

Päihdekuntoutuksen sisällöt ja pyrkimys asiakkaan elämänhallinnan lisäämiseen työntekijöiden näkökulmasta

Tampereen yliopisto

Lääketieteellinen tiedekunta

Hoitotieteen laitos

Kesäkuu 2008

Pro gradu- tutkielma

Jouko Törmänen

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	1
2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	2
2.1 Päihdeongelman syntyminen	2
2.2 Kuntoutus	3
2.3 Elämänhallinta	5
2.4 Aikaisemmat tutkimukset päihteiden käyttämisestä	9
2.4.1 Suomessa tehtyjä päihdetutkimuksia.....	9
2.4.2 Ulkomailla tehtyjä päihdetutkimuksia.....	10
3. TUTKIMUSTEHTÄVÄT	15
4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	15
4.1 Tutkimusmenetelmän perustelut.....	15
4.2 Aineiston keruu	17
4.3 Aineiston kuvaus	18
4.4 Aineiston analysointi	18
5. TUTKIMUKSEN TULOKSET	22
5.1 Päihdekuntoutuksen sisältöjen muodostuminen työntekijöiden näkökulmasta	22
5.1.1 Kuntoutujan yksilöllinen osio	23
5.1.2 Ryhmätoiminnallinen osio.....	27
5.1.3 Yhteisöllinen osio.....	29
5.1.4 Työyhteisöllinen osio.....	32
5.2 Kuntoutujien elämänhallinta	34
6. POHDINTA	35
6.1 Tulosten tarkastelu	35
6.2 Tutkimuksen eettisyyden arvioiminen	42
6.3 Tutkimuksen luotettavuuden arvioiminen	43
6.4 Johtopäätelmät ja jatkotutkimusaiheet	44
LÄHTEET	59

LIITTEET

Liite 1. Kuntoutuslaitoksen yhdyshenkilöille lähetetty tutkimuslupahakemus

Liite 2. Haastateltaville työntekijöille esitetty haastatteluostumus

Liite 3. Päihdetyöntekijöiden haastattelussa käytetyt haastattelukysymykset

TAULOKOT JA KUVIO

Taulukko 1. Esimerkki aineistonanalyysin etenemisestä, alkuperäisille ilmaisulle annetaan niiden sisältöä kuvaava nimi	20
Taulukko 2. Esimerkki yläkategorian muodostamisesta	20
Taulukko 3. Pääluokkien muodostamien yläkategorioista	21
Kuvio 1. Päihdekuntoutuksen sisältöjen muodostumien päihdetyöntekijöiden näkökulmasta esitetään	22

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto

Hoitotieteen laitos

JOUKO TÖRMÄNEN

Päihdekuntoutuksen sisällöt ja pyrkimys asiakkaan elämänhallinnan lisäämiseen työntekijöiden näkökulmasta.

Pro gradu -tutkielma: 61 sivua + 4 liitesivua

Ohjaajat: Professori Eija Paavilainen ja dosentti Marja Kaunonen

Hoitotiede

Kesäkuu 2008

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata päihdekuntoutuksen sisältöjä ja sitä miten ja millä keinoilla pyritään vaikuttamaan kuntoutujan elämänhallinnan lisääntymiseen. Tavoitteena oli hahmottaa päihdekuntoutuksen teemoja. Työn lähtökohtana oli päihdetyöntekijän näkökulma. Hoitotieteellistä tutkimustietoa aiheesta on vähän.

Tutkimukseen haastateltiin kuntouttavaa päihdetyötä tekeviä työntekijöitä (n=13), jotka työskentelivät eri päihdekuntoutuslaitoksissa (n=8). Päihdekuntoutuslaitokset, joissa haastattelut suoritettiin, haettiin Stakesin Neuvoa-antavat internet-sivustosta. Haastatteluaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä

Analysoinnin perusteella haastateltujen päihdetyöntekijöiden aineistosta saatiin neljä pääluokkaa kuvaamaan päihdekuntoutuksen sisältöjä: 1) Kuntoutujan yksilöllinen osio, 2) Yhteisöllinen osio 3) Ryhmätoiminnallinen osio ja 4) Työyhteisöllinen osio. Kuntoutujien elämänhallinnan lisääntyminen näkyi hänen oppiessaan elämään arkipäivää ja käyttämään arkipäivässä tarvittavia tietoja ja taitoja.

Tulosten perusteella päihdekuntoutuksen sisällöt muodostavat kokonaisuuden, jolla pyritään vastaamaan kuntoutujan eri elämän osa-alueiden tarpeisiin. Elämänhallinnan lisääntymiseen pyritään vaikuttamaan näiden sisältöjen avulla välillisesti.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää päihdekuntoutuksen suunnittelussa, kehittämisessä ja arvioinnissa sekä päihdekuntoutuksen tutkimisen päänavaajana hoitotieteellisessä tutkimuksessa että hoitotyöntekijöiden koulutuksessa.

Avainsanat: päihdekuntoutus, päihdekuntoutuksen sisällöt, elämänhallinta, päihdetyöntekijä, päihdekuntoutuja.

ABSTRACT

University of Tampere
Department of Nursing Science

JOUKO TÖRMÄNEN

The elements of substance misuser rehabilitation programs
and it's aim to improve the control of life of the patients

Master's thesis: 61 pages and 4 appendices

Supervisors: Eija Paavilainen, PhD, Professor and Marja Kaunonen, PhD

Nursing science

June 2008

The purpose of the study was to describe the elements of the substance misuser rehabilitation programs from the staff point of view and which way the staffs try to improve the patient's control of life. The second aim was to describe the theme of substance misuser rehabilitation. More nursing research in this context is necessary.

The data were collected by interviewing persons (n=13) who was working in the field of substance misuser rehabilitation. The participants were nurses and the bachelor of Social Services. They were worked in eight different rehabilitation institutions.

As a result of analysis, the data were categorised to four main categories. The categories derived from the data were 1) the share of patients, 2) the share of the community, 3) the share of the group activity and 4) the share of staff. The staff tried to improve the patients' life control by using all the elements of the rehabilitation program. The improvement was seen whom the patients were learning the skills required for everyday living.

According the results, the elements of substance misuser rehabilitation program create a wholeness which tries to meet the need of patients in every aspect of their live. The improvement of the control of life was taking the place indirectly.

The results of the study can be used to promote the knowledge of the substance misuser rehabilitation, to develop the rehabilitation programs, and to evaluate these programs. The results can be useful for nursing education and nursing science.

Keywords: Substance misuser rehabilitation program, the elements of the substance misuser rehabilitation program, rehabilitator, nurse, lifecontrol.

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS.

Viimeaikaisessa julkisessa keskustelussa on paljon puhuttu alkoholin käyttämisen mukanaan tuomista fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista haitoista ja niiden kustannuksista. Päihteiden käyttämisestä tulee vuosittain isot kustannukset sekä terveydenhoitoon että sosiaalihuoltoon. Stakes (2005) arvioi, että päihteiden käyttämisen kustannukset ovat n. 950 miljoonaa € vuodessa. Kuntouttava päihdehoitotyö on tärkeässä osassa, kun päihteiden käytön haittoja yritetään vähentää. (Stakes 2007).

Stakes ja tutkijat (2007) arvioivat, että Suomessa on päihteiden väärin- tai liikkakäyttäjiä 6 - 12 % aikuisväestöstä. Hoitotieteessä ei ole kovinkaan paljon tutkittu kuntouttavaa päihdehoitotyötä. Päihdehoitotyöstä tehtyjä tutkimuksia ovat mm. päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältö (Inkinen 2004) ja Kaksoisdiagnoosipotilaiden toimintakyvyn seuranta (Ojala 2007).

Päihteiden käyttämisen mukanaan tuomat vaikutukset koskevat isoa osaa hoitotyötä tekeviä sairaanhoitajia. Pirkolan (2005) mukaan 30%:lla skitsofreniaa sairastavista ihmisistä on samanaikainen päihdeongelma, depressiota sairastavilla lukumäärä on 40% ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista henkilöistä joka toisella on samanaikainen päihdeongelma.

Lepon (2003) mukaan alkoholin kulutuksen kasvu aiheuttaa kansanterveysongelmia. Hänen mukaansa kulutuksen kaksinkertaistuminen aiheuttaa nelinkertaiset haitat. Yhteiskunnassa olevat asenteet ovat tällä hetkellä alkoholinkäyttämiseen suotuisat. Tämän takia tulisi hoitajien osaamista päihdeongelmien hoidossa vahvistaa.

Lauri ja Elomaa (1995) toteavat hoitotyön käytännön toiminnan keskeiseksi asiaksi potilaan hoitamisen, auttamisen, hoivaamisen, ohjaamisen, opettamisen ja tukemisen, jotka muodostavat myös kuntouttavan hoitotyön lähtökohdat. Tekijöiden merkitys vaihtelee hoitotyön kohteen mukaan, mutta ne ovat kuitenkin läsnä jokaisessa hoitotapahtumassa. Puumalaisen ja Vilkkumaan (2001) ajatusten mukaan kuntouttavat elementit ovat olleet olemassa yhtä kauan, kun vajaakuntoista yksilöä on pyritty auttaa, jotta hän löytäisi asemansa yhteisössensä.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kuntouttavan päihdetyön sisältöjä ja millä tavalla työntekijät pyrkivät vaikuttamaan kuntoutujan elämänhallintaan.

Tässä tutkimuksessa **kuntoutujalla** tarkoitetaan henkilöä, joka on päihdekuntoutuslaitoksessa kuntoutusjaksolla oman päihdeongelmansa takia. Päihteenä voi olla alkoholi, huumausaineet ja lääkkeet tai näiden sekakäyttäminen.

Kuntoutuslaitoksella tarkoitetaan laitosta, jossa tehdään ja annetaan päihdekuntoutusta kuntoutujalle.

Työntekijöillä tarkoitetaan henkilöitä, jotka työskentelevät päihdekuntoutuslaitoksessa ja heidän peruskoulutuksensa on joko sairaanhoitaja tai sosionomi.

2. TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Päihdeongelman syntyminen

Suomessa on esitetty arvioita, että 10–20 % väestöstä on alkoholin suurkuluttajia. 20 % väestöstä juo 80 % kaikesta alkoholista. Alkoholi on keski-ikäisen miehen tärkein yksittäinen ennenaikaisen kuoleman aiheuttaja (Salaspuro 2007)

Käypä hoito – suosituksessa miehille ja naisille alkoholin suurkulutus määritellään eri tavalla. Miehillä suurkulutuksen rajana on yli 24 ravintola-annosta viikossa ja naisten suurkulutuksen määränä on yli 16 ravintola-annosta viikossa. Kertakäyttönärajana miehillä on yli 7 ravintola-annosta ja naisille yli 5 ravintola-annosta (Duodecim 2005.).

WHO (1994) määritteli riippuvuusoireyhtymän kriteerit ICD-10:n mukaan seuraavasti: Käyttäjällä esiintyy voimakas himo tai pakonomainen halu ottaa päihdettä, käyttäjän kyky hallita päihteen käytön aloittamista, määrää tai lopettamista on heikentynyt, päihteen käyttäjällä esiintyy vieroitusoireita päihteen käytön päättyessä tai vähentyessä, päihteen käyttäjänsietokyky kasvaa, päihteiden käyttämisestä muodostuu elämän keskeinen asia ja päihteidenkäyttäminen jatkuvat huolimatta sen aiheuttamista kiistattomista haitoista.

Alkoholimyrkytyksiin kuolee Suomessa vuosittain 500 ihmistä. Erilaiset hermostovauriot ovat päihteiden käyttäjillä yleisiä somaattisia sairauksia. Päihteiden käyttäjät kärsivät mielenterveysongelmista, 10–20%:lla on taustalla joku psykiatrinen diagnosoitu sairaus ja masennuksesta kärsii lähes jokainen hoitoon tuleva päihteidenkäyttäjä. Univaikeudet ovat erittäin

yleisiä. Pitkäkestoinen päihteiden käyttäminen rasittaa sekä maksaa että haimaa. Ruoansulatuskanavan sairauksia ovat ripuli, refluksi-oireisto ja erilaiset vatsavaivat, jotka aiheuttavat aliravitsemusta ja erilaisia puutostiloja. Alkoholin pitkäkestoinen käyttäminen nostaa veranpainetta ja on eteisvärinöiden taustalla joka toisessa tapauksessa. Seksuaalisuuteen liittyvissä ongelmissa päihteiden käyttämisellä on merkittävä osa. Päihteidenkäyttäminen lisää suun, nielun, kurkunpään, ruokatorven, maksan, rintarauhasen, paksusuolen ja peräsuolen syövän riskiä. Akuutti alkoholinkäyttö hidastaa ja krooninen kiihdyttää lääkkeiden metaboliaa (Salaspuro 2007.).

Salaspuron (2007) mukaan päihdeongelman kehittymiseen vaikuttavat lapsuus- ja nuoruusiän ympäristöolosuhteet, alkoholin käyttämiseen liittyvät sosiokulttuuriset tekijät, aikaisin alkanut päihteidenkäyttäminen, päihteiden käyttämisestä saatu mielihyvä ja käyttäjän uskomukset päihteiden käyttämisen mukanaan tuomista psyykkistä olotilaa helpottavista tekijöistä.

2.2 Kuntoutus

Kuntoutusta voidaan määritellä monella erilaisilla tavoilla. Maailman terveysjärjestö WHO määritteli vuonna 1981 kuntoutuksen seuraavasti: ”kuntoutus sisältää kaikki toimenpiteet, joilla pyritään vähentämään vammauttavien ja vajaakuntoistavien olosuhteiden vaikutuksia sekä saattamaan vammaisen ja vajaakuntoinen kykeneväksi saavuttamaan sosiaalinen integraatio. Kuntoutus ei tähtää vain vammaisten ja vajaakuntoisten henkilöiden valmentamiseen sopeutumaan ympäristöönsä, vaan se kohdistuu myös heidän välittömään ympäristöönsä ja koko yhteiskuntaan heidän sosiaalisen integraationsa edistämiseksi” (Järvikoski 1994.).

Hallitus antoi eduskunnalle selonteon kuntoutuksesta vuonna 2002, siinä kuntoutus määriteltiin seuraavasti: ”Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutuminen. Kuntoutumisen näkökulmasta kuntoutus voidaan määritellä ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista, usein pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. Kuntoutus eroaa tavanomaisesta hoidosta ja huollosta monialaisuutensa ja menetelmiensä vuoksi. Hoidon ja kuntoutuksen raja ei kuitenkaan ole kaikissa tilanteissa selvä eikä sitä ole aina tarpeen vetääkään. Kuntoutujan oma osallisuus kuntoutusprosessissa ja vaikuttaminen ympäristöön ovat tämän päivän kuntoutuksen ydinkysymyksiä. Kuntoutus on saamassa yhä enemmän psykososiaalisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia (Kuntoutusselonteko 2002.).

Kuntoutuslonteossa todetaan, että ”Sosiaali- ja terveydenhuollon, sosiaalivakuutuksen ja työhallinnon lakisääteinen kuntoutus perustuu todettuun oireeseen, sairauteen, vajaakuntoisuuteen tai vammaan. Kuntoutuksen perusteiksi on alettu vähitellen katsoa myös työkyvyn heikkenemisen tai vakavan sosiaalisen syrjäytymisen uhka (Kuntoutuslonteko 2002.).

Käsitettä kuntoutus voidaan käyttää kolmessa erilaisessa merkityksessä. Ensimmäiseksi kuntoutus ymmärretään erilaisten toimenpiteiden muodostamana kokonaisuutena, joilla pyritään saavuttamaan yksilöllisesti määritellyt tavoitteet (Järvikoski ja Härkäpää, 2004.). Järvikoski ja Härkäpää (1995) määrittivät kuntoutuksen seuraavasti: ”kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista toimintaa, jonka yleistavoitteena on auttaa kuntoutujaa toteuttamaan elämänprojektejaan ja ylläpitämään elämänhallintaansa tilanteissa, joissa hänen mahdollisuutensa sosiaaliseen selviytymiseen ja integraatioon ovat uhattuna tai heikentyneet”.

Toiseksi kuntoutus voidaan nähdä erilaisina prosesseina. Tällöin kuntoutuksen eri toimenpiteistä pitäisi kuntoutujan kannalta muodostua loogisesti etenevä ja katkeamaton prosessi. Kuntoutujan kuntoutumispolun pitäisi olla katkeamaton ja joustava. Kuntoutus voidaan nähdä myös kuntoutujan aktiivisena muutosprosessina, jolloin hän kehittää itselleen keinoja selvitä arkielämässä. Kuntoutuksen muutosprosessia voidaan kuvata myös kuntoutujan yksilöllisenä kasvu- tai oppimisprosessina. Tällöin korostetaan yksilön henkilökohtaista kehittymistä ja hänen omaa rooliaan kuntoutusprosessin eteenpäin viemisessä, jolloin hän myös oppii erilaisia tapoja toimia arkipäivän tilanteissa ja tapahtumissa (Järvikoski ja Härkäpää, 2004.).

Kolmanneksi kuntoutuksen voidaan ajatella olevan yhteiskunnallinen toimintajärjestelmä, jolloin sen tarkoituksena on olla sääntelyjärjestelmä. Sääntelyjärjestelmän tavoitteena on ollut taata työkykyisen työvoiman riittävyys ja yhdessä eläkejärjestelmän kanssa ratkaista minkä väestönosan siirtyminen eläkkeelle on tarkoituksenmukaista sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta. Kuntoutus nähdään lisätyövoiman tuottajana sekä väestön toimintakyvyn ylläpitäjänä. Yhteiskunnan kannalta tärkeä tavoite on pitää hoito-, huolto- ja sosiaaliturvakustannukset maksukyvyn rajoissa (Järvikoski ja Härkäpää, 2004.).

Kuntoutus on muuttunut laaja-alaiseksi. Vikaan, vammaan, sairauteen tai haittaan perustuva kuntoutus oli aiemmin kuntoutuksen lähtökohta. Järvikosken ja Härkäpään (2004) mukaan kuntoutuksen toiminta-alueita ovat: lääkinnällinen kuntoutus, toimintakykykuntoutus, toimintakykyä parantava kuntoutus, ammatillinen kuntoutus, työkykyä edistävä kuntoutus, kasvatuksellinen kuntoutus sekä sosiaalinen kuntoutus.

Kuntoutuksen perusteluiksi voidaan esittää yhteiskunnan yleinen etu, yksilön hyvä ja yrityksen hyöty. Yhteiskunnan etu tarkoittaa taloudellista hyötyä, työvoiman riittävyyden ja tuottavuuden turvaamista, eläkekustannusten kurissa pitämistä ja hoito- ja huoltokustannusten kurissa pitämistä. Yksilön hyvä tarkoittaa yksilön onnellisuutta, terveyttä, toimintakykyä, hyvinvointia, vapautta, itsemääräämisoikeutta, elämänhallintaa, oikeutta työhön, riittävään elintasoon ja sosiaaliseen turvallisuuteen. Yrityksen hyöty tarkoittaa liikeloudellisia perusteluita, henkilöstön työkyvyn alentumisesta johtuvien kustannusten rajoittamista ja henkilöstön työkyvystä ja hyvinvoinnista huolehtimista (Järvikoski ja Härkäpää, 2004.).

2.3 Elämänhallinta

Kuntoutustoimintaan olennaisena osana kuuluu yksilön elämänhallinnan lisääminen. Järvikosken (1994) mukaan hallinta ja pyrkimys siihen ovat kulttuurimme arvoja. Arkipäivässä jokaisella yksilöllä on pyrkimys hallita omaa elämäänsä ja samalla tavoiteorientoituneena yksilönä ihminen tekee hallintansa piirissä olevia ratkaisuja. Hallinta voidaan nähdä välineenä tavoitteiden saavuttamisessa. Kuntoutumisen kannalta sairauden hallinta voidaan saavuttaa vain yksilön henkilökohtaisten valintojen ja ponnisteluiden kautta (Järvikoski 1994.).

Hallintaa voidaan tarkastella monien käsitteiden kautta: hallinnan sijainti, opittu avuttomuus, pystyvyysodotukset, koettu kompetenssi ja jämäkkyys. Hallinnan sijaintia voidaan tarkastella siitä lähtökohdasta, että ihmisen toiminta on riippuvainen niistä odotuksista, joita hänellä on toimintansa tulosten suhteen. Yksilön uskoessa mahdollisuuksiinsa vaikuttaa oman elämänsä tapahtumiin hallintakäsitys on sisäinen (internal locus-of-control). Toisaalta yksilön, joka ei usko omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa vaan uskovat enemmänkin muiden ihmisten ja sattuman vaikutuksiin elämässään, hallintakäsitys on ulkoinen (external locus-of-control) (Järvikoski 1994.).

Järvikosken ja Härkäpään (2004) mukaan hallinta voidaan jakaa kolmeen ulottuvuuteen: henkilökohtaiseen hallintaan (personal control), muiden hallintaan (control by powerful others) ja sattuman hallintaan (chance control). Kuntoutumisen kannalta voi olla eduksi, että kuntoutujalla on luja luottamus kuntoutusohjaajaan ja hänen antamiinsa ohjeisiin sekä samanaikaisesti luottamus siihen, että hän itse kykenee saavuttamaan asettamansa tavoitteet. (Järvikoski ja Härkäpää 2004).

Oman elämänsä hallitsemattomuus, yksilön käsitys siitä, että hän ei pysty vaikuttamaan oman elämänsä tärkeissä asioissa vaan ympäristöstä tulevat tekijät määräävät hänen elämänsä kulkua ja

toimintaansa, on opitun avuttomuuden keskeinen sisältö. Yksilön ympäristöstä saamat signaalit viestittävä hänelle, että hän ei itse osaa eikä pysty asioitansa hoitamaan. Näiden viestien takia yksilö ei usko omiin mahdollisuuksiinsa, koska henkilön kannalta näiden viestien negatiivinen sisältö vaikuttaa hänen motivaatioonsa, kognitioihinsa sekä tunteisiinsa (Järvikoski 1994.).

