksiä antaen, ennen kaikkea asiakasta kuunnellen.”

”Heijastava kuuntelu, avoimet kysymykset”

”Dialogin avulla kyselemällä ja poimien asiakkaan puheesta avainsanoja, jotka johtaa tavoitteeseen”

➤ Verkostoyhteistyö

Hoitotyöntekijöiden mielestä perhe- ja verkostotyö koetaan tärkeäksi potilaan hoidossa. Päihdepotilaan hoitoon sitoutumisen motivoinnissa voi kannustaa potilasta pitämään yhteyttä perheeseen. On tärkeä järjestää verkostopalaveri, jossa kuunnellaan läheisten kokemuksia potilaan tilanteesta.

”Perhettä/verkostoa olisi hyvä saada mukaan kuitenkin asiakasta kuunnellen.”

”Järjestää verkostopalaveria, kuunnella myös perheen/läheisten näkemys ja kokemukset.”

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitotyöntekijöiden ja päihdepotilaan dialogisuutta hoitotilanteissa. Päihdepotilaan kohtaamisen, hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan luottamuksen ja päihdepotilaan sitoutumisen kehittäminen nousivat keskeisimmiksi päihdepotilaan dialogisuuden kehittämisen aiheiksi hoitotilanteessa.

7.1 Dialoginen asenne päihdepotilaan kohtaamisen kehittämisessä

Päihdepotilaan kohtaamisessa hoitotyöntekijät kokivat haasteeksi akuuttitilanteet, etenkin jos potilas oli ennestään tuntematon. Hoitotyöntekijöiden vastauksissa nostettiin esille, että turvallisuuden tunnetta hoitotilanteessa lisätään hoitotyöntekijän rauhallisella asenteella ja työotteella. Potilaan ja hoitotyöntekijän kokema kiire vaikuttaa olennaisesti siihen, miten toimitaan, millaiseksi ilmapiiri muodostuu ja millaiseen rooliin kukin asettuu. Hoitotyöntekijä joutuu usein eettiseen ristiriitatilanteeseen, kun hän haluaisi käyttää enemmän aikaa kuin kiireinen työtahti sallii. (Mönkkönen 2007, 32.)

Potilaan ärtymystä voi edesauttaa epätietoisuus omasta terveydentilasta. Keskustelulla ja oikealla tiedon antamisella on rauhoittava vaikutus potilaaseen. (Lehestö, Koivunen, Jaakkola 2004, 152.) Mattila (2001, 60-62) mainitsee tutkimuksessaan, että tulotilanteen myönteisyys ilmenee potilaan myönteisenä kokemuksena. Hoitotyöntekijän keskittyminen potilaan tilanteeseen lisää kohtaamisen avoimuutta ja aitoutta sekä tunnetta molemminpuolisesta hyväksynnästä. Hoitotyöntekijä odottaa myös potilaan hyväksyvän hänet ammattihenkilönä ja suhtautuvan häneen vakavasti. Onnistunut tulohaastattelu ja potilaan sekä hänen omaisensa ohjaus tukevat myönteistä kohtaamista.

Päihtyneen henkilön kohtaaminen on usein haasteellinen tilanne. Terveystieteiden eri hoitoyksiköissä esiintyy häiriökäyttäytymistä tai uhkaavia tilanteita. Häiriökäyttäytyminen lisää samalla toisten potilaiden epämukavuutta tai turvattomuudentunnetta. Hoitotyöntekijöiden työskentely tulee taata turvallisissa olosuhteissa. Jos päihdepotilas käyttäytyy aggressiivisesti, tulee pyytää apua ajoissa ja poistaa potilas oleskelutilasta. Turvallisuutta lisätään riittävällä henkilöstömäärällä. (Lehestö ym. 2004, 151-152, 164-166.)

Kuusamon terveyskeskuksen psykiatrisen osaston turvallisuus- ja pelastussuunnitelma sekä poistumisturvallisuusselvitys sisältävät esimerkiksi riskikartoituksen, toimintaohjeet häiriötilanteissa ja varautuminen poikkeustilanteisiin. Turvallisuuteen liittyvää tietoa ja ohjeistuksia hoitotyöntekijöille lisätään pelastus-, turvallisuus- ja ensiapukoulutuksilla. Väkivaltaisten ja muutoin uhkaavien tilanteiden varalta terveyskeskuksen osastoilla on yhteisesti toimiva hälytysjärjestelmä ja hoitotyöntekijöiden henkilökohtaiseen käyttöön tarkoitetut hälytyslaitteet. (Kuusamon psykiatrisen osaston pelastus- ja toimintasuunnitelma 2013 n.d.)

Hoitotyöntekijät kokivat haasteeksi omat ennakkoluulot ja kokemukset päihteenkäyttäjistä. Mattila (2001, 66-67) on tuonut tutkimuksessaan esille kohtaamisen myönteisyyttä ja aloitteellisuutta heikentävinä tekijöinä potilaaseen kohdistuvat ennakkoluulot tai molemminpuolisen välinpitämättömyyden kokemisen.

Hoitotyöntekijöiden mielestä hoitotyöntekijän tulee vastata ammatillisesti potilaan hoidon toteutumisesta eri ohjeistusten ja lakien mukaan. Päihdepotilaan yksilöllisyys tulee huomioida. Potilasta on kohdeltava ihmisarvoa loukkaamatta ja hänen henkilökohtaista vakaumustaan ja yksityiselämäänsä tulee kunnioittaa. Oikeudenmukaisuus edellyttää potilaiden hoidon toteutumisen yhteneväisten periaatteiden mukaisesti. (Lindqvist 2001, 13; Mäkelä & Murto 2013, 92.)

Hoitotyöntekijät saattoivat kokea samaistumisen potilaan tilanteeseen hankalaksi. Alkoholi-riippuvuuden tunnusmerkkinä pidetään usein sitä, että alkoholiriippuvainen ei kykene pidättäytymään alkoholista eikä hallitsemaan alkoholin käyttöönsä. Mahdollisten toistuvien retkah- tamisien myötä usko ja potilaan kyky muutoksen mahdollisuuteen vähenee. (Kiianmaa 2013, 44.) Samaistuminen potilaan tilanteeseen edellyttää välittämistä ja jossain määrin avuttomuudessa olevan potilaan tilanteeseen asettumista, jotta potilaan tilannetta ymmärretään (Kanninen & Uusitalo-Arola 2015, 74).

Hoitotyöntekijät ehdottivat, että päihdepotilaalle tulee tarjota vaihtoehtoja, miten hän voi tehdä asioita toisin. Hoitotyöntekijän haastava tehtävä on saada potilas tarkastelemaan omaa toimintaansa ja suhtautumistapaansa. (Kanninen & Uusitalo-Arola 2015, 60.) Ahdistavan ja kaoottisen tilanteen aikana potilas on usein toivoton muutoksen mahdollisuudesta, jolloin hoitoon motivoituminen ja luottamussuhteen syntyminen ovat ensimmäisiä tavoitteita muiden muutosten mahdollistamiseksi. Hoitotyöntekijöiden tulee pyrkiä myönteiseen asenteeseen.

seen, potilaan kannustamiseen ja toiveikkuuden luomiseen hankalasta tilanteesta huolimatta. (Iija, Almqvist & Kiviharju-Rissanen 1997, 150-151.)

Etiikan tehtävänä on auttaa ihmisiä tekemään valintoja, arvioimaan ja ohjaamaan omaa ja toisten toimintaa sekä tutkimaan toimintansa perusteita (Lindqvist 2001, 4). Hoitotyöntekijöiden on syytä välillä pohtia omia asenteita ja toimintatapoja. Kokemusten jakaminen hoitotyöntekijöiden kesken auttaa ja motivoi eteenpäin. Hoitotyöntekijöiden mielestä yhdessä reflektointi ja työnohjaus auttavat työssä jaksamisessa.

Kuusamon psykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden informointia lisätään palaveriin, jolloin käsitellään hoitoyksikköön ja hoitotyöhön liittyviä asioita. Työnohjaus toteutetaan vuosittain, johon sisältyy useampia työnohjauskertoja. Koulutusta tarjotaan tarpeen mukaan. Työyhteisön kehittämispäivät pidetään 1-2 vuodessa. Hoitotyöntekijät voivat osallistua myös esimerkiksi työilmapiirikyselyyn, joka tapahtuu netin sähköpostin kautta. (Kuusamon psykiatrisen osaston tulokortti 2013 n.d.)

Hoitotyöntekijät kokivat haasteena saada päihdepotilas avoimeen dialogiseen vuorovaikutukselliseen yhteistyöhön. Hoitotyöntekijöiden mielestä avointa dialogista vuorovaikutuksellista yhteistyötä edistetään vuoropuhelulla, jolloin ollaan aidosti kiinnostuneita päihdepotilaan tilanteesta. Hoitotilanteessa molemminpuolinen kuuntelu tai vastaanotto ei aina toteudu ja sen syy tulee selvittää keskustelemalla. Vuoropuhelussa pyritään löytämään avoimuus ja luottamus. Vuoropuhelun avulla hoitotyöntekijät saavat potilaan osallistumaan ja ottamaan vastuuta hoidostaan.

