

# **KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAAN SAIRAUS- JA HOITOKOKEMUKSIIN LIITETTÄVÄT MERKITYKSET**

Mustonen Eeva  
Tampereen yliopisto  
Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos  
Sosiaalityön pro gradu -tutkielma  
Toukokuu 2008

MUSTONEN; EEVA: Kaksoisdiagnoosipotilaan sairaus- ja hoitokokemuksiin liitettävät merkitykset

Pro gradu -tutkielma, 75 s., 6 liites.

Sosiaalityö

Ohjaajat: Suvi Raitakari ja Kyösti Raunio

Toukokuu 2008

---

Tämän tutkielman aiheena on kaksoisdiagnoosipotilaan sairaus- ja hoitokokemukset. Tavoitteena on tuoda esiin tutkittavan näkökulmaa ja subjektiivisiin kokemuksiin liitettäviä merkityksiä. Tarkoituksena on selvittää, millaisia merkityksiä kaksoisdiagnoosipotilas liittää päihde- ja mielenterveysongelmiin ja niiden hoitoon. Tutkielmaa pohjustaa katsaus kaksoisdiagnoosin käsitteeseen, esiintyvyyteen ja ongelman kehittymiseen. Holistisen ihmiskäsityksen soveltaminen tuo työhön tajunnallisuuden, kehollisuuden ja situationaalisuuden käsitteet. Näiden merkitys korostuu yksilöllisten kokemusten kautta. Kokemusten tutkiminen on varsinaisesti merkitysten tutkimista, koska kokemukset muodostuvat merkitysten kautta. Tutkielma liittyy marginaalissa elävien ihmisten kokemusten tutkimiseen.

Aineistona on käytetty ISADORA-tutkimusta (*Integrated Services Aimed at Dual Diagnosis and Optimal Recovery from Addiction*) varten kerättyä teemahaastatteluaaineistoa. Aineisto koostuu yhden kaksoisdiagnoosipotilaan neljästä haastattelusta, jotka on kerätty eri ajankohtina puolen vuoden aikana. Kokemuksia tarkastellaan fenomenologis-hermeneuttisesta viitekehyksestä. Sisällönanalyysin avulla pyritään erittelemään sairaus- ja hoitokokemusten merkityksiä. Käytetyt käsitteet liittyvät sekä yhdysvaltalaiseen että fenomenologis-hermeneuttiseen sisällönanalyysiin. Analyysin toteuttamiseen on saatu vaikutteita myös fenomenologisen psykologian metodista.

Vastaukset tutkimuskysymyksiin muodostuivat seuraavanlaisiksi. Kaksoisdiagnoosipotilaan päihde- ja mielenterveysongelmiin liittämät merkitykset jakautuvat kahteen pääluokkaan: 1) sairauden seurauksiin ja 2) selviytymiseen liitettävät merkitykset. Sairauden seuraukset ovat pääasiassa negatiivisia, mutta eläminen sairauden kanssa onnistuu luomalla erilaisia selviytymiskeinoja. Päihde- ja mielenterveysongelmien hoitoon liitetään 1) arvioivia 2) velvoittavia ja 3) vastavuoroisuuteen liittyviä merkityksiä. Arvioivat merkitykset kuvaavat potilaan käsityksiä hoidon laadusta. Tähän sisältyvät hoidon luotettavuus, jatkuvuus ja vaikuttavuus sekä resurssien riittämättömyys ja sairausvakuutuksen merkitys. Velvoittavat merkitykset liittyvät lähinnä hoitopaikkojen kontrolli- ja vastuukysymyksiin. Vastavuoroisuuteen liittyvät merkitykset näkyvät hoitosuhteessa toimivana vuorovaikutuksena ja potilaan arvostamisena.

Tutkimus kuvaa kaksoisdiagnoosipotilaan selviytyjänä ja sopeutujana. Oman elämän mielekkyys luodaan käytettävissä olevien resurssien varaan. Toisen ihmisen alkuperäisen kokemuksen tavoittaminen on vaikeaa, mutta oleellista on pyrkimys kokemusten ymmärtämiseen. Sosiaalityössä on tärkeää tutkia marginaalissa elävien ihmisten kokemuksia. Niistä saatava tieto auttaa näkemään asioita autettavan perspektiivistä ja kehittämään käytännön toimintatapoja.

Avainsanat: kaksoisdiagnoosi, kokemus, merkitys, sisällönanalyysi, fenomenologis-hermeneuttinen

# SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO.....</b>	<b>1</b>
<b>2 KATSAUS KAKSOISDIAGNOOSIPROBLEMATIIKKAAN .....</b>	<b>5</b>
2.1 Kaksoisdiagnoosin määrittelyä käsitteenä.....	5
2.2 Kaksoisdiagnoosiongelman kehittyminen.....	7
2.3 Kaksoisdiagnoosiongelman esiintyvyys .....	8
2.4 Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon järjestäminen .....	12
2.5 Skitsofrenia ja alkoholiongelma kaksoisdiagnoosina .....	14
<b>3 KATSAUS KOKEMUSTEN JA MERKITYSTEN TUTKIMISEEN .....</b>	<b>17</b>
3.1 Kokemusten tutkimisen fenomenologinen ja hermeneuttinen viitekehys.....	17
3.2 Fenomenologian holistinen ihmiskäsitys .....	19
3.3 Marginaalissa elävien ihmisten kokemusten tutkiminen .....	21
3.4 Kaksoisdiagnoosipotilaiden kokemusten tutkiminen.....	24
<b>4 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA AINEISTON KERÄYS .....</b>	<b>26</b>
4.1 Teemahaastattelu ja haastattelujen käytännön toteutus.....	27
4.2 Tutkimukseen valitun henkilön elämäntilanne.....	30
<b>5 SISÄLLÖNANALYYSI TUTKIMUSMETODINA .....</b>	<b>32</b>
5.1 Sisällönanalyysin teoreettinen kuvaus .....	32
5.2 Sisällönanalyysin toteuttaminen käytännössä .....	34
<b>6 PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSONGELMIIN LIITETTÄVÄT MERKITYKSET .....</b>	<b>42</b>
6.1 Seurauksiin liitettävät merkitykset.....	44
6.2 Selviytymiseen liitettävät merkitykset .....	46
<b>7 PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSONGELMIEN HOITOOON LIITETTÄVÄT MERKITYKSET .....</b>	<b>50</b>
7.1 Arvioivat/ hoidon laatuun liitettävät merkitykset .....	52
7.2 Velvoittavat/ hoidon hallittavuuteen liitettävät merkitykset .....	55
7.3 Vastavuoroisuuteen liitettävät merkitykset .....	56
<b>8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA TULOSTEN TARKASTELUA.....</b>	<b>58</b>
<b>9 TUTKIMUSPROSESSIN ONNISTUMISEN JA LUOTETTAVUUDEN ARVIOINTIA....</b>	<b>62</b>
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>67</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>76</b>

# 1 JOHDANTO

Jokainen meistä on tavannut hänet. Hän voi asua naapurissasi tai tulla vastaan kadulla. Hän ehkä herättää huomiota häiritsevällä käyttäytymisellään tai sulkeutuu omaan maailmaansa ja yksinäisyyteensä. Hän voi saada hetkellistä helpotusta piinaavaan elämäänsä päihteistä tai ammattiauttajalta. Moni on työssään kohdannut hänet ja ihmetellyt, miksi muutosta parempaan ei tämän ihmisen kohdalla tapahdu. Kuka pysähtyisi hänen ongelmiensa kohdalla ja antaisi riittävästi aikaa, ymmärrystä ja huolenpitoa?

Liian usein käy niin, että häntä ei voida auttaa siinä paikassa auttaa, mistä hän uskaltautuu apua hakemaan. Hänen ongelmansa ovat niin pitkän ajan kuluessa syntyneet ja mutkistuneet, että tarvittaisiin kokonainen työryhmä hänen tilannettaan selvittelemään. Tämä vaatii aikaa, rahaa ja muita resursseja, joita ei aina ole. Tällöin hänet ohjataan hakemaan apua muualta. Vuosien mittaan hänelle on kertynyt useita avo- ja laitoshoitajaksoja sekä päihdeongelmien että mielenterveysongelmien vuoksi. Jotkin hoitajakset ovat edenneet sovitusti loppuun asti, mutta usein hoito on keskeytynyt, syystä tai toisesta.

Yllä oleva tapauskuvaus kuvaa ns. kaksoisdiagnoosipotilasta. Kaksoisdiagnoosipotilaaksi kutsutaan henkilöä, jolla voidaan samanaikaisesti diagnosoida sekä päihde- että mielenterveysongelma. Yksi heistä saa puheenvuoron tässä tutkielmassa. Tutkielma raottaa verhoa kaksoisdiagnoosipotilaan subjektiivisiin kokemuksiin puolen vuoden seurantatutkimuksen aikana. Nykyisin puhutaan kokemusasiantuntijoista etenkin mielenterveyskuntoutujien kohdalla. Sairaudesta riippumatta, jokainen on oman sairautensa ja omien kokemustensa asiantuntija. Kaksoisdiagnoosipotilaan kokemuksia tutkimalla saadaan arvokasta tietoa myös sosiaalityön näkökulmasta. Voidaan ajatella, että asiakkaan tarinan kuuleminen on askel lähemmäs toisen ihmisen ja hänen tilanteensa ymmärtämistä, mutta myös keino saada tietoa palvelujärjestelmän merkityksestä.

Aloittaessani tätä tutkielmaa ei Suomessa juurikaan ollut tutkimusta kaksoisdiagnoosipotilaista. Useimmille heistä, jotka tutkielmani aihetta kysyivät, jouduin selvittämään, mitä kaksoisdiagnoosi tarkoittaa. Tuolloin aihepiiri tuntui omaperäiseltä ja tunsin olevani aikaani edellä. Riitta Alajan (1999) lääketieteen väitöskirja ja Riitta Flinckin (2000) hoitotieteen pro gradu -tutkielma sekä Yrjö Nuorvalan (1996; 1999) tutkimukset siivittivät minut alkuun. Kaksoisdiagnoosiproblematiikasta on keskusteltu Suomessa sosiaalityön eri tehtävissä yleisemmin vasta 2000-luvulla. Tampereen

yliopiston sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitoksella on hakutietojen perusteella valmistunut tätä ennen yksi kaksoisdiagnoosiproblematiikkaan suoraan liittyvä pro gradu -tutkielma. Sari Terä (2002) on keskittynyt teoreettisessa tutkielmassaan kaksoisdiagnoosin esiintyvyyteen, käsitteen määrittelyyn sekä tärkeimpiin hoidossa huomioitaviin seikkoihin.

Kun vuosien jälkeen tätä tutkielmaani viimeistelen, paljon on tehty uutta tutkimusta kaksoisdiagnoosista ja ammattilaisten keskuudessa kiinnitetään lisääntyvää huomiota kaksoisdiagnoosipotilaiden tilanteen parantamiseen. Kaksoisdiagnoositutkimus on lisääntynyt viime vuosina huomattavasti etenkin USA:ssa ja Kanadassa, mutta myös Euroopassa ja Australiassa (Crawford 2003, 2). Aiheen ajankohtaisuus näkyy myös Tampereen yliopiston tutkimustyössä. Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitoksella aloitettiin vuonna 2004 kaksoisdiagnoosipotilaille suunnatun Alma-projektin tarjoamien palvelujen tutkimus (Raitakari ym. 2007). Alma-projektin toiminta on ollut osana myös laajempaa valtakunnallista kaksoisdiagnoositutkimusta, joka toteutettiin Kuopion yliopistossa v. 2004 – 2007. Tutkimuksen ja arvioinnin kohteena oli kolmannen sektorin yksiköitä eri puolilta Suomea. Tarkoituksena oli tutkia, miten ”organisoituna ja millaista toimintamallia käyttäen kaksoisdiagnoositoiminta parhaiten onnistuisi”. (Niemelä 2005.)

Julkinen keskustelu kaksoisdiagnoosiproblematiikasta on lisääntynyt. Aihe on ollut esillä niin koulutustilaisuuksissa ja konferensseissa kuin tv-ohjelmissa ja lehtien palstoillakin. Kyse on uudenlaisen sosiaalisen ongelman esiin nousemisesta sekä päihde- ja mielenterveysongelmien samanaikaisuuden paremmasta tunnistamisesta. Koska kaksoisdiagnoosi-käsitteen määrittelyt vaihtelevat eri maissa ja koska käsite sisältää monenlaisia sairausyhdistelmiä, on tutkimus ollut hyvin monimuotoista. Tutkimustulosten yleistettävyyttä eri maiden välillä on kuitenkin rajallista. Olosuhteet, hoitomuodot, ympäristö, kulttuuri ja erilaiset hoitokäytännöt – monien muiden tekijöiden ohella – vaikuttavat tutkimustuloksiin ja johtopäätöksiin.

Tutkimuksiin perehtyessäni olen kuitenkin jäänyt kaipaamaan potilaiden ja asiakkaiden omaa ääntä. Suurin osa tehdystä tutkimuksesta on ollut kvantitatiivista eikä tutkittavien ääni ole keskeisellä sijalla. Laadullinen kokemusten tutkiminen mahdollistaa pääsyn lähemmäs kaksoisdiagnoosipotilaan henkilökohtaista merkityks maailmaa. Tämän ryhmän kokemuksia tulisi kuulla ja oppia paremmin ymmärtämään kaksoisdiagnoosipotilaan todellisuutta.