Pystyvyysodotukseen liittyy ihmisen usko henkilökohtaiseen pystyvyyteen. Ihmisen uskoessa, että hänellä on mahdollisuus toiminnallaan saada aikaan haluttuja vaikutuksia, hänellä on hyvä motiivi tehdä asioita elämässään ja elämällään. Toinen odotus on tulosodotukset. Ne kuvaavat yksilön toiminnan seurauksia (Järvikoski 2004.). Järvikosken (1994) mukaan toiminta riippuu kolmenlaisista odotuksista: odotuksesta, että tilanne entisellään jatkuessaan johtaa ei-toivottaviin tuloksiin. Odotuksesta, että käyttäytymisen muutos muuttaa lopputulosta ja yksilön käsityksistä, että hän kykenee toteuttamaan toiminnon, jonka hän olettaa vaikuttavan lopputulokseen.

Pystyvyysodotus liittyy spesifisen toiminnan suorittamiseen ja se on selkeästi erilainen kuin tulosodotus, joka kohdistuu toiminnan lopputulokseen. Pystyvyysodotukset eroavat muista hallintakäsityksistä siinä, että ne ovat tilanne- ja toimintoriippuvaisia (Järvikoski 1994.). Tästä on seurauksena se, että mitä enemmän ihminen uskoo omiin kykyihinsä, sitä huolellisimman hän tarkastelee vaihtoehtoja ja valmistuu yrityksiinsä. Kuntoutumisen kannalta tärkeä asia on se, minkälaisilla keinoilla ja strategioilla hän pyrkii selviytymään sairauden tai vamman mukanaan tuomista ongelmista (Järvikoski 2004.).

Koettu kompetenssi on yhdistelmä yleisistä hallintakäsityksistä ja pystyvyysodotuksista. Siinä yksilö kokee, että hän pystyy toimimaan tehokkaasti vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Hänellä on mielikuva siitä, että hän pystyy vaikuttamaan omaan sisäiseen maailmaansa sekä käyttäytymiseensä. Hänellä on mahdollisuus vaikuttaa ympäristöönsä sekä saamaan toiminnallaan haluttuja tuloksia (Järvikoski 1994.).

Koherenssi on käsite jossa ajatus asioiden hallittavuudesta on olennaista, mutta se ei kuitenkaan ole riippuvainen yksilön henkilökohtaisesta hallinnasta tai pystyvyydestä, vaan se on luottamusta siihen, että asiat sujuvat lopulta myönteisesti. Koherenssin tunne koostuu kolmesta erilaisesta tekijästä: elämän ymmärrettävyydestä, hallittavuudesta ja mielekkyydestä. Ymmärrettävyys liittyy ihmisen kokemukseen siitä, että tapahtumat ovat johdonmukaisia, säännönmukaisia ja loogisia. Hallittavuus tarkoittaa sitä, että ympäristön asettamat vaatimukset eivät ylitä yksilön kykyjä eikä yksilön käytössä olevia resursseja. Mielekkyys viittaa siihen, että asioilla ja tapahtumilla on merkitys yksilön arvojärjestelmässä (Järvikoski 1994.).

Itsemääräämisessä on kaksi osaa: itsemääräävä ihminen on valintojensa lähde, jolloin häneltä edellytetään sitä, että hän kykenee arvioimaan omia mieltymyksiään, arvojaan ja valintoja. Toiseksi hänellä tulisi olla mahdollisuus tehdä omia valintoja ilman että ympäristö ja muut ihmiset eivät rajoita hänen valinnanvapauttansa. Rajoitus tapahtuu joko valitsemalla hänen puolestansa tai antamalla hänellä hyvin vähän valinnanvaihtoehtoja. Itsemääräämisoikeus ei kohdistu toiminnan ja lopputuloksen yhteyteen, vaan se on toiminnan ja vapaan tahdon välillä (Järvikoski 1994.).

Autonomiapyrkimyksen lähtökohtana on se, että ihmiset eivät halua tulla ulkoapäin ohjatuiksi. Autonomisen ihmisen toimintaa ohjaavat hänen omat tunteensa, tarpeensa ja tavoitteensa, jolloin hänen keskeisiä kokemuksiaan ovat valinnanvapaus, vastuullisuus, tahdonalaisuus ja tavoitteellisuus. Ihmisen elämässä autonomiaa on vähän silloin, kun hänen toimintansa lähtökohtana on pelko rangaistuksesta, toiminta on pakon sanelemaa tai toiminnan pohjana on siitä seuraava palkkio. Saman janan toisena ääripäänä on toiminta, joka tapahtuu tehtävän itsensä ja sen tuottaman ilon tai innostuksen vuoksi (Järvikoski 1994.).

Kuntoutussuhteessa tapahtuu vallankäyttöä työntekijän puolelta. Järvikosken ja Härkäpään (2004) mukaan vallankäyttö tulee hankalaksi asiaksi, silloin kun vallankäyttämistä pidetään itsestään selvänä ja luonnollisena. Tällöin myös alistetussa asemassa oleva yksilö on oppinut pitämään yllä vallitsevaa olotilaa, josta ajan kuluessa muodostuu pysyvä. Kuntoutujalla voi olla käsitys, että hänen ongelmansa ovat yksistään hänen syytensä ja ongelmien ratkaisemisessa tarvitaan muiden ihmisten päätöksentekoa. (Järvikoski ja Härkäpää 2004).

Anglosaksisessa kirjallisuudessa on käsite ”empowerment”, joka tarkoittaa vallan ja voiman saamista ja valtuuttamista, jolloin valtaa ja voimaa käsissään pitävä osapuoli luovuttaa sitä toiselle. Empowerment käsitteelle on useita suomennoksia: täysivaltaistuminen, valtuuttaminen, toimintavoiman tai –vallan saaminen, voimaantuminen ja voimavaraistuminen sekä valtaistuminen. Valtaistuminen sisältää ajatuksen itsensä ja muiden vapauttamisesta, energian lisääntymisestä tai yksilön kasvuprosessista. Yksilötasolla se on olla itseluottamuksen nouseminen, hallinnan tunteen lisääntyminen ja tietoisuus itsestä suhteessa ympäristöön. Valtaistuminen tarkoittaa sekä yksilössä että ympäristössä tapahtuvia muutoksia, jotka vaikuttavat myös käytännön toiminnan muuttumiseen (Järvikoski ja Härkäpää 2004.).

Yksilön kannalta valtaistumisprosessissa hän saa valtaa tehdä päätöksiä, saada tietoja ja resursseja, saada vaihtoehtoja joista hän voi tehdä valinnan. Hänen itseluottamuksensa kasvaa ja pystyvyytensä

paranee. Hän kokee toiveikkuutta, hän oppii ajattelemaan kriittisesti, oppii tuntemaan ja ilmaisemaan vihaa ja suuttumusta. Hän tuntee olevansa osa ryhmää ja ymmärtää omat oikeutensa. Hän saa aikaa muutoksia elämässään ja oppii tärkeinä pidettäviä taitoja. Hän muuttaa käsitystensä omasta pystyvyydestä ja hän alkaa elämään. Muutokset lähtevät hänen omasta aloitteestaan ja tavoitteena hänellä on saada aikaan myönteinen minäkuva itsestään (Järvikoski ja Härkäpää 2004.).

Jonsdottir, Litchfield ja Pharris (2004) esittävät, että empowerment voidaan nähdä sairaanhoitajien kykyinä vastustaa terveyspalveluiden näkemistä vain teknisenä toimintana ja heidän taitoinaan säilyttää potilas-hoitajasuhteen ydin. Greco, Laschinger ja Wong (2006) toteavat, että työpaikoilla tapahtuva empowerment on tärkeä strategia, jotta voidaan luoda positiivinen työympäristö. Donahue, Dykes, Fitzpatrick, Griffin ja Piazza (2006) saivat tutkimuksensa tulokseksi sen, että koetussa empowermentissa on merkittäviä eroja, riippuen siitä minkälainen on hoitajan koulutus. Korkeammin koulutetut hoitajat havaitsivat empowermentin paremmin ja se paransi heidän työnsä tehokkuutta.

Hookin (2006) mukaan kumppanuus, joka voidaan nähdä empowermentin yhtenä osa, muodostuu prosessista. Sen osa tekijöinä ovat hoitajan ja potilaan välinen suhde, jaettu valta, jaettu päätöksen tekeminen sekä potilaan itsemäärääminen. Tämä prosessi kehittyy ajan kuluessa, jolloin potilasta tuetaan ilmaisemaan oma mielipiteensä hoidosta ja tekemään itseään koskevia päätöksiä. Finfgeld (2004) esittää, että empowermentin edistämiseksi hoitajien tulisi rohkaistua edistämään potilaiden itsetuntoa ja omanvoimaisuutta ja selviytymään lääkityksen sivuvaikutuksista, kognitiivisista rajoitteista sekä motivaation puutteesta. Hoitajien tulisi myös pyrkiä muuttamaan institutionaalisia ja sosiaalisia esteitä kuten henkilökunnan vastustusta ja stigmatisointia.

Powers (2005) esittää, että terveysalan ammattilaiset ovat valinneet empowerment-käsitteen ja määritelleet sen tarkoittamaan interventiota joka tuottaa valintoja. Potilaiden tehdessä sellaisia valintoja, jotka terveyspalveluiden tuottaja on määritellyt, heidän katsotaan voimaantuneen. Potilaita ei informoida kaikista vaihtoehtoista ja he eivät ole vapaita tekemään itsenäistä päätöstä. Empowerment on pakottava strategia ja sen oikeutuksena pidetään ajateltavissa olevia tuloksia. Hallettin, Lukerin ja Millardin (2006) tutkimuksen mukaan, empowerment- ajatus ei toteudu kotona hoidettavien potilaiden kohdalla, koska he eivät ole mukana hoidossa tai tekemässä omaa hoitoansa koskevia päätöksiä.

Henderson (2003) sai tutkimuksensa tulokseksi, että hoitajat näkivät potilaiden hoitoon osallistumisen lähtökohtana sen, että potilaat saivat tarpeellisen määrän informaatiota ja hoitajat

jakoivat päätöksentekovallan heidän kanssaan. Tosin hoitajat eivät olleet halukkaita jakamaan tätä valtaa potilaiden kanssa. Tästä on seurauksena vallan epätasapainotila. Asiaa perusteltiin sillä, että hoitajat uskoivat tietävänsä asiat paremmin ja potilailta puuttui lääketieteellinen osaaminen. Hoitajat myös halusivat pitää oman valtansa ja kontrollin. Empowerment onnistuu vain, jos hoitajat pyrkivät tasapainottamaan vallan epätasa-arvoa. Se onnistuu vain informaatiota jakamalla sekä olemalla potilaiden kanssa avoimessa kommunikaatiossa.

Bulsara, Ward ja Joske (2004) saivat syöpäpotilaita koskevassa tutkimuksessa tulokseksi sen, että potilaat haluavat säilyttää oman kontrollinsa sairauden hoidossa ja hoidon sivuvaikutuksissa, perheen ja läheisten tuki, sairauden hyväksyminen sekä toivon ylläpitäminen ovat ratkaisevia tekijöitä heidän kokemassaan empowermentissa. Syöpäsairaiden kanssa työskenteleviltä toivotaan parempaa ymmärrystä erilaisista strategioista joita potilaat käyttävät. Tällöin on mahdollista tukea sekä potilasta että hänen läheisiänsä, jolloin heidän molempien kokemaan empowerment voi lisääntyä.

2.4 Aikaisemmat tutkimukset päihteiden käyttämisestä

2.4.1 Suomessa tehtyjä päihdetutkimuksia

Ainakin Suomessa tilanne on sellainen, että päihdehoitotyön osuus tehdyistä tutkimuksista ja tutkielmista on ollut erittäin vähäinen. Suomessa on tehty pro gradu tutkimuksia jotka ovat käsitelleet päihteitä sekä hoitajien toiminnan että nuorten päihteiden käyttämisen näkökulmasta esimerkkinä näistä voidaan mainita muutaman tutkimuksen otsikko: Seksuaaliterveyden edistäminen ja äitiyden tukeminen päihdehoidossa - asiakkaan näkökulma. (Alho 2007); Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja tuen haasteita ammattihenkilöstölle päihde- ja mielenterveystyössä. (Mantila 2007); Päihdetyötä tekevän sairaanhoitajan toivo. (Levänen 2006); Päihdehoitotyö päihdesairaanhoitajaverkoston jäsenten kuvaamana. (Sutinen 1997); Päihdehoitotyön auttamismenetelmät katkaisuhuolto-osastolla - asiakkaiden ja hoitajien kuvaamana. (Halonen & Paakeli-Kurronen 2006); Varhaisvaiheen päihdehoitotyö perusterveydenhuollossa. (Behm 2005). Nuorten henkilöiden päihdeettömyyttä ja päihteiden käyttämisestä on tehty tutkimuksia: Toisen asteen opiskelijoiden näkemyksiä arkielämän ja päihteiden käytön merkityksestä opiskelussa ja työelämään sijoittumiseen vaikuttavista tekijöistä. (Kärkkäinen 2006); Nuorten päihdeettömyyden edistäminen - lukiolaiset aktiivisina toimijoina. (Sievänen 2005); Nuoret ja päihteet. Pilottitutkimus nuorten päihteiden käytön varhaisesta toteamisesta. (Mikkola 2004); 14-15 -vuotiaiden poikien

päihteettömyys viikonloppuisin -kahdeksaluokkalaisten päiväkirjakuvauksia. (Gröhn 2003); Pitkärantalaisten (Venäjän federaation Karjalan tasavallan) seitsemäsluokkalaisten päihteettömyyden oppiminen. (Kumpulainen 2003); Kahdeksaluokkalaisten nuorten päihteettömyys ja arvioinnit päihteettömyyden opetus- ja oppimismenetelmistä. (Havu & Lasarov 2002); Tyttöjen viikonlopun vietto ja päihteettömyys -kahdeksaluokkalaisten päiväkirjakuvauksia (Nyman 2001). Päihdehoitotyöstä on tehty oppikirja mm. Inkinen, Partanen ja Sutinen (2006)

2.4.2 Ulkomailla tehtyjä päihdetutkimuksia

Ulkomailla tehtyjen päihdetutkimusten aineisto haettiin Tampereen yliopiston kirjaston internet-sivujen kautta Ovid-aineistosta sekä British Nursing Index- ja Cinahl-tietokannoista hakusanoilla alcohol rehabilitation programs. Lisämääreinä olivat, että tutkimusartikkeli oli englanninkielinen ja siitä löytyi koko teksti. Hakusanoilla löytyi yhteensä 122 tutkimusartikkelia. BNI- ja Cinahl-tietokantojen käyttämisen perusteluna oli se, että sieltä voisi löytyä helpommin hoitotieteessä tehtyjä päihdekuntoutustutkimuksia. Hakusanoilla löytyneistä 122 tutkimusartikkelista tekijä sai käyttöönsä ilman vastikkeen vaihtamista yhteensä 44 artikkelia, joista tässä käytetään 26.

PATTEN, MARTIN, HOFSTETTER, BROWN, KIM JA WILLIAMS (1999) ESITTÄVÄT, ETTÄ KUNTOUTUJILLE PIDETTYJEN OPETUKSELLISTEN TUNTIEN AIHEITA OLIVAT PÄIHITEIDEN KÄYTTÄMISEN TERVEYSRISKIT, KÄYTTÄMISISTÄ AIHEUTUVIA SAIRAUKSIA JA KÄYTÖN LOPETTAMISEN HYÖDYT. KUNTOUTUJILLA OLI MYÖS MAHDOLLISUUS KESKUSTELLA ITSEÄN VAIVAAVISTA ASIOISTA.

Dufeu , Muller , Ohse , Rommelspacher, Schmidt ja Schmidt. (1997) kirjoittavat kuuden kuukauden kuntoutusohjelmasta, jossa kuntoutujia tavattiin viikoittain ensimmäisen kuukauden aikana, joka toinen viikko toisen kuukauden aikana ja kerran kuukaudessa kuukausien 3 -6 aikana. Heidän mukaansa retkahtaminen määriteltiin minkä tahansa alkoholin nauttimiseksi. Kuntoutushoidon aikaista raittiutta testattiin verikokein. Kuntoutusjakso sisälsi yksilötapaamisia ja ryhmäterapiaa.

Arnaud, Gueguen , Guilland, Herbeth, Herberg, Leroy, Paille, Pirollet, Siest ja Visvikis (2003) esittävät tutkimuksensa tuloksena, että lisäannokset vitamiineja ja hivenaineita parantavat kuntoutujan ravintoainetilannetta.

Connor, Feeney, McPherson, Tucker ja Young (2002) tutkivat kognitiivisen terapian ja lääkehoidon yhdistämistä ja heidän tutkimuksen tulostensa mukaan kognitiivisen terapian ja lääkehoidon yhdistäminen toi mukanaan parempia tuloksia retkahtamisen suhteen.

Bhatian, Pettyn ja Sattarin (2004) tutkimuksen tulosten mukaan kuntoutusjakson aikainen lääkehoito vähensi univaikeuksia, levottomuutta, ahdistusta ja pakkotoimintoja. O'Brien, Volpicelli J ja Volpicelli L (1996) tulivat tutkimuksessansa samankaltaiseen tulokseen, jolloin kuntoutujien retkahtamismäärät vähenivät ja heidän kuntoutushoidon tulokset tulivat paremmiksi, koska heidän halunsa käyttää alkoholia väheni ja heidän käyttämisestä saama helpotus tuli pienemmäksi.

Connor, Feeney, McPherson, Tucker ja Young (2001) tulivat siihen tulokseen, että lääkehoidon yhdistäminen kognitiiviseen terapiaan parantaa kuntoutushoitoon osallistumista, kuntoutushoidon loppuun saakkaa suorittamista sekä kuntoutujan raittiina pysymistä.

Hillin, Meyersin, Millerin ja Toniganin (1999) luoman perheiden yhteisöllisyyttä vahvistavan ohjelman mukaan, jonka tarkoituksena on saattaa motivoitumaton päihteidenkäyttäjä kuntoutushoidon piiriin, kuntoutujan läheisten kokema masennus, ahdistus, viha ja fyysiset oireet vähentyi huomattavasti. Hoito-ohjelmaan osallistuneiden päihteiden käyttäjien raittiusaika lisääntyi huomattavasti. Hoito-ohjelmassa läheisille opetettiin erilaisia tietoja ja taitoja, jotka liittyvät hänen läheisensä päihteiden käyttämiseen.

Fischerin (1996) mukaan päihdekuntoutujien suhtautuminen ja asennoituminen jatkohoitoon, kuntoutusjakson jälkeen asuntoloissa, oli vaihtelevaa. Ratkaisevana tekijänä oli kuntoutujan ensimmäinen suhtautuminen asiaan, se oli positiivinen, neutraali tai negatiivinen. Tähän asennoitumiseen ei tullut kovinkaan suurta muutosta kuntoutushoitojakson aikana.

Chueh ja Horng (2004) tutkimuksen tulosten mukaan säännöllinen puhelinseuranta ja konsultointi kuntoutujan kanssa lisäsi hänen raittiutta ja sopeutumista raittiiseen elämään ja vähensi uudelleen sairaalaan tulemistä sekä riippuvuuden vaikeutta. Toisaalta myös henkilökunta pystyy seuraamaan hoidon tuloksia sairaalasta kotiutumisen jälkeen.

Blondell (2005) kirjoittaa alkoholin vieroitusoireista. Ensimmäisen vaiheen vieroitusoireet alkavat 5-8 tuntia viimeistä alkoholiannoksesta ja sen oireita ovat ahdistus, levottomuus, lievä pahoinvointi, ruokahaluttomuus, univaikeudet, hikoilu, lievä vapina, sydämen tykytys ja korkea verenpaine. Toisen vaiheen vieroitusoireet ilmaantuvat 24-72 tuntia viimeisen alkoholiannoksen jälkeen ja

oireina silloin ovat huomattavat levottomuus, vapina, pahoinvointi, oksentelu, ruokahaluttomuus sekä ripulointi. Heillä on korkea sydämen syke ja verenpaine. Vieroitusoireita tulee hoitaa sekä lääkähoidolla että lääkkeettömällä hoidolla.

GOLDSTEIN, HAAS, SHEMANSKY, BARNETT JA SALMON-COX (2005) SAIVAT TUTKIMUKSENSA TULOKSEKSI, ETTÄ KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAILLE ANNETTAVALLA KOGNITIIVISIA TAITOJA PARANTAVILLE HARJOITUKSILLA ON MERKITTÄVÄ OSA HEIDÄN TOIPUMISELLAAN. KOGNITIIVISET HARJOITUKSET JA TEHTÄVÄT KOSKIVAT HAVAINTOKYKYYN, TIEDON KÄSITTELYYN, HAVAINTOJEN ANALYSOINTIIN SEKÄ AVARUUDELLISEEN HAHMOTTAMISEEN.

Bombardierin, Ehden ja Kilmerin (1997) tutkimuksen tuloksena oli, että traumaattisen aivovamman saaneilla potilailla on valmius muuttaa omaan päihteiden käyttämistensä, mutta tämä vaihe on usein OHITETTU MAHDOLLISUUS. MOTIVOIVA HAASTATTELU TEKNIikka NÄYTTÄISI SOPIVAN TÄHÄN TILANTEESEEN PARHAITEN MUUTOKSEN MAHDOLLISTAJANA. Bombardier, Esselman, Rimmele ja Stroud (2004) saivat tutkimuksensa tuloksiksi, että päihteidenkäyttäminen vaikuttaa negatiivisesti kuntoutujan itsehoitokykyyn, heillä on vähemmän mahdollisuutta sosiaaliseen tukeen, heidän motivaationsa voi vaihdella nopeasti ja sen takia he eivät saavuta kuntoutuksella asetettuja tavoitteita.