Vastavuoroisuus hoitosuhteessa tarkoittaa osapuolten suhtautumista ja kohtelemista samalla tavoin. Vastavuoroisuudessa toiminta ja hyöty kohdistuvat molempiin osapuoliin. (Suomi Sanakirja 2016.) Tunteiden huomioimiseen sisältyy intuitio, joka määrittää työkokemuksen tuomana herkkyytenä aistia ja havaita potilaan oloa sekä kyvyn havaita tilannetta. Hoitotilanteessa tunnekokemuksen jakaminen edellyttää hoitotyöntekijältä kokonaistilanteen ymmärtämistä ja tavoitteellista vuorovaikutusta. (Mattila 2001, 60-76.) Potilaan itseohjautuvuuden tukeminen vahvistaa vastavuoroisuutta hoitotilanteessa. Vastavuoroisuus edesauttaa potilasta oivalluksen kokemisessa, mikä tukee häntä ratkaisemaan ristiriitonsa ja sopeutumaan omaan tilanteeseensa. (Mäkelä ym. 2001, 33-34.)

Hoitotyöntekijät esittävät oman käyttäytymisen ja tunnetilan havainnoinnin ja oman roolin tiedostamisen edistävän vuoropuhelun onnistumista. Aarnio (2012) esittää, että hoitotyönte-

kijän on hyvä arvioida omia vuorovaikutustaitojaan ja pyrkiä kehittämään niitä. Dialogisuuteen kuuluu suhtautuminen toiseen osapuoleen ihmisystävällisesti ja vastavuoroisesti. Dialoginen asenne sisältää toimintatapoja, joita ovat symmetrinen osallistuminen, itsen ja toisen kunnioittaminen ja arvostaminen sekä vastavuoroinen luottamuksellinen toiminta. Symmetrisessä osallistumisessa voi havainnoida omaa toimintatapaa esimerkiksi, miten puhun, kuuntelen ja keskustelen. Ihmisarvon huomioimisessa ilmeissä, eleissä ja puheessa näkyy ja kuuluu itseäni ja toisia kunnioittava suhtautuminen, ihmisarvo. Vastavuoroinen toiminta ja luottamus edellyttävät sitoutumista pysymällä mukana keskustelussa eri tilanteista huolimatta ja kertomalla ajatteluaan vilpittömästi.

Omien tapojen ja olettamuksien tiedostaminen sisältyy dialogisuuteen. Keskustelussa tärkeää on osallistujan vuoroin puhumisen ja kuuntelemisen rytmin sisäistäminen. Tavoite on pysähtyä ja keskittyä hetkeen jolloin keskustelee toisen kanssa, silloin puhuu lyhyemmin ja kuuntelee hyvin. Kehittyneen tiedostamisen seurauksena mahdollistuu monenlaisten lähestymistapojen tutkaileminen. (Aarnio 2012.)

7.2 Dialoginen toimintaote molemminpuolisen luottamuksen kehittämisessä

Hoitotyöntekijät kokivat hoitotilanteessa, ettei potilaan asenne ole luottamuksellista potilaan puhuessa muunneltua totuutta. Kyngäs (1995, 50) toi tutkimuksessaan esille, että toisten ihmisten kontrollointi, riippuvuus toisista sekä kokemukset erilaisuudesta muihin nähden, lisäävät potilaan ristiriitaista tunnetta. Potilaat kokevat myös syyllisyyttä siitä, miten ovat hoitaneet itseään tai asioitaan, mikä voi johtaa samalla epärehellisyyteen. Potilas voi muunnella totuutta tai salata hoitotyöntekijöille itseensä ja hoitoonsa liittyviä asioita. Epärehellisyys on myös menetelmä tehdä vuorovaikutustilanteet hoitotyöntekijöiden kanssa siedettäväksi.

Päihdepotilas voi salata alkoholin käyttöönsä. Käyttäjä usein pelkää ilmitulon aiheuttamia kielteisiä seurauksia. Päihdepotilaan antamien esitietojen hataruus, epämääräiset ja ristiriitaiset selitykset hoitoon hakeutumisen syistä tai kysymyksiin kiertely ja vastaamatta jättäminen herättävät hoitotyöntekijän epäilykset siitä, että jotain olennaista jää puuttumaan. Tämä johtaa luottamuksen vähentymiseen hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välillä. (Lehestö ym. 2004, 150.)

Hoitotyöntekijöiden mielestä luottamukseen liittyvän asian puheeksi ottaminen on olennaista. Hoitotyöntekijä voi kerrata hoitoon liittyviä asioita ja samalla korostaa yhteistyön merkitystä. Keskusteleminen yhteisistä säännöistä ja toimintatavoista on tärkeää, ja niiden kertominen on tarpeellista. Kuusamon psykiatrisella osastolla on hoitotyöntekijöiden laatima ”tulokansio”, jonka hoitotyöntekijä käy läpi potilaan kanssa yhdessä tulovaiheen jälkeen. Tulokansioon on kerätty psykiatrisen osaston yhteisiä sääntöjä ja toimintatapoja ja sekä muita ohjeistuksia. (Kuusamon psykiatrisen osaston ohjeistukset 2013 n.d.)

Luottamusta voidaan lisätä keskustelemalla hoitoon liittyvistä asioista ja selvittämällä tavoitteet. Keskustelun avulla hoitotyöntekijä voi herättää päihdepotilaan vastuun ottamista tilanteestaan. Vahvistuminen tarkoittaa, että potilasta tuetaan vähitellen vastuun ottamiseen hoidostaan. (Mattila 2001, 70.) Potilaan itseluottamusta ja hänen omia kykyjään pyritään vahvistamaan löytämällä aina ensin asiasta pienetkin edistysaskeleet (Alkoholiongelman hoito 2015). Potilaan pystyvyyden tunnetta voidaan vahvistaa esimerkiksi vetoamalla aikaisempiin onnistumisiin. Vahvistumista voidaan tukea esimerkiksi: ”Minusta on hienoa, että olet päättänyt tarttua ongelmaasi”. (Koski-Jännes ym. 2008, 50.)

Asiakaslähtöisyys on hoitosuhdetyöskentelyn tärkein edellytys. Hoitotyöntekijän tulee pitää potilasta oman tilanteensa parhaimpana asiantuntijana. Jos hoitotyöntekijä asettuu käyttämään valtaa potilaan suhteen pätevemmän ja osaavamman roolissa, asettaa hän potilaan objektiivoiutuun rooliin. Kunnioittava ja tukea antava hoitosuhde perustuu tasa-arvoiseen subjekti-subjekti-suhteeseen, jossa potilaalla on mahdollisuus säilyttää oman elämänsä vastuullisuus ja asiantuntijuus. (Iija ym. 1997, 220.)

Hoitotyöntekijän aito muutokseen pyrkivä hoitotyö ja optimistinen työote lisäävät potilaan sisäistä itsehallintaa, tunnetta omasta toimivuudesta ja vaikuttamismahdollisuuksista. Muutokset potilaassa ilmenevät uusissa toimintatavoissa, sosiaalisissa taidoissa ja rohkeudessa muuttaa elämää ja luopua riippuvuuksista. (Kanninen & Uusitalo-Arola 2015, 28- 29.)

Hoitotyöntekijät kokivat, ettei päihdepotilas luota hoitotyöntekijän tietämiseen tai osaamiseen. Hoitotyöntekijän kokemattomuus tai epävarmuus hoitotilanteissa voivat vaikuttaa tunnekokemusten jakamiseen ja molemminpuolisen luottamuksen syntymiseen. Potilaille saattaa tulla tunne, ettei hoitotyöntekijällä ole riittävästi tietoa potilaan kokonaistilanteesta tai hänen tarpeistaan. Hoitotyöntekijä ei siten pysty perustelevaan potilaan hoitoon liittyviä asi-

oita tai tarvetta kuntoutumiseen. Palautteiden kertominen kuntoutumisen edistymisestä jää usein myös riittämättömäksi. (Mattila 2001, 73-76.)

Hoitotyöntekijät voivat lisätä potilaan luottamusta ohjaamalla, tukemalla ja motivoimalla potilasta päihdeettömyyteen. Potilaan ilmaistessa tarvetta keskusteluun, hoitotyöntekijän tulisi pyrkiä varaamaan aikaa siihen mahdollisimman pian. Välittämisen tunne muodostuu, kun hoitotyöntekijä keskittyy potilaan asioihin, seuraa potilaan vointia, on tietoinen siinä tapahtuvista muutoksista ja on oma-aloitteisesti yhteydessä potilaaseen. Luottamus asiantuntijoiden osaamiseen auttaa potilasta vahvistumaan. Potilaat arvostavat hoitotyöntekijöiden oma-aloitteista tiedon kertomista. Potilaille on tärkeää kertoa myös palaute kuntoutumisen edistymisestä. Oikea tiedon saanti ja palaute ovat kuntoutumisen edellytys. Potilaan tulee saada tietoa sairaudestaan ja tilanteestaan, koska tieto auttaa potilasta ymmärtämään tilannettaan ja ymmärtämään hoidon merkityksen. (Kynäs & Hentinen 2008, 27-31; Mattila 2001, 71-72.)