Oma kiinnostukseni kaksoisdiagnoosiproblematiikkaa kohtaan alkoi kesällä 2000, jolloin suoritin sosiaalityön syventäviin opintoihin kuuluvan käytännön jakson Tampereen yliopistollisessa sairaalassa yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla ja päihdepoliklinikalla. Myöhemmin toimin samassa paikassa myös sosiaalityöntekijän sijaisena. Monen päihdepoliklinikalle päihdearvioon tulleen henkilön kohdalla voitiin diagnosoida sekä mielenterveys- että päihdeongelma. Kaksoisdiagnoosiongelma tuli esille myös haastattellessani erästä tutkimusta varten suonensisäisten huumeiden käyttäjiä. Pidän aitiopaikkana kaksoisdiagnoosipotilaiden elämän eri ongelmatilanteisiin Tampereen yliopistollisen sairaalan akuuttipsykiatrian osastoja. Monet kaksoisdiagnoosipotilaat ovat sairaalakierteessä ja hoitoon kiinnittyminen on hankalaa. Kun hoito jatkuu useiden viikkojen ajan, on henkilökunnan mahdollista perehtyä paremmin potilaan ongelmiin ja muodostaa kokonaiskuva hänen elämäntilanteestaan. Potilaan itsensä ja häntä hoitavan yksikön yhteisenä tehtävänä on potilaan elämän haltuun ottaminen, jotta pitkälle kantavia muutoksia ja parannuksia voidaan saada aikaan.

Ovatko työkokemukseni vaikuttaneet lopputyöni aiheenvalintaan vai onko aiheeni ohjannut kulkua kohti tiettyjä työpaikkoja? Uskoakseni vaikutus on ollut molemminpuolista ja kiinnostus kaksoisdiagnoosiproblematiikkaa kohtaan on suunnannut valintojani. Käytännön kokemus on myös tuonut uudenlaista mielekkyyttä tämän tutkielman työstämiseen.

Tässä tutkielmassa tehtäväni on pyrkiä tavoittamaan kaksoisdiagnoosipotilaan kokemuksia sairaudestaan ja saamastaan hoidosta. Lähestyn haastatteluja fenomenologis-hermeneuttisesta viitekehyksestä ja käytän sisällönanalyysiä apuna haastatteluaineiston analyysissä. Tavoitteena on valottaa kokemuksille annettuja subjektiivisia merkityksiä. Eri ihmiset voivat jakaa saman kokemuksen tiettyyn rajaan saakka, mutta kokemuksen merkitys on kullekin yksilölle erilainen ja ainutlaatuinen. Kokemukset ja niiden saamat merkitykset muokkaavat kunkin ihmisen ainutkertaisen todellisuuden. Sivuan myös subjektiivisuuden ja asiantuntijuuden käsitteitä, mutta niiden perusteellisempi tarkastelu on rajattu tämän tutkielman ulkopuolelle. Kaksoisdiagnoosipotilaat ovat yksi syrjäytymis- ja marginalisaatiokeskustelun kohde. He ovat usein päihde- ja mielenterveysongelmiensa vuoksi työelämän ulkopuolella, mahdollisesti asunnottomia tai asuvat tilapäisissä asunnoissa. He ovat menettäneet hallinnan elämästään tai vaarassa menettää sen. Sosiaalityöntekijät ovat avainasemassa näiden tilanteiden työstämisessä.

Perttula (1995, 100) korostaa, että tajunnalliset merkityssuhteet ovat olemassa vain ihmisen koetussa maailmassa, joten tutkijan konstruktiota ei pidä suhteuttaa tutkittavan kokemuksen

ulkopuoliseen todellisuuteen. Tutkimuskirjallisuuden lomassa esittämäni omat pohdintani kaksoisdiagnoosipotilaiden elämäntilanteista koostuvat paljolti siitä, mitä olen psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijän sijaisena nähnyt, kuullut ja kokenut. En voi ulkoistaa omia kokemuksiani kaksoisdiagnoosipotilaiden kohtaamisista. Olen kuitenkin tietoinen, että kyseessä on ulkopuolisen – minun – kokemus.

Aloitan tutkielmani teoriaosuuden kaksoisdiagnoosikäsitteen määrittelyllä. Esittelen perinteistä kvantitatiivista kaksoisdiagnoositutkimusta liittyen lähinnä ongelman syntymekanismiin ja esiintyvyyteen. Koska toisena tutkimustehtävänäni on saada tietoa kaksoisdiagnoosipotilaan hoitokokemuksista, näen tarpeellisena tehdä lyhyen katsauksen myös hoitokäytäntöihin. Aiemmat tutkimukset skitsofrenian ja alkoholiriippuvuuden yhteisesiintyvyydestä taustoittavat tutkimani henkilön paikkaa kaksoisdiagnoosipotilaiden heterogeenisessä ryhmässä. Kolmannessa luvussa siirryn kokemusten filosofian kautta kokemusten tutkimiseen. Teen lyhyen katsauksen fenomenologiaan ja siihen liittyvään käsitteistöön. Tämän jälkeen tarkennan näkökulmani vaikeissa elämäntilanteissa olevien kokemusten tutkimiseen. Luvussa neljä esittelen tutkimuskysymykseni ja kuvaan teemahaastattelua aineistonkeräysmenetelmänä. Viidennessä luvussa johdattelen sisällönanalyysin periaatteisiin ja kuvaan analyysini etenemistä sisällönanalyysin vaiheiden mukaisesti. Esitän tutkimukseni tulokset luvuissa kuusi ja seitsemän. Tulosten tarkastelun ja johtopäätösten yhteydessä selvitän, millaisia merkityksiä sisältyy kaksoisdiagnoosipotilaan kokemuksiin päihde- ja mielenterveysongelmista sekä niiden hoidosta. Lopuksi arvioin tekemieni ratkaisujen onnistumista ja tutkimukseni luotettavuutta luvussa yhdeksän.

## 2 KATSAUS KAKSOISDIAGNOOSIPROBLEMATIIKKAAN

Tämän luvun tarkoituksena on antaa tietoa ja laajentaa käsitystä kaksoisdiagnoosista. Esittelen tarkemmin kaksoisdiagnoosin käsitettä sekä kaksoisdiagnoosiongelmiin syntyä ja esiintyvyyttä. Käsitteen käyttö on sosiaalityönkin alalla yleistynyt. Viime aikoina moniongelmaisuus on lisääntynyt: mielenterveysongelmiin liittyy päihdeongelmia ja päihdeongelmiin mielenterveysongelmia, syrjäytymistä sekä taloudellista ja sosiaalista huono-osaisuutta. Tämän vuoksi sekä mielenterveys- että päihdeongelmia tulee tarkastella monesta eri näkökulmasta. (Saarelainen ym. 2000, 88.)

### 2.1 Kaksoisdiagnoosin määrittelyä käsitteenä

Kaksoisdiagnoosi on käsitteenä melko uusi, mutta sen taakse kätkeytyvät ongelmat ovat olleet todellisuutta jo pitkään. Käsite ei ole diagnoosi, joka lukisi esimerkiksi sairaalan sairauskertomuksessa, vaan se kuvaa ihmistä, jolle voidaan samanaikaisesti antaa jokin sekä mielenterveys- että päihdediagnoosi. Lääke- ja hoitotieteen puolella tällaista yhteisesiintyvyyttä kutsutaan komorbiditeetiksi. Eri sairauksia paikannetaan tutkimalla ihmisen sairaushistoriaa, perehtymällä hänen elämäänsä ja suorittamalla psykologisia testauksia. Kaksoisdiagnoosiin liittyvä mielenterveysongelma voi olla esimerkiksi persoonallisuushäiriö, mielialahäiriö tai psykoositasoinen sairaus. Päihdeongelma voi liittyä alkoholin, huumeiden tai lääkkeiden liika- tai väärinkäyttöön. Mielenterveysongelmien lisäksi myös päihdeongelmat kuuluvat nykyään psykiatriin tautiluokituksiin, joista tällä hetkellä Suomessa on käytössä ICD-10 ja esimerkiksi USA:ssa DSM-IV. Näiden luokitusten avulla määritellään kriteerit, jotka täyttämällä henkilölle voidaan asettaa jonkin sairauden diagnoosi. Tässä yhteydessä näiden kriteerien tarkempi läpi käyminen ei ole kuitenkaan perusteltua, koska en tutki sairauksia ja diagnooseja vaan kokemuksia ja merkityksiä. Kuvaan kuitenkin myöhemmin lyhyesti haastateltuun henkilöön liittyviä skitsofrenian ja alkoholi-ongelman tyypillisiä oireita.

Maailman terveysjärjestön WHO:n vapaasti käännetty määritelmä kaksoisdiagnoosista on seuraavanlainen:



*Kaksoisdiagnoosi (dual diagnosis) on yleistermi, jolla viitataan päihdeongelman ja jonkin psykiatrisen häiriön yhteisesiintyvyyteen samalla henkilöllä. Tällaista yksilöä kutsutaan joskus myös psyykkisesti sairaaksi päihdeiden väärinkäyttäjäksi. (Mentally ill chemical abuser = MICA.) Joskus termillä viitataan kahden psykiatrisen häiriön yhteisesiintyvyyteen, johon ei liity päihdyttävien aineiden käyttöä. Termiä on myös käytetty puhuttaessa kahden eri päihdeongelman yhteisesiintyvyydestä. Tuolloin sillä ei viitata kyseisten kahden tilan yhteyteen tai mihinkään syy-suhteeseen niiden välillä. Synonyymi: komorbiditeetti.*

Terveystieteissä englanninkielistä ilmausta 'dual diagnosis' käytettiin alun perin puhuttaessa kehitysvammaisista tai niistä, joilla oli oppimisvaikeuksia sekä samanaikaisesti myös jokin psyykinen sairaus (Evans & Sullivan 1990; ref. Gafoor & Rassool 1998, 498). Myöhemmin termi otettiin käyttöön päihdehuollon palveluissa eli kaksoisdiagnoosipotilaiksi nimitettiin päihdeiden väärinkäyttäjää, joilla oli myös jokin psyykinen diagnoosi. Kaksoisdiagnoosia voidaankin pitää sateenvarjokäsitteenä, joka kattaa suuren joukon samanaikaisesti esiintyviä mielenterveys- ja päihdeongelmia. (Gafoor & Rassool 1998, 498.)

Aina ei ole kyseessä kaksoisdiagnoosi, vaikka siltä aluksi vaikuttaisi. Päihtymistila tai vieroitusoireet saattavat aiheuttaa mielenterveyden häiriöiden kaltaisia oireita, joita on vaikea erottaa erillisistä mielenterveyden häiriöistä. Ensisijaisesti katsotaan oireiden johtuvan päihtymistilasta tai vieroitusoireista. Mielenterveyden häiriö voidaan diagnosoida, kun päihtymistilasta tai vieroitusoireista on kertynyt vähintään neljä viikkoa, jolloin voidaan katsoa päihdeiden aiheuttamien psyykkisten oireiden riittävästi normalisoituneen. Tutkimusten perusteella voidaan todeta, että mielialahäiriö, ahdistuneisuushäiriö, psykoottiset häiriöt, vaikeat persoonallisuushäiriöt ja nuorten käytöshäiriöt ovat päihdeiden käyttäjillä yleisempiä kuin muulla väestöllä. (Kuoppasalmi ym. 2007, 437 – 438.) Tärkeää on jatkaa voimien seuranta riittävän kauan, jotta todelliset kaksoisdiagnoosit voidaan erottaa joukosta ja keskittyä oikeanlaisen jatkohoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen (Mäkelä 2003, 183).

Sosiaalitoimien eri toimipisteissä kaksoisdiagnoosipotilas on aiemmin tunnettu 'hankalana asiakkaana' tai 'toivottomana tapauksena'. Medikalisaation myötä sosiaalitoimissa on alettu puhua kaksoisdiagnoosipotilaista ja -asiakkaista. Tämä kertoo toisaalta lääketieteen valta-asemasta, mutta myös helpottaa yhteistyötä yhteisten käsitteiden käyttämisen myötä.

## 2.2 Kaksoisdiagnoosiongelman kehittyminen

Kaksoisdiagnoosipotilaat ovat melko heterogeeninen joukko, koska diagnoosiyhdistelmiä on monenlaisia. Paljon on selvitelty sitä, johtaako päihdeongelma mielenterveysongelmaan vai aiheuttaako mielenterveysongelma päihdeongelman. Britanniassa Phillips ja Johnson (2001) kävivät läpi aiheesta tehtyjä tutkimuksia, jotka antoivat ristiriitaista ja vaihtelevaa tietoa. Psykoottisesti sairaiden päihteiden käyttö näyttää liittyvän paikallisiin käytäntöihin ja niihin vaikuttaviin laajempiin sosiaalisiin ja kulttuurisiin tekijöihin. Sosiaalinen eristyneisyys, ikävystyminen, mielekkään tekemisen puute, vaikeudet arkisessa vuorovaikutuksessa sekä sosiaalinen elämä ja verkosto yleensä ovat mahdollisia kaksoisdiagnoosiproblematiikan selittäviä tekijöitä, mutta lisätutkimusta tästäkin tarvitaan.

Periaatteessa kaksoisdiagnoosiproblematiikan syntyä voidaan kuvata neljällä eri tavalla:

- 1) ensisijaisena ongelmana on jokin mielenterveyden häiriö, johon liittyy päihteiden väärinkäyttöä
- 2) ensisijaisena ongelmana on päihdeongelma, johon liittyy mielenterveysongelma
- 3) päihde- ja mielenterveysongelmat esiintyvät samanaikaisesti toisistaan riippumattomina
- 4) jokin yhteinen tekijä (esim. posttraumaattinen stressireaktio) johtaa molempien ongelmien syntymiseen (Gafoor & Rassool 1998, 498).

Päihteiden käytön aloittaminen voi liittyä yritykseen helpottaa jotain mielenterveysongelmaa. Psykiatrisista potilaista jonkinasteinen päihdeongelma on 40 – 80 %:lla (Mäkelä 2003, 185). Lyhytaikaisen ahdistuksen tai paniikkikohtausten pelkoon päihteet voivat tuoda aluksi helpotusta, mutta niiden käyttö jatkuvana lääkityksenä muuntuukin ongelmaksi. Jotkut voivat esimerkiksi käyttää amfetamiinia masennuksen itsehoitona, mistä saattaa seurata riippuvuus. Masennus ei kuitenkaan häviä vaan on tullut toinen ongelma yhden aikaisemman lisäksi. Muutkin päihteet saattavat altistaa masennukselle tai laukaista masennuksen. Päihteiden käytöllä voi olla negatiivinen vaikutus masennuksesta toipumiseen. Miehillä päihdeongelmat usein edeltävät masennusta, kun taas naisilla päihdeongelmat tulevat kuvaan masennuksen alkamisen jälkeen. (Isometsä 2007, 165.)