Abramsin, MacKinnonan, Martinin, Montin ja Rohsenowin (2006) tutkimuksen tulosten mukaan alkoholista riippuvaisten henkilöiden motivaatio lopettaa samanaikainen tupakointi oli parempi, jos heillä oli aikaisempi kokemus tupakoimattomuudesta, vähemmän esteitä tupakoinnin lopettamiseksi sekä paremmat taidot tupakoinnin lopettamiseen. Koska muutoksen esteet ja taitotason nostaminen ovat muuttuvia asioita, niin hoidon interventiot voisivat kohdistua näihin asioihin.

Bowden-Jones, Hutton, Joyce, McPhillips ja Rogers (2005) esittävät, että päihdeongelmainen henkilö ei pysty vastustamaan halujaan käyttää päihteitä vaikka hän olisikin tehnyt päätöksen päihteiden käyttämisen lopettamiseksi. Yhtenä tekijänä tähän toimintaa he esittävät, että päihdeongelmainen henkilö ei pysty kovinkaan hyvin miettimään ja näkemään omien tekojensa seurauksia. Osaltaan tämän takia päihdeongelmainen henkilö ei pysty kehittämään eikä käyttämään uusia strategioita päihteidenkäyttämisen välttämiseksi.

Dunn (2005) kirjoittaa päihteidenkäyttäjien kokemasta stigmatisoinnista, hänen mukaansa ensimmäinen askel tämän asian korjaamiseksi on päihderiippuvuuden mieltäminen sairaudeksi.

Tässä stigmatisointiprosessin vähentämisessä tärkeässä osassa on kommunikointi ja informaation jakaminen.

Brackley'n, Carrougerin, Martinin ja Swenson-Brittin (2000) mukaan suurin tekijä henkilökunnan työssä on toivon ylläpitäminen. Toivo siitä, että päihteidenkäyttäjä raitistuu ja hän kykenee siihen. Heidän tutkimuksen tuloksena oli myös se, että päihdekuntoutuksen tuloksen jäävät henkilökunnan tietojen ulkopuolelle, koska kuntoutujan kuntoutuminen jää heille näkymättömäksi.

Alonzo ja Lamon (1997) esittävät, että päihteidenkäyttäjät kokevat oman elämänsä stressaavaksi. Päihdekuntoutuksessa oleva kuntoutuja voi hyötyä erilaisten stressinhallintatekniikoista monella tavalla. Stressinhallinta voi kohdistaa hänen selviytymismalleihinsa, jotka koskevat hänen emotionaalista tilaansa, sosiaaliseen kanssa käymiseen liittyviin tilanteisiin ja hänen kokemaansa henkilökohtaiseen kontrolliin erilaisissa elämäntilanteissa. Fernandez, Fouquereau, Mullett ja Sorumc (2003) tulivat tutkimuksessaan samankaltaiseen tulokseen. Heidän mukaansa stressi ja päihteidenkäyttäminen ovat selkeästi yhteydessä toisiinsa ja päihteidenkäyttää tulisi auttaa näkemään tämä yhteys näiden kahden asian välillä.

TATE (1994) SAI TUTKIMUKSENSA TULOKSEKSI SEN, ETTÄ SOMAATTISTEN SAIRAUKSIEN KUNTOUSTUSTYÖNTEKIJÖIDEN TULISI ARVIOIDA POTILAAN ALKOHOLIN KÄYTTÄMISASTE, JOTTA ESTETTÄISIIN PÄIHITEIDENKÄYTTÄMISESTÄ TULEVAT KOMPLIKAATIOT SAIRAALASTA KOTIUTUMISEN JÄLKEEN.

French, Jofre-Bonet, McLellan ja Sindelar (2004) esittävät, että päihdekuntoutuksen vaikutusten arviointia tulisi mitata useilla erilaisilla mittareilla. Vain yhtä osaa arvioimalla tulokset voivat olla epätarkkoja ja virheellisiä. He myös toteavat, että useiden erilaisten mittareiden samanaikainen käyttäminen on vaikeaa.

Epstein, Heller ja Hourani (2004) määrittivät kuntoutujan saaman sosiaalisen tuen, jos hänellä oli ystäviä joiden kanssa hän jakoi henkilökohtaisia asioita ja huolia, ystäviä joiden kanssa hän vietti aikaansa harrastusten parissa sekä ystäviä joista kuntoutuja piti ja välitti.

Breakey, Calabrese, Crum ja Rosenblatt (1998) esittävät, että useimpia retkahduksia kokeneiden kuntoutujien kohdalla, työntekijöillä olisi hyvä olla tiedossa kuntoutujan päihteidenkäyttämisen historia. Heidän tulostensa mukaan myös lyhyet kyselyt (CAGE ja SMAST) ovat herkkiä

päihteiden väärinkäyttämisen löytämisessä. He pitivät tärkeänä sitä, että kaksoisdiagnoosipotilaiden päihteidenkäyttäminen havaitaan aikaisessa vaiheessa.

Agnew ja Zlotnick (1997) kirjoittavat kuntoutusohjelmasta johon kuntoutujat tulevat joko sairaaloista tai katkaisuhoidosta. Kuntoutujilla ei saa olla somaattista tai psykiatrasta diagnoosia ja heidän tulisi pystyä tekemään työtä 40 tuntia viikossa. Kuntoutusohjelman minimi kestoaika on 90 vuorokautta ja maksimissaan se voi olla yhden vuoden. Kuntoutujat osallistuivat ohjelman aikana työhön, vertaistukiryhmiin, uskonnollisiin aktiviteetteihin ja ryhmäharjoituksiin. Kuntoutushoidon aikainen raittius testattiin alkoholin osalta päivittäin alkometrillä ja huumeiden käyttäminen testattiin viikoittain pistokokein. Positiivinen tulos aiheutti uloskirjoituksen kuntoutuslaitoksesta.

Bottlender ja Soyka (2005) esittävät avohoidossa tapahtuvasta kuntoutusohjelmasta. Siinä kolmen kuukauden motivointivaiheen jälkeen alkaa 6-9 kuukauteen kestävä kuntoutusjakso. Jakson aikana kuntoutujalla on mahdollisuus 80–120 terapiaistuntoon 2-3 kertaa viikossa. Terapiaistunnot ovat pääasiallisesti ryhmäterapiaa, mutta myös yksilöterapia yhden kerran viikossa on mahdollista, kuntoutujilla on mahdollisuus myös 12 perheterapiaistuntoon. Yksilöterapiaistunnot koostuivat kognitiivisesta, psykodynaamisesta ja systeemikeskeisestä terapiasta. Kuntoutusohjelmassa on myös rentoutusharjoituksia, psykodraamaa ja vertaistukiryhmätoimintaa. Kuntoutujien raittius ohjelman aikana tarkastetaan sekä puhallus- että laboratoriokokein.

Caldwell, Carrb, Engle, Michael, Milby, Raczynski ja Schumacher (1996) saivat tutkimuksensa tuloksiksi, että intensiivinen avohoidollinen päihdekuntoutus on kannattavaa. Kuntoutujat osallistuivat päivittäin 5.5 tunnin ajan ohjelmaan. Kuntoutusohjelma oli ryhmäpainotteista ja se sisälsi vertaisryhmiä, ryhmäterapiaa, erilaisia psykoedukatiivisia ryhmiä. Yksilötapaamisia kuntoutujalla oli viikoittain. Kuntoutumisen etenemistä arvioitiin viikoittain. Kahden kuukauden jälkeen kuntoutujilla alkoi 4 kuukauden kestoinen työterapiavaihe, jolloin he tekivät töitä minimissään 25 tuntia viikossa. Tehdystä työstä he saivat palkkaa. Työn tekemisen aikana raittiutta testattiin virtsakokein ja positiivisen tuloksen jälkeen hän ei saanut osallistua työterapiaan ennen kuin hän oli antanut kaksi peräkkäistä negatiivista virtsakoetta.

Binner, Cho, Evenson, Schicht ja Topolski (1998) jakavat kuntoutusjakson pituuden kolmeen tasoon: lyhytjakso on 1-45 vuorokauteen, keskipitkajakso on 46-180 vuorokautta ja pitkajakso on yli 181 vuorokautta.

Kirjallisuuden perusteella kuntoutushoidon monimuotoisuus on erittäin tärkeä asia. Lääkehoidon yhdistäminen terapioiden, ryhmätoiminnan, yksilökeskusteluiden kanssa näyttäisi antavan paremman tuloksen kuntoutukselle kuin pelkästään edellä olevien tekijöiden yksin käyttäminen. Päihteidenkäyttäjien läheisten kanssa työskenteleminen näyttää lisäävän päihdekuntoutuksessa olevan henkilön motivaatiota oman päihdeongelmansa hoitamiseen. Samanaikaisesti myös läheisten kokemaa ahdistusta, tuskaa ja vihamielisiä tunteita on mahdollisuus lievittää yhdessä työskentelemällä. Päihdekuntoutuksen yhtenä osana on kirjallisuuden perusteella stressinhallintatekniikoiden opettaminen ja opetteleminen. Päihdekuntoutujat kokevat stressin isona omaa elämäänsä haittaavana tekijänä. Henkilökunnan tärkeänä tehtävänä on pitää yllä toivoa kuntoutujan selviämisestä ja hänen ohjaamisestansa kohti raittiutta. Päihteidenkäyttämiseen liittyvä stigmatisointi on eräs asia, joka vähentää päihdekuntoutuksen vaikutusta ja tehokkuutta. Avo- ja laitoshoidon yhteensovittaminen, jotta kuntoutusprosessin jatkuvuus säilyy, on erittäin tärkeä asia. Kuntoutushoidon jatkuvuudella annetaan paremmat mahdollisuudet kuntoutujalla saavuttaa kuntoutumiseen asetetut tavoitteet.

3. TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kuntouttavan päihdehoitotyön sisältöjä päihdekuntoutusta tekevien hoitajien näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa päihdekuntoutuksen arviointiin, sen kehittämiseen ja päihdekuntoutuksen opetukseen. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Kuvailta, minkälaisista tekijöistä kuntouttava päihdehoitotyö muodostuu kuntouttavan päihdehoitotyön tekijän näkökulmasta?
2. Kuvailta, minkälaisilla keinoilla kuntouttavaa päihdehoitotyötä tekevät työntekijät pyrkivät lisäämään kuntoutujan elämänhallintaa?

4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusmenetelmät perustelut

Tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen lähestymistapa tutkittavan ilmiön ja tutkimuskysymysten perusteella. Laadullinen tutkimusmenetelmä pystyy kuvaamaan tiedonantajien todellisuutta. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2007) toteavat, että ihmisten todellisuus on moniäänistä ja sen takia ei ole olemassa yhtä ainoaa totuutta asioista ja elämän ilmiöistä. He kuitenkin esittävät, että laadullisessa tutkimuksessa pyritään lähestymään tutkittavaa ilmiötä kokonaisvaltaisesti. Janhosen ja Nikkosen (2001) mukaan hoitotieteellisen tiedon lähtökohtana voi olla myös hoitajat ja heidän käsityksensä tutkittavasta ilmiöstä. Raunion (1999) mukaan kielelliseen muotoon saatettu aineisto on numeraalista aineistoa herkempi löytämään ihmisten sosiaalisen todellisuuden. Eskolan ja Suorannan (2005) mukaan puheella on keskeinen asema sosiaalisen todellisuuden rakentumisessa, ja puheen avulla sosiaalinen todellisuus sekä rakentuu että sitä rakennetaan. Eskola ja Suoranta (2005) jatkavat edelleen, että todellisuus näyttäytyy sellaisena kuin se tulkitaan ja ymmärretään, johon vaikuttavat puheaktin tapahtumapaikka ja missä vaiheessa keskustelua asia ilmaistaan.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan asema korostuu eri tavalla kuin määrällisessä tutkimuksessa. Raunio (1999) esittää, että tutkijan luovuus ja osaaminen ovat keskeisessä asemassa tutkimusta tehtäessä ja tutkija on tutkimuksen välineenä sen eri vaiheissa. Samanaikaisesti Eskolan ja Suorannan (2005) mukaan tutkimusta tehtäessä, siinä on mukana paljon erilaisia ennakkoluuloja ja -ajatuksia, jotka ohjaavat tutkimuksen tekemistä. Tutkimuksen tekijän tulee olla selvillä omasta subjektiivisuudestaan tutkimuksen tekemisen aikana.

Janhosen ja Nikkosen (2001) mukaan laadullista tutkimusmenetelmää käyttävä tutkija pyrkii löytämään aineistosta yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia ja Tuomen ja Sarajärven (2006) mukaan muodostaa niistä ilmiön kuvauksia ja pyrkii antamaan niille teoreettisen tulkinnan.

Laadullinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, jolloin aineisto hankitaan todellisessa ympäristössä. Ihminen on tiedon keräämisen lähde. Tarkoituksena on kuulla tiedonantajien ajatuksia ja käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Aineisto on analyysin lähtökohta ja sen monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Tutkimukseen osallistuvien valinnan perustana on tarkoituksenmukaisuus, valitaan tiedonantajiksi sellaisia henkilöitä, joilla on tietoa tutkittavasta ilmiöstä tai asiasta (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2007, 160.).

Laadullisen tutkimusotteen valinta tässä tutkimuksessa oli perusteltu. Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia kuntoutustyötä tekevien hoitajien käsityksiä ja ajatuksia päihdekuntoutuksen sisällöistä. Tutkimusaineisto pohjautuu heidän antamiinsa haastatteluvastauksiin, jolloin niistä voi erotella eri teemat laadullisella tutkimusotteella. Tiedonantajiksi valikoituivat henkilöt, jotka tekevät

päihdekuntoutustyötä. Heillä on työkokemuksen mukanaan tuomaa käytännön tietoa ja koulutuksen mukanaan tuomaa teoreettista tietoa.

Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Haastattelun teemat muodostettiin kirjallisuuden pohjalta. Hirsjärven ja Hurmeen (2000) mukaan haastattelut ovat vuorovaikutustilanteita, jotka pohjautuvat kielen käyttöön ja sen merkityksiin ja erilaisiin tulkintoihin. Haastateltavat tuovat mukanaan haastattelutilanteeseen subjektiivisen käsityksensä tutkittavasta ilmiöstä. Haastateltavat ovat kuitenkin tietoisia toimijoita, ja kielen avulla heidän on mahdollista ylittää oman fyysisen maailman rajat. (Hirsjärvi ja Hurme (2000). Teemahaastattelua käyttämällä pyrittiin siihen, että kaikkien haastateltavien kanssa puhuttaisiin samoista asioista.

Aineiston analyysimenetelmäksi valittiin aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin lopputuloksena on aineiston esittäminen tiiviissä ja yleistettävässä muodossa. Sisällönanalyysin ominainen piirre on etsiä aineistosta samankaltaisuuksia ja eroavuuksia (Latvala ja Vanhanen-Nuutinen 2001, 23.). Tuomen ja Sarajärven (2006) mukaan aineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Tässä tutkimuksessa valittiin tapa, joka pohjautuu Kynkään ja Vanhasen (1999) esittämään malliin.

4.2 Aineiston keruu

Päihdekuntoutuslaitokset, joissa haastattelut tehtiin, löydettiin Stakesin neuvoo-antavat internet - sivuilta kohdasta päihdekuntoutuslaitokset. Sivustosta kerättiin 20 päihdekuntoutuslaitoksen yhteystiedot. Päihdekuntoutuslaitosten valinnassa käytettiin seuraavia kriteerejä: niiden sijainti tulisi olla sellainen, että haastattelut oli mahdollista tehdä yhden päivän aikana ja päihdekuntoutuslaitokseen pääsisi julkisin kulkuvälinein, internet- sivustossa ilmoitettu keskimääräinen kuntoutusaika oli yli 21 vuorokautta ja haastateltavien koulutuksena olisi joko sairaanhoitaja tai sosionomi.

Valittuihin päihdekuntoutuslaitoksiin otettiin ensin yhteyttä puhelimitse ja kysyttiin mahdollisuutta työntekijöiden haastatteluun. Vastauksen ollessa positiivinen kuntoutuslaitokseen lähetettiin sähköpostilla tutkimussuunnitelma, haastattelusuostumus (Liite 1) ja tutkimuslupahakemus (Liite2). Samalla sovittiin, että tutkimuksen tekijä tulee esittelemään tutkimuksen tulokset päihdekuntoutuslaitoksessa ja jokaiseen haastattelupaikkaa myös annetaan tutkimus kirjallisena versiona sen valmistuttua. Päihdekuntoutuslaitoksen henkilökunta sopi keskenään haastateltavat työntekijät. Kun tutkimuksen tekijä sai tietoonsa nämä henkilöt, niin heihin otettiin yhteyttä ja sovittiin haastattelupäivä. Haastatteluja sovittiin yhteensä 15 kymmenessä eri

päihdekuntoutuslaitoksessa. Kaksi niistä peruuntui sairaustapauksien takia. Ensimmäinen peruuntuminen tapahtui haastateltavan sairastuessa ja toinen tutkimuksen tekijän sairastuessa.

Ennen haastattelujen suorittamista muodostettiin haastattelukysymykset. Kysymykset pohjautuivat päihdekuntoutuksesta tehtyihin tutkimuksiin. Ennen tutkimushaastatteluiden alkamista suoritettiin yksi esihaastattelu, jonka perusteella yhtä haastattelukysymystä muutettiin. Haastattelut tapahtuivat haastateltavien työpaikalla ja heidän työaikanaan. Haastateltavat olivat varanneet haastattelupaikan rauhallisesta tilasta. Haastattelun aluksi tutkimuksen tekijä kertoi tutkimuksen tarkoituksen, mihin opintoihin se liittyy ja sen, että hän työskentelee samankaltaisessa päihdekuntoutuslaitoksessa. Haastateltavat saivat nähtäväksi teemahaastattelun kysymykset (Liite 3). Samassa yhteydessä haastateltaville kerrottiin haastattelun nauhoittamisesta, ja miten nauhoitusten kanssa tullaan toimimaan. Lisäksi heille kerrottiin anonymiteetistä ja siitä miten se tullaan säilyttämään. Haastattelun aikana haastattelijä piti kysymykset itsellään. Kun samasta kuntoutusyksiköstä oli haastateltavana kaksi työntekijää, niin vain toiselle esitettiin kaikki kysymykset. Jälkimmäisen työntekijän kohdalla pääasiana olivat kysymykset, jotka koskivat hänen työnsä sisältöjä. Hänelle ei esitetty kysymyksiä, jotka koskivat kuntoutukseen pääsemistä, kuntoutuslaitoksessa annettavaa lääkehoitoa ja lääkäripalveluita. Jos työntekijät olivat eri kuntoutusyksiköistä, niin heille esitettiin kaikki kysymykset. Haastattelut suoritettiin 27.1-28.3.2008 välisenä aikana

4.3 Aineiston kuvaus

Aineisto koostui kolmestatoista päihdekuntoutusta tekevän työntekijän haastattelusta. He työskentelivät kahdeksassa päihdekuntoutuslaitoksessa. Haastateltavat olivat päihdekuntoutuksessa työskenteleviä työntekijöitä. He työskentelivät perhehoitoyksikössä, huume kuntoutuksessa, päihdekuntoutuksessa sekä päihde- ja mielenterveyskuntoutuksessa. Kuntoutuspaikkoja hoitoyksiköissä oli 6-14. Heidän koulutuksenaan oli joko sairaanhoitaja tai sosionomi ja työkokemuksensa päihdekuntoutuksesta oli kahdesta vuodesta yli kolmeen kymmeneen vuoteen.

Haastattelujen kesto aika oli 26 minuutista yhteen tuntiin, keskiarvoltaan haastattelut olivat 42 minuuttia. Kaikkiaan haastatteluaineistoa kertyi 9 tuntia 25 minuuttia. Haastattelut litteroitiin ja tuloksena oli yhteensä 84 sivua tekstiä. Haastattelut koodattiin H1, H2, H3 jne.

4.4 Aineiston analyysi

Analyysimenetelmäksi valittiin laadullinen sisällönanalyysi, joka on Kynkään ja Vanhasen (1999) mukaan paljon käytetty menetelmä hoitotieteessä ja jonka avulla on mahdollista analysoida aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti.

Latvala ja Vanhanen-Nuutinen (2001) kirjoittavat, että sisällönanalyysin avulla voidaan tuoda esille eroavaisuuksia, tehdä vertailua, todentaa tarkoituksia, määrittellä yksilön ja ryhmän erilaisia tilanteita sekä selittää erilaisia tutkittavaan ilmiöön liittyviä reaktioita. Sisällönanalyysia voidaan käyttää, kun halutaan kuvata ja paljastaa tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysi tarkoittaa kerätyn aineiston tiivistämistä, jolloin ilmiötä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleisellä tasolla tai tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet tulevat näkyviksi. (Latvala ja Vanhanen-Nuutinen 2001.) Tässä tutkimuksessa on tarkoituksena saada esille päihdekuntoutuksen sisältöjä yleisesti esitettynä ja näiden sisältöjen vaikutuksia kuntoutujien elämänhallintaan.

Sisällönanalyysin pääasialliset vaiheet ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Prosessi ei välttämättä ole näin suoraviivainen, vaan eri vaiheet voivat esiintyä samanaikaisesti ja usein prosessi on kulultaan monimutkaisempi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkönä oli ajatuskokonaisuus.