Hoitotyöntekijä vahvistaa päihdepotilaan luottamusta keskustelemalla ja tarjoamalla sen hetkisen tutkimustiedon potilaan hoitoon liittyvästä asiasta. Potilaan tiedonsaantioikeuteen kuuluu saada kaikki ne tiedot, joilla on merkitystä hoidosta päätettäessä. Salassapitovelvollisuus velvoittaa pitämään potilaan tiedot salassa. (Lindqvist 2001,6; Mäkelä & Murto 2013, 92.) Kuusamon psykiatrisen osaston tulokortissa (2013) esiintyvissä tavoitteissa näkyy päihdeosaamisen- ja päihdetyön kehittäminen. Mahdollisimman hyvä ja turvallinen hoito, riittävä hyöty ja tyytyväisyystavoite määritellään esimerkiksi käypähoito- suositusten mukaisesti laaditulla hoitosuunnitelmalla, verkostoyhteistyöllä ja asiakaspalautteiden hyödyntämisellä.

Hoitotyöntekijän velvollisuuksiin ja oikeuksiin kuuluu lisätä ja ylläpitää omia tietojaan ja taitojaan sekä huolehtia työnsä riittävästä laadusta. Ammatillinen kehittäminen edellyttää toimintaa koskevien sääntöjen ja suositusten hallintaa, eettisiä taitoja sekä vuorovaikutus- ja työyhteisövalmiuksia. (Lindqvist 2001, 14.) Näyttöön perustuva toiminta edistää hoitotyöntekijöiden vastuunottoa hoidon kehittämisessä, esimerkiksi näyttöön perustuvien tutkimussuosituksien hyödyntämistä ja niiden käyttöönottoa. Hoitotyön kehittäminen ohjaa tarvittaessa etsimään myös uusia toimintatapoja, jotka edistävät potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen 2014, 28-45.)

Näytöllä tarkoitetaan parasta mahdollista saatavaa olevaa tietoa, jota käytetään potilaan hoidon sekä palvelujen järjestämiseen. Näyttö voi olla tutkimuksista koottua tutkimusnäyttöä, asiantuntijanäyttöä tai esimerkiksi seurantatietoa organisaation toiminnasta. Tutkimusnäytöllä

tarkoitetaan tutkimuksista koottua tutkimusnäyttöä, asiantuntijanäytöllä tarkoitetaan kulloisenkin aiheen tunnustettujen asiantuntijoiden konsensusta kyseisestä asiasta ja seurantanäyttöä ovat esimerkiksi erilaiset tilastotiedot. (Holopainen ym. 2014, 15.)

Tiedon lisääminen ja vastuun jakaminen lisäävät hoitotyöntekijöiden motivaatiota päihdepotilaan hoitoa kohtaan. Hoitotyöntekijöiden säännöllinen koulutus ajankohtaisista päihdeasioista on tärkeää. Päihdehoitotyön menetelmien kehittäminen terveydenhuollon ja sosiaali-toimen toimintayksiköissä sekä ammattitaidon ylläpitäminen takaavat laadukkaan päihdetyön jatkumisen Kuusamossa. (Kuusamon päihdestrategia 2007-2010 2007, 22-23.)

7.3 Dialogisten menetelmien käyttö päihdepotilaan hoitoon sitoutumisen kehittämisessä

Hoitoon sitoutuminen on potilaan vastuullista, tavoitteellista ja aktiivista itsensä hoitamista terveydentilan edellyttämällä tavalla yhteistyössä terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Kyngäs. 1995, 60). Kyngäs (1995, 46-47) eritteli tutkimuksessaan, että hyvä hoitoon sitoutuminen edellyttää hoidon toteutumista hoitosuunnitelmien edellyttämällä tavalla. Hoitaminen on vapaaehtoista ja aktiivista toimintaa, jolla saavutetaan potilaalle arvokkaita päämääriä, kuten vapaus, terveys ja hyvä olo. Hoitoa edistää potilaan sisäinen hoitomotivaatio, johon sisältyy esimerkiksi kyky kontrolloida omaa toimintaa, terveyden arvostaminen, läheisten tuki ja hoidon kokeminen luonnollisena osana elämää.

Hoitokuuliaisuus on lähes ohjeiden mukaista itsensä hoitamista. Hoitomotivaatio koetaan kuitenkin pakonomaiseksi, koska hoito ei ole vapaaehtoisuuteen perustuvaa eikä toimintana omasta halusta lähtevää. Tietoisesti hoitoon sitoutumattomuus tarkoittaa jatkuvaa hoito-ohjeista poikkeamista, ja potilas tiedostaa hoidon laiminlyönnin seuraukset terveydelleen. Tyypillistä on satunnainen hoito-ohjeiden noudattaminen sekä toiminnan perustuminen omien mielihalujen mukaan. Sitoutumattomuuteen liittyy hoitomotivaation puute, johon yhdistetään heikko itsekuri, kaavamaiset hoito-ohjeet ja liian korkeaksi koetut hoitotavoitteet. Välinpitämätön hoitoon sitoutuminen on hoidon laiminlyöntiä. Välinpitämätön suhtautuminen hoitoon ja passiivisuus hoitoa kohtaan merkitsee potilaalle vapautta, mutta se tuo tullessa myös huonoa oloa ja ristiriitoja. (Kyngäs 1995, 46-47.)

Hoidon sitoutumiseen vaikuttaa potilaan itsestä johtuvat tekijät, kuten esimerkiksi ikä ja sukupuoli sekä henkilön voimavarat sairauden kuin elämäntilanteen myötä. Etenkin nuorten ja

ikäntyneiden kohdalla sitoutuminen näkyy asenteissa ja arvoissa sekä vastuuntunnossa. Hoitovastuun siirtyminen nuorelle itselleen voi olla haaste. Käsitukset sairaudesta ja siihen liittyvästä hoidosta vaikuttavat sitoutumiseen. Päihdeongelmat tai psyykkiset ongelmat ja niihin liittyvät selviytymiskeinot heikentävät hoitoon sitoutumista. Ulkoisina eli ympäristöstä johtuvina tekijöinä sitoutumiseen vaikuttavat perheeltä tai läheisiltä saatu tuki. Terveystieteiden järjestelmän tai hoitotyöntekijöiden toiminta, etenkin niihin liittyvä hoito tai hoidon järjestelyt sekä seuranta tai ohjaus katsotaan ulkoisiksi tekijöiksi. (Kyngäs 1995, 21, 48; Kyngäs & Hentinen 2008, 27-28; Mattila 2001, 66-67.)

Hoitotyöntekijät kokivat haasteena potilaan omien ja verkoston yhteisten tavoitteiden löytyminen päihdepotilaan hoitoon. Usein tavoitteet liittyvät potilaan fyysiseen, psyykkiseen tai sosiaaliseen hyvinvointiin, toimintakykyyn ja toimintatapoihin. Tavoitteiden laadinnassa ongelmia voi syntyä eri näkemysten ilmentyessä. Potilas voi kokea oman tilanteensa eriävänä hoitotyöntekijän näkemykseen verrattaessa. Hoitotyö tulee suunnitella potilaskohtaisesti. Hoitotyöntekijälle haastetta tuo se, että samankaltaisista ongelmista kärsivät potilaat ovat erilaisia sekä heidän voimavaransa vaihtelevat. Pelkkä diagnoosi ei riitä, koska se ei anna tietoa siitä, miten juuri tätä potilasta voisi auttaa. (Kanninen & Uusitalo – Arola 2015, 24-26, 72.)

Hoitotyöntekijät toivat esille, että hoitoon sitoutumista voidaan motivoida tavoitteiden laadinnalla. Tavoitteet tulee olla potilaan tavoitteita, jossa huomioidaan hänen haaveensa ja toiveensa. Hoitotyöntekijöiden mielestä tavoitteet tulee olla myös realistisia ja tavoitteet tulee jakaa osatavoitteisiin. Samalla on hyvä selvittää myös muutoshalukkuus päihteiden käyttöön.

Potilaan motivoitumista ohjaavat hänen omat arvot, tarpeet, tavoitteet ja tavoiteltavan muutoksen merkitys sekä käytettävissä olevat resurssit. Hoidon tavoitteena on asiakaslähtöisyys sekä yksilöllisyys. Tavoitteena on saada potilas itse puhumaan muutoksensa puolesta. (Alkoholiongelmaisen hoito 2015.) Hoidon tavoitteilla ja hoidon tuloksilla on merkitystä hoidon sitoutumiseen. Hoitotavoitteiden laadinta edellyttää potilaan ja hoitotyöntekijän yhteistä hoidon suunnittelua. Hoitosuunnitelma laaditaan potilaan kanssa yhdessä. (Mattila 2001, 63.)