Psykiatristen laitospaikkojen vähentämisellä on ollut monenlaisia vaikutuksia. Positiiviseksi asiaksi tarkoitettu potilaiden sijoittaminen muiden kansalaisten keskuuteen ja sitä kautta leimautumisen ja syrjinnän väheneminen ei ole kokonaisuudessaan toteutunut. Psykkiseen sairastamiseen voi liittyä

taloudellisia ongelmia, asunnottomuutta ja yksinäisyyttä. Psykkisesti sairaat kokevat edelleen syrjintää ja ajautuvatkin helposti muiden syrjäytettyjen – esimerkiksi päihteiden käyttäjien – keskuuteen ja samalla altistavat itsensä päihdeongelmille (Lamb & Bachrach 2001; ref. Drake & Mueser 2002, 100).

Päihteiden käyttöön altistavat perinnölliset ja kognitiiviset tekijät, sosioekonominen asema sekä muut psykososiaaliset tekijät. Neuroleptien aiheuttamien sivuoireiden tai mielihyvän menettämisen vuoksi päihteitä voidaan käyttää itselääkintäkeinona; tosin tämän hypoteesin paikkansa pitävyyttä on kyseenalaistettu (Pristach & Smith 1996; ref. Soyka 2000, 1614). Gafoorin ja Rassoolin (1998, 501) mukaan epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä ja skitsofreniasta kärsivät ovat muita alttiimpia päihteiden väärinkäytölle. Päihdeongelmien kanssa esiintyy yleisesti myös muita persoonallisuushäiriöitä sekä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöitä. Niiden syntymiseen ja ennusteeseen vaikuttavat henkilön biologiset tekijät, ihmissuhdetekijät sekä yhteiskuntaan liittyvät tekijät. (Kuoppasalmi ym. 2007, 417.)

Useiden eri ongelmien kasautuminen samojen henkilöiden kohdalle näkyy kaksoisdiagnoosipotilaiden elämässä. Yksi ongelma johtaa toiseen ja moniongelmaisuuuden perimmäisen syyn selvittäminen on hankalaa. Tärkeämpää kuin syiden etsiminen on kuitenkin keinojen löytäminen olemassa olevien ongelmien helpottamiseksi ja moniongelmaisuuuden kehittymisen ehkäisemiseksi.

### 2.3 Kaksoisdiagnoosiongelman esiintyvyys

Kaksoisdiagnoosin yleisyyttä on tutkittu monissa eri yhteyksissä ja esiintyvyyshluvut vaihtelevat melkoisesti. Jos esiintyvyyttä tarkastellaan koko väestössä, on se ymmärrettävästi huomattavasti pienempi kuin psykiatrisen sairaalan vastaanottoon tulevien kohdalla. Luvut vaihtelevat myös sen mukaan, tarkastellaanko diagnooseja tutkimushetkellä vai onko kyseessä koko elinikään liittyvä ”riski kaksoisdiagnoosiin”. Esiintyvyyshlukuja vertailtaessa on siten syytä pitää mielessä konteksti, jossa levinneisyyttä tarkastellaan. Tutkijat ovat kuitenkin yksimielisiä siitä, että kaksoisdiagnoosiongelma on lisääntynyt voimakkaasti.

USA:ssa kaksoisdiagnoosiongelman erityisyyteen on havahduttu jo 1980-luvulla. Englannissa Phillips ja Johnson (2001) tarkastelivat 1980 – 1990-luvuilla tehtyjä tutkimuksia psykoottisesti

sairaiden päihteiden käytöstä. Näiden tutkimusten mukaan kaksoisdiagnoosiproblematiikka ei ole Euroopassa yhtä yleistä kuin USA:ssa. Tämä osaltaan selittänee kaksoisdiagnoositutkimuksen keskittymisen USA:han.

### *Esiintyvyys ulkomaisissa tutkimuksissa*

USA:ssa 1980-luvulla tehdyssä yleisväestöön kohdistuneessa Epidemiological Catchment Area (ECA) -tutkimuksessa kartoitettiin päihde- ja mielenterveysongelmien erillistä ja yhteisesiintyvyyttä. Siinä havaittiin, että 29 %:lla jotain mielenterveysongelmaa sairastaneesta voitiin todeta samanaikainen päihdeongelma. Päihdeongelma liittyi jossain elämänvaiheessa skitsofreniaan 47 %:lla ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön 57 %:lla tutkituista. (Regier ym. 1990.)

Samansuuntaisia tuloksia saatiin myös kanadalaisessa tutkimuksessa, jossa oli mukana 207 jo pitkään psyykkisesti sairastanutta avohoitopotilasta. Suurimmalla osalla diagnoosina oli skitsofrenia. Heistä 44,9 %:lla eli 93 henkilöllä voitiin diagnosoida myös päihdeongelma jossain elämänvaiheessa. Tutkimushetkellä kaksoisdiagnoosi voitiin todeta kuitenkin vain 14 %:lla (29 kpl) kaikista tutkituista. (Margolese ym. 2004.) Toisen kanadalaisen tutkimuksen mukaan jopa noin 60 % skitsofreenikoista käyttäisi huumeita (Addington & Duchak 1997; ref. Crawford ym. 2003, 21). Kanadassa ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneista henkilöistä 44,5 %:lla todettiin hoitoon hakeutumishetkellä myös päihdeongelma (Van Mastrigt ym. 2004, 70).

USA:ssa toteutetuista tutkimuksista poikkeavia tuloksia on saatu Brasiliassa. Siellä on tutkittu mielenterveyspalveluja tarjoavien yksiköiden potilaita, joilla oli vakava mielenterveysongelma. Tutkimuksessa oli mukana 192 henkilöä, joista yli puolet sairasti skitsofreniaa ja lähes neljäsosa kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Kaksoisdiagnoosi todettiin ainoastaan 10,4 %:lla, mikä on melko vähän kehittyneisiin maihin verrattuna. Todennäköiset selittävät tekijät löytyvät kulttuurieroista. Valtio ei Brasiliassa osallistu kovin aktiivisesti psyykkisesti sairaiden hoitoon ja kuntoutukseen, joten he ovat pääasiassa oman perheensä ja sukulaistensa vastuulla. Tällaisessa tiiviissä yhteisössä asuminen mahdollistaa esimerkiksi rahan ja päihteiden käytön kontrolloinnin. Brasiliassa ei myöskään ole tapana käyttää alkoholia, kun on lääkitystä vaativa sairaus. (Menezes & Ratto 2004.)

Englantilaista tutkimustietoa kaksoisdiagnoosista alkoi ilmestyä vasta 1990-luvulla. Menezes ym. (1996) tutkivat tuolloin Etelä-Lontoossa vakavasta mielenterveyshäiriöstä kärsivien huume- ja alkoholiongelmia. Kyseisessä tutkimuksessa noin 32 %:lla tutkituista (prevalenssi) havaittiin

alkoholin väärinkäyttöä ja 16 %:lla huumeiden käyttöä. (Menezes ym. 1996; ref. Gafoor & Rassool 1998, 498.) Kun aihetta tutkittiin myöhemmin päihdehuollon näkökulmasta, kaksoisdiagnoosiongelmaa esiintyi vieläkin useammilla. Pääosin vuonna 1999 Englannissa tehdyssä tutkimuksessa päihdehuollon asiakkaista 53 %:lla tiedettiin tai arveltiin olevan myös jokin mielenterveysongelma (Barnes ym. 2002, 17).

### *Esiintyvyys suomalaisissa tutkimuksissa*

Laitoshoitopaikkojen vähentäminen on tehnyt kaksoisdiagnoosiongelman näkyvämmäksi, koska suurempi osa potilaista on avohoidossa ja he liikkuvat kaduilla keskuudessamme. Yrjö Nuorvala (1996, 29) kirjoitti jo yli kymmenen vuotta sitten, että joidenkin arvioiden perusteella suurin osa huumeidenkäyttäjistä kärsisi mielenterveysongelmista. Pohjoismaiset arviot huumeidenkäyttäjien psyykkisten sairauksien yleisyydestä kuitenkin vaihtelevat. Eroihin vaikuttaa se, kuinka tiukasti päihdeongelma ja psyykkinen sairaus määritellään.

Riitta Alaja ym. (1997) raportoivat tutkimuksesta, johon aineisto kerättiin kuudesta suomalaisesta sairaalasta (joukossa neljä yliopistosairaala). Psykiatrian konsultaatioon ohjatuista 1222 potilaasta 28 %:lla voitiin todeta jonkin päihteen väärinkäyttöä. Päihdeongelmat olivat yleisimpiä 35 – 50-vuotiaiden ryhmässä: miehistä 53 %:lla ja naisista 29 %:lla diagnosoitiin mielenterveysongelman lisäksi myös jokin päihdeongelma. 75 %:lla kyseessä oli alkoholiongelma.

Helsingin kaupungin teettämän tutkimuksen mukaan päihteen käyttö on jatkuvasti yleistynyt avohoidossa olevien psyykkisesti sairaiden henkilöiden kohdalla. Samalla myös tietoisuus päihderiippuvaisten henkilöiden psykiatrisen tutkimuksen ja hoidon tarpeesta on lisääntynyt. (Eskola & Metsä-Simola 2000, 10.) Ongelmien yleistyminen näkyy avohoidon asiakasmäärissä. Helsingin A-klinikoilla asiakasmäärä on kasvanut yleistyneen päihteen käytön ja lisääntyneen kaksoisdiagnoosipotilaiden määrän vuoksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöllä heitä pyritään auttamaan, mutta hoitokäytännöistä sopiminen on ollut ongelmana, samoin resurssipula. Usein on vaikea sopia siitä, kumpi ongelmista on ensisijainen. Kyseisessä tutkimuksessa ilmeni, että psykiatrian päivystyspoliklinikalla jopa 40 % oli päihdeongelmaisia. Yhtenä syynä tähän on muiden päivystävien yksiköiden riittämättömyys. (mt., 20 – 24.)

Suomen terveydenhuollossa vuosina 1987 – 2002 tuotettuja sairaalahoitojaksoja tarkasteltaessa on havaittu kaksoisdiagnoosipotilaiden määrän lisääntyneen kyseisenä ajanjaksona noin

viisinkertaiseksi.<sup>1</sup> Kasvua oli erityisesti psykoottisiin häiriöihin ja mielialahäiriöihin liittyvissä kaksoisdiagnooseissa. Psykoosiryhmään kuuluvan skitsofrenian kohdalla hoitotaksot lisääntyivät viiden vuoden seurantajakson aikana 33:sta 304:ään. Tutkittuna aikana ei tuotettujen sairaalahoitotaksoiden kokonaismäärässä tapahtunut oleellisia muutoksia, mutta psykiatrien laitospaikkojen määrä on jatkuvasti vähentynyt. Nämä seikat huomioiden voidaan kaksoisdiagnoosipotilaiden määrän lisääntymistä pitää merkittävänä. (Partanen ym. 2004, 148 – 152.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä v. 2002 – 2003 tutkittiin huumeapotilaiden hoitoon sitoutumista. Tutkimukseen osallistui 65 osastohoidossa ollutta potilasta, joista 15:lle eli 23 %:lle voitiin asettaa päihdediagnoosin lisäksi jonkin mielenterveyshäiriön diagnoosi. Useimmiten kyseessä oli persoonallisuushäiriö. Lisäksi tässä tutkimuksessa tuli esiin näiden kaksoisdiagnoosipotilaiden huono hoitotulos ja hoidossa pysyminen. Pienen otoskoon perusteella ei kuitenkaan voida tehdä pitkälle meneviä yleistyksiä, mutta tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina. (Järvenkylä 2004, 23 – 24.)

Mistä tämä kaksoisdiagnoosiongelmien lisääntyminen johtuu? Sen taustalta voi löytyä useita eri selityksiä. Etenkin huumeiden käytön lisääntyminen on kiistaton tosiasia. Onko sen myötä alettu kiinnittää enemmän huomiota diagnosoimien tarkkuuteen? Onko aiemmin puhuttu esimerkiksi epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä, johon päihteiden käyttäminen liittyy oleellisena osana ja vasta myöhemmin siihen liittyvä päihdeongelma on saanut oman diagnoosinsa? Onko diagnoosien merkitsemisestä potilastietoihin tullut tarkennuksia tai uusia ohjeistuksia? Onko päihdeongelmien puheeksi ottaminen helpottunut ja siten myös niiden tunnistaminen? 1980-luvulla alkaneen laitoshoitopaikkojen vähentämisen myötä ei avohoidon lisäämistä suunnitelmien mukaisesti ole toteutettu tähän päivään mennessä. Kun intensiiviseen psykiatriseen avohoitoon on hankala päästä, ongelmat voivat entisestäänkin pahentua ja niihin puututaan liian myöhään. Laitoshoitoon pääsevät vain todella huonossa kunnossa olevat potilaat, joista monilla on useampia ongelmia, sekä päihde- ja mielenterveysongelmia että myös sosiaalisia ongelmia. Aina avuntarvitsija ei enää itse ymmärrä hakeutua hoitoon, vaan hänet tuodaan hoitoon oman tahdon vastaisesti.

---

<sup>1</sup> Tässä tutkimuksessa ei huomioitu alkoholin ongelmakäyttöön tai älylliseen kehitysvammaisuuteen liittyviä diagnooseja.