Sisällönanalyysin olennainen osa on se, että tutkimusaineistosta erotetaan samankaltaisuudet ja eroavuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Aineiston luokittelun pohjana on analyysiyksiköiden sisältämien merkitysten samanlaisuus, jolloin analyysissä voidaan yhdistellä samaa tarkoittavia sisältöjä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.)

Kyngäs ja Vanhanen (1999) kirjoittavat, että sisällönanalyysin tekemiseen ei ole tarkkoja sääntöjä, vaan lähinnä ohjeita analyysiprosessin eteenpäin viemiseen. Kynkään ja Vanhasen (1999) mukaan induktiivista aineiston analysointia kuvataan aineiston tiivistämisenä: pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin avulla. Alkuperäisistä ilmaisuista muodostetaan pelkistettyjä ilmaisuja, joille tehdään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Ilmaisut kirjoitetaan mahdollisimman tarkkaan samoilla termeillä kuin ne ovat alkuperäisesti ilmaistu. Tässä vaiheessa tutkimuksen tekijä päätyi toisenlaiseen ratkaisuun. Pelkistettyjen ilmaisujen sijasta tässä tutkimuksessa annettiin alkuperäisille ilmaisuille niiden sisältöä kuvaava nimi.

Ryhmiteltäessä pelkistettyjä ilmaisuja niistä etsitään samanlaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samankaltaiset ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja kategorialle annetaan sen sisältöä

ilmaiseva nimi. Tässä vaiheessa tutkija itse päättää mitkä asiat voidaan yhdistää samaan kategoriaan. Näin laadituista kategorioista muodostetaan yläkategorioita, joille myös annetaan nimi, joka kuvaa yläkategorian muodostaneita alakategorioita mahdollisimman tarkkaan. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Tässä tutkimuksessa ei etsitty pelkistetyistä ilmaisuista samanlaisuuksia tai eroavaisuuksia, vaan se tehtiin alkuperäiselle ilmaisulle annetun nimen perusteella. Muodostettiin teema-alueet samansisältöisistä nimistä.

Jokainen haastattelu analysoitiin erikseen. Tutkimuksen tekijä suoritti haastattelut, kirjoitti ne paperille ja analysoi haastatteluaineiston. Kirjoitettuihin haastatteluihin tutustuttiin lukemalla ne läpi muutamaan kertaan. Lukemisen perusteella aineistosta alkoi nousta esiin erilaisia teemoja ja asiakokonaisuuksia. Alkuperäisiä ilmaisuja oli yhteensä 340. Ilmaisuja kuvaavia nimiä tuli yhteensä 110. Päihdekuntoutuksen teema-alueita muodostui yhteensä 16 ja näistä muodostettiin 4 pääluokkaa.

Seuraavassa on esimerkki aineiston analyysin etenemisestä.

Taulukko 1 esimerkki analyysin etenemisestä, alkuperäisille ilmaisulle annetaan niiden sisältöä kuvaava nimi.

Alkuperäinen ilmaus	Ilmaisun sisältöä kuvaava nimi
”meillä joka viikko kalenteroidaan, maanantaisin, jokainen merkitsee ensin kolme ryhmäkäyntiä jotka suorittaa viikon aikana”	Aikataulut
”se on ehdotonta. että siellä täytyy olla ajoissa, ei saa myöhästyä tai lähteä kesken pois”	Kuntoutujan vastuuttaminen
”seuraavalla viikolla harjoitellaan seitsemän kertaa, silloin käydään joka päivä ryhmissä, koska se on kuitenkin se juttu, mikä täällä kantaa ja sen jälkeen”	Tehostettu kuntoutus
”viikon alkuun tarkistetaan, miten on edellisen viikon suunnitelma mennyt. Onko se toteutunut ja jos siellä on jotakin, niin	Arvioiminen

miksi ei ole mennyt”	
----------------------	--

Ilmaisujen sisältöjä kuvaavista muodostettiin yläkategorioita taulukon 2 mukaisesti.

Taulukko 2 esimerkki yläkategorian muodostamisesta

Ilmaisun sisältöä kuvaava nimi	Yläkategoria
Yhteydenotto	Kuntoutustarpeen määrittely
Lähetävä tah	
Kuntoutustarpeen arviointi	
Kuntoutussuunnitelma	
Asiakkaan päätös	
Mietintä	
Oikea paikka	
Lääkitys	
Lääkkeettömyys	
Motivaatio	
Tulohaastattelu	
Taustat	
Työkokous	

Pääloukat muodostettiin yläkategorioista taulukon 3 mukaisesti.

Taulukko 3 Pääloukkien muodostamien yläkategorioista

Teema-alue eli yläkategoria	Pääloukka
Kuntoutustarpeen määrittelemine	Kuntoutujan yksilöllinen sisältö
Päihteiden käyttöhistoria	
Lääkehoito	
Lääkärin vastaanottopalvelut	
Omahoitajuus ja yksilökeskustelut	
Jatkohoito kuntoutusjakson jälkeen	

Kuntoutujien läheisten kanssa työskenteleminen Kuntoutushoidon aikainen retkahtaminen Kuntoutusjakson pituus Kuntoutuslaitoksen sisäiset tehtävät	Yhteisöllinen sisältö
Kuntoutuslaitokset ulkopuoliset ryhmät/toiminnot Kuntoutuslaitoksen sisäiset ryhmät	Ryhmätoiminnallinen sisältö
Työntekijöiden huomioitavat asiat heidän työsssänsä Työntekijöiden käsityksiä päihdeongelman syntymisestä Työnohjaus ja koulutus Kuntoutujien elämänhallinta	Työyhteisöllinen sisältö

Sisällönanalyysin tuloksena raportoidaan aikaan saatu malli, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai kategoriat. Näiden lisäksi tulee kuvata kategorioiden sisällöt eli selvittää lukijoille mitä kategoriat tarkoittavat. Kategorioiden sisällön kuvaamiseen käytetään alakategorioita ja pelkistettyjä ilmaisuja. Suorat lainat lisäävät tutkimuksen luotettavuutta, kun lukijat saavat itse tarkastella kategorioiden muodostamista alkuperäisistä ilmaisuista. Tutkimuseettisenä kysymyksenä on se, että haastateltavia ei mitenkään pysty tunnistamaan suorien lainausten perusteella. (Kynge & Vanhanen 1999.)

5. TUTKIMUKSEN TULOKSET

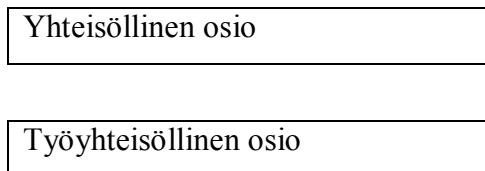
5.1. Päihdekuntoutuksen sisältöjen muodostuminen päihdetyöntekijän näkökulmasta

Päihdekuntoutuksen sisältöjen muodostumien päihdetyöntekijöiden näkökulmasta esitetään kuviossa 1.

Kuntoutujan yksilöllinen osio

Ryhmätoiminnallinen osio

PÄIHDEKUNTOUTUKSEN
SISÄLLÖT



Kuvio 1 Päähdekuntoutuksen sisällöt

5.1.1 Kuntoutujan yksilöllinen osio

Kuntoutujan yksilölliseen osioon liittyy oikea kuntoutushoitojakso oikeassa paikassa. Aineistosta perusteella tätä pääluokkaa kuvaavia yläluokkia ovat **Kuntoutustarpeen määrittäminen, Päihteidenkäyttöhistoria, Omahoitajuus ja yksilökeskustelut, Lääkärin vastaanottopalvelut, Lääkehoito sekä Jatkohoito kuntoutusjakson jälkeen.**

Kuntoutustarpeen määrittäminen

Kuntoutustarpeen määrittäminen alkaa yhteydenotosta kuntoutuslaitokseen katkaisuhoidon jälkeen. Yhteydenottaja voi olla kuntoutuja itse tai jokin lähettävistä tahoista. Yhteydenottamisen jälkeen kuntoutujan kanssa sovitaan joko tulopäivä tai tutustumispäivä, jolloin tehdään tulohaastattelu. Tulohaastattelun tekivät pääasiallisesti työntekijät mutta eräässä kuntoutuslaitoksessa haastattelun teki koko yhteisö. Haastattelussa pyritään selvittämään kuntoutujan motivaatio, onko kuntoutuslaitos kuntoutujalla oikea, onko kuntoutujalla jotakin esteitä kuntoutusohjelmaan osallistumiseen, vastaako kuntoutusohjelma kuntoutujan omia ajatuksia siitä mikä hänelle on sopiva ja oikea kuntoutuslaitos. Kaiken tiedonvaihdon jälkeen sekä kuntoutuja itse että yhteisö jää miettimään kuntoutujan sopivuutta kuntoutusohjelman suorittamiseen.

H1: ...”Meillä on yhteisöhaastattelu, meille soitetaan haastattelu-aika”..” koko yhteisö on läsnä haastattelemassa siinä ja haastattelukaavake”..

H11:...”Tänne pääsee paikkavarauksella ja läheteellä”..

H3:...” . Haastattelussa myös selvitetään asiakkaalle kuntoutuslaitoksen hoitomalli. Jos asiakas kokee, että hän ei pysty olemaan esimerkiksi vaikka ryhmätilanteissa, niin silloin hänen ei kannata tulla tänne”...

Kuntoutustarpeen määrittämisessä ensimmäinen työvälina on tulohaastattelu, jolloin selvitetään kuntoutujan elämäntilannetta ja samalla aletaan tehdä alustavaa kuntoutumissuunnitelmaa. Isoissa

kuntoutuslaitoksissa kuntoutujalla on mahdollisuus valita erilaisista kuntoutusohjelmista. Yhdessä kuntoutuslaitoksessa oli kirjattu kaikille kuntoutujille valmiiksi raittius tavoite, muissa kuntoutuslaitoksissa oli mahdollisuus kohtuukäyttö tavoitteeseen.

Kuntoutusjakso alkoi tutustumisvaiheella tai kiinnittymisvaiheella, jolloin kuntoutuja sai informaatiota kuntoutuslaitoksessa olevista mahdollisuuksista. Tässä vaiheessa tärkeä toimija oli yhteisö- tai asiakasvastaava. He kertoivat ja olivat mukana, kun kuntoutujalla kerrottiin erilaisista vaihtoehdoista. Kuntoutustarpeen määrittelemisessä yksi tekijä oli kuntoutujan ikä. Vanhemmilla kuntoutujilla kuntoutuksen tarkoituksena oli saada käyttöön hänen uinuvia taitoja ja tietoja. Nuorempien kohdalla kyse oli enemmänkin taitojen ja tietojen opettelemisesta ja opettamisesta. Tietojen ja taitojen opettelemisessä tärkeä asia on kuntoutujan onnistumisen kokemukset ja niiden avulla saadut uudenlaiset toimintamallit ja tilanteiden ratkaisemiset. Kuntoutujalla nimettiin omahoitaja tutustumisvaiheessa.

H9: ..”Asiakkaat saavat infoa työtoiminnasta, toverikunnasta ja oppivat liikkumaan alueella. Asiakasisäntä on tässä asiassa aktiivinen toimija”..

Kuntoutuslaitokseen tulemisen estäviä tekijöitä olivat liikuntarajoitteisuus, käymätön katkaisuhuolto, avoin psykoottisuus ja kuntoutujan heikko fyysinen kunto, joka estää kuntoutujan omatoimisuuden.

H9:..”Liikuntarajoitteisuus on esteenä tänne tulemiseen, koska täällä on portaita hän itse pystyy huolehtimaan puhtaudestansa, ruokailuista ja liikkumisesta. Vuodepotilaita ei voida ottaa. Akuutti psykoosi estää tänne tulemisen”...

Päihteidenkäyttöhistoria

Kuntoutujien päihteiden käyttäminen selvitettiin pääasiallisesti tulovaiheessa joko ensimmäisessä yhteydenotossa tai tulohaastattelussa.. Tulohaastattelussa kuntoutujalta kysyttiin päihteiden käyttämisestä tai hän sai täytettäväkseen kyselylomakkeen, johon hän vastasi. Häneltä kysyttiin lähinnä edellisen päihteidenkäyttämisen kestosta, mitä päihteitä hän on käyttänyt ja kuinka paljon hän on niitä käyttänyt. Lähettävä taho lähetti joskus epikriisin kuntoutujan muiden tietojen kanssa, johon oli laitettu myös päihteiden käyttäminen. Kunnan viranomaisten yhteisestä palvelurekisteristä löytyi myös kuntoutujan päihteiden käyttöhistoria.

H5: ...”Asiakkaan päihdehistoria selvitetään tarvittaessa haastatteleamalla, mutta ei lähetä tonkimaan mitä kaikkea siellä on ollut”..

H4:... ”tällä hetkellä polilla kysytään vain edeltävästä käytöstä ei tarkemmin käyttöhistoriaan”..

Omahoitajuus ja yksilökeskustelut

Jokaisella kuntoutujalla oli omahoitaja kuntoutusjakson aikana, jonka kanssa hänen oli mahdollista keskustella kahdestaan. Yksilökeskusteluja oli yhdestä kahteen kertaan viikossa ja keskustelun pituus oli 45 minuuttia. Kuntoutuja ja omahoitaja tekivät yhdessä kuntoutussuunnitelman. Kuntoutussuunnitelman toteutumista arvioitiin säännöllisin väliajoin. Omahoitajakeskusteluita arvioitiin yhdessä kuntoutuslaitoksessa jokaisen keskustelun jälkeen. Sekä työntekijä että kuntoutuja täyttivät kirjallisen arvion keskustelusta.

H5:..” Omaohjauskeskusteluiden palautelomake sekä ohjaaja että asiakas täyttää sen”..
 H10:...”Omahoitajakeskusteluita on kerran viikossa ja se kestää 45 minuuttia”...

Yksilökeskusteluissa oli esillä erilaisia teemoja, jotka liittyvät kuntoutujan elämään, päihteiden käyttämiseen, rikosoikeudellisiin asioihin, taloudelliseen tilanteeseen ja kuntoutujan elämäntapaan. Omahoitaja myös osallistui kuntoutujan kanssa viranomaisverkosto tapaamisiin.

Lääkärin vastaanottopalvelut

Lääkärin vastaanotto tapahtui kuntoutuslaitoksissa monella erilaisella tavalla. Pääsääntöisesti lääkärin vastaanotto oli kahdesta kolmeen kertaa viikossa. Harvimmillaan se oli joka toinen viikko ja vain yhdessä kuntoutuslaitoksessa lääkäri oli paikalla joka arkipäivä. Lääkärin vastaanotolle kerättiin asioita. Tarvittaessa kuntoutujat saivat lähetteen erikoissairaanhoidon. Akuuteissa tilanteissa työntekijöillä oli mahdollisuus konsultoida lääkäriä.

H5:..” Lääkäri käy joka toinen viikko, mutta meillä on konsultaation mahdollisuus akuuteissa tilanteissa puhelimen välityksellä”...

Vastaanottojen välisenä aikana kuntoutujilla oli usein mahdollisuus käyttää paikallista terveyskeskusta ja siellä kuntoutujat kävivät myös tarvittavissa laboratoriokokeissa. Jos kuntoutujalla oli hoitosuhde kotikuntansa omalääkäriin tai a-klinikan päihdelääkäriin, niin tämä hoitosuhde pyrittiin säilyttämään ja tarvittaessa kuntoutuja vietiin vastaanotolle, varsinkin silloin jos kuntoutuslaitoksen lääkäripalvelut olivat vähäisiä.

Lääkehoito

Kuntoutusjakson aikaiseen lääkehoitoon oli kaksi erilaista näkökulmaan. Ensimmäisen mukaan kuntoutus tapahtuu lääkkeettömänä, siihen oli poikkeuksena lääkkeiden alasajaminen, esimerkkinä voidaan mainita bentsodiatsepiini- vieroitus. Toisen näkökulman mukaisesti lääkehoito nähdään osana kuntoutusta, tällöin kuntoutujan lääkitys voi olla korvaushoitoa, ylläpitohoitoa tai vieroitushoitoa. Lääkehoidolla pyritään myös hoitamaan pitkäkestoisen päihteidenkäyttämisen mukanaan tuomia sairauksia: sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, veranpainetauti ja erilaiset mielenterveydelliset sairaudet.

H1...” Yleensä epäviä seikkoja ei ole muuta kuin jos on lääkkeiden alasajo käynnissä, sitt me ollaan lievennetty sitä, Aikaisemmin tämä oli täysin lääkkeetön”...

H5:...” Meille voi tulla lääkityksen kanssa, korvaushoito, ylläpitohoito tai ihan mikä lääkitys vaan”...

Lääkehoidon toteuttamisesta vastasi henkilökunta, jolloin lääkkeet jaettiin keskitetysti kuntoutujille tiettyinä aikana ja tietystä paikasta. Kuntoutuja sai lääkkeensä mukaan asioimisvapaalle tai lomalle. Kuntoutuslaitoksissa oli yleensä hyvin pieni lääkevarasto, joten kuntoutujat toivat omat lääkkeensä mukanaan. Osana lääkehoidon opettelua kuntoutujat jakoivat itse viikon lääkkeet dosettiin.

Jatkohoito kuntoutusjakson jälkeen

Kuntoutusjakson jälkeisen jatkohoidon suunnitteleminen aloitetaan reilusti ennen kuntoutusjakson päättymistä. Jatkohoidon suunnittelemisen tarkoituksena on kuntoutujan avohoitoon kiinnittyminen, jolloin hän ei jää oman onnensa nojaan kotiutumisen jälkeen. Jatkohoidossa tärkeä tekijä on kotikunnan julkiset palvelut: a-klinikka, psykiatriset poliklinikat ja sosiaalihuolto. Näihin paikkoihin kuntoutuja tekee tutustumiskäyntejä kuntoutusjakson aikana, jolloin hän on helpompi mennä sinne kotiutumisen jälkeen, koska siellä on häntä vastassa tuttuja ihmisiä. Ennen kuntoutujan kotiutumista järjestetään verkostopalavereja, joissa on mukana julkisen sektorin toimijoita. Joskus kuntoutujan jatkohoito on kuntoutusjaksolle lisäajan hankkiminen, jos sille on hoidolliset perusteet. Jatkohoitoon kuuluu myös vertaistukiryhmiin osallistuminen.

H8:...” Jatkohoitomallit ovat riippuvaisia siitä, että minkälaista tarjontaa asiakkaan kotikunnassa on tarjolla”..

Kuntoutuslaitoksilla oli pääasiallisesti tarjota kuntoutujille sekä asuntolapalveluita että tukiasuntoja, vaikkakin tätä vaihtoehtoa ei ollut kaikissa kuntoutuslaitoksissa. Ne laitokset, joista tämä palvelu puuttui, olivat kuntoutujan kotikunnan tai yksityisten vuokranantajien tarjonnan varassa. Vuokra-

asunnon saamisen esteenä on usein kuntoutujan taloudellinen tilanne. Hänellä saattaa olla vuokratelkkaa kotikuntaan, jolloin hänen on melkoisen vaikea saada vuokrattua asuntoa itselleen.

H5:..” kolmas vaihe on mahdollista hoitaa tukiasunnoissa läheisessä kaupungissa, meillä on siellä omat työntekijät, jotka käyvät tukiasunnoissa 4-7 kertaa viikossa”...

Kuntoutuslaitosten jatkohoito oli vaiheittaista. Kuntoutuja siirtyi ensin asuntolaan, jossa hän harjoitteli itsekseen asumista, vaikkakin asuntolassa oli työntekijöitä paikalla. Asuntolan jälkeen hän siirtyi tukiasuntoon, jossa hän harjoitteli lisää itsekseen asumista. Tukiasuminen järjestettiin joko tukiasumisena tai tehostettuna tukiasumisena. Tehostetussa tukiasumisessa henkilökunta kävi tukiasukkaan luona 4-7 kertaa viikossa tietyn ajan. Tukiasumisessa käyntikerrat olivat pienempiä. Joissakin kunnissa on tuetun asumisen järjestelmä, jolloin kuntoutujan on mahdollista saada tämän järjestelmän kautta itselleen asunto ja siihen sopivat tukipalvelut.

Jatkohoitovaiheeseen liittyi myös kuntoutujan tulevaisuuden miettiminen. Löytäisikö hän itselleen sopivia töitä tai sopivaa opiskelupaikkaa, jos tällaiset vaihtoehdot ovat ajankohtaisia. Joskus raitistumisen onnistumiseen liittyy asuinpaikkakunnan vaihtaminen, koska omassa kotikunnassa on odottamassa vanha kaveripiiri, joka ei tue raitistumista.

Jatkohoitona voi joskus olla intervallijaksot kuntoutuslaitoksessa. Jaksoja voi alkuunsa olla kerran kuukaudessa, mutta jaksojen tarve vähenee, kunhan kuntoutujan raittius kestää pidempään. Intervallijaksosopimukseen liittyi myös kriisihoidon mahdollisuus. Tätä vaihtoehtoa kuntoutuja voi käyttää silloin kun hänen elämässään tulee sellainen tilanne, johon on ainakin aikaisemmin liittynyt päihteiden käyttämistä. Sekä intervallijakson että kriisihoitojaksot ovat päihteettömyyttä tukevia, joten niihin pääsemisen edellytys on juomattomuus.

H9:..” Intervalliasiakkaiden kanssa tehdään kirjallinen sopimus intervallijaksoista, he voivat tulla tänne 4 päiväksi. Siihen liittyy myös avohoitosuunnitelma, jossa on määriteltynä ne paikat joissa asiakas käy; ryhmät, a-klinikka tms. ja asiakas sitoutuu päihteettömyyteen, joka on jaksolle tulemisen ehtona.”..