Nuoren potilaan kohdalla hoito tulee järjestää mahdollisimman varhain ja hoidon jatkuvuus tulee turvata. Nuoren päihdepotilaan tulee saada hänen tarpeidensa mukaista suunniteltua hoitoa, jonka arvio perustuu aina asiantuntijan näkemykseen. Hoitotyöntekijän, päihteenkäyttäjän ja omaisen näkemykset päihdeongelman olemassaolosta, luonteesta sekä hoidosta

voivat erota toisistaan. Tarvitaan hoitosuunnitelma, josta eri osapuolet pyrkivät pitämään kiinni. (Lönqvist & Marttunen 2001.)

Potilaan hoitoon sitoutumista tulisi myös arvioida, jotta saadaan näyttöä siitä, millaisia tuloksia hoidolla saadaan aikaan ja miten sitä voitaisiin kehittää (Kynäns & Hentinen 2008, 24). Hoitotyöskentelyssä voi edetä käymällä läpi tavoitteet, jotka on yhteisesti sovittu ja selvitetään yhdessä, miten potilaan hoito on edennyt. Hoitotyöntekijän tulee kertoa potilaalle hyvää palautetta potilaan onnistumisista. (Kanninen & Uusitalo – Arola 2015, 57, 72.)

Alkoholin käytön vähentäminen tai lopettaminen voidaan nimetä eri muutosvaiheina (taulukko 9), joita ovat harkinta-, valmistelu-, toiminta-, retkahdus- ja ylläpitovaihe. Muutosprosessi ei välttämättä toteudu tässä järjestyksessä, vaan henkilö työstää useitakin vaiheita samanaikaisesti. (Päihdelinkki 2016.)

TAULUKKO 9. Muutoksen vaiheet (Päihdelinkki 2016)

MUUTOKSEN VAIHE	TUNNUSPIIRTEITÄ	TAVOITE	TOIMINTAMENETELMIÄ
Esiharkinta	Ei tiedosteta juomisen haittoja. Ei koeta tarvetta muutokseen.	Juomista tarkastellaan	Muutokseen ei voi pakottaa. Toimintatapoja tarkastellaan. Tosiasioiden esittäminen.
Harkinta	Muutosta harkitaan. Haitallisten toimintatapojen käsitteleminen on puutteellista. Ei vakuuttunut muutokseen.	Juomista ja siitä johtuvia seurauksia pohditaan	Juomisen kokemuksen hyväksyntä sekä juomiseen liittyvien hyötyjen sekä haittojen pohtiminen
Valmistelu	Muutosta suunnitellaan. Muutosta kokeillaan. Valmistaudutaan toimimaan. Kerätään henkisiä voimavaroja	Toimintatapojen arviointi	Muutospäätöksen kannustus. Esteiden tunnistus. Ratkaisujen etsiminen. Houkutusten vähentäminen. Itsetunnon ja pystyvyyden tunteen vahvistus sekä sosiaalisen tukiverkoston rakentaminen
Toiminta	Suunnitelmien soveltaminen. Uusien toimintatapojen kokeilu, käyttöönotto ja niiden harjoittelu (3-6kk)	Juomisesta irtautuminen. Tunteen vahvistaminen	Ärsytystekijöiden välttäminen. Pystyvyyden kannustus. Tunteiden käsitteleminen. Hyötyjen kertaaminen. Sosiaalisen tuen varmistaminen
Retkahdus	Palaaminen vanhoihin toimintamalleihin	Lipsahduksesta oppiminen. Muutosprosessin jatkaminen	Retkahduksen syyn tunnistaminen on tärkeää. Selviytymiskeinojen vahvistaminen ja uusien toimintasuunnitelmien kehittäminen
Ylläpito	Sitoutuminen juomattomuuteen (yli 6kk)	Raittius	Seurantasuunnitelman tekeminen. Onnistumisentunteen vahvistaminen. Vertaistuen mahdollistaminen. Mahdollisten retkahdusten ja siihen sovellettavien selviytymiskeinojen käsitteleminen

Muutoshalukkuutta voidaan lisätä lyhytneuvonnalla. Kuusamon psykiatrisen osaston päihdepotilaan hoitoon sisällytetään lyhytneuvonta eli mini-interventio. Alkoholiongelmaisen hoito (2015) ohjeistuksissa esitetään lyhytneuvonnan suhteuttamista päihdepotilaan tilanteeseen. Hoitotyöntekijän tulee kysyä potilaan alkoholinkäytöstä ja kertoa yksilöllisesti hänen alkoholinkäyttönsä haittavaikutuksista. Potilasta motivoidaan suullisilla ja kirjallisilla ohjeilla vähentämään alkoholinkäyttöään.

Hoitotyöntekijät ehdottivat potilaan sitoutumisen menetelmäksi motivoivaa keskustelua tavoitteiden löytämiseksi. Motivoiva keskustelu on ohjausmenetelmä, jonka yhtenä tarkoituksena on löytää ja vahvistaa potilaan motivaatiota elämäntapamuutokseen. Elämäntapojen muuttaminen ei ole helppoa, joten motivoivalla keskustelulla on tavoite herättää, muuttaa ja vahvistaa potilaan ajatuksia terveellisiin elämäntapoihin. Motivoivan keskustelun periaatteisiin kuuluu empatia, tasapainon horjuttaminen, poikkeavien ja ristiriitaisten näkökohtien esille saaminen, väittelyn välttäminen, vastarinnan hyväksyminen sekä potilaan pystyvyyskäsitysten tukeminen. (Alkoholiongelmaisen hoito 2015.)

Motivoivan keskustelun herättämisessä ja kuljettamisessa käytetään dialogisia menetelmiä. Näitä ovat esimerkiksi puhtaiden avoimien kysymysten muotoileminen, sanatarkka jatkaminen edellisestä puheenvuorosta. Hoitotyöntekijä pyrkii tunnistamaan ja poimimaan toisen puheesta avainlausumia, niin sanottuja kuumia sanoja. Samalla molempien osapuolten ymmärrys syvenee ja lisääntyy. (Aarnio 2012.)

Heijastavassa kuuntelussa hoitotyöntekijä reagoi potilaan kertomaan esimerkiksi toistamalla asiaa. Hän arvailee ääneen, mitä toinen tarkoittaa ja samalla tarkistaa, onko ymmärtänyt asian oikein. Heijastavasta kuuntelusta on esimerkkinä: ”Vaikuttaa siltä että...”. Avoimet kysymykset aloitetaan sanoilla mitä, miten, miksi, kuinka ja kerro. Avoimia kysymyksiä voi esittää potilaalle esimerkiksi: Mistä haluaisit puhua? (Alkoholiongelmaisen hoito 2015.)

Hoitotyöntekijät toivat esille päihdepotilaan hoitoon sitoutumisessa perhe- ja verkostoyhteistyön merkityksen. Interventioita suunniteltaessa tulee huomioida, mitä apua hakeva yksilö tai perhe haluaa tapahtuvan elämässään (Iija ym. 1997, 150-151). Verkoston tavoitteiden löytämiseksi tulee kuunnella jokaisen potilaan hoitoon osallistuvan mielipide asiasta. Potilaan on usein taloudellisesti, arkielämän järjestämisen kannalta, sekä myös henkisesti helpompia sitoutua lyhyeen hoitotyösuhteeseen kuin pitkään. (Kanninen & Uusitalo – Arola. 2015, 28).

Päihdepotilaan hoito tapahtuu yhteistyönä eri hoitotyöntekijöiden kanssa hoitoneuvotteluis-
sa, joihin potilasta hoitava lääkärin lisäksi potilaan läheiset osallistuvat. Moniammatillisen
työryhmän toimijoiden osaaminen täydentää kokonaisuutta potilaan asioiden edistäjänä.
(Mönkkönen 2007, 36, 139-140.)

Hoitokokouksessa tulee kaikkien osallistujien äänien tulla kuulluksi (Haarakangas 2008, 23).
Kuulluksi tuleminen on potilaalle voimia antava kokemus. Kuulluksi tulemisen myötä poti-
laassa lisääntyvät voimavarat, joita hän ei ole tiedostanut tai hän ei ole saanut käyttöön. (Dia-
logisuus ammattilaisen ja perheen välillä 2016). Potilas tarvitsee uuden näkökulman suhteessa
itseensä, toisiin ihmisiin ja elämänsä tärkeisiin asioihin. Uusi näkökulma vapauttaa potilaan
huomaamaan erilaisia mahdollisuuksia vaikuttaa asioihinsa. Tämä vaatii potilaalta oman tilan-
teen ja toiminnan havainnoimista. (Kanninen & Uusitalo – Arola 2015, 57, 72.) Dialogissa
hyväksytään erilaiset näkemykset eikä kenenkään näkemys voi olla kokonainen totuus (Dia-
logisuus ammattilaisen ja perheen välillä 2016).