## 2.4 Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon järjestäminen

Vallitseva käytäntö on ollut, että päihde- ja mielenterveysongelmia on hoidettu sektoroituneen palvelujärjestelmän eri organisaatioissa. Päihdeongelmien hoito on kuulunut sosiaalitoimen ja mielenterveysongelmien hoito terveydenhuollon vastuulle. Kaksoisdiagnoosipotilaat saattavat apua hakiessaan ajelehtia hoitojärjestelmien välillä ja jopa jäädä ilman palveluita eli pudota järjestelmien väliin. Päävastuu näiden ihmisten hoidosta ei aina tunnu kuuluvan millekään sektorille eikä pysyviä tuloksia aina saavuteta. Tarvittavaa hoitoa ei kyetä antamaan eikä kaksoisdiagnoosipotilas osaa aina vaatia apua. Mitä vakavammista ongelmista on kyse, sitä hankalampaa henkilön itsensä on hakea apua. Kipeästi apua tarvitseva sairas ihminen jää pahimmassa tapauksessa yksin omaan kotiinsa – jos hänellä vielä koti on. Joidenkin kohdalla ammattilainen on evännyt mahdollisuuden viimesijaisiinkin asumispalveluihin.

Kavanagh ym. (2000, 279 – 289) ovat Australiassa tutkineet terveydenhuoltohenkilökunnan kokemuksia ja mielipiteitä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta. Tähän kvantitatiiviseen kyselyyn osallistui 492 henkilöä, joista 112 työskenteli päihdehuollossa ja 380 mielenterveyspuolella. Heistä peräti 98 % oli havainnut kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa huomattavia ongelmia. Tarkoituksenmukaisiin työ- ja kuntoutusohjelmiin pääsy oli vaikeaa. Asumispalveluita oli tarjolla liian vähän. Informaation ja ryhmätoiminnan järjestäminen kaksoisdiagnoosipotilaiden perheille koettiin puutteelliseksi, samoin nuorten kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon järjestäminen. Pelkästään mielenterveys- tai päihdepalvelujen tarjoamista kroonistuneille kaksoisdiagnoosipotilaille ei pidetty sopivana. Hoidon koordinointi ja vastuu palvelujen tuottajien välillä oli ongelmallista.

Deans ja Soar (2005) raportoivat toisesta Australiassa toteutetusta terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia kartoittaneesta tutkimuksesta. Työskentely kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa koettiin ongelmallisena ja kuormittavana sekä tietoa ja ammattitaitoa vaativana tehtävänä. Vaikka näiden ammattilaisten oletetaan tarjoavan kaksoisdiagnoosipotilaille parasta mahdollista hoitoa, monilla heistä on kuitenkin rajallinen valmius ja kokemus kaksoisdiagnoosiongelmiin käsittelyyn. Ammattilaiset kokivat turhautumista sekä mielipahaa ja voimattomuutta yrittäessään ymmärtää asiakkaidensa päihteiden käyttöä ja samalla ylläpitää korkealaatuisia mielenterveyspalveluja.

Eri maissa tehdyissä tutkimuksissa on toistuvasti tuotu esiin organisaatioiden erillisyyden ja yhteistyön puutteellisuuden aiheuttamat haitat kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa (ks. esim. Miller 1995; Kavanagh ym. 2000; Barnes ym. 2002). Muutosta tässä asiassa on kuitenkin tapahtunut. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon ja kuntoutukseen on alettu kiinnittää enemmän huomiota ja on kehitetty toimivampia hoitokäytäntöjä. Aiemmin korostettiin huumeiden tai alkoholin käytön lopettamisen tärkeyttä ennen mielenterveysongelmien hoitoa. Sittemmin tämä lähtökohta on kuitenkin kyseenalaistettu. Jo 1980-luvulta lähtien on paikallisissa mielenterveysyksiköissä USA:ssa sekä useissa muissa maissa sovellettu vakavasta mielenterveyden häiriöstä ja samanaikaisesta päihteiden väärinkäytöstä kärsivien kohdalla integroitua hoitoa. Sen periaatteena on, että mielenterveys- ja päihdeongelmaa hoidetaan samanaikaisesti samassa yksikössä. Integroitu hoito onkin todettu kaksoisdiagnoosiongelman tehokkaimmaksi hoitomuodoksi. Menestyksekkään lopputuloksen saavuttamiseksi tarvitaan verkostotyötä potilaan, hänen läheistensä sekä eri viranomaisten kesken hoidon eri vaiheissa. Yhteistyötä tarvitaan muutokseen motivoinnissa, aktivoinnissa sekä sen ylläpitämisessä. (Torrey ym. 2002, 507.)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon ja kuntoutukseen on alettu kiinnittää enemmän huomiota myös Suomessa. Yliopistosairaaloihin on perustettu – tai ollaan perustamassa – erityisiä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon erikoistuneita osastoja. Samoin kuntoutumiskoteja ja muita kuntoutusmuotoja on luotu kaksoisdiagnoosipotilaiden jatkohoidon takaamiseksi. Tampereen kaupungin mielenterveyspalvelujen kehittämissuunnitelmassa vuosille 2002 – 2012 on kiinnitetty huomiota kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon parantamiseen sekä eri organisaatioiden välisen yhteistyön tehostamiseen. Ohjelmassa todetaan mielenterveys- ja päihdetyöllä olevan yhteistä niin paljon, että niitä tulisi kehittää yhtenä kokonaisuutena. Päihdeongelmaa hoidettaessa on tärkeää huomioida potilaan yksilöllinen psykososiaalinen kokonaistilanne sekä psykiatriset oheisdiagnoosit, koska päihteiden käyttö useimmiten liittyy juuri yritykseen helpottaa psyykkistä oireilua. Koska ongelmat pahentavat toinen toistaan, vaatii tällaisen potilaan hoito erityistä huomiota. Tarkoituksenmukaista olisi yhtenäisen hoitojärjestelmän luominen kaksoisdiagnoosipotilaille integroimalla olemassa olevat resurssit. (Tampereen kaupungin mielenterveyspalvelujen kehittämissuunnitelma vuosille 2002 – 2012, 74 – 75.)

Käytännön sosiaalityössä on alkanut vähitellen näkyä kaksoisdiagnoosipotilaiden ongelmiin puuttuminen. Aiemmin käytännön tasolla näkyi selvästi kaksoisdiagnoosipotilaiden syrjintä mielenterveyspalveluissa. Jatkohoitopaikan löytäminen psykiatrisen erikoissairaanhoidon jälkeen on kokemukseni mukaan kuitenkin helpottunut.



## 2.5 Skitsofrenia ja alkoholiongelma kaksoisdiagnoosina

Skitsofrenia on psykoosiksi luokiteltava mielenterveyden häiriö, jonka kehittymisen taustalla on monia tekijöitä. Tyypillisiä skitsofrenian oireita ovat harhaluulot, aistiharhat, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus, tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen sekä tahdottomuus. Oirehtiminen kestää vuosia tai vuosikymmeniä ja oireet vaihtelevat ajan mittaan. Käytännössä oireet vaikeuttavat luovaa ajattelua, läheisten ihmissuhteiden ylläpitämistä sekä omien ajatusten ja tunteiden ilmaisemista. Skitsofreniassa erotetaan useita eri alatyyppejä oireiden perusteella. Esimerkiksi paranoidisessa skitsofreniassa hallitsevia oireita ovat vainoharhat. (Isohanni ym. 2007, 73 – 75.)

Alkoholiriippuvuudelle tunnusomaista on vastustamaton halu juoda alkoholia ja alkoholin sietokyvyn kehittyminen. Tyypilliset vieroitusoireet kehittyvät jo laskuhumalassa ja ne lievittyvät alkoholilla tai muulla keskushermostoon lamaavasti vaikuttavalla aineella. Alkoholista riippuvaisen henkilön elämä keskittyy alkoholin hankintaan, juomiseen ja sen vaikutuksista selviämiseen. Alkoholin väärinkäyttö – diagnoosia käytetään, kun voidaan selkeästi osoittaa alkoholinkäyttöön liittyviä fyysisiä tai psyykkisiä haittoja. (Kuoppasalmi ym. 2007, 443.)

Skitsofrenia ja päihdeongelma eivät automaattisesti liity toisiinsa. Kuitenkin useissa tutkimuksissa eri puolilla maailmaa näiden sairauksien on todettu kasautuvan samojen ihmisten taakaksi. 1990-luvulla suomalaisen aineiston perusteella todettiin, että viidesosalla skitsofreniaa sairastavista miehistä on myös alkoholin ongelma- ja väärinkäyttöä (Isohanni ym. 2007, 91). Skitsofreniaan yleisimmin liittyvä sairaus onkin juuri alkoholiongelma (Drake & Mueser 2002, 99). USA:ssa toteutetun tutkimuksen mukaan skitsofreniaa sairastavilla on kolminkertainen riski väärinkäyttää alkoholia ja kuusinkertainen riski käyttää huumeita (Ries ym. 2000; ref. Crawford ym. 2003, 21). Soykan (2000) mukaan tutkimuksissa on saatu selkeitä tuloksia päihteiden, etenkin alkoholin, väärinkäytön ja skitsofrenian välillä (ks. esim. Mueser ym. 1992a, 1992b; Smith & Hucker 1994). Mueser ym. (1990) kävivät läpi 32 tutkimusta, joissa todettiin, että skitsofreenikoista 12,3 % - 50 % kärsi jossain elämänsä vaiheessa alkoholiongelmista. USA:ssa tehty Epidemiological Catchment Area -tutkimus on tuonut vahvistusta siihen, että skitsofreenikoilla on normaaliväestöön verrattuna moninkertainen riski sairastua alkoholismiin. Kyseisessä tutkimuksessa skitsofreenikoista (tai skitsoformisesta häiriöstä kärsivistä) 33,7 %:lla voitiin todeta alkoholiongelma jossain elämänsä vaiheessa. (Regier ym. 1990.) Swoffordin ym. (2000) USA:ssa toteutetussa tutkimuksessa oli

mukana 262 avohoidossa ollutta skitsofreenikkaa, joista 55 %:lla oli jossain vaiheessa elämäänsä ollut tai oli parhaillaan päihteiden ongelmakäyttöä.

Ajautuvatko skitsofreniaa sairastavat muita ihmisiä helpommin käyttämään alkoholia ja muita päihteitä? Periaatteessa päihteiden käytön syyt ovat kaikilla samoja. Voidaan kuitenkin eritellä biologisia, psykologisia sekä ympäristöön liittyviä tekijöitä, jotka oletettavasti lisäävät skitsofreenikoiden alttiutta päihteiden ongelmakäyttöön. Heidän heikentynyt harkintakykynsä ja impulssikontrollinsa voivat edesauttaa päihdeongelman muodostumista. (Drake & Mueser 2002, 100.) Joissain tapauksissa päihteet lievittävät skitsofrenian oireita tai antipsykoottisen lääkityksen sivuoireita. Päihteiden käytöstä itselääkintäkeinona on kuitenkin ristiriitaista tutkimustietoa. Usein alkoholiongelma on jo olemassa ennen kuin skitsofreniaan sairastutaan ja vaikka eri päihteiden vaikutus voi olla erilaista, niiden on paremminkin todettu pahentavan kuin helpottavan skitsofrenian oireita. (Chambers ym. 2001; ref. Drake & Mueser 2002, 100.) Myös Hambrecht & Häfner (1996) ovat tutkineet skitsofrenian ja alkoholismien syy – seuraus-suhdetta. Heidän raportoimassaan pitkittäistutkimuksessa alkoholin väärinkäyttö pääasiassa edelsi ensimmäisiä skitsofrenian oireita. Järjestys oli päinvastainen skitsofrenian positiivisten oireiden, esim. kuulo- ja näköharhojen, ollessa kyseessä. Useimmissa tutkimuksissa on kuitenkin todettu skitsofrenian pääosin edeltävän alkoholiongelmaa (Soyka 2000, 1614).

Skitsofreenikoilla alkoholismien syntyä ennakoivat laitoshoidossa vietettyjen päivien määrä, epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö, miessukupuoli sekä käytöshäiriöt. Alkoholin vaikutus keskushermoston dopaminergiseen aineenvaihduntaan saattaa myös vaikuttaa asiaan. (Mueser ym. 2000; Volkow ym. 1996; ref. Soyka 2000, 1614.) Muihin skitsofreniapotilaisiin verrattuna päihdeongelmaiset skitsofreenikot ovat useammin väkivaltaisia ja itsetuhoisia sekä lääkehoitonsa laiminlyöviä. Heidän psykoosinsa puhkeaa muita nuorempana ja johtaa huonoon ennusteeseen sekä useampiin sairaalahoitoihin. Pyrittäessä erottamaan kaksoisdiagnoosia pelkistä alkoholidiagnooseista tulee kiinnittää huomiota oireiden alkamisen ajankohtaan ja järjestykseen, psyykkisten oireiden määrän ja laadun ja alkoholin käytön määrän ja keston suhteeseen sekä päihtyneisyyteen tai vieroitusoireiden määrään hoitoon tultaessa. (Mäkelä 2003, 188.)

Arvokasta tietoa alkoholiongelmien ja skitsofrenian yhteisesiintyvyydestä saadaan seurantatutkimusten avulla eli keräämällä tietoa samojen henkilöiden kohdalta useana eri ajankohtana. Korkeintaan vuoden kestäneissä yhdysvaltalaisissa seurantatutkimuksissa avohoidossa olleiden skitsofreenikoiden hoitotulosten todettiin olevan huonoja. Alkoholin ongelmakäyttö jatkui,

esiintyi paljon asunnottomuutta, häiritsevää käytöstä, psykiatrisia sairaalajaksoja, rikosten uhriksi joutumista sekä vankilatuomioita. Alkoholiongelmaisilla skitsofreenikoilla oli enemmän sairaalajaksoja ja masennusta kuin niillä skitsofreenikoilla, joilla ei alkoholiongelmaa ollut. (Cuffel & Chase 1994; ref. Drake & Mueser 2002, 100 – 101.)