H6:... ”Asuntolaan tullaan aina hoitojen kautta, Tukiasuntoihin pääsee tukiasuntolajakson jälkeen. Tukiasunnoista tehdään kaupungin kanssa vuokratelkka”...

5.1.2 Ryhmätoiminnallinen osio

Päihdekuntoutuksen ryhmätoiminnallinen osio muodostuu erilaisista toiminnoista, jotka muodostavat kuntoutuslaitoksen toiminnan pohjan. Tätä osiota **kuvasivat Kuntoutuslaitoksen sisäiset ryhmät ja Kuntoutuslaitokset ulkopuoliset ryhmät/toiminnot.**

Kuntoutuslaitoksen sisäiset ryhmät

Kuntoutuslaitoksen sisäinen ryhmätoiminnan lähtökohtana oli aikataulut. Aikataulutuksen tekemisessä oli kaksi erilaista tapaa, jolloin laitoksessa oli säännöllinen viikko-ohjelma. Viikko-ohjelmassa toistuivat samat toiminnot samaan aikaan. Toinen tapa oli, että jokainen päivä suunnitellaan joka aamu erikseen.

H13:...”Meillä on säännöllinen viikko-ohjelma”...

H11:...”Täällä on käytössä viikko-ohjelma, siihen on merkitty ryhmät ja niiden alkamisajat ja sisällöt”...

Kuntoutuslaitoksen sisäisten ryhmien tarkoituksena oli pyrkiä vaikuttamaan kuntoutujan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen osa-alueeseen.. Fyysiseen alueeseen vaikuttavien ryhmien teemoja olivat liikunta, rentoutus ja akupunktio. Psykkiseen alueeseen pyrittiin vaikuttamaan itsetuntemusta lisäävillä teemoilla ja sosiaaliseen alueeseen kohdistuvia teemoja olivat vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaitojen kehittäminen. Ryhmien koko vaihteli kuuden ja neljäntoista kuntoutujan välillä. Näyttäsi siltä, että jäsen määrältään suhteellisen pieni ryhmä toimisi paremmin, koska siinä jäsenten ryhmäyttäminen olisi helpompaa ja ryhmän kiinteys tulisi paremmaksi. Kuntoutujilla on ryhmissä erilaisia sosiaaliseen toimintaan liittyviä peilauspintoja, he saavat toisilta palautetta, he antavat toisille palautetta, he oppivat puhumaan raittiina, he oppivat ottamaan kontakteja toisiin raittiina ja he oppivat pitämään puolensa. Toisaalta ryhmissä oppii myös ottamaan vastuuta sekä itsestensä että ryhmän muista jäsenistä että ryhmissä saa tietoa uusista valinnan mahdollisuuksista.

H7:...” Ryhmissä asiakkaat toimivat toistensa vertaistukena, Asiakkaiden ryhmäyttämisessä käytetään erilaisia keinoja; yhteisen tehtävät, yhteiset puhe- ja kirjoitustyöt. Ryhmätoiminnan osallistuminen on kuntoutusjaksolla olevalle pakollista”...

Työtoiminta nähtiin oleellisena osana kuntoutusta niissä kuntoutuslaitoksissa johon siihen oli mahdollisuus. Työtoiminta tapahtui säännöllisesti aina samaan aikaan. Isoissa kuntoutuslaitoksissa oli erilaisia työlohkoja, joista kuntoutuja pystyi valitsemaan itselleen sopivan. Kuntoutujia ohjattiin myös vertaistukiryhmiin, joita ovat AA-ryhmät, NA-ryhmät sekä A-kilta, joissakin kuntoutuslaitoksissa vertaistukiryhmät sisältyivät kuntoutusohjelmaan.

H1:...”Asiakkaat itse pitävät NA-ryhmän”..

H10:..” Meillä on työtoimintaa maanantaista torstaihin klo yhdeksän ja kahdestoista välillä”..

Ryhmätoiminnan yhtenä osa on yhteisöryhmät. Niitä ovat päivän aloittava aamuryhmä sekä koko kuntoutuslaitoksen yhteinen ryhmä, johon osallistuvat sekä henkilökunta että kuntoutujat. Yhteisöryhmän teemoja ovat yhteisön säännöt, rajat ja erilaiset ilmoitusasiat. Yhteisökokous on paikka, jossa voidaan sopia kuntoutuslaitoksessa noudatettavista säännöistä.

H8:..” perussopimus koskee sekä asiakkaita että henkilökuntaa...perussopimus on tehty yhdessä asiakkaiden kanssa... ja sitä tarkastetaan kerran vuodessa ainakin tai tarvittaessa”...

Kuntoutuslaitokset ulkopuoliset ryhmät/toiminnot

Kuntoutuslaitoksen ulkopuolisia ryhmiä olivat erilaiset retket: uimahallikäynnit, elokuvakäynnit, teatteri ja konserttikäynnit. Ulkopuolisten ryhmien tarkoituksena oli osaltaan auttaa kuntoutujaa löytämään itselleen sellainen harrastus kuntoutusjakson aikana, jota hän voisi harrastaa myös kuntoutusjakson päättymisen jälkeen. Kuntoutujia ohjattiin vertaistukiryhmiin laitoksen ulkopuolelle, jotta he pystyisivät käymään niissä myös kuntoutusjakson päättymisen jälkeen.

H7:” Kannustamme löytämään joko menneen tai uuden harrastuksen jonka pariin hän voisi mennä”..

H11:...Hoito-ohjelmaan kuuluu osana vertaistukiryhmiin tutustuminen”..

Kuntoutuslaitoksen ulkopuoliseen toimintaan kuuluivat työtoiminta kuntouttavassa työtoiminnassa, terapiassa käyminen, viranomaisasioiden hoitaminen, verkostopalaverit lähettävän tahon kanssa, omien asioiden hoitaminen ja yhteistoiminta seurakunnan kanssa. Yhteistoiminta oli talkoisiin osallistumista, olemalla ohjaajana sekä lasten että nuorten leireillä.

H5:..” Osa asiakkaista käy työkeskuksessa, siellä on 13 erilaista toimipistettä”..

H11:...”Asiakasta autetaan hänen hoitaessa asioitansa sos. toimiston kanssa tarvittaessa mennään hänen mukaan”..

H2:..” osallistutaan lasten- tai nuortenleireihin ohjaajina tai joka paikan miehinä tai naisina...osallistutaan talkoisiin leiripaikan kuntoon saattamiseksi”..

5.1.3 Yhteisöllinen osio

Päihdekuntoutuksen yhteisöllinen osio muodostui yläluokista **Kuntoutujien läheisten kanssa työskenteleminen, Kuntoutusjakson pituus, Kuntoutuslaitoksen sisäiset tehtävät, Kuntoutushoidon aikainen retkahtaminen**

Kuntoutujien läheisten kanssa työskenteleminen

Kuntoutujien läheisten kanssa työskenteleminen ei kuulunut haastattelujen mukaan yhtenkään kuntoutuslaitoksen kuntoutusohjelmaan automaattisesti. Heidän kanssaan työskenteleminen kuului asioihin, jotka jokainen kuntoutuja sai itse päättää. Hyvin usein kuntoutujat itse aloittivat suhteen hoitamisen kuntoutusjakson aikana. Läheiset ovat kokeneet useita pettymyksiä kuntoutujan suhteen ja heidän luottamuksensa kuntoutujan sanoja kohtaan on vähäinen.

Kuntoutuslaitokset tarjoavat mahdollisuuden yhteistyön tekemiseen. Yhtenä esteenä ovat pitkät välimatkat kuntoutuslaitoksen ja läheisten välillä, jolloin koko perheen yhteen saattaminen voi olla vaikeaa. Yhteistyön muotoja ovat puhelinkeskustelut, pari- ja perhetapaamiset ja huostaan otettujen lasten tapaaminen kuntoutuslaitoksessa.

Kuntoutusjakson pituus

Kuntoutusjakson pituus vaihteli eri kuntoutuslaitosten välissä paljon. Jaksot voidaan jakaa kolmeen ryhmään. Lyhyet kuntoutusjaksot kestivät n. seitsemän viikkoa, keski pitkät kuntoutusjaksot olivat n. kolme kuukauden kestoisia ja pitkät kuntoutusjaksot olivat yli puoli vuotta. Selkeä ero näyttäisi olevan siinä, että mistä päihteestä kuntoutuja pyrkii raitistumaan. Jos päihteenä on ollut huumausaineet, niin silloin kuntoutusjaksojen pituudet ovat hyvin lähellä yhtä vuotta.

H1:..” Meillä on kymmenen kuukautta minimissään”...

H2:..” Yleensä puhutaan 6-9 kuukauteen ja pisin aikana on ollut kaksi vuotta”..

H5:..” Asiakkaat ovat keskimäärin vähän yli 3 kuukautta täällä”...

H8:..”Keskimääräinen kuntoutusjakson pituus on 6-8 viikkoa”...

Kuntoutuslaitoksen sisäiset tehtävät

Kuntoutuslaitoksen sisäiset tehtävät kuntoutujille olivat työtehtäviä joista he olivat vastuussa. Tällaisia tehtäviä olivat esimerkiksi pihatyöt, keittiötyöt, remonttityöt, vaatehuoltotyöt ja

siivoustyöt. Yhteisö- ja asiakasvastaava ovat myös kuntoutujille varatuista tehtävistä, jolloin näiden tehtävänä on perehdyttää uusi kuntoutuja kuntoutuslaitoksen arkeen(asiakasvastaava) ja vastata yhteisön toiminnasta työntekijöiden ollessa poissa sieltä (yhteisövastaava). Työtehtävien tarkoituksena on ankkuroida kuntoutuja arkipäivän toimintoihin ja arjen hallintaan.

H5:..”Kerran viikossa jaetaan pienet askareet joista asiakkaat ovat vastuussa sen viikon ajan aamukeittiö, iltakeittiö, leipomusvuoro, kauppareissu kaksi kertaa viikossa, pyykkivuoro, talonmiesvuoro”...

H6:..”Viikkosiivous kuuluu asiakkaille pakollisena ryhmä.. kerran viikossa on yleisten tilojen siivous ja jokainen siivoaa oman huoneensa”..

H11:..”Asiakkaat voivat osallistu pihatöihin kuntonsa mukaisesti”...

Kuntoutushoidon aikainen retkahtaminen

Kuntoutusjakson aikaista päihitteettömyyttä tutkittiin puhalluskokeiden ja seulojen avulla. Kuntoutuja suoritti puhalluskokeen pääasiallisesti aina sen jälkeen takaisin tullessa, kun hän oli poistunut kuntoutuslaitoksen tonttialueelta. Kuntoutushoidon aikaiseen retkahtamiseen suhtautuminen vaihteli paljon. Jossakin kuntoutuslaitoksessa se oli kriteeri hoidon päättymiselle saman tien. Jossakin kuntoutuslaitoksessa retkahtamispaikka määritteli sen mitä tulee tapahtumaan seuraavaksi. Kuntoutuslaitoksen tonttialueella tapahtuneen retkahtamisen jälkeen kuntoutuja uloskirjoitetaan. Retkahtamisen jälkeen kuntoutujalla on kahden kuukauden karanteeni hoitolaitokseen. Kahden kuukauden kuluttua tilannetta voidaan arvioida uudestaan. Kuntoutuslaitoksissa oli tapana ottaa retkahtamisen yhteisön käsiteltäväksi, vaikka retkahtanut kuntoutuja olisikin jo uloskirjoitettu. Kuntoutujalla on jossakin kuntoutuslaitoksessa mahdollisuus jäädä jatkamaan kuntoutusjaksoa, mutta retkahtaminen käydään läpi. Hän voi myös lähteä kuntoutuslaitoksesta pois, mutta jossakin laitoksessa hänellä on viikko aikaa miettiä omakohtaista ratkaisua kuntoutuksen jatkamisen suhteen.

H1:..”Rehkatamisesta seuraa uloskirjoitus välittömästi”..

H11:..”Retkahtanut lähetetään kotiin ja hän voi tulla seuraavana päivänä selvin päin keskustelemaan kuntoutuksen jatkumisesta”...

H9:..” Asiakkaan palatessa humalassa takaisin, hän saa kirjallisia töitä... Keskustelun jälkeen asiakkaalla on mahdollisuus valita kahden viikon tehostetun hoidon tai uloskirjoituksen väliltä... Tehostetussa kuntoutuksessa asiakas osallistuu joka päivä kahden viikon ajan päihdetyöntekijän ohjaamaan ryhmään... Retkahtamista käytetään oppimiskokemuksena”...

Retkahtaminen tapahtuu hyvin usein asioimisvapaan yhteydessä, joten asioimisvapaan suunnitteleminen ja tilanteiden kartoitus auttavat kuntoutujaa selviämään retkahtamatta. Toinen asia on se, että kuntoutujille tulisi antaa mahdollisuus puhua juomishaluista kuntoutusjakson aikana.

Kuntoutujan retkahtamisprosessin tutkiminen ja retkahtamisen ehkäiseminen ovat oleellinen osa päihdekuntoutusta.

Retkahtaminen voidaan nähdä materiaalina oppimiskokemukselle. Retkahtamisesta seuraa kahden viikon tehostettu kuntoutusjakso, jonka aikana kuntoutuja osallistuu kahteen eri ryhmään päivän aikana. Retkahtamista tarkastellaan oppimisen kannalta ja kuntoutuja suunnittelee uudestaan asioimisvapaan ja toteuttaa suunnitellulla tavalla.

5.1.4 Työyhteisöllinen osio

Päihdetyöntekijöiden omat ajatukset ja käsitykset päihteiden väärinkäytöstä ohjaavat heidän toimintaansa. Heidän kykynsä ja taitonsa pitää yllä omaa työkykyä on oleellinen osa heidän työtänsä. Työyhteisöllistä osiota kuvaavat yläkategoriat ovat **Työntekijöiden huomioitavat asiat heidän työsssänsä, Työntekijöiden käsityksiä päihdeongelman syntymisestä, Työnohjaus ja koulutus.**

Työntekijöiden huomioitavat asiat heidän työsssänsä

Työntekijöiden tulisi huomioida yhteisön ilmapiiri, se missä yhteisö menee ja mitä siellä tapahtuu. Tähän liittyy se, että yhteisön sääntöjä ja rajoja tulisi noudattaa rehellisesti ja oikeudenmukaisesti. Kaikenlaiseen epärehellisyyteen tulisi yhteisössä puuttua heti sen ilmentyessä.

Työntekijöistä tulisi välittyä kuntoutujille heitä tukeva, auttava, kunnioittava ja välittävä asenne. Työntekijät ovat kuntoutujan kohdalla toivon ylläpitäjiä raitistumisesta. Työntekijät vetävät rajat kuntoutujan tarpeisiin vastaamisen ja heidän vastuuttamisen välillä. Kuntoutujan tehdessä omia valintoja kuntoutusjakson aikana työntekijöiden tulisi kunnioittaa näitä valintoja, vaikka ne olisivatkin erilaisia mitä työntekijä on mielessään ajatellut. Jokainen kuntoutuja on oma yksilö ja heillä on oma elämänsähistoriansa, jolloin jokainen kuntoutuja on erilainen ja heidän toimintansa raitistumisen suhteen on erilaista. Työntekijöiden tulisi pitää mielessä, että ei ole olemassa yhtä oikeaa tapaa raitistua.

Työntekijöiden tulisi arvostaa omaa työtänsä, koska työ on haasteellista ihmissuhdetyötä. Korkeaan työmoralaaliin kuuluu eettisten periaatteiden mukaan toimiminen. Jokaisen työntekijän tulisi

huolehtia itsestensä omalla tavallaan, jotta työtä jaksaa tehdä ja toisaalta jokaisen tulisi tunnustaa ja tunnistaa oma rajallisuutensa.

Jokainen työntekijä on vastuussa työyhteisön ilmapiiristä ja hengestä omalta osaltaan. Työkaverien tukeminen, kannustaminen, ristiriitojen selvittäminen ja keskusteluilmapiirin ylläpitäminen luovat työyhteisöön hyvää työilmapiiriä.

Työntekijöiden käsityksiä päihdeongelman syntymisestä

Haastateltujen työntekijöiden käsitykset päihdeongelman syntymisestä voidaan jaotella kolmeen erilaiseen ryhmään. Ensimmäisen ryhmän muodostavat käsitykset, että päihdeongelman syntymisen syynä on kuntoutujan perhetausta. Siihen vaikuttavat perimä, lapsuuden erilaiset kokemukset ja kasvuympäristö. Kuntoutujat ovat kasvaneet ympäristössä, jossa vanhemmat ovat käyttäneet päihteitä ja he ovat kokeneet rakkaudettomuutta ja hylkäämistä vanhempien taholta. Toisen ryhmän muodostavat käsitykset siitä, että päihdeongelman syynä on kuntoutujan kykenemättömyys käsitellä omaa tunne-elämäänsä ilman päihteitä. Päihteitä käyttämällä haetaan helpotusta omaan psyykkiseen pahaan oloon paikkaamalla ja pönkittämällä ujoutta, arkuutta ja kykenemättömyyttä liittyä toisiin ihmisiin. Kolmannen ryhmän muodostavat käsitykset, että päihdeongelman syntymisen syynä ovat vaikeudet ihmissuhteissa, erilaiset vaikeat elämäntilanteet, vääristyneet ajatusmallit päihteiden käyttämisestä ja altistuminen päihteiden käyttämiselle.

H3:..” asiakaskunta antaa viitteitä siihen että sen juuret ovat lapsuudessa”...

H4:..” alkoholismi on tunne-elämän sairaus... hän on lähtenyt käyttämään päihteitä ja todennut sen auttavan...alkoholia käytetään masennuksen itsehoitomenetelmänä... se menee vain yli eikä hän enää pysty hallitsemaan päihteiden käyttämistensä”...

H5:..” Päihteiden käyttämisen synnyt syynä on se, että asiakkaan ajatusmaailma on vääristynyt... he ovat oppineet käyttämään huumeita”..

Työnohjaus ja koulutus

Työnohjaus oli järjestetty henkilökunnalle jokaisessa kuntoutuslaitoksessa. Työohjausta oli vähintään kerran kuukaudessa ja se oli menetelmätyönohjausta tai ryhmätyönohjausta.

Työnohjaajana oli sekä kuntoutuslaitoksen ulkopuolinen työnohjaaja että kuntoutuslaitoksen sisäinen työnohjaaja. Sisäinen työnohjaaja tuli toisesta työyksiköstä ohjaamaan työnohjausistuntoa.

H7:..” Työnohjaus on kerran kuukaudessa joka on riittävä”...

H9:..” Meillä on moniammatillinen ryhmätyönohjaus kolmen viikon välein”..

H11:..”Työohjausta on kerran kuukaudessa... samana päivänä on myös työryhmän yhteinen palaveri”...

H5:..” . Meillä on menetelmällinen työnohjaus tiimille noin kerran kuukaudessa”...

Kollegiaalinen tuki toimi siten, että tarvittaessa työntekijöiden oli mahdollista järjestää palaveri, jossa he käsitelivät akuuttia asiaa keskenään keskustelemalla siitä. Osastotunteja pidettiin hoitomenetelmästä ja korvaushoitokoulutus tapahtui opintopiirissä, jota ohjasivat työyhteisön sairaanhoitajat. Työntekijöiden väliset hoidolliset erimielisyydet pyrittiin selvittämään keskustelemalla.

H4:..” akuuttien sairaanhoidollisten hankalien tilanteiden purkaminen tapahtuu omassa tiimissä”...

H8:..” työntekijöiden väliset erimielisyydet pyritään hoitamaan keskustelemalla... ristiriitatilanteiden ennaltaehkäiseminen on erittäin tärkeä asia...työntekijä kertoo omista ajatuksista... hän pystyy perustelemaan tekemänsä päätöksen”..

Koulutusmäärärahoja oli varattuna riittävästi, jotta halukkaat voisivat osallistua haluamaansa koulutukseen. Työyhteisöt kuitenkin tutkivat sen, että onko koulutukseen tarvetta ja pystyvätkö muut hoitamaan koulutukseen lähtevän työtehtävät koulutusjaksojen aikana. Pääsääntöisesti työyhteisöissä oli koulutukseen kannustava ilmapiiri.

H8:..”Koulutukseen on suhteellisen helppo päästä...koulutukseen kannustava ilmapiiri ... varattu tarpeellinen määrä resursseja...tavoitteena on oman tieto ja taitopohjan leventäminen ja ammattitaidon parantaminen”...

5.2 Kuntoutujien elämänhallinta

Kuntoutujien elämänhallintaan pyrittiin vaikuttamaan välillisesti. Elämänhallinnan lisääntyminen näkyi kuntoutujan oppiessa arkipäivään liittyviä tietoja ja taitoja. Näiden taitojen opettaminen ja oppiminen on päihdekuntoutuksen eri sisältöjen tavoite ja tarkoitus. Kuntoutusohjelmien eräänä lähtökohdaksi on niiden sisältämien toimintojen säännöllisyys. Säännöllisyys joka kytkee toiminnot osaksi arkipäivää, yöllä nukutaan ja päivällä toimitaan eikä päinvastoin, joka on voinut olla kuntoutujan elämänrytmi päihteenkäyttämisen aikana. Kuntoutustoiminta voidaan rakentaa vain onnistumisten varaan, niiden kokemusta varaan joista kuntoutuja voi olla ylpeä. Pääasiallisesti

kuntoutujat ovat erittäin ankaria itseään kohtaan, heidän on melkoisen vaikea kokea ylpeyttä omista tekemisistensä tai olla armollisia itseään kohtaan.