8 POHDINTA

8.1 Eettisyys

Suomessa opetusministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut hoitotieteellisen tutkimuksen ohjeet tieteellisen menettelytapojen noudattamiseen. Tutkimuseetiikan tärkein ydin on tuottaa eettisesti luotettavaa tutkimusta. Tieteellisen käytännön peruslähtökohtia ovat tutkimuseetiikan mukaiset toimintatavat. Eettisyys perustuu laadun arviointiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 138; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 362-363.)

Eettisyyttä voi pohtia koko opinnäytetyöprosessin aikana. Tehtyjä valintoja tulee perustella sekä sovittuja sääntöjä ja sopimuksia noudattaa. Opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa korostuvat niin eettiset suositukset kuin yleiset rehellisyyden periaatteet, jotka koskevat kaikkea tutkimus- ja kehitystoimintaa. Ensimmäinen eettinen pohdinta kohdistuu jo aiheen valintaan, joka jo itsessään asettaa tutkimukselliset kysymykset, kuten esimerkiksi kenen ehdoilla aihe valitaan ja miksi ryhdytään tutkimaan. (Hirsijärvi, Remes, Sajavaara 2007, 24; Tuomi & Sarajärvi 2002, 126.)

Mietittäessä opinnäytetyön aihetta, kiinnostuimme päihdepotilaan ja hoitotyöntekijän välisestä vuorovaikutuksesta. Vuorovaikutus on laaja aihe, joten aihetta rajattiin dialogisuus käsitteeseen. Opinnäytetyön alkuvaiheessa keskustelimme psykiatrisen osaston osastonhoitajan kanssa kiinnostuksestamme dialogisuuden käytöstä päihdepotilaan hoidossa. Ohjaavat opettajat hyväksyivät opinnäytetyön aiheen. Aiheanalyysin hyväksynnän jälkeen laadittiin opinnäytetyön suunnitelma. Opinnäytetyön suunnitelman hyväksynnän jälkeen annoimme sen luettavaksi psykiatrisen osaston vastaavalle osastohoitajalle ja hoitotyön johtajalle.

Jokaisen opiskelijan koulutusalaista riippumatta on varmistuttava oman opinnäytetyönsä aineiston keruuseen liittyvistä lupa-asioista. Hoitotyön opiskelijoiden tulee noudattaa lupakäytäntöä, koska aineistot kohdistuvat potilaisiin, omaisiin tai terveyttä käsittäviin dokumentteihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation johdolta tulee hankkia kirjallinen lupa opinnäytetyön aineiston keruulle. (Kylmä & Juvakka 2007, 71.)

Opinnäytetyön aineiston keruun eettisyyden perustana ovat tutkittavien henkilöiden yhteistyöhalu sekä heidän rehellinen ja kunnioittava kohtelu. Ammattietiikan periaatteisiin kuuluu

oikeudenmukaisuus, vahingon välttämisen periaate ja autonomian kunnioituksen periaate sekä hyötyperiaate. Oikeudenmukaisuuden periaatteessa eettisen toiminnan mukaisesti tutkimukseen osallistuvilla tulee kertoa heidän oikeudet sekä velvollisuudet mahdollisimman totuudenmukaisesti ja rehellisesti. Tutkimukseen osallistujille tulee kertoa osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tahansa. Eettisyyttä turvataan hankkimalla vastaajilta kirjalliset suostumukset tutkimustyöhön osallistumisesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 141.)

Vahingon välttämisen periaatteeseen kuuluu, ettei tutkija saa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti vahingoittaa tutkimuksen kohteena olevaa. Autonomian kunnioituksen periaate edellyttää, että tutkimukseen osallistuvien henkilöiden yksityisyyttä ja oikeuksia kunnioitetaan. On erittäin tärkeää taata tutkittavien anonymiteetti tutkimuksen aikana, sekä sen jälkeen. Tutkimukseen osallistujia tulee informoida tutkimukseen liittyvistä asioista. Riittävä opinnäytetyöstä kertominen kohdejoukolle on tärkeää. Tiedonkeruuseen osallistujien tulee olla tietoisia tutkimuksen tavoitteesta, tarkoituksesta ja tutkimuksen kulusta. Heille tulee kertoa, että tietoja ei käytetä muuhun tarkoitukseen kuin tähän tutkimukseen. Myös tulokset on raportoitava niin, ettei niistä voi tunnistaa vastaajaa. Hyötyperiaate näkyy esimerkiksi siinä, että tutkimuksessa saatavien hyötyjen oltava haittoja suurempia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 129, 13.)

Suostumusta tiedonkeruuseen tiedusteltiin suullisesti Kuusamon psykiatrisen osaston sekä mielenterveys- ja päihdepuolen toimintayksiköiden, esimerkiksi Ruskarinteen hoitotyöntekijöiltä. Heille kerrottiin samalla aineiston keruuseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja anonymiteetista. Tiedonkeruu toteutettiin Kuusamon psykiatrisen osaston tiloissa. Ennen aineiston keruuta, tiedonantajille kerrottiin tutkimuksen tavoitteesta, tarkoituksesta ja tutkimuksen kulusta. Hoitotyöntekijöiltä saatu aineisto käsiteltiin opinnäytetyön tekijöiden toimesta ja aineisto hävitetään, kun opinnäytetyö on hyväksytty. Saatua aineistoa ei käytetä muuhun tarkoitukseen, kuin vain tähän opinnäytetyöhön.

8.2 Luotettavuus

Opinnäytetyössä luotettavuuteen voidaan vaikuttaa hyvällä ja huolellisella aineiston keräämisellä, analysoinnilla ja tulosten esittämisellä. Tämä tarkoittaa sitä että, opinnäytetyön eri vaiheissa aineistoa analysoidaan, tulkitaan ja siitä tehdään johtopäätöksiä. Tutkija tai opinnäytetyöntekijä on vastuussa siitä, että tutkimustulos vastaa aineistoa ja koko kerätty aineisto hyö-

dynnetään parhaalla mahdollisella tavalla mitään lisäämättä, mitään pois jättämättä. Tutkimustulosten raportoinnissa tapahtuvia eettisiä virhelähteitä ovat tulosten virheellinen raportointi ja julkistaminen, tietoinen tulosten väärennys sekä ennakoasenteesta johtuva tuloksen vääristymä. Useat sisällön analyysin asiantuntijat suosittelevat toisen luokitteluun perehtyneen asiantuntijan käyttämistä analyysin luotettavuuden lisäämiseksi. Face-validateetti tarkoittaa sitä, että tulos esitetään niille, jotka ovat tuttuja tutkittavan ilmiön kanssa ja pyydetään heitä arvioimaan, vastaako tulos todellisuutta. (Hirsijärvi ym. 2009, 216, 226; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197-200; Kyngäs & Vanhanen 1999, 10; Tuomi & Sarajärvi 2002, 130-132.)

Opinnäytetyön kuvaamisessa pyritään avoimuuteen ja läpinäkyvyyteen siten, että lukija saa käsityksen niistä lähtökohdista, jotka opinnäytetyön tekemiseen ovat olleet olemassa. Opinnäytetyön johdonmukaisuus perustuu siihen, että tutkittavan ilmiön, aineiston hankinnan, teoreettisen lähestymistavan, analyysimenetelmän sekä raportoinnin välillä tulee olla looginen yhteys. Opinnäytetyöprosessin aineistolähtöisyys tulee edetä tutkimusaineiston ehdoilla sekä tutkimusprosessin valinnat tulisi olla myös perusteltuja. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 130-132; Virtanen 2006, 198, 202.)

Opinnäytetyön tehtävän luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan erinäisiä kriteereitä. Opinnäytetyön luotettavuuden kriteereinä tässä opinnäytetyössä pohditaan refleksiivisyyden, uskottavuuden, kyllästeisyyden, todeksi vahvistettavuuden ja siirrettävyyden avulla. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Refleksiivisyys viittaa opinnäytetyöntekijän omien lähtökohtien, näkökulmien ja asenteiden tiedostamista lähentyessään aihetta, aineistoa ja sen tulkintaa. Opinnäytetyöntekijän on arvioitava, miten hän vaikuttaa aineistoon, ja hänen on kuvattava lähtökohdat tutkimusraportissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Tässä opinnäytetyössä on tietoa hyödyntäen luotu alustava esiyymmärrys tutkittavasta ilmiöstä. Opinnäytetyöntekijän mahdollisimman syvälinen teoreettinen perehtyminen aiheeseen lisää opinnäytetyön tulosten uskottavuutta. Hankkimalla tietoa useista eri lähteistä ja vertailemalla niiden sisältöä kriittisesti lisää uskottavuutta. Opinnäytetyössä käytettyä tietoa etsittiin Medic, Doria ja Theseus -tietokannoista. Opinnäytetyössä on käytetty suomenkielisiä lähteitä, englanninkielisiä lähteitä ei ole käytetty. Aikaisempia tutkimuksia dialogisuudesta löytyi

kohtalaisesti. Lisäksi opinnäytetyössä käytettiin terveysalaan liittyviä teoksia ja muiden ammattialojen kirjallisuutta mahdollisimman monipuolisesti.