Joidenkin kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla seurantatutkimusta on jatkettu kymmenen vuoden ajan. Drake ym. (2006) raportoivat USA:ssa tehdystä tutkimuksesta, jossa 130 skitsofreniaa tai skitsoaffektiivista häiriötä ja päihdeongelmaa sairastavaa henkilöä arvioi paranemistaan ja elämänlaatuaan eri ajankohtina. Tutkimuksessa haluttiin myös selvittää, tapahtuuko voinnissa enää muutoksia ensimmäiset kolme vuotta kestäneen integroidun hoidon jälkeen. 83 %:lla tutkimukseen osallistuneista pääasiallisena päihteenä oli alkoholi. Mielenkiintoista tässä tutkimuksessa oli erityisesti se, että kaksoisdiagnoosipotilaiden itsensä annettiin määritellä, millaisen mielekkään käyttäytymisen ja toiminnan perusteella toipumista saatettiin mitata ja määritellä. Näitä tekijöitä olivat skitsofrenian oireiden kontrolloiminen, aktiivinen päihteiden käytön vähentäminen, itsenäinen asuminen, työllistyminen, yhteydet päihdeettömiin ystäviin ja yleinen tyytyväisyys elämään. Paranemista havaittiin koko tutkimuksen ajan, mutta suurimmat muutokset – etenkin päihteiden käytössä – tapahtuivat vasta kolmen ensimmäisen vuoden jälkeen. Ajan myötä paranemista tapahtui myös ajatus- ja mielialahäiriöiden kohdalla. Sosiaaliset seikat kuten itsenäinen asuminen, työllisyys ja yhteydet päihdeettömiin ystäviin lisääntyivät. Tämä kaikki vaikutti myös elämänlaadun kohenemiseen.

Päihde- ja mielenterveysongelmien yhteisesiintyminen on lisääntynyt, mutta mielenterveysongelmien yhteydessä käytetyt päihteet vaihtuvat sukupolvien myötä. Nykyään huumeiden käyttäminen sekä rauhoittavien ja huumaavien lääkkeiden päihdekäyttö ovat keskeisiä nuorten päihdeongelmia. Perinteinen alkoholi liittyy tiiviimmin nuoruusiän jo ohittaneiden henkilöiden elämään. Aiemmin tyypillinen kaksoisdiagnoosipotilas on saattanut olla alkoholiongelmasta kärsivä skitsofreenikko, mutta nykyisin huumeongelma ja persoonallisuushäiriö ovat tutumpi yhdistelmä.

### 3 KATSAUS KOKEMUSTEN JA MERKITYSTEN TUTKIMISEEN

Kokemusten ainutlaatuisuus ja yksilöllisyys on mietityttänyt minua jo ennen tämän tutkimusprosessin aloittamista. Omien kokemusten jakaminen muiden kanssa on monella tavalla mielekästä. Elämän varrella sattuneiden vastoinkäymisten läpikäyminen vastaavanlaista kokeneiden kanssa on yleensä helpottavaa. Toisinaan voi siitä huolimatta tuntea jäävänsä kokemustensa kanssa yksin, koska elämänhistoria ja -tilanne ovat aina yksilöllisiä. Tähän liittyy oleellisesti holistisen ihmiskäsityksen situationaalisuuden aspekti (Rauhala 1985, 33 – 38; Rauhala 1989, 35 – 39), jota käsittelem myöhemmin alaluvussa 3.2. Tämän luvun tarkoituksena on perustella kokemusten sekä niille annettujen merkitysten tutkimisen tärkeyttä. Filosofisessa osuudessa kuvaan käyttämäni fenomenologisen ja hermeneuttisen viitekehyksen periaatteita ja tutkielmani ihmiskäsitystä. Tuon esiin Perttulan (1995) tutkimuksessaan käyttämää fenomenologisen psykologian näkökulmaa, koska olen ottanut siitä vaikutteita analyysiini. Esittelen luvun loppupuolella marginaalissa elävien ihmisten kokemusten tutkimusta, johon liitän myös oman tutkielmani.

#### 3.1 Kokemusten tutkimisen fenomenologinen ja hermeneuttinen viitekehys

Fenomenologinen tutkimus on inhimillisen kokemuksen tutkimista. Kokemus puolestaan muodostuu merkitysten kautta eli fenomenologisen tutkimuksen varsinainen kohde on merkitys. (Heikkinen & Laine 1997; ref. Tuomi & Sarajärvi 2002, 33 – 35.) Fenomenologia pyrkii merkitysten ymmärtämiseen etsimällä ilmiön yleisiä, mutta myös ainutkertaisia sisältöjä. Kun ymmärtämiseen liitetään tulkinta, liikutaan hermeneutiikan alueella. (Perttula 1995, 53.) Yksilöllisesti koettujen tapahtumien erilaiset variaatiot ja niihin liittyvät uudet kokemukset mahdollistavat merkitysten moninaisuuden.

Niin sanotun puhtaan fenomenologian perustajana pidetään Edmund Husserlia, joka kritisoi perinteisen analyyttisen tieteen asemaa. Hänen mukaansa ”tieteestä ei voida puhua jonain objektiivisena subjektina, jolla on oma elämänsä” (Varto 1992, 26). Husserlin tavoitteena oli fenomenologista teoriaa soveltaen absoluuttisen tiedon löytäminen (Juntunen 1986; ref. Perttula 1995, 6). Hän kiisti tajunnan naturalistisen luonteen ja korosti, että tajunnan perimmäinen ominaisuus on intentionaalisuus ja se suuntautuu aina johonkin kohteeseen. Ulkoisen maailman olemassaoloa ihmisen tajunnan ulkopuolella Husserl ei kieltänyt, mutta korosti sen välittymistä

ihmiselle juuri kokemuksessa. Fenomenologia pyrkiikin selvittämään, miten kunkin yksilön tietoisuus jäsentää ulkomaailmaa. (Perttula 1995, 6 – 7.) Fenomenologia korostaa sitä, että ihmisen kokemusten perustana on kaikille yhteinen tajunnallinen tapa olla suhteessa maailmaan. Ihmisten kokemusten samanlaisuus edellyttäisi kuitenkin ymmärtämysyhteyksien ja tilanteen faktisuuden<sup>2</sup> samankaltaisuutta. Tajunnassa on valmiina jo aiemmin koettujen tapahtumien muodostamia merkitysten verkostoja, joihin uudet elämykselliset mielet sijoittuvat sisältönsä mukaisesti. (mt., 29 – 31.)

Perttula (1995) on esittänyt tutkimuksessaan fenomenologisen ja hermeneuttisen tutkimusotteen eron. Vaikka molemmat pyrkivät tavoittamaan ihmisen kokemusta, fenomenologia on kiinnostunut yksilöllisistä ja hermeneutiikka sosiaalisista merkityksistä. Ero näkyy myös kokemusten käsittelyssä: fenomenologia pyrkii kokemusten deskriptioon ja hermeneutiikka kokemusten tulkintaan. Deskription avulla pyritään tavoittamaan tutkittavan alkuperäinen kokemus mahdollisimman tarkasti. Tulkinnallisuutta yritetään välttää sulkeistamisen ja fenomenologisen reduktion avulla. Tutkija ei kuitenkaan pysty täysin sulkeistamaan pois kaikkia tutkittavaan ilmiöön liittyviä merkityksiä. Tällöin deskription tilalle tulee tulkinta ja puhutaan hermeneuttisesta tutkimusotteesta. (Perttula 1995, 54 – 56.) Fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimuksessa pyritään tekemään jo tunnettu tiedetyksi eli käsitteellistämään kokemuksen merkitys. Filosofiksi ongelmiksi muotoutuvat tuolloin ihmiskäsitys eli millainen ihminen on tutkimuskohteena ja tiedonkäsitys eli miten tuollaisesta kohteesta kyetään saamaan inhimillistä tietoa ja millaista saatu tieto on luonteeltaan. Fenomenologisessa ja hermeneuttisessa ihmiskäsityksessä keskeisiä käsitteitä ovat *kokemus, merkitys ja yhteisöllisyys*. Tietokysymyksistä painottuvat *ymmärtäminen ja tulkinta*. (Laine 2001; ref. Tuomi & Sarajärvi 2002, 33 – 35.)

Perttula ei koe tulkintaa mielekkäänä, kun tutkimuksessa tavoitellaan ihmisen kokemusten merkityksiä. Sen sijaan hän kehottaa korostamaan deskriptiivisyyden tavoitetta, vaikka sen tiedetäänkin sisältävän merkitysten tahattoman tulkkautumisen. Ristiriitaa aiheuttaa käsitys, jonka mukaan fenomenologiassa edellytetään sitoutumattomuutta sisällöllisesti ja ontologisesti. Ontologinen sitoutuminen ja deskriptiivisyyden tavoite eivät sovellu yhteen. Tätä ristiriitaa voidaan lieventää, kun tiedostetaan, että päämääränä on kokemusten deskriptiivisyys, jonka täydellinen toteutuminen myönnetään mahdottomaksi. Tällainen deskriptiivisyys soveltuu Perttulan mukaan

---

<sup>2</sup> Situaatio faktisuudella Perttula (1995, 19) tarkoittaa tilanteen komponenttien reaalisisältöä. Tilanteen komponentit määräävät sen, mitä ja miten ihminen kokee sekä sen, mitä kehossa tapahtuu. Tätä kutsutaan esiymmärrykseksi. Tilanteen konkreettiseen faktisuuteen vaikutetaan pääasiassa kehon kanavan kautta ja ideaaliseen faktisuuteen tajunnan kanavan eli ymmärryksen kautta.

hyvin ”tutkimusasenteeksi merkityksinä ilmenevän kokemuksen psykologisessa tutkimuksessa ja sisältyy käsitykseen fenomenologisesta psykologiasta.”(Perttula 1995, 35 – 36.)

Fenomenologian keskeiset käsitteet kokemus ja merkitys kulkevat tiiviisti mukana läpi työni. Yhteisöllisyys tulee jossain määrin esiin analyysin loppuvaiheessa. Muodostan yksilöllisiä kokemuksia kuvaavista käsitteistä yhteisesti jaettuja kokemuksia abstraktiotasoa nostamalla. Ymmärtäminen ja tulkinta ovat pohdinnan kohteina analyysin eri vaiheissa. Olen käyttänyt analyysissä fenomenologis-hermeneuttista viitekehystä. Fenomenologisen tutkimusotteen soveltaminen edellyttäisi kokemusten täydellistä ymmärtämistä. Se vaatisi, että olen analyysin kaikissa vaiheissa säilyttänyt haastateltavan kokemukseensa sisällyttämän merkityksen muuttumattomana. Sen täydellinen toteutuminen on kuitenkin jo edellä todettu mahdottomaksi, minkä huomasin analyysin abstraktiotason noustessa. Tulkinnan myötä tutkielmani viitekehys muokkautuu fenomenologis-hermeneuttiseksi.

### 3.2 Fenomenologian holistinen ihmiskäsitys

Ontologia selkeyttää käsitystä ihmisen perusluonteesta eli mitä ihminen on. Lauri Rauhalan mukaan tutkija joka tapauksessa tuo tutkimuksessaan esille ihmiskäsityksensä. Tämä johtuu siitä, että tutkimusmenetelmä jo sinällään rajaa sen, mitä piirteitä tutkittavasta ilmiöstä voidaan tavoittaa. Tutkijan ihmiskäsitys ohjaa tutkimustulosten muotoutumista tiettyyn suuntaan ja sen esilletuominen auttaa myös tutkimusraportin lukijaa suhteuttamaan tulokset kyseiseen ihmiskäsitykseen. Rauhala on luonut filosofisen ihmiskäsityksen Edmund Husserlin (1859 – 1938) ja Martin Heideggerin (1889 – 1976) analyysien pohjalta. Tätä holistista ihmiskäsitystä voidaan pitää eksistentiaalisen fenomenologian ihmiskäsityksenä. (Perttula 1995, 14 – 16.) Sen mukaan ihminen todellistuu, eli tulee olemassa olevaksi, kolmessa olemisen perusmuodossa: tajunnallisuus, kehollisuus ja situationaalisuus. Nämä kolme olomuotoa liittyvät erottamattomasti toisiinsa. (esim. Rauhala 1985, 25.) Rauhala (1998, 102) liittää tulkinnan tajunnallisuuteen, koska vain tajunnan tasolla merkitykset voivat mielellisesti tulkita jotakin. Situationaalisuuden ja kehollisuuden yhteydessä hän puhuu tulkkiutumuksesta, joka ei edellytä tajuista mielellisyyttä.

*Tajunnallisuudella* tarkoitetaan tässä yhteydessä ”inhimillisen kokemuksen kokonaisuutta”. Siihen liittyy oleellisesti mieli eli noema, jonka avulla ymmärrämme tai tunnemme asiat joksikin. Näin muodostuvat merkityssuhteet ja niiden kautta laajemmat käsitykset itsestämme ja maailmasta.

Merkityssuhteet voivat olla epäselviä tai vääristyneitä; myös psyykkiset sairaudet ovat merkityssuhteita. Aikaisemmat kokemuksemme vaikuttavat siihen, miten asiat ymmärrämme tai millaisia merkityksiä niille mielessämme annamme. Yksipuolisia ja haitallisia kokemistapoja on kuitenkin mahdollista muuttaa psykoterapian ja sen myötä tapahtuvan ymmärtämisen avulla. (Rauhala 1985, 26 – 30; Rauhala 1989, 29 – 32.) Mielellisyys on tajunnallisuuden perusolemus (Rauhala 1985, 32; Rauhala 1989, 34). Tajunnalliset ilmiöt ovat olemassa merkityksinä ihmisen koetussa maailmassa ja niillä on aina subjekti eli ne ovat olemassa tietyn ihmisen kokemuksessa (Perttula 1995, 99). Ihmistä tutkittaessa tutkija on tahtomattaankin osa tutkimusta, jossa siten kohtaa kaksi mielellisesti maailmaan suhteessa olevaa ihmistä (mt., 23).