H7:..” Elämäntilanteen lisääntymisessä ensimmäinen asia on raittius ja sen jakson pituus .. asiakkaat sanovat, että aivot alkavat toimia vasta jonkin ajan kuluttua siitä kun he ovat jättäneet päihteet”...

6. POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Kuntoutuksen määritelmässä oli WHO:n (1981) ja Järvikosken (1994) mukaan sekä kuntoutujiin että heidän ympäristöönsä liittyviä osatekijöitä. Näiden molempien tekijöiden huomioonottaminen varmaankin antaa paremman kuntoutumisen tuloksen. Tutkimustulosten mukaan päihdekuntoutuksessa kiinnitetään enemmän huomiota kuntoutujaan liittyviin tekijöihin, jolloin voidaan ajatella, että päihdeongelman perimmäinen syy tai lähtökohta on yksilön toiminnassa. Kovinkaan paljon ei tutkituissa päihdekuntoutusmalleissa kiinnitetty huomiota kuntoutujan ympäristöön ja sen muuttamiseen. Päihdekuntoutujalla on tärkeää saada sellaista tukea, joka auttaa häntä saavuttamaan tavoitteensa.

Jos kuntoutujien perhe lasketaan ympäristöön kuuluvaksi asiakksi, niin kuntoutusmalleissa heitä ei automaattisesti otettu mukaan kuntoutusprosessiin. Perheet otettiin mukaan vain kuntoutujan aloitteesta. Päihteidenkäyttäjät on menettänyt oman perheensä päihteiden käyttämisen seurauksena. Kuntoutujien ympäristöön ei pyritty suoraan vaikuttamaan yhdessäkään tutkituista päihdekuntoutuksen malleista. Kun kuntoutujan tilanne parani, niin se vaikutti myös hänen ympäristöönsä. Yhteiskunnallinen integraatio tuli esille myös välillisenä vaikutuksena.

Päihdekuntoutus tapahtui suunnitelmallisesti ja siinä pyrittiin käyttämään erilaisia menetelmiä, jotta kuntoutuja saavuttaisi asettamansa tavoitteet. Tämä ajatus on samanlainen kuin hallituksen kuntoutuslonteossa (2002). Pääasiallisesti kuntoutujat asettivat itse omat tavoitteensa, ainoastaan yhdessä kuntoutuslaitoksessa oli kuntoutujille suoraan määritelty tavoitteeksi raittius. Hallituksen kuntoutuslonteossa (2002) todetaan, että kuntoutujan oma osallisuus kuntoutusprosessissa ja

vaikuttaminen ympäristöön ovat tämän päivän kuntoutuksen ydinkysymyksiä. Tutkimustulosten mukaan näyttäisi siltä, että kukin kuntoutuja on oman elämänsä ohjaaja. Kuntoutujalle annetaan valta ja myös vastuu oman kuntoutumisensa suorittamiseen. Kuntoutus on saamassa yhä enemmän psykososiaalisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia. Päihdekuntoutuksessa tärkeänä asiana on kuntoutujan sosiaalisten ulottuvuuksien huomioiminen ja kuntoon hoitaminen. Päihteiden käyttäminen tuo mukanaan paljon erilaisia sosiaalisia ongelmia: työongelmat, perheongelmat, taloudelliset ongelmat ja ongelmat eri viranomaisten kanssa.

Järvikosken ja Härkäpään (2004) mukaan kuntoutus ymmärretään erilaisten toimenpiteiden muodostamana kokonaisuutena, joilla pyritään saavuttamaan yksilöllisesti määritellyt tavoitteet. Päihdekuntoutuksessa erilaisten toimenpiteiden suorittajia on useita. Lähettävät tahot, joita olivat mielenterveystoimistot, sosiaalitoimistot ja a-klinikat. Kuntoutujan kannata ajateltuna pääasia on, että eri toimijoilla on samansuuntaiset ajatukset kuntoutusprosessista.

Kuntoutus voidaan nähdä erilaisina prosesseina. Tällöin kuntoutuksen eri toimenpiteistä pitäisi kuntoutujan kannalta muodostua loogisesti etenevä ja katkeamaton prosessi. Kuntoutujan kuntoutumispolun pitäisi olla katkeamaton ja joustava. (Järvikoski ja Härkäpää, 2004.). Päihdekuntoutus toteutettiin prosessinomaisena. Kuntoutusprosessi alkoi katkaisuhoidojaksolla, jonka jälkeen kuntoutuja siirtyi päihdekuntoutuslaitokseen. Päihdekuntoutusjakson pituus vaihteli myös, vaihteluväli oli yhdestä kuukaudesta kahteen vuoteen. Päihdekuntoutuksen katkeamattomaan prosessiin liittyi jatkohoidon järjestäminen. Jatkohoito tapahtui avohoidollisin tapaamisen, tuettuna asumisena, asuntola- tai tukiasuntopalveluin. Jatkohoidossa ratkaisevana tekijänä olivat kuntoutujan kotipaikkakunnan tarjoamat mahdollisuudet. Avohoidolliset tapaamiset järjestyivät hyvin, mutta suuri puute on asuntola- ja tukiasuntopalveluissa, koska kuntoutujissa on asunnottomia henkilöitä erittäin paljon.

Järvikosken ja Härkäpään (2004) mukaan kuntoutus voidaan nähdä myös kuntoutujan aktiivisena muutosprosessina, jolloin hän kehittää itselleen keinoja selvitä arkielämässä. Kuntoutuksen muutosprosessia voidaan kuvata myös kuntoutujan yksilöllisenä kasvu- tai oppimisprosessina. Tällöin korostetaan yksilön henkilökohtaista kehittymistä ja hänen omaa roolia kuntoutusprosessin eteenpäin viemisessä, jolloin hän myös oppii erilaisia tapoja toimia arkipäivän tilanteissa ja tapahtumissa.

Tutkituissa päihdekuntoutusmalleissa pyrittiin siihen, että kuntoutuja voisi ottaa itse vastuun omasta käyttäytymisestään ja toiminnastaan. Niihin liittyi selvä kasvatuksellinen elementti. Yhtenä oppimisprosessin osatekijänä voidaan ajatella olevan päihdekuntoutuksessa käytettävät terapiamuodot. Terapioiden tavoitteena on kuntoutujan itsetuntemuksen lisääntyminen ja sellaisten

toimintamallien kehittäminen, jotka auttavat häntä saavuttamaan asettamansa tavoitteet ja ehkäisemään retkahtamista. Kolmantena tavoitteena on kuntoutujan motivaation säilyttäminen tai lisääntyminen. Päihdekuntoutusprosessiin liittyy myös henkilökunnan toimintamallit. Toimintamallit sisältävät myös henkilökunnan asennoitumisen kuntoutujia kohtaan. Henkilökunta on toivon ylläpitäjä silloin kuin kuntoutujalla on hankala ajanjakso tai hänen motivaationsa määrä on vähentymässä. Henkilökunnan asenteeseen vaikuttava tekijä tulosten mukaan on se, että kuntoutumisprosessi voi jäädä heiltä pimentoon tai näkymättömäksi. He näkevät kuntoutujaa vain prosessin tietyssä vaiheessa, mutta heillä jää epäselväksi mikä on ollut kuntoutusprosessin lopputulos.

Kolmanneksi kuntoutus voidaan ajatella olevan yhteiskunnallinen toimintajärjestelmä, jolloin sen tarkoituksena on olla sääntelyjärjestelmä. Sääntelyjärjestelmän tavoitteena on ollut taata työkykyisen työvoiman riittävyys ja yhdessä eläkejärjestelmän kanssa ratkaista minkä väestöosan siirtyminen eläkkeelle on tarkoituksen mukaista sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta. Kuntoutus nähdään lisätyövoiman tuottajana sekä väestön toimintakyvyn ylläpitäjänä. Yhteiskunnan kannalta tärkeä tavoite on pitää hoito-, huolto- ja sosiaaliturvakustannuksen maksukyvyyn rajoissa (Järvikoski ja Härkäpää, 2004.).

Päihdekuntoutuksessa on yhtenä elementtinä yhteiskunnallinen toimintajärjestelmä. Järjestelmän tarkoituksena on vähentää päihteiden käyttämisestä aiheutuvia yhteiskunnallisia kustannuksia. Vaikka alkoholi- ja tupakkaverot tuovat valtiolle tuloja, niin suorat kustannukset päihteiden käyttämisestä ovat Stakesin (2005) mukaan melkein yksi miljardi euroa vuodessa. Välillisiä kustannuksia esim. päihteiden käyttäjien lasten pahoinvoinnista ei edes oikein pysty laskemaan. Jokainen päihteiden käyttäjä vaikuttaa viidestä kahdeksaan läheiseen ihmiseen, jolloin päihteiden käyttäminen ei enää ole pelkästään käyttäjän asiaa, vaan siihen liittyy muitakin ihmisiä.

Kuntoutus on muuttunut laaja-alaiseksi. Vikaa, vammaan, sairauteen tai haittaa perustava kuntoutus oli ennen kuntoutuksen lähtökohta. Järvikosken ja Härkäpään (2004) mukaan kuntoutuksen toiminta-alueita ovat: lääkinnällinen kuntoutus, toimintakykykuntoutus, toimintakykyä parantava kuntoutus, ammatillinen kuntoutus, työkykyä edistävä kuntoutus, kasvatuksellinen kuntoutus sekä sosiaalinen kuntoutus.

Päihdekuntoutuksen toiminta-alueina näkyivät lääkinnällinen kuntoutus, toimintakykyä parantava kuntoutus, ammatillinen kuntoutus, työkykyä edistävä kuntoutus, kasvatuksellinen kuntoutus ja sosiaalinen kuntoutus. Lääkinnällinen kuntoutus on sekä vieroitusoireiden lääkitsemistä että

lääkehoidon ja terapia yhdistämistä. Kuntoutujien toimintakykyä pyritään parantamaan antamalla heillä kuntoutuslaitoksissa erilaisia tehtäviä ja vastuuta niiden tekemiseen. Ammatillinen ja työkykyä edistävä kuntoutus näkyi siinä, että kuntoutujille tarjottiin työterapiaa päihdekuntoutushoidon aikana. Kasvatuksellinen ja sosiaalinen kuntoutus tapahtui erilaisten ryhmäistuntojen avulla. Kuntoutajat keskustelivat ja vaihtoivat ajatuksiaan ryhmässä, he pystyivät tukemaan toisiaan ja saivat kokemuksen vertaistuesta.

Kuntoutuksen perusteluiksi voidaan esittää yhteiskunnan yleinen etu, yksilön hyvä ja yrityksen hyöty. Yhteiskunnan etu tarkoittaa taloudellista hyötyä, työvoiman riittävyyden ja tuottavuuden turvaamista, eläkekustannusten kurissa pitämistä ja hoito- ja huoltokustannusten kurissa pitämistä. Yksilön hyvä tarkoittaa yksilön onnellisuutta, terveyttä, toimintakykyä, hyvinvointia, vapautta, itsemääräämisoikeutta, elämänhallintaa, oikeutta työhön, riittävään elintasoon ja sosiaaliseen turvallisuuteen. Yrityksen hyöty tarkoittaa liiketaloudellisia perusteluita, henkilöstön työkyvyn alentumisesta johtuvien kustannusten rajoittamista ja henkilöstön työkyvystä ja hyvinvoinnista huolehtimista (Järvikoski ja Härkäpää, 2004.). Päihdekuntoutuksessa toteutuu sekä yhteiskunnallinen yleinen etu että yksilölle tuleva hyvä. Onnistunut päihdekuntoutus vähentää yhteiskunnallisia kustannuksia, koska jokaisen raitistumisen jälkeen kuntoutuja ei enää vie niin paljon yhteiskunnallisista resursseista. Yksilön hyvä tulee siitä, että raitistumisen jälkeen hänellä on mahdollisuus integroitua yhteiskuntaan sen täysivaltaisena jäsenenä.

Kuntoutustoimintaa olennaisena osana kuuluu yksilön elämänhallinnan lisääminen. Järvikosken (1994) mukaan hallinta ja pyrkimys siihen ovat kulttuurimme arvoja. Arkipäivässä jokaisella yksilöllä on pyrkimys hallita omaa elämäänsä ja samalla tavoiteorientoituneena yksilönä ihminen tekee hallintansa piirissä olevia ratkaisuja. Hallinta voidaan nähdä välineenä tavoitteiden saavuttamisessa. Kuntoutumisen kannalta sairauden hallinta voidaan saavuttaa vain yksilön henkilökohtaisten valintojen ja ponnisteluiden kautta (Järvikoski 1994.).

Päihdekuntoutuksella on elämänhallinnan kannalta kolme tavoitetta: elämänhallinnan lisääntyminen, elämänhallinnan ennallaan säilyttäminen ja elämänhallinnan vähentymisen hidastaminen. Näitä tavoitteita pyritään saavuttamaan sillä, että kuntoutustoiminnassa on tarkat rakenteet. Rakenteet koostuvat kuntoutusjakson pituudesta, yksilö- ja ryhmäterapiasta, kuntoutujien vastuulla olevien tehtävien tekemisestä ja toiminnasta kuntoutujan retkahtamisen jälkeen. Päihdekuntoutujan yhtenä esteenä raitistumiselle on hänen heikko elämänhallintansa. Tätä ei kuitenkaan pidä ymmärtää tavalla, joka väittäisi, että raitistuminen olisi kiinni vain kuntoutujan

tahdon lujudesta ja päättäväisyydestä. Kuntoutujat ovat erilaisessa vaiheessa raitistumisensa suhteen, toiset ovat tehneet raitistumispäätöksensä ja toiset vielä miettivät sen tekemistä.

Hallintaa voidaan tarkastella monien käsitteiden kautta: hallinnan sijainti, opittu avuttomuus, pystyvyysodotukset, koettu kompetenssi ja jämäkkyys. Hallinnan sijaintia voidaan tarkastella siitä lähtökohdasta, että ihmisen toiminta on riippuvainen niistä odotuksista, joita hänellä on toimintansa tulosten suhteen. Yksilön uskoessa mahdollisuuksiin vaikuttaa oman elämänsä tapahtumiin hallintakäsitys on sisäinen (internal locus-of-control). Toisaalta yksilö, joka ei usko omiin vaikutus mahdollisuuksiin vaan he uskovat enemmänkin muiden ihmisten ja sattuman vaikutuksiin elämässään, heidän hallintakäsitys on ulkoinen (external locus-of-control) (Järvikoski 1994.).

Kuntoutujien kannalta ajateltuna ulkoinen hallinta liittyy kuntoutusprosessin sisältöihin ja sen rakenteisiin. Henkilökunta on määritellyt ja päättänyt laituskuntoutuksessa sen sisällöt ja rakenteet. Sisältöinä ovat erilaiset yksilö- ja ryhmäterapiat, erilaiset tehtävät kuntoutujien tehtäviksi, ja rakenteina ovat määrätyt kellonajat ja viikko-ohjelmat. Näiden molempien tarkoituksena on tuoda säännöllisyyttä kuntoutujien elämään ainakin laituskuntoutusjaksolla. Kuntoutujien sisäinen hallinta liittyy kuntoutusprosessin tavoitteiden asettamiseen, toteutukseen ja arviointiin. Tämä toteutuu silloin, kun kuntoutuja saa laatia itselleen tavoitteet. Henkilökunnan tehtävänä on voimistaa kuntoutujan sisäistä hallintaa kuntoutusprosessin aikana. Kuntoutujan sisäisen hallinnan kannalta voidaan ajatella, että perheiden mukaan ottaminen päihdekuntoutuksen järjestämiseen vähentää kuntoutujan sisäistä hallintaa, koska kuntoutujan kuntoutumisprosessiin osallistuu suurempi määrä ihmisiä. Perheiden mukaan ottamisen voidaan ajatella kuitenkin vähentävän sattuman hallintaa kuntoutujan elämässä.

Oman elämänsä hallitsemattomuus on opitun avuttomuuden keskeinen sisältö. Yksilön käsitys siitä, että hän ei pysty vaikuttamaan hänen elämänsä tärkeissä asioissa vaan ympäristöstä tulevat tekijät määräävät hänen elämänsä kulkua ja toimintaansa. Yksilön ympäristöstä saamat signaalit viestittävät hänelle, että hän ei itse osaa eikä pysty asioitansa hoitamaan. Näiden viestien takia yksilö ei usko omiin mahdollisuuksiinsa, koska henkilön kannalta näiden viestien negatiivinen sisältö vaikuttaa hänen motivaatioonsa, kognitioihinsa sekä tunteisiinsa (Järvikoski 1994.).

Yhtenä päihdekuntoutuksen keskeisenä teemana ja sisältönä ovat toimenpiteet retkahtamisen ehkäisemiseksi. Retkahtamisen suhteen kuntoutujat kokevat usein avuttomuutta ja hallitsemattomuutta. Joltakin osalta se on opittua käyttäytymistä. Erilaisten stressaavien tilanteiden hallitsemattomuus voi aiheuttaa mielihaluja juomiseen ja varsinkin silloin, jos kuntoutujalla ei ole

käytössään stressinhallintakeinoja. Erilaisten stressinhallintakeinojen ja rentoutumismenetelmien opettaminen kuntoutujille on hyödyllistä. Niiden oppimisen avulla kuntoutujille tulee uusia keinoja hallita omaa elämäänsä. Silloin he eivät ole ympäristön vietävissä. Pitkäkestoisen päihteiden käyttämisen takia yksilön kokema kontrolli omasta elämästään pienenee, jolloin myös hänen elämänsä osa-alueet kaventuvat ja tulevat niukemmiksi.

Pystyvyysodotus liittyy spesifisen toiminnan suorittamiseen ja se on selkeästi erilainen kuin tulosodotus, joka kohdistuu toiminnan lopputulokseen. Pystyvyysodotukset eroavat muista hallintakäsityksistä siinä, että ne ovat tilanne- ja toimintoriippuvaisia (Järvikoski 1994.). Tästä on seurauksena se, että mitä enemmän ihminen uskoo omiin kykyihinsä, sitä huolellisimman hän tarkastelee vaihtoehtoja ja valmistuu yrityksiinsä. Kuntoutumisen kannalta tärkeä asia on se, että minkälaisilla keinoilla ja strategioilla hän pyrkii selviytymään sairauden tai vamman mukanaan tuomista ongelmista (Järvikoski 2004.). Päihdekuntoutukseen liittyvät yksilö- ja ryhmätoiminnat, joita kuntoutajat tekevät sen aikana, pyrkivät lisäämään kuntoutujien pystyvyysodotuksia. Laitoksissa tapahtuvan kuntoutuksen lähtökohtana oli yhteisöllisyys, jolloin kuntoutujan oikeudet ja velvollisuudet lisääntyvät kuntoutusjakson aikana. Päihdekuntoutujan pystyvyysodotukset omalle toiminnalleen ovat melkoisen vähäisiä kuntoutusjakson alussa. Tulosodotuksen parantumisen suhteen kuntoutujan on koettava onnistumisia kuntoutusjakson aikana. Tulosodotusten kannalta tärkeintä on, että kuntoutuja kokee saavuttavansa omat tavoitteensa. Tavoitteiden saavuttamista arvioidaan säännöllisesti ja tarvittaessa niitä voidaan muuttaa, jos kuntoutuja on asettanut ne liian vaikeasti saavutettavaksi.

Koettu kompetenssi on yhdistelmä yleisistä hallintakäsityksistä ja pystyvyysodotuksista. Siinä yksilö kokee, että hän pystyy toimimaan tehokkaasti vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Hänellä on mielikuva siitä, että hän pystyy vaikuttamaan omaan sisäiseen maailmaansa ja käyttäytymisensä. Hänellä on mahdollisuus vaikuttaa ympäristöönsä sekä saamaan toiminnallaan haluttuja tuloksia (Järvikoski 1994.). Koetun kompetenssin puute on kuntoutusjakson alussa suuri. Kuntoutusjakson alkoivat tutustumis- ja kiinnittymisvaiheella, jonka aikana kuntoutujalle esiteltiin ja informoitiin kuntoutuslaitoksen tarjoamat mahdollisuudet hänelle. Koettu kompetenssi kasvaa ja suurenee kuntoutujan onnistumiskokemusten mukaan. Hänelle tulee käsitys itsestä osaavana ja selviävänä toimijana oman kuntoutumisensa suhteen.

Koherenssi on käsite jossa ajatus asioiden hallittavuudesta on olennaista, mutta se ei kuitenkaan ole riippuvainen yksilön henkilökohtaisesta hallinnasta tai pystyvyydestä, vaan se on luottamusta siihen, että asiat sujuvat lopulta myönteisesti. Koherenssin tunne koostuu kolmesta erilaisesta tekijästä: elämän ymmärrettävyydestä, hallittavuudesta ja mielekkyydestä. Ymmärrettävyys liittyy

ihmisen kokemukseen siitä, että tapahtumat ovat johdonmukaisia, säännönmukaisia ja loogisia. Hallittavuus tarkoittaa sitä, että ympäristön asettamat vaatimukset eivät ylitä yksilön kykyjä eivätkä yksilön käytössä olevia resursseja. Mielekkyys viittaa siihen, että asioilla ja tapahtumilla on merkitys yksilön arvojärjestelmässä (Järvikoski 1994.).

Laitoskuntoutuksen rakenteita ja sisältöjä voidaan tarkastella niiden ymmärrettävyyden, hallittavuuden ja mielekkyyden näkökulmasta. Kuntoutujan aloittaessa kuntoutusjaksoaan hän kärsii hyvin usein II vaiheen vieroitusoireista, jolloin hän kokee suurinta haittaa kognitiivisista häiriöistä. Hänen ajatusmaailmansa poukkoilee hyvinkin nopeasti. Tiukalla struktuurilla pyritään siihen, että kuntoutujalle tulee kokemus tilanteiden sujumisesta ja turvallisuudesta. Hän voi kokea hallittavuutta omaan elämäänsä, vaikkakin se tapahtuu henkilökunnan tekemänä ja ohjaamana. Kuntoutusjakson sisältöjen suhteen tulisi varmistaa, että ne esitetään sellaisessa muodossa, että kuntoutujat pystyvät ne ymmärtämään.