Tässä opinnäytetyössä uskottavuutta lisättiin esitestaamalla tiedonkeruu 6-3-5 -menetelmää testiryhmällä, johon kerättiin ystäväpiiristä halukkaat henkilöt. Tutkimuskysymykset laadittiin testiryhmälle erilaisiksi. Keräsimme suullista palautetta 6-3-5 -menetelmästä ja sen toteuttamisesta. Esitestausta selkeytti varsinaista aineiston keruuta ja toteutusta.

Ennen varsinaista tiedonkeruuta esitettiin alustus. Microsoft PowerPoint -esitys käsitteli hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välistä dialogisuutta, joka laadittiin kerätyn esiymmärryksen tutkimustiedon pohjalta. Tavoitteena oli selkeyttää ilmiönä dialogisuutta, koska arvelimme sen olevan käsitteenä vieras. Aineiston keruun yhteydessä esitetyn alustuksen pyrkimys oli olla vaikuttamatta tai johdattelematta tiedonantajien mielipiteisiin rohkaisemalla hoitotyöntekijöitä vastaamaan totuudenmukaisesti ja tuomaan omat ajatukset ja kokemukset aidosti esille. Osallistujilta saatu suullinen palaute osoitti, että alustuksen katsottiin olleen tarpeellinen käsitteen ymmärrettävyyteen ja siten tulosten kirjaamiseen.

Luotettavuuden arvioinnissa huomioidaan miten aineistonkeruu-, analysointi- ja tutkintamenetelmät on kuvailtu (Tuomi & Sarajärvi 2013, 20-21). Uskottavuudesta puhuttaessa tarkastellaan opinnäytetyön ratkaisujen valintoja ja perusteluja raportoinnissa, jolloin lukijalla on mahdollisuus arvioida opinnäytetyötä. Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten luotettavuutta ja niiden osoittamista. Tutkimustulosten on vastattava tutkimukseen osallistuvien henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

Laadullisessa tutkimuksessa raportointi keskittyy tutkimusprosessin huolelliseen kuvailemiseen ja sen muoto on vapaampi määrälliseen tutkimukseen verrattuna. Tulososassa voidaan kuvailla tutkimuksen tuottamat tulokset teoreettisen viitekehyksen avulla. Taulukointia voi hyödyntää päätulosten esittämisessä ja tulosten yhteenvedossa. Taulukko on hyvä olla selkeä ja sopia yhdelle sivulle. Pohdintaosa sisältää tulosten tulkinnan, johtopäätökset sekä vertailuisuuden muiden tutkijoiden tuloksiin. Pohtia voi myös tutkimuksen merkitystä hoitotyölle ja jatkotutkimusaihetta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133.)

Tutkimustulokset purettiin sisällönanalyysia apuna käyttäen. Tässä opinnäytetyössä aineiston analyysin osassa esitetään miten analyysi on toteutettu. Tutkimustulokset on raportoitu kuvailemalla tutkimuksen eteneminen ja saadut tulokset. Tutkimusraportoinnin alussa on otsikkosivut ja sen jälkeen taulukot, joilla selkeytetään tutkimustuloksia. Lopuksi on esitetty

yhteenveto 6-3-5 -menetelmällä kerätyn aineiston tuloksista. Tulososassa on esitetty hoitoyöntekijöiden kokemat haasteet ja niihin esitetyt ratkaisuehdotukset. Johtopäätöksissä on esitetty tulkinta tuloksista sekä tutkimustietoa esiintyvistä ilmiöistä eri tutkijoiden näkökannalta.

Tässä opinnäytetyössä aineiston keruun menetelmiä ohjasi tutkimustehtävä. Tutkimustehtäviä voidaan joutua muuttamaan tutkimuksen edetessä. Todeksi vahvistettavuus kuvaa, kuinka hyvin tutkijan muodostamat luokitukset tai kategoriat kattavat aineiston. Kategorioita muodostettaessa tapahtuu jatkuvaa vuoropuhelua saadun aineiston ja muodostettujen tai muodostumassa olevien kategorioiden välillä. Aineiston koodaaminen ja tulkinta on opinnäytetyöntekijöiden oma tulkinnanvarainen käsitys asioista. (Kylmä & Juvakka 2007, 53, 129; Tuomi & Sarajärvi 2002, 92, 110-112.)

Aineistoa purettaessa tulee pohtia, onko aineiston määrä suhteessa tutkimuskohteeseen tarkoituksenmukainen ja onko aineistosta saatu kaikki olennainen irti. Tällä tarkoitetaan aineiston kyllästeisyyttä. Alkuperäinen aineisto on syytä säilyttää, jotta aineiston aitous ja tulosten luotettavuus voidaan tarvittaessa varmistaa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 131.) Tutkimustulosten purussa huomioitiin, että alkuperäinen ilmaisu on säilytetty alkuperäisenä tai alkuperäisistä ilmaisuista pelkistysvaiheessa poistettiin tarvittaessa vain vähemmän merkitykselliset sanat. Aineisto pyrittiin pitämään mahdollisimman alkuperäisenä, jotta sanoma ei muuttuisi alkuperäisestä. Aineisto koodattiin ja ryhmiteltiin huolellisesti etsien samalla samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Aineistosta havainnoitiin olennainen sisältö teemoihin. Aineistosta nousi esille teemat ja teemoille ratkaisuehdotukset sekä kategoriat. Aineiston voidaan sanoa olevan kyllästeinen, koska saatu aineisto oli kattava. Aineiston analysointi ja tulosten purku olivat opinnäytetyön tekemisessä haasteellisimmat vaiheet. Aineiston analysoinnissa tuli esille eri haasteiden ja ratkaisuehdotusten välillä toistettavuutta, joten olennaisten vastausten löytäminen tutkimustehtävään tuli tehdä huolella.

Todeksi vahvistettavuus edellyttää tuloksien kuvaamiselta sellaista selkeyttä, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Laadullinen tutkimus pohjautuu avoimeen suunnitelmaan, joka tarkentuu opinnäytetyön tai tutkimuksen edetessä. Tarkoitus on kuvata aineiston avulla, miten tutkimuksen tekijä on päätenyt saatuihin tuloksiin ja johtopäätöksiin. Toinen opinnäytetyöntekijä todennäköisesti päätyisi tulosten ja johtopäätösten raportoinnissa eri näkemykseen, kuin miten tässä opinnäytetyössä on päädytty. Tulosten ja johtopäätösten tulkintaan sisältyy opinnäytetyöntekijän oma sub-

jektiiivinen näkemys asiasta, mutta toisaalta se laajentaa ymmärrystä käsiteltävästä asiasta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198; Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Siirrettävyydestä puhuttaessa tarkoitetaan sitä, ovatko raportoinnin tulokset hyödynnettävissä muuhun vastaavaan ilmiöön. Tutkimustehtävän osallistujista sekä ympäristöstä on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198; Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyön aineistonkeruu toteutettiin Kuusamon psykiatrisella osastolla. Varsinaisen aineistonkeruun kuuden hengen kohdejoukko valittiin tarkoituksenmukaisesti. Tiedonantajiksi valittiin henkilöitä, joilla katsottiin olevan ammatillista kokemusta päihdepotilaan kohtaamisesta. Tiedonkeruuseen saatiin tarvittava määrä osallistujia. Hoitotyöntekijöiden kokemat haasteet ja niihin esittämät ratkaisuehdotukset ovat ainutkertaisia, joten tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmä on toistettavissa, mutta tuloksia ei voi sellaisenaan käyttää toiseen kontekstiin.

8.3 Asiantuntijuuden kehittyminen

Opinnäytetyön asiantuntijuuden kehittyminen voidaan määrittää yksilön kyvyksi havaita uut- ta, analysoida, tulkita ja yhdistää tietoa. Yksilön tietoja ja taitoja pidetään asiantuntijuuden kehittymiselle välttämättömänä. Lisäksi tarvitaan asiantuntijuuden jakamista ja yhteistyötä työelämän edustajien kanssa. Kommunikaatio- ja yhteistyötaidot sekä ryhmässä toimiminen on tärkeää. Opinto-oppaassa (2012-2013 2012) sairaanhoitajan kompetensseihin kuuluu asi- akkuusosaaminen, joka sisältää asiakaslähtöisyyden, eettisyyden ja vuorovaikutukselliset tai- dot. Näitä taitoja tulee hallita potilastilanteissa, kuin myös asiantuntijayhteisössä toimimises- sa.

Opinnäytetyöprosessi oli haasteellinen, mutta myös antoisa. Tavoite opinnäytetyölle oli op- pia erilaisten tietojen ja tutkimusten lukutaitoa ja hyödyntää niitä tähän opinnäytetyöhön. Dialogisuus käsitteenä oli vieras. Aiheesta löytyi kohtalaisen hyvin tietoa, joka helpotti ete- nemistä. Tässä opinnäytetyössä on pyritty käyttämään monipuolisesti eri lähteitä hyödyksi.

Tavoitteet opinnäytetyössä oli vuorovaikutus- ja viestintätaitojen kehittyminen. Opinnäyte- työn tavoite oli kehittää dialogisuutta hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan hoitotilanteissa. Asiakaslähtöisyys on dialogisuuden toteutumisen kannalta tärkeä huomioida.