Kaikki ihmisen orgaaniset tapahtumat liittyvät *kehollisuuteen*. Orgaanisen olemassaolon perusolemus on elämä. Mikään ei tapahdu symbolisesti tai käsitteellisesti vaan konkreettisesti kuten esimerkiksi verenkierto tai ruoansulatus. Elintoimintojen keskinäiset suhteet ovat varsin tiiviit. Ne jatkavat toistensa aloittamia prosesseja, kontrolloivat toistensa toimintaa ja vaikuttavat järjestelmien hierarkiassa holistisesti. Kyse on kuitenkin eritasoisista tapahtumista kuin tajunnan aspektista puhuttaessa. Elintoimintojen keskinäinen informaatio on melko luotettavaa, kun sen sijaan tajunta antaa elintoiminnoista symbolisia tulkintoja (Rauhala 1985, 30 – 32; Rauhala 1989, 32 – 34.) Kehollisuuden kautta ihminen on konkreettisesti jotakin käsin kosketeltavaa. Tajunnallisuus antaa ihmiselle mielen, mutta pelkkä mieli ilman kehoa ei riitä tuottamaan ihmisyyttä. Myöskään kehollisuus ja tajunnallisuus eivät ole mahdollisia ilman situationaalisuutta. Jo se, että ihminen on olemassa, tuo kuvaan mukaan situationaalisuuden aspektin.

*Situationaalisuudella* viitataan kaikkeen siihen, mihin ihmisen tajunnallisuus ja kehollisuus ovat suhteessa; esimerkiksi kulttuuri, maantieteelliset olot, taloudellinen tilanne, ihmiset ja arvostukset. Se liittyy ihmisen tilanteeseen eli elämäntilanteeseen. Joihinkin elämämme osatekijöihin voimme aktiivisesti vaikuttaa, mutta osa on määrätty jo ennen syntymäämme. Tutkittaessa kokemusta tutkitaan myös sitä, mistä kokemus on. (Perttula 1995, 18 – 19.)

Situaatio jaetaan rakenteeltaan konkreettisiin ja ideaalisiin komponentteihin. Konkreettisia komponentteja ovat esimerkiksi maantieteelliset olot, työpaikan tai kodin ulkonaiset puitteet, kulttuurin tuotteet ja muut elämän reaalit osatekijät. Ideaalisia komponentteja ovat puolestaan arvot ja normit, taide ja muut henkiset asiat. Situationaalisuus on aina ainutkertaista. (Rauhala 1985, 33 – 38; Rauhala 1989, 35 – 39.) Käytännön sosiaalityö on keino vaikuttaa ihmisen tilanteeseen konkreettisiin komponentteihin kuten asunto, ruoka ja vaatetus (Rauhala 1989, 115 – 119).

Kun tutkimusta ohjaa eksistentiaalisen fenomenologian holistinen ihmiskäsitys, on perusteltua väittää, etteivät kahden eri ihmisen kokemukset ja niille annetut merkitykset voi olla täsmälleen samanlaisia. Merkityssuhde voi olla tietynlainen vain yhden tietyn ihmisen kokemusmaailmassa. (Perttula 1995, 30 – 32.) Holistisuuden soveltaminen edellyttää, että ihmistä tarkastellaan ja koetetaan ymmärtää näiden kolmen olemispuolen muodostamassa kokonaisuudessa, josta käytetään nimitystä situationaalisuuden säätöpiiri (Rauhala 1985, 46; Rauhala 1989, 48). Sovellan holistisuuden näkemystä tehdessäni johtopäätöksiä saamistani tutkimustuloksista.

### 3.3 Marginaalissa elävien ihmisten kokemusten tutkiminen

Omien kokemusten esiintuominen ei ole aina helppoa. Usein mielenterveys- ja päihdeongelmaiselle tuottaa kärsimystä autettavana oleminen, asiakkaan tai potilaan rooli tai itse ongelma. Käsitys itsestä järkkyy kun joudutaan asiakkaan tai potilaan rooliin. Tähän voi liittyä alemmuuden tunnetta, holhoamisen ja nöyryytyksen kokemusta sekä häpeää ja syyllisyyttä. (Saarelainen ym. 2000, 64.) Tällaisten tuntemusten vallitessa on vaikeaa toimia aktiivisesti oman elämänsä asiantuntijana. Tilanne on todennäköisesti erilainen pitkään sairastaneilla, joilla sairaus on kiinteä osa omaa persoonaa. Laitoskierteessä oleva voi ensisijaisesti kokea olevansa skitsofreenikko, alkoholisti tai kaksoisdiagnoosipotilas. Diagnoosit ovat lääketieteen tapa luokitella ihmisiä. Diagnoosien takana on kuitenkin ihmisiä, joiden yksilölliset kokemukset antavat arvokasta tietoa sairauksien luonteesta ja auttamisen keinoista.

Anna Metteri (2003, 17) korostaa subjektiivisten kokemusten merkitystä asiakaslähtöisyyden ja kuntouttamisen edistämiseksi. Asiantuntijuuden suppea määrittäminen ainoastaan ammattilaisten ja järjestelmien yksinoikeudeksi jättää huomiotta asiakkaan tai potilaan kokemuksen. ERI-hankkeessa haastatellut asiakkaat kokivat työntekijän liiallisen etäisyyden torjuntana. Tuolloin asiakasta ei arvosteta oman elämänsä asiantuntijana, häneen ei luoteta eikä oteta mukaan häntä itseään koskevaan päätöksentekoon. Toimintaa leimaa toimenpide- ja järjestelmäkakeskeisyys, joka voi johtaa asiakkaan kannalta epäoikeudenmukaiseen tilanteeseen. (Metteri 2003, 173.) Asiantuntijuuden ja subjektiivisuuden merkitystä on käsitelty laajemmin teoksessa ”Asiakkaan ääntä kuunnellen” (Metteri toim. 2003). Asiakkaan ja potilaan henkilökohtaisten kokemusten kuuleminen ja niiden arvostaminen antaa hänelle mahdollisuuden vaikuttaa oman tilanteensa parantamiseen.



Kun ei ole pelkästään toisten toimenpiteiden kohteena, pysyy yllä myös kiinnostus toimia aktiivisesti oman asiansa edistämisen puolesta. Jos ihmisen oma asiantuntijuus ja kokemukset jätetään huomiotta, voi hän menettää luottamuksensa hyvinvointiyhteiskuntaan (Metteri 2003, 158).

Sosiaalityö on pääasiassa vaikeuksissa olevien ihmisten kanssa työskentelyä. Työttömyys, päihdeongelmat, taloudelliset ongelmat ja mielenterveysongelmat ymmärretään lähinnä elämänlaatua heikentävinä tekijöinä. Niiden merkitys on aina yksilöllinen ja riippuu henkilön elämäntilanteesta eli situaatiosta. Työttömyys voidaan joissain tilanteissa nähdä mahdollisuutena itsensä toteuttamiseen ja perheen kanssa yhteisen ajan viettämiseen. Pahimmillaan se voi johtaa itsearvostuksen romahtamiseen ja elämänhalun menettämiseen. Mielenterveys- ja päihdeongelmat aiheuttavat kärsimystä henkilölle itselleen, mutta myös läheisille. Moni asia näyttää ulkopuolelta katsottuna varsin erilaiselta kuin itse koettuna. Kokemusten tarkastelu voikin avata tutkijalle uuden näkökulman tutkittavien elämään.

Yrjö Nuorvala (1999) on haastatellut päihdeongelmansa vuoksi hoidossa olleita huumausaineiden käyttäjiä ja kartoittanut heidän kokemuksiaan, odotuksiaan ja tarpeitaan suhteessa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Tässä 23 teemahaastattelua käsittäneessä tutkimuksessa ei kysytty erikseen kaksoisdiagnooseja, mutta kaikki haastatellut kertoivat kärsineensä erilaisista psyykkisistä ongelmista. Suurin osa heistä oli käyttänyt psykiatrisia palveluja tai saanut muuta apua mielenterveysongelmiinsa. Negatiivisina kokemuksina mainittiin siirtely eri hoitopaikkojen välillä, liian lyhyt hoitoaika, jatkohoidon puuttuminen sekä liiallinen, puutteellinen tai väärä lääkitys. Haastatelluilla itsellään ei ollut käsitystä siitä, kuuluisivatko he päihde- vai mielenterveyspalvelujen piiriin. Nuorvala ehdottaakin työnjaon selkeyttämistä, yhteistyötä ja vastuunottoa huumeidenkäyttäjien hoidossa.

Vilma Hänninen (2000) keskittyy omassa väitöskirjassaan vaikeista elämänmuutoksista selviytymiseen. Tarinallisen lähestymistavan avulla hän on tutkinut kokemuksia työttömyydestä, sairastumisesta ja addiktiosta vapautumisesta. Muovaamalla uudelleen kokemuksille annettuja merkityksiä, selviytyminen on mahdollista. Hännisen sanoin: ”...ihminen luo merkityksen elämänmuutokselle tavalla, joka ammentaa aineksia kulttuurisista merkitysjärjestelmistä ja nojautuu samalla omaan yksilölliseen kokemukseen ja elämänhistoriaan” (mt. 73).

Marginalisaatioon ja syrjäytymiseen liittyviä aiheita tutkittaessa vähemmälle huomiolle on jäänyt se, miten ihmiset ovat löytäneet uusia keinoja elää mielekästä elämää marginaalistumisestaan

huolimatta (Hyväri 2001, 19). Susanna Hyvärin tutkimuksessa vaikeudet ja niistä selviytyminen on otettu uuden elämän lähtökohdaksi. Omien kokemusten pohjalta on käynnistynyt halu auttaa ja tukea vastaavanlaista kokeneita. Mielenterveys- ja päihdeongelmat ravistelevat ihmisen identiteettiä ja elämäntapaa. Auttamisjärjestelmien toimivuudesta kerrotaan ristiriitaisia kokemuksia. Jotkut selviytyvät ongelmistaan, toiset taistelevat niiden kanssa loppuelämänsä. (mt., 26.)

Asettuminen tutkittavien tilanteeseen – joskus jopa aivan konkreettisesti – vaatii tervettä uteliaisuutta, avointa mieltä ja itsensä asettamista haavoittuvuudelle alttiiksi. Riitta Granfelt (1998; 2003) on tutkimuksissaan perehtynyt marginaalissa elävien ihmisten kokemuksiin. Kuuntelemalla ja oppimalla ymmärtämään naisten kertomuksia kodittomuudestaan Granfelt rakentaa kodittomuuden kuvaa ja tarkastelee kodittomien naisten elämän psykososiaalisia kysymyksiä. Myös vankilasta vapautuneiden kokemukset asunnottomuudesta ovat päässeet esille Granfeltin tulkinnan välityksellä.

Anna Kulmala (2006, 130 – 133) on tarkastellut väitöskirjassaan muun muassa mielenterveysongelmiin liittyviä, metaforina ilmaistuja ulkopuolisuuden ja erilaisuuden kokemuksia. Metaforien käytön hän toteaa keinoksi kuvata vaikeita kokemuksia, joita ei kyetä muutoin riittävän tehokkaasti ilmaisemaan. Kulmala on omassa tutkimuksessaan kuvannut kokemuksia paikan ja sisäisen olotilan metaforien kautta. Näiden kokemusten kautta syntyy kuva ”normaalin” elämän ulkopuolelle jäämisestä. Hän pitää toisten kokemusten ymmärtämisen mahdollisuutta vaikeana, mutta ei mahdottomana. Ymmärtämiseen vaikuttaa se, miten kokemuksista kerrotaan ja miten niitä kuunnellaan. Metaforien käyttäminen voi auttaa kokemusten ymmärtämisessä.

Kokemukset ja niille annetut merkitykset muokkaavat ihmisen maailmankuvaa. Psykkisesti sairaiden ihmisten kokemuksissa näkyy sairauden vaikutukset, mutta kokemus on aina oma. Lauri Rauhala (1993, 10, 142) toteaa tähän liittyen osuvasti:

*Merkityssuhteet eivät milloinkaan voi olla sairaita. Siksi niitä ei myöskään voida hoitaa terveiksi. Merkityssuhteita voidaan vain korjata, selventää, tavoitella niiden keskinäisten suhteitten reaalisuutta. – Kokemuksen epäsuotuisuuden yhteydessä ei pitäisi puhua lainkaan sairaudesta. – Merkityssuhteet voivat olla eri tavoin virheellisiä, vääristyneitä, diffuuseja, epärealistisia, tuskaisia jne. – Yritys puhua kokemuksesta sairautena kuvastaa länsimaisessa ajattelussa vallitsevaa tendenssiä konkretisoida kaikki fyysikaalisesti mitattavaksi kvasiesineellisyydeksi.*

Rauhala (1993, 156 – 157; 1998, 143 – 150) on kritisoinut medikalisaation valta-asemaa ja kyseenalaistanut perinteistä ajattelua psyykkisistä sairauksista. Hän puhuu mieluummin kokemuksen ja merkityksen epäsuotuisuudesta kuin sairaudesta. Lääkärit, sairaalat ja lääkkeet nähdään sairautta helpottavina. Mutta jos puhuttaisiin epäsuotuisasta kokemuksesta, voitaisiin myös auttamiskeinoja lisätä. Tällöin läheisten ihmisten olisi helpompi ymmärtää oma osuutensa tuon epäsuotuisan kokemuksen syntyyn. Itse kukin meistä kuuluu monen eri ihmisen tilanteeseen ja osaltamme vaikuttamme heidän kokemuksiinsa. Autettavan olisi helpompi kuulla – sen sijaan, että sanotaan hänen olevan sairas – että hänen kokemuksensa on eri tekijöistä johtuen negatiivista ja että sitä voidaan kehittää suotuisammaksi.