Itsemääräämisessä on kaksi osaa: itsemääräävä ihminen on valintojensa lähde, jolloin häneltä edellytetään sitä, että hän kykenee arvioimaan omia mieltymyksiään, arvojaan ja valintoja. Toiseksi hänellä tulisi olla mahdollisuus tehdä omia valintoja ilman että ympäristö ja muut ihmiset eivät rajoita hänen valinnanvapauttansa. Rajoitus tapahtuu joko valitsemalla hänen puolestansa tai antamalla hänellä hyvin vähän valinnanvaihtoehtoja. Itsemääräämisoikeus ei kohdistu toiminnan ja lopputuloksen yhteyteen, vaan se on toiminnan ja vapaan tahdon välillä (Järvikoski 1994.).

Kuntoutujien itsemääräämisoikeutta ei käsitelty juuri ollenkaan tutkituissa päihdekuntoutuksen malleissa. Se on joko itsestään selvä asia tai sitä ei ole olemassa. Kuntoutujat saivat kuitenkin itse päättää sen, että milloin he hakeutuivat päihdekuntoutukseen, koska yhdessäkään kuntoutusmallissa ei ollut vastentahtoista päihdekuntoutusta. Toinen kohta, jossa se oli näkyvissä, oli tavoitteiden asettaminen ja laatiminen. Retkahtaminen aiheutti joko uloskirjoituksen saman tien tai kuntoutujalla oli mahdollisuus jatkaa kuntoutuksessa olemista, jos hän käy retkahtamistansa läpi. Päihdekuntoutusmalleissa ei yhdessäkään kuntoutujalla ollut mahdollisuutta valita osallistumattomuutta ko. mallin sisältämään ohjelmaan. Kun kuntoutuja tuli kuntoutukseen, hänellä oli osallistumisvelvollisuus kaikkeen toimintaan, jota laitoksessa järjestettiin. Jatkohoidon osalla hänellä oli enemmän mahdollisuutta tehdä omia valintoja.

Kuntoutussuhteessa tapahtuu vallankäyttöä työntekijän puolelta. Järvikosken ja Härkäpään (2004) mukaan vallankäytön tulee hankalaksi asiaksi, silloin kuin vallankäyttämistä pidetään itsestään selvänä ja luonnollisena, tällöin myös alistetussa asemassa oleva yksilö on oppinut pitämään yllä

vallitsevaa olotilaa, josta ajan kuluessa muodostuu pysyvä. Kuntoutujalla voi olla käsitys, että hänen ongelmansa ovat yksistään hänen syytensä ja ongelmien ratkaisemisessa tarvitaan muiden ihmisten päätöksentekoa. (Järvikoski ja Härkäpää 2004). Päihdekuntoutusmalleissa henkilökunnan vallankäyttäminen ilmeni siinä, että laituskuntoutusjakson alussa kuntoutujan valinnan mahdollisuudet olivat melkoisen pienet. Kuntoutujan vallankäyttäminen oman elämänsä suhteen kuitenkin lisääntyi kuntoutusjakson kuluessa, ja tällöin hän voimaantui.

Yksilön kannalta valtaistumisprosessissa hän saa valtaa tehdä päätöksiä, saada tietoja ja resursseja, saada vaihtoehtoja joista hän voi tehdä valinnan, hänen itseluottamuksensa kasvaa ja pystyvyys paranee, toiveikkuutta, oppia ajattelemaan kriittisesti, oppia tuntemaan ja ilmaisemaan vihaa ja suuttumusta, tuntee olevansa osa ryhmää, ymmärtää omat oikeutensa, saada aikaa muutoksia elämässään, oppia tärkeinä pidettäviä taitoja, muuttaa käsitystensä omasta pystyvyydestä, alkaa elämään, muutokset lähtevät omasta aloitteesta ja saada myönteinen minäkuva (Järvikoski ja Härkäpää 2004.). Voimaantumisen päihdekuntoutuksessa tarkoitti sitä, että kuntoutujan itsetuntemus, oman arvontunne ja itseluottamus lisääntyivät, hän tuli tietoiseksi omista mahdollisuuksistaan selvittää raittiina ja hän oppi uusia toimintamalleja päihteidenkäyttämisen tilalle esimerkkinä voidaan mainita erilaiset stressinhallinta- ja rentoutusmenetelmät. Tärkeä tekijä kuntoutujan valtaistumisessa on arkipäivän taitojen ja – tietojen oppiminen, jolloin hän kykenee itse huolehtimaan ja hoitamaan omia asioitansa.

6.2 Tutkimuksen eettisyyden arvioiminen

Mäkelä (2006) ja Kuula (2006) toteavat, että tutkimukseen osallistutaan vapaaehtoisuuden pohjalta. Haastateltavien vapaaehtoisuus ei ollut tiedossa tarkkaan ennen suoritettua haastattelua, koska tutkimuksen tekijä oli ollut yhteydessä kuntoutuslaitoksen yhteyshenkilöön, joka oli ilmoitettu Stakesin Neuvoa-antavat internet-sivustossa. Yhteyshenkilölle lähetettiin tutkimussuunnitelma, tutkimuslupapyyntö sekä suostumus haastateltavaksi lomake. Yhteyshenkilöt antoivat haastateltaville tutkimussuunnitelman sekä suostumuslomakkeen, jotta he tutustuisivat niihin.

Haastateltavat pystyvät tekemään päätöksen tutkimukseen osallistumisesta vasta riittävän informaation saatuansa. Kuula (2006) esittää haastateltaville esitettävän informaation sisällöt, joka tässä tutkimuksessa oli seuraavaa: Haastateltaville kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoite, kuka haastattelun tekee ja kuinka paljon siihen menee aikaa, haastateltavat saivat luettavakseen teemahaastattelun kysymykset, millä tavalla hänen työpaikkansa oli valikoitunut otantaan, haastattelun tallentamisesta ja aineiston jatkotyöstäminen, aineiston säilytyksestä ja sen

hävittämisestä. Haastateltaville kerrottiin myös, että tallennettuun haastatteluun on pääsy vain tämän tutkimuksen tekijällä. Tallennus tapahtui digitaalisessa muodossa ja se siirrettiin tiedostoksi tietokoneeseen, joka on suojattu käyttäjätunnuksella ja salasanalla. Joten tutkimuksen tekijä on ainoa henkilö, joka käsittelee haastatteluista saatua aineistoa. Haastatteluaineisto hävitettiin tallentimesta tietokoneelle tiedostoksi siirtämisen jälkeen ja haastatteluaineiston kirjalliset versiot säilytetään muilta saavuttamattomissa ja ne hävitetään pro gradu- tutkielman hyväksymisen jälkeen. Haastattelija kertoi myös sen, että hän itse työskentelee samalla päihdekuntoutuksen alalla. Tätä asiaa haastattelija pohti mielessään ja päätyi kuitenkin asian kertomiseen, koska se on haastateltavia kohtaan eettisesti oikea ratkaisu.

6.3 Tutkimuksen luotettavuuden arvioiminen

Eskola ja Suoranta (2005) toteavat, että laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimisen lähtökohdانا on koko tutkimusprosessin arviointi, koska tutkimuksen tekijä on oman tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline. Tutkijalla on avoimen subjektiivisessa suhteessa tekemäänsä tutkimukseen. Tässä tutkimuksessa subjektiivisuus ilmenee siinä, että työn tekijä työskentelee samalla alalla kuin haastateltavat, jolloin tekijällä on subjektiivista tietoa tutkittavasta asiasta. Tutkimuksen luotettavuuden arvioimisessa varmuus tutkimukseen lisääntyy Eskolan ja Suorannan (2005) mukaan, jos huomioon otetaan tutkimuksen tekijän ennakko-oletukset. Tämän tutkimuksen tekijän ennakko-oletukset otettiin huomioon siinä, että hän kertoi haastateltaville työskentelevänsä samalla kuntoutussektorilla ja aineiston analysointi vaiheessa palaamalla haastatteluaineistoon, jotta varmistetaan se, että tulkinnan lähtökohdانا on aineisto eivätkä tutkijan omat ajatukset. Tällä tavalla pyrittiin varmistamaan Lukkarisen (2001) mainitsema tutkijan vastuullisuus ja Rainion (1999) ja Perttulan (1995) mainitsemat tutkijan subjektiivisuus sekä Tuomen ja Sarajärven (2006) esittämät omat sitoumukset tutkimusaiheeseen.

Eskolan ja Suorannan (2005) mukaan uskottavuuskriteerin perustana on se, että vastaavatko tutkijan tulkinnat ja tutkittavien käsitykset tutkittavasta ilmiöstä. Tulkintojen ja käsitysten vastaavuutta tarkasteltiin sillä, että tehtyjä tulkintoja verrattiin haastatteluaineistoon. Jos tulkinta ei vastannut aineistoa, niin tulkintaan muutettiin.

Tutkimuksen tulosten siirrettävyys, joka Eskolan ja Suorannan (2005) mukaan on mahdollista tietyn ehdoin, on näiden tutkimuksen tulosten mukaan mahdollista. Päihdekuntoutusta tehdään Suomessa

samankaltaisesti erilaisissa päihdekuntoutuslaitoksissa, vaikkakin Lukkarisen (2001) mukaan kontekstisidonnaisuus mahdollisesti vaikeuttaa tutkimustulosten siirrettävyyttä. Tutkimuksen tulosten mukaan tulokset ovat siirrettävissä.

Eskolan ja Suorannan (2005) mukaan tutkimuksessa tehtyjen tulkintojen samankaltaisuus muiden samasta ilmiöstä tehtyjen tutkimusten kanssa lisää tutkimuksen vahvistuvuutta. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa tehdyn kirjallisuuskatsauksen perusteella Suomessa tehtävä päihdekuntoutus on samankaltainen kuin se mitä tehdään muualla maailmassa. Kirjallisuuskatsauksen aineistona olivat päihdekuntoutukseen liittyvät tutkimusartikkelit.

Eskola ja Suoranta (2005) toteavat, että aineiston merkittävyys on suhteellinen asia. Tässä tutkimuksessa aineisto on kontekstisidonnaista, koska haastattelut tapahtuivat haastateltavien työpaikalla. Tässä tutkimuksessa aineiston merkittävyys on suuri, koska päihdekuntoutusta ei ole tutkittu Suomessa hoitotieteen piirissä juuri ollenkaan. Raunio (1999) mukaan aineiston merkittävyyttä lisää tuotettavan tiedon uutuusarvo.

Aineiston riittävyys tarkoittaa Eskolan ja Suorannan (2005) mukaan sitä, että laadullisessa tutkimuksessa on vaikea etukäteen päättää otannan kokoa. Tässä tutkimuksessa otanta määriteltiin ennen haastatteluiden aloittamista. Haastateltavien määräksi tuli 13 ja kuntoutuslaitoksien määräksi tuli kahdeksan. Haastateltavien valinta täyttää Raunion (1999) mainitseman tarkoituksenmukaisuusperiaatteen, koska haastateltavilla oli tutkimuksen kannalta olennaista tietoa. Nieminen (1999) kirjoittaa aineiston edustavuudesta, joka täytyi sillä, että haastateltavien koulutusperusta oli erilainen ja haastattelut tapahtuivat heidän työpaikallansa.

Eskolan ja Suorannan (2005) mainitsemaan analyysin kattavuutta pyrittiin tässä tutkimuksessa varmentamaan sillä, että analyysiin otettiin kaikki päihdekuntoutusta kuvaavat ilmaisut. Lukkarisen (2001) mukaan tutkimusaineisto on keskeisessä asemassa tutkimusprosessin etenemisessä ja sen kokonaisuudessa. Aineistoon palattiin ja sitä luettiin läpi.

Analyysin arvioitavuus ja toistettavuus tarkoittavat Eskolan ja Suorannan (2005) mukaan sitä, että lukija pystyy seuraamaan tutkimuksen tekijän päättelyä ja samasta aineistosta toisen tutkijan tekemät tulkinnat ovat samanlaisia. Lukkarinen (2001) esittää, että tutkimusprosessin reflektoinnilla pyritään samaan asiaan. Aineiston analysointi kirjoitetaan auki tutkimusraporttiin ja siinä esitetään tutkijan tekemät ratkaisut.

Raunion (1999) mukaan laadullisen tutkimuksen aineisto on riippuvainen siitä, kuinka hyvin haastateltavat henkilöt tuntevat tutkimuksen aihepiirin ja Niemisen (1999) mukaan kuinka luotettavaa haastateltavien vastaukset esitettyihin kysymyksiin ovat. Kuntoutuslaitoksen yhteyshenkilölle kerrottiin, että kriteereinä haastateltaville on muutaman vuoden työkokemus, koulutus pohjana on joko sairaanhoitaja tai sosionomi, jotta pystyttäisiin varmistamaan se, että he tuntevat työnsä ja heillä on vastauksia esitettyihin kysymyksiin. Haastatteluiden lähtökohtana oli se, että haastateltavat kertovat rehellisesti mielipiteensä esitettyyn kysymykseen.

6.4 Johtopäätelmät ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen tulosten mukaan päihdekuntoutus muodostuu neljästä samanaikaisesti tapahtuvasta erilaisesta osiosta: kuntoutujan yksilöllinen osio, yhteisöllinen osio, ryhmätoiminnallinen osio ja työyhteisöllinen osio. Jokainen osio vastaa tiettyyn kuntoutujan elämänalueeseen, ja niistä muodostuvan päihdekuntoutuksen toiminnan suuntana on kuntoutujan itsensä asettamat tavoitteet ja pyrkimys niiden saavuttamiseen. Kuntoutujan elämänhallintaan pyritään vaikuttamaan välillisesti, jolloin toimintojen tavoitteena on arkielämän taitojen ja taitojen opettaminen kuntoutujalle. Elämänhallinnan lisääntyminen näkyy kuntoutujan ottaessa vastuuta oman elämänsä erilaisten asioiden hoitamisessa.

Kuntoutustarpeen määrittelemisessä ensisijaisen tärkeä asia on löytää kuntoutujalle oikea kuntoutuslaitos oikeaan aikaan, laitos jossa hän saa tarvitsemaansa tukea itse asettamiensa tavoitteiden saavuttamiseksi. Kuntoutussuunnitelma on työväline, joka ohjaa sekä kuntoutujaa että työntekijää. Tavoitteiden asettamisen tärkein asia on niiden realistisuus kuntoutujan kannalta. Realistiset ja saavutettavissa olevat tavoitteet lisäävät kuntoutujan motivaatiota.

Kuntoutustarpeen määrittelemisessä yhtenä tekijänä oli kuntoutujan ikä. Nuorten kuntoutujien kohdalla työntekijöiden tehtävänä oli enemmänkin opettaa arkipäivän taitoja ja vanhempien kuntoutujien kohdalla se oli lähinnä uinuvien taitojen ja tietojen esiin saattamista. Tietojen ja taitojen oppimisessa kuntoutujan onnistumiskokemukset olivat tärkeitä tekijöitä. Päihdekuntoutus voidaan rakentaa onnistumisilla, jotta kuntoutujat oppivat uusia toimintamalleja.

Omahoitajuus ja yksilökeskustelut olivat oleellinen osa päihdekuntoutusta. Niissä keskusteluissa laaditaan kuntoutussuunnitelma, jota myös omahoitajakeskusteluissa arvioidaan säännöllisesti. Yksilökeskusteluiden kantavana teemana oli kuntoutujan elämäntilanteen selvittäminen fyysiseltä, psyykkiseltä ja sosiaaliselta osa-alueelta. Teemat ovat samankaltaisia kuin Inkisen (2003)

tutkimuksessa: Asiakkaan oman elämäntilanteen, ihmissuhteiden, kokemusten, muutoshalukkuuden, oman ratkaisun, omanarvontunteen tukeminen, päihdehistorian, päihteenkäyttötilanteiden, rajojen, realiteetin, retkahdusten, riippuvuuden, tavoitteiden, toivon tunteen edistäminen, tunteiden, oman vastuun edistäminen ja voimavarojen käsitteleminen.

Kuntoutujat saivat lääkärin vastaanottopalveluita kuntoutuslaitoksissa melkoisen vähän. Lääkärin tehtävänä oli lähinnä tutkia kuntoutujan fyysinen kunto ja tarvittaessa kuntoutujat saivat lähetteen erikoissairaanhoidon. Kuntoutusjakson aikana käytettiin kuntoutujan kotipaikkakunnan lääkärin palveluita. Jos kuntoutujalla oli hoitosuhde kotipaikkakuntansa päihdelääkäriin, niin hoitosuhde säilyi myös kuntoutusjakson aikana.

Kuntoutusjakson aikaiseen lääkehoitoon oli kaksi erilaista näkökulmaa. Hoitoideologian pohjalta kuntoutusjaksolla joko sai käyttää lääkehoitoa tai sitä ei saanut käyttää ollenkaan. Lääkehoito nähtiin osana kuntoutusta, jolloin lääkehoidolla hoidettiin pitkäkestoisen päihteen käyttämisen mukanaan tuomia sairauksia.

Jokaisessa kuntoutuslaitoksessa, joissa haastattelut tehtiin, ryhmätoiminta oli iso osa siellä tapahtuvaa päihdekuntoutusta. Erilaiset ryhmät toivat ja loivat säännöllisyyttä viikko- tai päiväohjelmaan. Ryhmätoiminnalla pyrittiin vaikuttamaan kuntoutujien fyysiseen, psyykkiseen sekä sosiaaliseen elämän alueeseen. Toinen asia, johon ryhmätoiminnalla pyritään vaikuttamaan, on yhteisöllisyys. Yhteisöllisyys jonka mukana tulee kuntoutujien vastuullisuus yhteisön toiminnasta sekä vastuullisuus omasta ja muiden yhteisössä olevien kuntoutujien kuntoutumisesta. Kuntoutuslaitoksesta pois päin suuntautuvan ryhmätoiminnan tarkoituksena on antaa kuntoutujalla mahdollisuus sosiaaliseen integraatioon harrastustoiminnan avulla. Työtehtävien tarkoituksena on ankkuroida kuntoutuja arkipäivän toimintoihin ja arjen hallintaan

Ryhmien koko vaihteli pienestä kuuden jäsenen ryhmät suureen yhteisökokoukseen, jossa saattoi olla jäseniä useita kymmeniä. Yhteisökokouksen tarkoituksena oli päättää yhteisistä säännöistä. Tutkimuksen tulosten mukaan näyttäisi siltä, että jäsen määrältä pieni ryhmä toimisi paremmin. Leinosen (2003) esittämät ajatukset ryhmän kiinteydestä, transferenssista, ryhmässä tapahtuvasta oivaltamisesta ja kannattelusta näyttäisivät tapahtuvan helpommin jäsenmäärältään, kuudesta – kahdeksaan ryhmäläistä, pienemmissä ryhmissä.

Kuntoutujien läheisten kanssa tehtävän yhteistyön pieni määrä oli yllätys. Toisaalta haastatteluissa tuli ilmi, että kuntoutujan läheiset ovat kokeneet pettymyksiä ja luottamuksen menetystä

kuntoutujan taholta. Yhtenä syynä siihen voi olla myös se, että päihdekuntoutukseen tulevat kuntoutujat ovat käyttäneet päihteitä erittäin pitkän ajan, jolloin hänen sosiaalinen läheisverkosto on pienentynyt.

Kuntoutusta edistäviä asioita on yhteisön ilmapiirin huomioiminen ja siellä esiintyviin ristiriitoihin ja epärehellisyyspuuttumiseen heti. Kuntoutujille tulisi välittyä työntekijöistä kunnioittava, välittävä, tukeva ja auttava asenne. Päihdekuntoutuksessa olevat henkilöt ovat kokeneet elämänsä aikana paljon negatiivista suhtautumista itseensä.

Jatkohoito ja sen järjestäminen on päihdekuntoutusprosessin heikko kohta. Tässä tilanteessa kuntoutuksen vaihteellisuus ei toteudu. Joissakin kuntoutuslaitoksissa asia oli erittäin hyvin hoidettu, mutta siinä oli puutteita monessa paikassa. Puute ei johdu kuntoutuslaitoksista, vaan sen syynä on kuntoutujan kotipaikkakunnan tilanne. Asuntola ja tukiasunnoista on huutava pula.

Jatkohoidon yhtenä osana ovat vertaistukiryhmät, joihin kuntoutujaa ohjataan kuntoutusjakson aikana. Hänen kanssaan voidaan tehdä tutustumiskäyntejä erilaisiin ryhmiin ja hänen kotipaikkakuntansa julkisiin palveluihin jotta hänen olisi helpompi mennä niihin kotiutumisen jälkeen.

Työntekijöiden koulutus mahdollisuus ja työnohjaus olivat järjestetty kaikissa kuntoutuslaitoksissa erittäin hyvin. Työyhteisön ristiriidat ja hoitolinjoihin liittyvät erimielisyydet pyrittiin selvittämään keskustelemalla.

Kuntoutushoidon aikaiseen retkahtamiseen suhtauduttiin vaihtelevasti. Retkahtaminen oli peruste uloskirjoituksella tai se nähtiin mahdollisuutena oppimiskokemukseen, jolloin retkahtamistilannetta käydään työntekijän kanssa läpi.