Opinnäytetyöprosessi toi uutta näkemystä hoitotyöntekijöiltä saadusta aineistosta päihdepotilaan hoidon kehittämiseksi. Dialogisen asenteen ja toimintaotteen käyttö edesauttaa hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan myönteistä vuorovaikutusta hoitotilanteessa. Hoitotyöntekijän omien eettisten arvojen pohdinta on tärkeää. Eettisyyden huomioiminen hoitotilanteissa auttaa vähentämään asenne-eroja hoitotyöntekijän ja päihdepotilaan välillä. Dialogisten menetelmien hallinta, esimerkiksi motivoiva keskustelu antaa hoitotyöntekijöille työvälineitä keskustelun eteenpäin viemiseen. Hoitotyöntekijöiden koulutusta siltä osin olisi hyödyllistä lisätä.

Opinnäytetyön tiedon keruun menetelmänä käytettiin 6-3-5 -menetelmää. Hoitotyöntekijät kokivat kiinnostusta menetelmää kohtaan. Menetelmää voidaan hyödyntää myös jatkossa työyhteisössä erilaisissa istunnoissa tai työnohjauksessa.

Aineiston analysointi ja tuloksien esittäminen oli haasteellinen vaihe. Opinnäytetyöprosessi opetti kuitenkin pitkäjänteisyyttä, jonka katsoisin eduksi. Opinnäytetyöprosessin kehittämisaluetta tarkasteltaessa, olisi pohdintaa voinut tehdä enemmän. Tein pohdintaa viitaten tutkimustietoon. Pohdinta olisi voinut olla kriittisempää ja vertailevampaa tutkijoiden eri näkemykset huomioiden.

Aikaa opinnäytetyöprosessiin meni odotettua enemmän. Vuorovaikutus on laaja asia, jolloin aiheen rajaaminen oli haasteellista. Yhteistyön lisääminen hoitotyöntekijöiden kanssa, sekä mielipiteiden ja kannanottojen huomioiminen olisivat edesauttaneet opinnäytetyön etenemisessä, samalla työyhteisön näkemykset olisivat konkretisoituneet.

8.4 Jatkokehittämisasiheet

Jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää, miten päihdepotilaat kokevat dialogisuuden toteutumisen hoitotilanteissa. Molempien osapuolten kokemukset dialogisuuden toteutumisesta hoitotilanteissa ovat tärkeitä. Tutkimus avartaisi näkemystä dialogisuuden kehittämisestä hoitotilanteissa myös päihdepotilaan näkökannalta.

LÄHTEET

Aarnio, H. 2012. Dialogiset menetelmät, DIALE. Viitattu 2.11.2013.

http://www3.hamk.fi/dialogi/diale/menetelmat/main_c.htm

Alkoholiongelman hoito. 2015. Käypä hoito -suositus. Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Duedecim. Viitattu 2.7.2016.

<http://www.kaupahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028>

Dahl, P. & Hirschovits, T. 2002. Tästä on kyse-tietoa päihteistä. Helsinki: Hakapaino.

Dialogisuus ammattilaisen ja perheen välillä. 2016. Viitattu 9.10.2016.

https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/varhainen-avoin-yhteist...

Eloranta, K. T. 1986. Nominaaliryhmäteknikat ja strukturoitu ryhmätyö. Tampereen Yliopisto. Hallintotieteen laitos. Julkishallinnon julkaisusarja. Toinen painos.

Haarakangas, K. 2008. Parantava puhe. Magentum Oy.

Haarakangas, K. 2011. Voimistava läsnäolo. Mielen tiet lapsuudesta vanhuuteen. Juva: Bookwell Oy.

Haho, A. 2009. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Sairaanhoidajalehti 82 (8), 32-34.

Hakkarainen, P. 2013. Alkoholit ja muut päihteet. Teoksessa T, Peltoniemi. (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Helsinki: Lönnberg painot Oy. 35-39.

Havio, M., Mattila, R., Sinnemäki, T & Syysmeri, L. 1995. Päihteenkäyttäjän hoitotyön haasteena. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Heikkinen, R-L. & Laine, T. 1997. Kohtaamisen näkökulmia. Teoksessa R-L, Heikkinen & T, Laine. (toim.) Hoitava kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy. 7-17.

Hirsijärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

- Holopainen, A. 2013. Lyhytneuvonta käytännössä. Teoksessa T, Peltoniemi (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Helsinki: Lönnberg painot Oy. 136-137.
- Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A., Seppänen, S. 2014. Johda näyttö käytön hoitotyössä. Porvoo: Fioska, Bookwell Oy.
- Iija, A., Almgvist, S & Kiviharju-Rissanen U. 1997. Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Inkinen, M. 2004. Päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältö. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Viitattu 22.6.2014.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/91999/gradu00347.pdf?sequence=1>
- Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. 2000. Päihdehoitotyö. Helsinki: Kustannus Oy. Tammi.
- Isaacs, W. 2001. Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito. Helsinki: Kauppakaari.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen - Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Kanninen, K. & Uusitalo - Arola, L. 2015. Lyhyt-terapeuttinen työote. Juva: Bookwell Oy.
- Kiianmaa, K. 2013. Alkoholiriippuvuuden biologiset taustatekijät. Teoksessa T, Peltoniemi (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Lönnberg Painot Oy: Helsinki. 43-51.
- Koski-Jännes, A. 2008. Motivoivan haastattelun periaatteet ja menetelmät. Teoksesta A. Koski-Jännes, L, Riittinen & P, Saarnio (toim.) Kohti muutosta. Jyväskylä: Gummerus. Kirjapaino Oy. 41-64.
- Koski-Jännes, A. 2013. Päihdetyön psykososiaaliset hoitomenetelmät. T, Peltoniemi (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Lönnberg Painot Oy: Helsinki. 125-130.
- Kuusamon psykiatrisen osaston ohjeistukset. 2013. n.d.
- Kuusamon psykiatrisen osaston pelastus- ja toimintasuunnitelma. 2013. n.d.

Kuusamon psykiatrisen osaston tuloskortti. 2013. n.d.

Kuusamon päihdestrategia 2007-2010 2007. Viitattu 2.6.2014.

<https://lapitoy.sharepoint.com/sites/kuusamo/layouts/15/osssearchresults.aspx?u=https%3A%2F%2Flapitoy%2Esharepoint%2Ecom%2Fsites%2Fkuusamo&k=p%C3%A4ihdeohjelma>

KvaliMOTV. 2016. Koodaus. Viitattu 20.8.2016.

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_2.html.

Kylmä, J & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs, H. 1995. Diabeetikkonuorten hoitoon sitoutuminen: Teoreettisen mallin rakentaminen ja testaaminen. Hoitotieteen laitos. Oulun yliopisto.

Kyngäs, H. & Hentinen, Maija.2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi, Hoitotiede 11 (1/-99), 3-12.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 8.6.2014.

http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/haku/?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista%20785%2F1992&_offset=80

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. Viitattu 8.6.2014.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20000812?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20812%2F2000>

Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita.

Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Lindqvist, M. 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE julkaisuja:1. Helsinki. Viitattu 6.10.2013.

<http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE->

julkaisu-

[ja+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468](http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-ja+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468)

Lönnqvist, J & Marttunen, M. 2001. Nuorten päihdeongelmien hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 117 (15), 1585-1590.

Mattila, L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemusten jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja. Viitattu 6.10.2013.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67109/951-44-5099-X.pdf?sequence=1>

Mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009-2015. 2012. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita:3. Viitattu 14.10.2016.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3382-8>

Mäkelä, R. 2013. Addiktiokäsitteen kehitysvaiheita. Teoksessa T, Peltoniemi (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Helsinki: Lönnberg Painot Oy. 123-124.

Mäkelä, R. & Murto, L. 2013. Päihdehuollon palvelujärjestelmä. Teoksessa T, Peltoniemi (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Helsinki: Lönnberg painot Oy. 91-97.

Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: kustannusosakeyhtiö Tammi.

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Niemelä, O & Laine P. 2000. Päihdeongelmainen potilas. Päihteiden aiheuttamat terveyshaitat, tunnistus ja hoito. Ohjekirja. Oulun yliopistollinen sairaala. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 10. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Opinto-opas 2012-2014. 2012. Hoitotieteen koulutusohjelma. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Kajaani.fi.

Päihdehuoltolaki 41/1986. Viitattu 8.6.2014.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1986/19860041?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%2041%2F1986>

Päihdelinkki 2016. Muutoksen vaiheet. Viitattu 20.10.2016.
www.paihdelinkki.fi/sites/default/files/muutoksen_vaiheet-1.pdf

Päihdetilastollinen vuosikirja. 2015. Alkoholi ja huumeet. THL. Helsinki. Viitattu 14.10.2016.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-013-9>

Rauhala, L. 2005. Ihminen kulttuurissa ja kulttuuri ihmisessä. Helsinki: Yliopistopaino.

Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2000. Mielenterveys ja päihdetyö. WOY.

Suomen sairaanhoitajaliitto. 1996. Viitattu 5.5.2013.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi7sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Suomi Sanakirja. 2016. Vastavuoroisuus. Viitattu 20.9.2016.

<https://www.suomisanakirja.fi/vastavuoroisuus>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virtanen, J. 2006. Fenomenologinen metodi: Tutkimuksen tekemisen vaiheet. Teoksessa J, Metsämuuronen (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 170-174.

Virtanen, J. 2006. Fenomenologisen tutkimuksen luotettavuudesta. Teoksessa J, Metsämuuronen (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 198-207.

LIITTEET

Microsoft PowerPoint esitys

HOITAJAN JA PÄIHDEASIAKKAAN VÄLINEN DIALOGI

Tarja Nätyнки ja Markku Kananen
30.8.2014

Hoitajan /asiakkaan roolissa voidaan nähdä

Molemminpuolinen asiantuntijuus

- Tieto.
- Kokemus.
- Tasavertaisuus.
- Molempien näkökantojen huomioon ottaminen.
- Sitoutuminen.

2

Hoitajan / asiakkaan roolissa voidaan nähdä

Yksipuolinen asiantuntijuus eli pelkäästään asiantuntija tai asiakaskeskeinen

- Valtaa voidaan käyttää liikaa.
- Vallan muodot ovat näkyviä tai näkymättömiä.
- Oma rooli vastuunkantajana hämärtyy.
- Toiminta yksinomaan toisen osapuolen ehdoilla. Laitila, 2010.; Mönkkönen, 2007.

3

Monologi voidaan nähdä

- Pohjautuu yksipuolisuuteen.
- Voidaan määrittää yksinpuheluna.
- Tietoisesti tai tiedostamattomasti opittua toimintaa tai viestintää.
- Omat käsitykset ja lähtöoletukset.
- Oman kannan puolustaminen.
- Toisille ei suoda tilaa.

4

Monologi

- Tuodaan esille vain omia mielipiteitä, ei kysytä muilta.
- Ajatukset valmiita.
- Päämääränä päätöksen teko tai lopputulokseen pääseminen mahdollisimman pian.

Haarakangas 2011.; Isaacs 2001

5

DIALOGI

Pohjautuu vastavuoroisuuteen

- Dialogi määrittää erityisesti vuorovaikutustilanteessa mukana olevien henkilöiden keskinäisen suhteen luonnetta ja sitä, mitä heidän välillään tässä keskinäisessä kanssakäymisessä tapahtuu.

6

Dialogi

- Dialogi kuvaa kahden tai useamman henkilön vastavuoroista käyttäytymistä suhteena, kuin myös prosessina, johon sisältyy eri ominaisuuksia tai tunnusmerkkejä. Haarakangas 2011.

7

Tavoitteena

- Tuetaan itseohjautuvuuteen.
- Huomio kiinnitetään kuntoutujan voimavaroihin.
- Määritellään yhdessä tilanne.
- Edesautetaan oivallusten kokemiseen.
- Toimitaan molempien ehdoilla.

8

Tavoitteena

- Päämääränä uusien mahdollisuuksien tai uusien vaihtoehtojen näkeminen ja luominen.

Aarnio 2012.; Mäkelä ym. 2001.; Isaacs 2001.

9

1. Dialoginen asenne

On kunnioittava

- Omien asenteiden tarkastelu kuuluu dialogin ymmärtämiseen.
- Kunnioittava asenne liittyy ihmisen arvossa pitämiseen ja huomion ottamiseen.
- Ihmissystävällinen suhtautuminen toiseen ihmiseen
- Tarkastellaan ihmistä kokonaisvaltaisesti.

Isaacs 2001.; Mönkkönen 2007.; Aarnio 2012.

10

Dialoginen asenne

On avoin

- Omat oletukset ja johtopäätökset saattavat näkyä asenteissa ja käytöksessä
- Suhtautuminen tulee olla avointa uudelle ja tuntemattomalle
- Voi vapaasti ilmaista mielipiteensä, ajatuksensa ja kokemuksensa.

Isaacs 2001.; Haarakangas 2011.

11

Dialoginen asenne

On luottamuksellinen

- Ensikontakti ja -vaikutelma luo pohjan asiakassuhteen muodostumiselle
- Luottamus syntyy toisesta välittämisestä
- Tilanteet tulee kokea turvallisiksi
- Voi sanoa ja ilmaista mielipiteet ja tunteet ilman sanktioiden uhkaa
- Oikeus on olla puhumatta itselle aroista asioista. Haarakangas 2011.; Aarnio 2012.

12

2. Dialoginen toimintaote

On kuunteleva

- Tärkeää että oikeasti kuuntelee,
- Dialoginen kuunteleminen on syvällistä kuuntelemista.
- Ollaan aidosti läsnä.
- Otetaan vastaan myös sanojen sisältö.

13

Dialoginen toimintaote

- Lähtökohtana on tiedostaa miten kuuntelet.
- Kuunnellaan erilaisia käsityksiä ja näkemyksiä, liitetään ne yhteen.
- Saadaan parempi ymmärrys miten voidaan auttaa.

Mäkelä ym. 2001; Aarnio 2012; Isaacs 2011.

14

Dialoginen toimintaote

On keskusteleva

- Keskustelussa tuodaan esille oma mielipide.
- Keskustelussa otetaan kantaa toisen näkemyksiin.
- Kuulostellaan toisen ajatuksia.
- Omien reaktioiden kuuntelu myös olennaista.
- Luodaan yhteistä näkemystä asiasta.

Haarakangas 2008; Isaacs 2001.

15

Dialoginen toimintaote

- Dialoginen keskustelu on toisin sanoen kuuntelevaa keskustelua, kuultuun vastaamista, merkitysten jakamista yhdessä ja yhdessä pohdiskelua eri näkökulmista.

Haarakangas 2008.

16

3. Dialoginen toimintatapa

On osallistuva

- Yhteenkuuluvuuden tunne.
- Eläytyminen toisen tilanteeseen.
- Samalla tietoisuus lisääntyy.
- Saavutetaan parempi käsitys kokonaisuudesta.

Isaacs 2001.

17

Dialoginen toimintatapa

On tiedusteleva

- Tiedustelemalla voidaan avata toisen ajattelua, kehittää ajattelua tai edistää yhteistä tiedonluomista esimerkiksi puhtailla avoimilla kysymyksillä.

18

Dialoginen toimintatapa

- Avoimet kysymykset voidaan jakaa kahteen osaan;
- 1. Ajattelua, toimintaa ja tunteita avaaviin sekä asian ymmärtämistä ja käsittelemistä edistäviin avoimiin kysymyksiin, esim.
 - Miten sinun mielestäsi tämä..?
 - Mitä se merkitsee..?
 - Mitä tästä ja siitä seuraa..?
 - Millainen toiminta voisi..?
 - Jne.

19

Dialoginen toimintatapa

- 2. Vaihtoehtoisesti ajattelua voidaan viedä uuteen suuntaan, tulevaan toimintaan tai tulevaisuuteen vieviin avoimiin kysymyksiin esim.
 - Miten tätä voisi muuttaa..?
 - Mitä on hyvä tehdä seuraavaksi?
 - Minkä johtopäätöksen teet itse nyt?
 - Mikä toisi parhaan tuloksen?
 - Jne.

20

Dialoginen toimintatapa

- Sanatarkka jatkaminen edellisestä puheenvuorosta on olennaista.
- On hyvä tunnistaa ja poimia toisen puheesta avainlausumia, niin sanottuja kuumia sanoja, joiden tarkoituksena on löytää monia uusia avauksia keskusteluun.

21

Dialoginen toimintatapa

- Avainlausumien avaamisella pyritään enemmän ja enemmän lisäämään ja täydentämään ymmärrystä aiheesta.
- Aarnio 2012.

22

Sisällysluettelo

- Aarnio, H. 2012, Dialogiset menetelmät. DIALE.
- Haarakangas, K. 2011, voimistava läsnäolo. Mielen tiet lapsuudesta vanhuuteen. Juva: Bookwell Oy.
- Isaacs, W. 2001. Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito. Helsinki: Kauppakaari.
- Laitila, 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Kuopio: Kotijyvä Oy.
- Mäkelä, A., Ruokonen, T., Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö, Tammi.
- Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

23

Taulukko 4. Esimerkki ratkaisuehdotuksista, jotka on tarvittaessa pelkistetty.

RATKAISUEHDOTUKSET
1. Ennestään tuntemattoman asiakkaan kohtaaminen akuutissa tilanteessa (2A, 2C, 2D, 2E) rauhallinen työtila ja ote työhön (2A, 2C, 2D, 2E) riittävästi henkilökuntaa, tarvittavan avun pyytäminen (2A, 2B, 2D, 2E) alkutilanteen selvittely (2B) perhe ja verkostokeskeinen työote (2B, 2D, 2E) aikaa kuunnella, kiireettömyys (2C, 2E) kunnioittava ja kuunteleva asenne