### 3.4 Kaksoisdiagnoosipotilaiden kokemusten tutkiminen

Kaksoisdiagnoosipotilaiden kokemuksia on tutkittu vähän. Aiheen ovat nähneet tärkeäksi Watkins ym. (1999) tutkiessaan kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon sitoutumista. Tutkimuksen perusteella hoitoon pääsyä tärkeämpää haastatelluille oli käytännöllinen ja konkreettinen apu kuten asunto, ruoka ja vaatetus. Kyseisessä tutkimuksessa kiinnostus kohdistui sukupuolten välisiin eroihin. Vaikka sekä miehillä että naisilla havaittiin ongelmia hoitoon sitoutumisessa, he kokivat prosessin eri tavoin ja ongelmat olivat erilaisia. Naisten suurimpia esteitä sitoutumisessa olivat pelko ja epäluottamus. Ne saattoivat olla todellisia tai harhaisuuteen liittyviä ja kohdistuivat esimerkiksi haastattelijaan, jonka pelättiin jollain lailla vahingoittavan tutkittavia. Yksineläjät olivat tottuneet tekemään asioita yksin ja muista ihmisistä riippumatta, eivätkä halunneet pyytää toisilta apua. Siten tutkittavan oma persoona saattoi olla esteenä hoidolle. Miehillä havaittiin enemmän motivaation puutetta. Tietoisuus siitä, että hoidon aikana huolehdittaisiin raha-asiat kuntoon ja asunnottoman kohdalla autettaisiin asunnon saamisessa, saattoivat olla todellisia syitä hoitoon motivoitumiseen. Hoidossa pysyminen loi myös kontrollia pitäen erossa rikoksista ja väkivallanteoista. Nämä sukupuolten väliset erot tiedostamalla voidaan säästää hoitokustannuksissa ja parantaa kaksoisdiagnoosipotilaiden elämänlaatua.

USA:ssa Nehls ja Sallmann (2005) tutkivat fenomenologisesta näkökulmasta kaksoisdiagnoosipotilaiden kertomuksia. Haastateltavina oli 40 naista, jotka kaikki olivat kokeneet elämänsä aikana joko fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa. Nehlsin ja Sallmannin mukaan useissa tutkimuksissa on havaittu, että väkivallan kohteeksi joutuminen liittyy läheisesti

kaksoisdiagnoosiongelmasta kärsivien naisten elämään. Nämä 40 kertomusta analysoitiin hermeneuttista lähestymistapaa käyttäen. Haastatteluista löytyi kolme keskeistä teemaa: 1) Joutuminen väkivallan kierteeseen. Kaikissa haastatteluissa kuvattiin jokin ajankohta tai tapahtuma, mistä nykyinen väkivallan ja hyväksikäytön kierre alkoi. 2) Eläminen pelon kanssa: rajattu maailma. Väkivallan kokeminen ja pelko rajoitti naisten liikkumista elinympäristössään. 3) Avun saaminen: oman tarinan kertominen. Kaikki haastateltavat kertoivat saavansa apua siitä, että voivat kertoa oman tarinansa. Kokemus kuulluksi tulemisesta edellytti, että kuulija oli hienotunteinen ja syventyi kerrottuun tarinaan.

ISADORA-tutkimus (*Integrated Services Aimed at Dual Diagnosis and Optimal Recovery from Addiction*) on Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella v. 2003 – 2005 tehty laaja kartoitus kaksoisdiagnoosipotilaiden saamista palveluista. Hanke toteutettiin Euroopassa seitsemässä eri tutkimuskeskuksessa. Puheenvuoron saivat potilaat ja omaiset sekä yksityiset ja kunnalliset palveluiden tuottajat. Tarkoituksena oli tutkia ja vertailla kaksoisdiagnoosipotilaiden palvelujärjestelmää ja hoitopolkuja eri maissa, tarkastella riskitekijöitä ja hoitotuloksia sekä selvittää potilaiden näkemystä palveluiden riittävydestä ja hoitoa vaikeuttavista tekijöistä. Lisäksi selvitettiin näkemyksiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoitomahdollisuuksista ja pyrittiin kehittämään eri maiden palveluiden yhteinen arviointimittari ja hyödyntämään tutkimustuloksia myös yleiseurooppalaisen koulutusohjelman kehittämiseksi. Tutkimus koostui useista eri aineistosta, joista neljässä tapaustutkimuksessa keskityttiin muun muassa kartoittamaan kaksoisdiagnoosipotilaiden kokemuksia hoitojärjestelmästä. Yhtä näistä tapaustutkimusaineistoista olen käyttänyt omassa analyysissäni.

Onko kaksoisdiagnoosipotilaan kokemusten tutkiminen luotettavaa tutkimusta? Saadaanko ”oikeampaa” tietoa keräämällä aineisto kontrolloiduissa sairaalaolosuhteissa vai normaalissa arkiympäristössä? Voiko näihin kokemuksiin luottaa? Ovatko ne oikeanlaisia? Tällaisia kysymyksiä kohtasin tutkielmani alkuvaiheissa. Kun puhutaan ihmisen kokemuksista ja merkityssuhteista, tulee huomioida, että kunkin yksilön jokainen kokemus on ainutkertainen (Lehtovaara 1994, 17). Kokemusten tutkimisessa on unohdettava objektiivinen totuus. Ei voida keskustella siitä, ovatko kokemukset oikeita tai vääriä. Kokemukset ovat aina yksilö- ja henkilökohtaisia. Kaksoisdiagnoosipotilaan päihde- ja mielenterveysongelmat aiheuttavat syrjäytetyksi tulemistä ja marginaalistumista. Omalla tutkimuksellani haluan tuoda esiin marginaalissa elävien ihmisten kokemusten tutkimisen tärkeyttä.

## 4 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA AINEISTON KERÄYS

Alkuperäinen suunnitelmani oli tutkia kaksoisdiagnoosipotilaan sairaus- ja hoitokokemusten lisäksi myös kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon pääsemisestä. Myöhemmin rajasin tutkimustehtäväni kuitenkin vain sairaus- ja hoitokokemuksiin. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon pääsemisen tiedetään olevan vaikeaa, mikä tulee myös omasta aineistostani hyvin esille. Haastateltava koki olevansa pääasiassa itse vastuussa hoitoon pääsemisestään. Vastuunkantajia ovat myös läheiset ihmiset. Aktiivinen yrittäminen voi mahdollistaa hoitoon pääsemisen, vaikka viranomaiset saattavat kohdella toisinaan epäasiallisesti. Päähtynyt kaksoisdiagnoosipotilas voi apua hakiessaan päätyä poliisin huostaan sairaalahoidon sijaan. Haastateltu kuvaa koettua tilannetta seuraavalla tavalla: *”Jos ihmisellä on alkoholiongelma ja sitten mielenterveysongelma, niin se viedään mieluummin putkaan kun mielenterveyspalvelujen piiriin.”* Kynnykseksi muodostuu lähetteen saaminen erikoissairaanhoidon, mutta hoitoon pääsemisen varmistaa vain niin sanottu pakkohoitolähete. Vaikka pakkohoito merkitseekin yksilön oikeuksien rajoittamista, haastateltava toivoo, että pakkohoitoon pääsemisen/ joutumisen kriteerit olisivat löysemmät ja että omaisten suostumuksella itsemurhavaarassa oleva ihminen voitaisiin laittaa pakkohoitoon. Itsemurhayritys on *”avunhuuto, että sais jotain apua siihen olotilaansa”*, kuten haastateltava on kuvannut. Valitettavan usein kaksoisdiagnoosipotilas pääsee hoitoon vasta itsemurhayrityksen ja teho-osaston kautta. Hoitoon pääseminen on hidasta, mikä kertoo ainakin hoitavien yksiköiden resurssien riittämättömyydestä.

Tässä luvussa raportoin oman haastattelututkimukseni etenemisen aineistonkeruusta analyysin avulla löydettyihin tutkimustuloksiin. Tutkimusmetodin valintaa ohjaavat ennen kaikkea tutkielman aihe ja tutkimuskysymykset. Laadullisen tutkimuksen kenttään kuuluu oleellisesti kokemusten tutkiminen. Kokemusten tutkiminen asettaa tutkittavan aktiiviseen rooliin, oman elämänsä kuvaajaksi. Laadullinen tutkimusote antaa tällöin tutkittavalle mahdollisuuden olla asiantuntijana ja tuoda esiin niitä asioita, jotka hän kokee merkittäviksi.

Perttula (1995, 24) on perustellut laadullisten menetelmien käyttöä kokemusten tutkimisessä seuraavasti:

*Ihmisen tajunnalliseen olemispuoleen kuuluvien ilmiöiden kokeellinen, määrällistävä tai keskimääräistävä tutkiminen ei ole mielekäästä. Perusrakenteeltaan mielellisiä*

*ilmiöitä on mahdoton eristää tai kontrolloidusti manipuloida. Ne eivät ole myöskään perusrakenteensa mukaisesti muutettavissa numeerisiksi arvoiksi tai kuvattavissa keskimääräisen ihmisen ominaispiirteinä.*

#### *Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset*

Tämän tutkielman tavoitteena on saada tietoa kaksoisdiagnoosipotilaan sairaus- ja hoitokokemuksista. Tutkimuskysymyksetni ovat:

- millaisia merkityksiä kaksoisdiagnoosipotilas liittyy päihde- ja mielenterveysongelmiin?
- millaisia merkityksiä kaksoisdiagnoosipotilas liittyy päihde- ja mielenterveysongelmien hoitoon?

#### 4.1 Teemahaastattelu ja haastattelujen käytännön toteutus

Kokemuksellinen haastattelu suo mahdollisuuden tutkittavan subjektiivisuuden ja aktiivisuuden korostamiseen. Haastattelussa kerättyä tietoa on tarvittaessa mahdollista tarkentaa havainnoinnin avulla ja haastattelun kuluessa voidaan tehdä tarkentavia kysymyksiä. Kaksoisdiagnoosipotilaan subjektiivisten kokemusten selvittämiseksi tarkoituksenmukaisimmalta keinolta aineiston keräämiseksi tuntui juuri teemahaastattelu.

##### *Teemahaastattelu aineistonkeräysmenetelmänä*

Teemahaastattelua käyttämällä voidaan selvittää tutkittavien ihmisten näkökulma sekä heidän ilmiöille ja tapahtumille antamia merkityksiä (Hirsjärvi & Hurme 2001, 28). Nimensä mukaisesti se etenee tiettyjen teemojen varassa, mutta niistä johdettujen kysymysten järjestys ja muoto voivat vaihdella. Tutkimuksen kannalta ihmisten tulkinnat asioista ja vuorovaikutuksessa syntyvät merkitykset ovat tällöin keskeisiä. Teemahaastattelussa on tärkeää saada tutkittavien ääni kuuluviin. (mt., 48.) Pyrin tuomaan tutkielmassani esiin kaksoisdiagnoosipotilaan äänen omien kokemustensa kuvaajana.

Teemahaastattelujen muoto vaihtelee käytännössä avoimen ja strukturoidun haastattelun välillä. Teemat ja kysymykset valitaan tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävän perusteella. Valitut teemat liittyvät tutkimuksen viitekehykseen, mutta kysymykset voivat vaihdella intuitiivisista havainnoista etukäteen tiedettyihin kysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77 – 78.) Teemahaastattelussa joustavuus on sallittua, mutta kysymysten ydinosa, joka ohjaa kysymyksen oikeaan suuntaan ja asiayhteyteen, tulisi pysyä samana. Myös oikean merkityksen sisältyminen kysymykseen on tärkeää. Alasuutarin (1999, 149) mukaan teemahaastattelussa haastateltava pyrkii edes jonkinlaiseen käsitykseen siitä, mitä kysymyksillä tavoitellaan tai mitä tutkimus käsittelee tai mitkä kysymykset ovat oleellisia.. On pyrittävä siihen, että haastattelija vaikuttaa mahdollisimman vähän haastateltavan kertomiin kokemuksiin. Kuitenkin haastateltava päättää itse, mitä haluaa kertoa. Voimme tutkia vain niitä kokemuksia, joita haastateltava tuo esiin. Tavoite on, että haastattelija saa haastateltavan kuvaamaan kokemuksiaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti. (Perttula 1995, 65 – 66.) Teemahaastattelu etenee haastateltavan ehdoilla, mutta haastattelija ohjaa häntä kertomaan tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Haastateltavalle on annettava mahdollisuus kertoa mistä tahansa kokemuksista, joita haastattelijan kysymykset hänessä herättävät. Tällöin voidaan puhua aidosti fenomenologisesta tutkimuksesta. (Perttula 1995, 113 – 115.) Haastateltava saattaa haastattelun aikana reflektoida kokemuksiaan ja siten muuttaa antamansa kuvauksen merkitystä. Tämä kuvaa hyvin sitä, että kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena ei voi olla sisällöltään samana säilyvän tiedon hankkiminen. Vuorovaikutuksellisuus tulee tunnistaa ja analysoida tutkimushaastattelussa. (Perttula 1995, 67 – 68.)

Haastattelutilanne on haastateltavan ja haastattelijan välinen sosiaalinen vuorovaikutustilanne. Kokemus välittyy aluksi haastateltavalta haastattelijalle ja edelleen tutkimusraporttiin tutkijan suorittaman analyysivaiheen jälkeen. Vaikka kokemukset ja niiden merkitykset pyritään säilyttämään mahdollisimman alkuperäisinä, ei haastattelijan ja tutkijan vaikutusta voida täysin pois sulkea. Lisäksi haastattelutilanteeseen liittyvillä yksityiskohdilla voi olla merkitystä haastattelun kulkuun, koska ihmiset ilmaisevat kokemuksiaan eri tavoin eri konteksteissa. Merkityksellisiä tekijöitä ovat haastattelijan ja haastateltavan ikä ja sukupuoli sekä aiheen sensitiivisyys.