Kuntoutujien elämänhallintaan vaikutetaan välillisesti. Elämänhallinnan lisääntymisen lähtökohtana on, että kuntoutujan arkipäivän tietojen ja taitojen parantuminen. Kuntoutujan oppiessa elämään arkipäivää ja arjen todellisuutta, hänen päihteiden käyttämisen halunsa pienenee ja vähenee. Elämänhallintaa liittyy myös kuntoutujan kokemat onnistumisenkokemukset, joista hän voi olla ylpeä.

Tutkimuksen tulosten mukaan päihdekuntoutusta tehdään Suomessa pääasiallisesti samalla tavalla eri kuntoutuslaitoksissa. Pieniä variaatioita löytyy retkahtamiseen, lääkehoitoon ja ideologiaan päihdekuntoutuksen tekemisen taustalla. Samankaltaisesti päihdekuntoutus tehtiin ryhmätoimintana,

yhteisöllisyytenä ja yksilökeskusteluiden osalta. Suurissa kuntoutuslaitoksissa kuntoutujilla oli mahdollisuus valita erilaisten kuntoutuslinjojen väliltä itselleen sopiva linja.

Tutkituissa kuntoutuslaitoksissa ei ollut mahdollisuutta ottaa kuntoutujaksi liikuntarajoitteisia henkilöitä, joka on selvä puute. Toisaalta se kertoo siitä, että kuntoutuslaitoksia ei ole rakennettu alun perin päihdekuntoutuslaitokseksi, vaan laitos on perustettu niihin myöhemmin. Liikuntarajoitteiset henkilöt jäävät paitsi tarvitsemaansa päihdekuntoutusta.

Päihdekuntoutuksen kehittämishaasteena on oikean ajan ja oikean paikan löytäminen päihteidenkäyttäjille. Tutkimuksen tuloksena oli se, että liikuntarajoitteisille ja mielen-terveysongelmallisille henkilöille ei ole kovinkaan paljon päihdekuntoutukseen mahdollisuutta tutkituissa päihdekuntoutuslaitoksissa, koska rakennukset olivat sokkeloisia ja vaikea kulkusia. Kehittämishaaste on myös toimenpiteet kuntoutujan motivaation ylläpitämiseen ja siihen liittyvien uusien hoitotoimenpiteiden kehittäminen ja tutkiminen.

Yhtenä jatkotutkimusaiheena voisi olla sen selventäminen mikä on hoitotieteen näkökulma päihdekuntoutukseen. Tätä tutkimusta tehdessä on tullut esille, että Suomessa hoitotieteessä ei päihdekuntoutusta ole tutkittu. Ulkomailla sitä vastoin tutkimusta tehdään paljon, mutta tutkimustulosten siirrettävyys ei ole kontekstisidoinaisuuden takia aina mahdollista. Kuntouttavan päihdehoitotyön määrittelemisen ja käsitteiden selventäminen on tärkeää sen takia, koska päihteidenkäyttäminen lisääntyy ja se on lisääntynyt Suomessa viime aikoina runsaasti. Käyttämisen lisääntyminen tulee jatkossa näkymään terveydenhuollossa yhä enemmän erilaisina haittoina ja sairauksina. Päihdekuntoutukseen liittyviä jatkotutkimusaiheita voisivat olla:

- Sosiaali- ja terveyshuollon yhteistyömuodot
- Kuntoutusprosessin jatkuvuuden turvaaminen ja sen kehittäminen
- Liikuntarajoitteisten henkilöiden päihdekuntoutusmahdollisuudet
- Jatkohoidon tutkiminen ja sen kehittäminen
- Hoitotyön toimenpiteet kuntoutujan motivaation ylläpitämiseksi
- Perhehoitomallin kehittäminen päihdekuntoutukseen
- Kuntouttavan päihdehoitotyön kehittäminen kaksoisdiagnoosipotilaille

LÄHTEET

Abrams D, MacKinnona S, Martin R, Monti P ja Rohsenow D. 2006. Correlates of motivation to quit smoking among alcohol dependent patients in residential treatment. *Drug and Alcohol Dependence* 83, 73–78.

Agnew J ja Zlotnick C. 1997. Neuropsychological Function And Psychosocial Status Of Alcohol Rehabilitation Program Residents. *Addictive Behaviors* 22, 183-194.

Alho L. 2007. Seksuaaliterveyden edistäminen ja äityiden tukeminen päihdehuollossa – asiakkaan näkökulma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Alonzo A. ja Lamon B. 1997. Stress Among Males Recovering From Substance Abuse. *Addictive Behaviors* 22, 195-205.

Alkoholiongelmaisen hoito. 2005. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Saatavana osoitteesta: www.kaypahoito.fi/kh/kh_julkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=hoi50028, luettu 26.4.2008.

Arnaud J, Gueguen S, Guillard J, Herbeth B, Hercberg S, Leroy P, Paille F, Pirollet P, Siest G ja Visvikis S. 2003. Changes in Serum Retinol, {alpha}-Tocopherol, Vitamin C, Carotenoids, Zinc

and Selenium after Micronutrient Supplementation during Alcohol Rehabilitation. *Journal of the American College of Nutrition*, 22, 303-310.

Barnett B, Goldstein G, Haas G, Shemansky W ja Salmon-Cox S. 2005. Rehabilitation during alcohol detoxication in comorbid neuropsychiatric patients. *Journal of Rehabilitation Research & Development* 42, 197-206.

Behm M-M. 2005. Varhaisvaiheen päihdehoitotyö perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Bhatia S, Petty F ja Sattar P. 2004. Potential benefits of quetiapine in the treatment of substance dependence disorders. *J Psychiatry Neurosci* 29, 452-457.

Binner P, Cho D, Evenson R, Schicht W ja Topolski J. 1998. An Outcome Study of Missouri's CSTAR Alcohol and Drug Abuse Programs. *Journal of Substance Abuse Treatment* 15, 143–150.

Blondell R. 2005. Ambulatory Detoxification of Patients with Alcohol Dependence. *American Family Physician* 71, 495- 503

Bombardier C, Ehde D ja Kilmer J. 1997. Readiness to Change Alcohol Drinking Habits After Traumatic Brain Injury. *Arch Phys Med Rehabil* 78, 592-596.

Bombardier C, Esselman P, Rimmele C ja Stroud M. 2004. Do Preinjury Alcohol Problems Predict Poorer Rehabilitation Progress in Persons With Spinal Cord Injury? *Phys Med Rehabil* 85, 1488-1492.

Bottlender M ja Soyka M. 2005. Efficacy of an Intensive Outpatient Rehabilitation Program in Alcoholism: Predictors of Outcome 6 Months after Treatment. *Eur Addict Res* 11, 132–137.

Bowden-Jones H, Hutton S, Joyce E, McPhillips M ja Rogers R. 2005. Risk-Taking on Tests Sensitive to Ventromedial Prefrontal Cortex Dysfunction Predicts Early Relapse in Alcohol Dependency. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 17, 417–420.

Brackley M, Carrougher G, Martin B ja Swenson-Britt E. 2000. Project Hope: Changing Care Delivery for the Substance Abuse Patient. 14, 92-100

Breakey W, Calabrese L, Crum R ja Rosenblatt A. 1998. Detecting Alcohol Use Disorders in the Severely Mentally Ill. *Community Mental Health Journal* 34, 165-174.

BROWN S, HOFSTETTER R, MARTIN J, PATTEN C JA WILLIAMS C. 1999. Smoking Cessation Following Treatment in a Smoke-Free Navy Alcohol Rehabilitation Program. *Journal of Substance Abuse Treatment* 16, 61–69.

Bulsara C, Ward A. ja Joske D. 2004. Haematological cancer patients: achieving a sense of empowerment by use of strategies to control illness. *Journal of Clinical Nursing*. 13, 251–258

Caldwell E, Carrb J, Engle M, Michael M, Milby J, Raczynski J ja Schumacher J. 1996. Sufficient conditions for effective treatment of substance abusing homeless persons. *Drug and Alcohol Dependence* 43, 39-47.

Chueh K ja Horng F. 2004. Effectiveness of Telephone Follow-Up and Counseling in Aftercare for Alcoholism. *Journal of Nursing Research* 12.

Connor J, Feeney G, McPherson A, Tucker J ja Young R. 2001. Outpatient cognitive behavioural therapy programme for alcohol dependence: impact of naltrexone use on outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*35, 443–448.

Connor J, Feeney G, McPherson A, Tucker J ja Young R. 2002. Cognitive behavioural therapy combined with the relapse-prevention medication acamprosate: are short-term treatment outcomes for alcohol dependence improved? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36, 622–628.

Dufeu P, Muller C, Ohse A, Rommelspacher H, Schmidt K ja Schmidt L. 1997. Superiority of Carbohydrate-Deficient Transferrin to gamma-Glutamyltransferase in Detecting Relapse in Alcoholism. *American Journal of Psychiatry* 154, 75-80.

Dunn D. 2005. Substance abuse among nurses-Defining the issue. *AORN Journal* 82, 572-596.

Epstein F, Heller D ja Hourani L. 2004. Predictors of Treatment Receipt Among Adults with a Drug Use Disorder. *The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse* 30, 841–869.

- Eskola J. ja Suoranta J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Tampere.
- Fernandez A, Fouquereau E, Mullett E ja Sorumc P. 2003. Stress and the urge to drink. *Addictive Behaviors* 28, 669–685.
- Finfgeld D. 2004. Empowerment of Individuals With Enduring Mental Health Problems Results From Concept Analyses and Qualitative Investigations. *Advances in Nursing Science*. 27, 44–52.
- Fischer E. 1996. Alcoholic Patients' Decisions About Halfway Houses What They Say, What They Do. *Journal of Substance Abuse Treatment* 13, 159-164.
- French M, Jofre-Bonet M, McLellan T ja Sindelar J. 2004. Cost-effectiveness analysis of addiction treatment: paradoxes of multiple outcomes. *Drug and Alcohol Dependence* 73, 41–50.
- Hill D, Meyers R, Miller W ja Tonigan J. 1999. Engaging Unmotivated Drug Users in Treatment. *Journal of substance abuse* 10, 291- 308.
- Gröhn T. 2003. 14-15 –vuotiaiden poikien päihteettömyys viikonloppuisin –kahdeksaluokkalaisten päiväkirjakuvauksia. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Halonen P. ja Paakeli-Kurronen P. 2006. Päihdehoitotyön auttamismenetelmät katkaisuhoidon osastolla – asiakkaiden ja hoitajien kuvaamana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Havu P. ja Lasarov K. 2002. Kahdeksaluokkalaisten nuorten päihteettömyys ja arvioinnit päihteettömyyden opetus- ja oppimismenetelmät. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Henderson S. 2003. Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. *Journal of Clinical Nursing*. 12, 501–508.
- Hirsjärvi S ja Hurme H. 1988. Teemahaastattelu 4. painos. Yliopistopaino. Helsinki.
- Hirsjärvi S, Remes P ja Sajavaara P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10 uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Hook M.L. 2006. Partnering with patients – a concept ready for action. *Journal of Advanced Nursing* 56,133–143.

Inkinen, M. 2004. Päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältö. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Inkinen M, Partanen A ja Sutinen T. 2006. Päihdehoitotyö. Tammi oppimateriaalit. Helsinki.

Jonsdottir H, Litchfield M ja Pharris M. 2004. The relational core of nursing practice as partnership. *Journal of Advanced Nursing*. 47, 241–250.

Järvikoski A. 1994. Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehys ja toimintamallien tarkastelu. Tutkimuksia 46/1994. 2. Muuttumaton painos. Kuntoutussäätiö, Helsinki.

Järvikoski A ja Härkäpää K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. WSOY, Helsinki.

Kumpulainen M. 2003. Pitkärantalaisten (Venäjän federaation Karjalan tasavallan) seitsemäsluokkalaisten päihitteettömyyden oppiminen. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Kuula A. 2006. Tutkimusetiikka, aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Tampere.

Kärkkäinen J. 2006. Toisen asteen opiskelijoiden näkemyksiä arkielämän ja päihitteiden käytön merkityksestä opiskelussa ja työelämään sijoittumiseen vaikuttavista tekijöistä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Laschinger H, Wong C. ja Paula Greco P. (2006). The Impact of Staff Nurse Empowerment on Person-Job Fit and Work Engagement/Burnout. *Nurs Admin Q.* 30, 358–367.

Lauri S ja Elomaa L. 1995. Hoitotieteen perusteet. WSOY. 1995.

Leinonen M. 2003. Mikä ryhmäpsykoterapiassa parantaa? Artikkeliteoksessa Pölönen R ja Sitolahti T. Ryhmä hoitaa. Yliopistopaino. Helsinki.

Leppo K. 2003. Ehkäisevä työ ja terveystieteiden prioriteetit. Duodecim. Artikkelin saatavana osoitteessa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=ty%C3%B6terveyshuolto&p_artikkeli=sae63000

Levänen K. 2006. Päihdetyötä tekevän sairaanhoitajan toivo – ”koskaan ei tiedä mistä se kipinä lähtee”. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Lukkarinen H. 2001. Ihmisen kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmionä: fenomenologinen lähestymistapa. Artikkelin teoksessa Janhonen S ja Nikkonen M. (toim). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.

Mantila S. 2007. ”Ja että oltais niillä samoilla linjoilla”. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja tuen haasteista ammattihenkilöstölle päihde- ja mielenterveytyössä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Mikkola L. 2004. Nuoret ja päihteet. Pilottitutkimus nuorten päihteiden käytön varhaisesta toteamisesta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Millard L Hallett C ja Luker K. 2006. Nurse–patient interaction and decision-making in care: patient involvement in community nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 55,142-150.

Mäkelä K. 2006. Sosiaalitutkimuksen eettinen sääntely. Artikkelin teoksessa Hallamaa J, Launis V, Lötjönen S ja Sorvali I. Etiikkaa ihmistieteille. Suomalaisen Kirjallisuuden seura. Helsinki.

Nieminen H. 1999. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Artikkelin teoksessa Paunonen M. ja Vehviläinen-Julkunen K. (toim). Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Helsinki.

Nyman L. 2001. Tyttöjen viikonlopun vietto ja päihtettyys – kahdeksaluokkalaisten päiväkirjakuvauksia. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

O'Brien C, Volpicelli J ja Volpicelli L. 1996. Naltrexone in the Treatment of Alcoholism: A Clinical Review. *Alcohol* 13, 35-39.

- Piazza I, Donahue M, Dykes P, Griffin M ja Fitzpatrick J. 2006. Differences in Perceptions of Empowerment Among Nationally Certified and Noncertified Nurses. *The Journal Of Nursing Administration*. 36. 277-283.
- Puumalainen J ja Vilkkumaa I. 2001. Kuntoutuksen historiaa, nykypäivää ja tulevaisuus. Artikkeliteoksessa *Kuntoutus*. Kallanranta T, Rissanen P ja Vilkkumaa I (toim). Duodecim. Helsinki.
- Perttula J. 1995. Kokemus psykologisen tutkimuskohteena. Suomen fenomenologinen instituutti. Tampere.
- Powers P. (2003) Empowerment as Treatment and the Role of Health Professionals. *Advances in Nursing Science*. 26, 227-237.
- Raunio K. 1999. Positivismi ja ihmistiede. Gaudeamus. Helsinki.
- Salaspuro M. 2007. Päihdelääketiede. Kandidaattikustannus Oy. Helsinki. Artikkeliteoksessa:
Luvettu 26.4.2008
<http://www.stakes.fi/wiki/index.php?title=P%C3%A4ihdel%C3%A4%C3%A4ketiede>.
- Sievänen R. Nuorten päihdehaittojen edistäminen – lukiolaiset aktiivisina toimijoina. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- STAKES. 2005. Alkoholijuomien kulutus vuonna 2004. Ennakkotietoja alkoholitilastoista 24.2.2005. Saatavana osoitteesta:
<http://www.stakes.fi/hyvinvointi/ahtu/Vuosi%202004%20tiedote%20240205.pdf>
- Stakes. 2007. Ehkäisy ja hoito, laadukkaan päihdetyön kokonaisuus. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki.
- STM. 2002. Kuntoutusraportti. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Julkaisuja 6/2002. Sosiaali ja terveysministeriö. Helsinki.
- Sutinen T. 1997. Päihdehoitotyö päihdesairaanhoidajaverkoston jäsenten kuvaamana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Tate D. 1994. The Use of the CAGE Questionnaire to Assess Alcohol Abuse Among Spinal Cord Injury Persons. Journal of Rehabilitation. 31-35.

Tuomi J. ja Sarajärvi A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.

WHO. 1981. Määritelmä osoitteessa (<http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/> 10.10.2007

WHO. 2007. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Artikkelit saatavana osoitteesta: www.who.int/entity/substance_abuse/terminology/ICD10ClinicalDiagnosis.pdf. Luettu 26.4.2008

PAINAMATTOMAT LÄHTEET

Pirkola Sami. 2005. Puhelinhaastattelu

LIITE 1. Kuntoutuslaitoksen yhdyshenkilöille lähetetty tutkimuslupahakemus

Jouko Törmänen

Tutkimuslupahakemus

TtM- opiskelija

8.1.2008

Tampereen yliopisto

Hoitotieteen laitos

Arvoisa vastaanottaja

Opiskelen Tampereen yliopistossa hoitotieteen johtamisen koulutusohjelmassa. Teen opinnäytetyöni kuntouttavasta päihdehoitotyöstä. Tarkastelen sen sisältöjä ja kuntoutujan elämänhallinnan kohoamista. Opinnäytetyöni ohjaajina toimivat professori Eija Paavilainen ja TtT Marja Kaunonen.

Opinnäytetyön aineisto kerätään teemahaastattelulla, siksi pyydän saada haastatella 1-2 kuntouttavaan päihdehoitotyötä tekevään työntekijää kevään 2008 aikana.

Kaikki tiedot käsitellään nimettöminä, joten vastaajien henkilöllisyys ja heidän työpaikkansa ei tule tutkimusraportissa esille. Haastattelut äänitetään ja kirjoitetaan paperille, ja aineisto hävitetään opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen. Haastatteluaineisto ei ole kenenkään muun nähtävissä kuin opinnäytetyön tekijän.

Yhteistyöstänne kiittäen

Jouko Törmänen

TtM- opiskelija

Tolsanpolku 4 D 19

02400 KIRKKONUMMI

p. 040- 864 90 34

Sähköposti: jouko.tormanen@uta.fi

LIITE 2. Haastateltaville työntekijöille esitetty haastattelusuostumus

Suostumus haastatteluun

Minä, _____, annan suostumukseni TtM-
opiskelija JoukoTörmänen ____/____ 2008 tekemän haastattelun tallentamisen ja
tutkimuskäytön. Haastattelussa saatua tietoa ei saa käyttää ketään asianomaista tai
sivullista vahingoittavassa tai halventavassa tarkoituksessa.

allekirjoitus

haastattelijan allekirjoitus

LIITE 3. Päihdetyöntekijöiden haastattelussa käytetyt haastattelukysymykset

TEEMAHAASTATTELUKYSYMYKSET

TESTIT JA KYSELYT

Minkälaisia lääketieteellisiä, psykologisia ja neurologisia testejä kuntoutujalla tehdään kuntoutushoidon aikana? Minkälaisia lomakekyselyjä täällä käytetään?

LÄÄKEHOITO

Minkälaista lääkehoitoa käytetään? Miten vieroitusoireita hoidetaan?

HOITAJIEN OMAN TOIMINNAN HUOMIOIMINEN

Mitkä asiat ovat tärkeitä henkilökunnan huomata ja tiedostaa omassa toiminnassaan? Miten henkilökunta pitää yllä toivoa kuntoutujan kohdalla?

Miten henkilökunta keskenään keskusteleee kuntoutujista?

Miten työnohjaus ja koulutus ovat järjestettyjä? Mikä on henkilökunnan rooli kuntoutujien muuttumisessa?

KUNTOUTUKSEEN PÄÄSEMINEEN//KUNTOUTUMISJAKSON PITUUS

Miten kuntoutusjaksolle kuntoutuja pääsee ja kuinka kauan hän on täällä?

PÄIHTEIDENKÄYTÖN VAIKUTUKSET KUNTOUTUJAN ELÄMÄSSÄ

Miten huomioidaan päihteiden käyttämisen aiheuttamia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia vaikutuksia? Millä tavalla selvitetään kuntoutujan elämäntilanne, juomishistoria, hoitohistoria, psyykkinen tila, fyysinen tila, sosiaalinen tila, työtilanne ja perhetilanne?

TERAPIAT KUNTOUTUSHOIDOSSA

Jos kuntoutushoidon aikana kuntoutujalla on mahdollisuus päästä terapiaan, niin mikä on terapian viitekehys ja sen tavoite?

Mikä on ryhmäterapien ja – toiminnan tavoite, tarkoitus ja kesto?

HOITOTAPA

Mikä on yhteisönne näkemys päihteidenkäytön syystä/syistä?

Miten kuntoutushoitoon sisältyy vertaistukiryhmät?

Mikä on kuntoutushoidon tavoite?

Miten kuntoutushoidossa tehdään kuntoutussuunnitelma ja kuinka usein sitä arvioidaan ja ketkä tekevät arvioinnin?

Millä tavoilla pyritään vahvistamaan kuntoutujan toiminta- ja työkykyä?

Millä tavoille arvioidaan ja testataan kuntoutushoidon aikaista päihteettömyyttä?

Kuinka usein kuntoutujilla on yksilökeskusteluja henkilökunnan kanssa?

Millä tavalla kuntoutujien läheisten kanssa työskennellään?

Miten käsittelette kuntoutujien riskitilanteita, kuntoutujien ajatusmalleja ja raitistumisen vastustusta?

Miten suunnitellaan retkahtamisen ehkäisemisen?

Miten jatkohoito on järjestetty? Kuka sen tekee ja miten se tehdään?

Miten avohoidon erilaiset palvelut sisällytetään jatkohoitosuunnitelmaan?