### *Haastattelujen käytännön toteutus*

Alun perin ajattelin kerääväni itse teemahaastatteluaineiston. Kesällä 2004 kuulin, että meneillään on kaksoisdiagnoosipotilaita koskeva ISADORA-tutkimus, jota olen tarkemmin kuvannut luvussa

3.4. Koin lievän pettymyksen: tutkielmani aihepiirin olivat muutkin todenneet tutkimisen arvoiseksi. Ainutlaatuisuuden tunne katosi. Seuraavan puolentoista vuoden aikana aineistonkeräyssuunnitelmani muuttuivat useaan kertaan. Vuoden 2006 alussa otin yhteyttä Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella kyseistä ISADORA-tutkimusta tekevään Minna Sorsaan. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta oli antanut ISADORA-tutkimuksesta myönteisen lausunnon (R03102H, liite 1). Omat suunnitelmani saivat selvän suunnan, kun Minna Sorsan ja Heli Laijärven tuella sain ISADORA-aineistosta parhaiten tutkielmani sopivan osan käyttööni. Teemahaastatteluaineistoa oli ISADORA-tutkimuksessa kerätty neljästä erityyppisestä kaksoisdiagnoosipotilaasta. Päädyin valmiin aineiston käyttöön, koska tutkimushankkeen teemahaastattelut sisälsivät juuri sitä tietoa, mitä olin itsekin etsimässä. Tarkoituksenmukaisuus ohitti tärkeydessään ainutlaatuisuuden.

ISADORA-tutkimuksen aineiston keräyksessä noudatettiin samoja periaatteita kaikissa viidessä maassa ja seitsemässä tutkimuskeskuksessa, joissa tutkimus toteutettiin. Tapaustutkimusten aineisto kerättiin käyttäen puolistrukturoitua teemahaastattelua. Tietoa haluttiin saada pidemmältä aikaväliltä, joten aineistoa kerättiin neljänä eri ajankohtana kunkin tutkittavan osalta. Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella haastattelijana toimi Minna Sorsa.

Haastateltavien etsiminen aloitettiin tammikuussa 2004. Haastateltaviksi suunnitelluille tehtiin aluksi M.I.N.I. -kysely, jonka avulla varmistettiin sopivuus ISADORA-tutkimukseen. Ensimmäinen haastattelukerta kunkin neljän tutkimushenkilön kohdalla oli sairaalahoidon aikana haastatteluun erikseen varatussa tilassa. Toisen kerran tutkittavat haastateltiin 1 – 2 viikkoa kotiutuksen jälkeen avohoidon toimipisteessä. Kolmas ja neljäs haastattelu olivat myös avohoidon toimipisteessä: kolmas kolme kuukautta ja neljäs noin puoli vuotta ensimmäisen haastattelukerran jälkeen. Haastattelut kestivät vähintään 40 minuuttia. Ennen jokaista haastattelua haastateltaville kerrottiin tutkimuksen luottamuksellisuudesta ja anonymiteettisuojusta. Heille annettiin tietoa ISADORA-tutkimuksesta. Lisäksi haastateltavia muistutettiin tapaustutkimusten pääteemoista sekä kunkin haastattelukerran pääteemasta. Jokaisen haastattelukerran aluksi haastateltaville annettiin seuraavanlainen instruktio:

*Tässä tutkimuksessa halutaan tietää enemmän potilaan kokemuksista omasta elämäntilanteestaan ja hoitopoluistaan. Halutaan enemmän tietoa sairaala- ja muista hoitokokemuksista. Jos saadaan tietoa potilaiden näkökulmasta siitä, mikä toimii ja mikä ei toimi, niin voidaan parantaa hoitojärjestelmää.*



Haastattelukertojen teemat poikkesivat osittain toisistaan. Ensimmäisessä haastattelussa pääteemana oli tutustuminen. Pyrittiin myös saavuttamaan luottamus haastattelijan ja haastateltavan välillä. Jos haastateltavalta ei vielä aiemmin ollut pyydetty kirjallista suostumusta tutkimukseen osallistumisesta (liite 2), pyydettiin sitä tässä vaiheessa. Teemahaastattelurungot ovat englanninkielisenä liitteissä 3 – 6. Toisella haastattelukerralla pääteemoina olivat sairaalahoito ja kokemukset hoidosta. Kolmannella kerralla keskityttiin arkielämään, mutta edelleen palattiin myös hoitokokemuksiin, joka olikin haastattelujen läpi kantava teema. Viimeisessä haastattelussa arvioitiin aikaa ensimmäisen ja viimeisen haastattelukerran välillä ja mietittiin tulevaisuuden suunnitelmia. Haastattelut nauhoitettiin c-kaseteille. Koko aineiston litteroinnista vastasi useampi henkilö eri ajankohtina. Haastattelijan vaikutus aineiston muodostumiseen on pyritty minimoimaan.

Lähtiessäni keskustelemaan aineistosta haastattelijä Minna Sorsan kanssa, mielessäni oli ottaa analyysiin kaikki neljä tapausta. Lähdin kuitenkin tapaamisestamme mukaan neljä kasettia, jotka sisälsivät ainoastaan yhden ihmisen kertomia kokemuksia, mutta neljänä eri ajankohtana tuotettuina. Pohdin jo tällöin aineistoni riittävyttä ja myöhemmän analyysini luotettavuutta. Etsin tukea vastaavista tutkimuksista ja kokeneiden tutkijoiden arvioista. Eskolan ja Suorannan (1998, 39) mukaan opinnäytteessä ratkaisevaa ei ole aineiston koko vaan tulkintojen syvyys ja kestävyys. Laadullisessa tutkimuksessa puhutaan yleensä harkinnanvaraisesta otannasta. Tuomi ja Sarajärvi (2002, 40) korostavat asioiden auki kirjoittamista sanoessaan, että tärkeää on kertoa, miten aineiston valinta on tehty ja miten aineisto sopii tarkoitukseen. Tutkija viimekädessä itse päättää aineistostaan ja arvioi aineiston sopivuutta.

## 4.2 Tutkimukseen valitun henkilön elämäntilanne

ISADORA-tutkimuksen tapaustutkimuksiin haastateltavat valittiin psykiatriseen sairaalaan hoitoon tulleista kaksoisdiagnoosipotilaista. Tavoitteena oli saada haastatteluihin mahdollisimman heterogeeninen joukko. Tutkittavien valintaan vaikuttivat seuraavat tekijät: ikä, sukupuoli, diagnoosit sekä hoidon piirissä vietetty aika. Tarkemmin määritellyt kriteerit olivat:

- vähintään yksi alle 25-vuotias
- kaksi naista ja kaksi miestä

- mielenterveysongelmat erilaisia: vähintään yksi, jolla diagnoosina masennus ja vähintään yksi, jolla psykoositasoinen sairaus
- päihdeongelmat erilaisia: enintään yksi, jolla pelkästään alkoholiongelma, muilla jokin muu päihdeongelma (esim. monipäihderiippuvuus tai ainoastaan amfetamiinin käyttö tai ainoastaan kannabiksen käyttö tai lääkkeiden väärinkäyttö)
- sujuva sekä rikas ja kuvaileva kielenkäyttö
- vähintään yksi, jolla alle vuoden kokemus mielenterveys- ja päihdepalveluista
- vähintään yksi, jolla yli viiden vuoden kokemus mielenterveys- ja päihdepalveluista
- ei kahta samanlaista profiilia

Valitsin tutkielmaani 43-vuotiaan isoäidin, joka sairastaa skitsofreniaa ja on myös alkoholiriippuvainen. Skitsofrenian vuoksi hän on työkyvyttömyyseläkkeellä. Hänen elämäänsä liittyvät läheisesti aikuinen poika, tämän avovaimo sekä heidän yhteinen lapsensa. Haastateltavalla on vuokra-asunto, jossa hän on asunut jo pidempään. Asunnon menettämiskaavaa hänellä ei kertomansa mukaan ole. Ensimmäisen kerran psykiatrisessa sairaalahoitossa hän kertoo olleensa noin 20 vuotta aiemmin. Ennen sairastumistaan skitsofreniaan hänen elämäntilanteensa oli ollut raskas. Miehen uskottomuus ja poissaolot, yksinäisyys, vastuu pienestä lapsesta sekä opiskelu kuormittivat elämää. Avohoidon seurannassa hän on ollut koko sairautensa ajan. Psykiatrisia sairaalajaksoja on haastateltavan mukaan ollut kaikkiaan kuusi. Päihdehuollon avohoidon asiakkaana hän on ollut, mutta päihdeongelman laitoshoidon hänen omalla kohdallaan ei ainakaan näissä haastatteluissa tule esiin. Tutkittavan haastattelut toteutettiin elokuun alun 2004 ja vuoden 2005 tammikuun välisenä aikana, neljänä eri ajankohtana. Ensimmäisellä haastattelukerralla sairaalahoitonsa aikana haastateltavalla oli parhaillaan vakava masennusjakso, johon liittyi riski itsetuhoisuuteen tai itsemurhaan. Hän kertoo psyykkisen vointinsa olleen jo pidempään huono ennen psykiatriselle osastolle hoitoon pääsemistä. Hän kertoo tuolloin käyttäneensä alkoholia ja kärsineensä harhoista.

## 5 SISÄLLÖNANALYYSI TUTKIMUSMETODINA

Analyysimenetelmää pohtiessani sopivimmalta kokemusten tutkimiseen vaikutti sisällönanalyysi. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan aineiston sisällön kuvaamista sanallisesti (Tuomi & Sarajärvi 2002, 107). Tuomi ja Sarajärvi (2002, 102 – 104) esittävät kolme aineistolähtöistä analyysimallia: yhdysvaltalaiseen perinteeseen, fenomenologis-hermeneuttiseen perinteeseen ja hermeneuttiseen perinteeseen liittyvä sisällönanalyysi. Näissä kaikissa korostetaan, että analyysin toteuttamissäännöt tulisi ymmärtää orientoitumistavoiksi, joilla pyritään välttämään tulkinnan mielivaltaisuutta. Vaikka käytetyt termit ovat erilaisia, perustuvat kaikki edellä mainitut analyysimallit samankaltaiseen etenemiseen. Hyödynnän analyysissäni sekä yhdysvaltalaisen että fenomenologis-hermeneuttisen perinteen mallia ja käsitteitä.

### 5.1 Sisällönanalyysin teoreettinen kuvaus

Yhdysvaltalaisen laadullisen tutkimuksen perinteen mukaan aineiston käsittelyssä sovelletaan loogista päättelyä ja tulkintaa. Sisällönanalyysissä aineisto hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. Analyysin tekeminen liittyy tutkimuksen kaikkiin vaiheisiin laadullista aineistoa käsiteltäessä. (mt., 110.) Katson alustavan analyysiprosessin alkaneen jo litterointivaiheessa, jolloin tein ensimmäiset tulkintaa koskevat merkintäni haastattelutekstiin.

Miles ja Huberman (1994; ref. Tuomi & Sarajärvi 2002, 110 – 111) jaottelevat aineistolähtöisen eli induktiivisen sisällönanalyysin kolmevaiheiseksi prosessiksi:

1. Aineiston redusointi eli pelkistäminen. Aineistosta karsitaan litteroinnin jälkeen tutkimukselle epäolennainen pois joko informaatiota tiivistämällä tai pilkkomalla osiin. Alkuperäisestä informaatiosta erotetut ilmaukset kirjataan aineistosta nostetuilla ilmauksilla. Auki kirjoitetusta aineistosta etsitään tutkimustehtävän kysymyksillä niitä kuvaavia ilmaisuja, jotka alleviivataan ja listataan.
2. Aineiston klusterointi eli ryhmittely. Alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi. Aineistoa ryhmitellään samankaltaisuuksien ja eroavaisuuksien perusteella. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään luokaksi ja nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä.

Luokitteluyksikkönä voi olla esim. tutkittavan ilmiön ominaisuus. Aineiston tiivistäminen tapahtuu yksittäisiä tekijöitä yleisempiin käsitteisiin sisällyttämällä.

3. Abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Tutkimuskysymysten kannalta oleellinen tieto erotetaan ja sen perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Alkuperäisilmauksista edetään teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Käsitteellistämistä jatketaan niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista.

Fenomenologis-hermeneuttisessa perinteessä aineiston kuvauksessa nostetaan tutkimuskysymysten näkökulmasta aineistosta olennainen esiin. Se kuvataan luonnollisella kielellä. Olennaista käyttämässäni aineistossa oli kaikki se, mitä voidaan pitää haastateltavan kokemuksena kaksoisdiagnoosipotilaan päihde- tai mielenterveysongelmasta ja kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta. Kuvauksen jälkeen aineistosta etsitään merkitysten muodostamia kokonaisuuksia. Tässä analyysivaiheessa korostuu intuition merkitys. *Merkityskokonaisuuksia* löytyy aineistoon kunnolla paneutumalla ja samanlaisuuksia etsimällä. Jokin yhteinen tekijä osoittaa sisäisen yhteenkuuluvuuden. Samanlaisista merkityksistä muodostuu oma kokonaisuutensa. Luonnollinen eli haastattelussa käytetty kieli muutetaan tutkijan omalle kielelle. Esitetyt kuvaukset pyritään tematisoimaan, käsitteellistämään tai narratiivisesti eli kerronnallisesti yleistämään esitetyt kuvaukset. Synteesivaiheessa erilliset merkityskokonaisuudet tuodaan yhteen ja niistä muodostetaan kokonaisuus. (mt., 103.)

Tuomen ja Sarajärven (mt., 97 – 99) mukaan aineistolähtöisessä laadullisessa tutkimuksessa on ongelmana se, voiko tutkija kontrolloida, että analyysi tapahtuu tutkittavien ehdoilla eikä tutkijan ennako-oletusten perusteella. Sen vuoksi tutkijan on kirjoitettava auki omat ennakkokäsityksensä ilmiöstä ja tiedostettava ne analyysin aikana. Tutkijan käyttämät käsitteet sekä tutkimusasetelma ja -menetelmä vaikuttavat kuitenkin havaintoihin ja tutkimuksen tuloksiin, joten puhtaasti aineistolähtöistä tutkimusta on vaikea toteuttaa käytännössä. Käytännön työssä tekemäni havainnot ja kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa käydyt keskustelut sekä lukemani artikkelit ja tutkimusraportit pyörivät mielessäni omaa tutkielmaani työstäessäni. Automaattisesti kiinnitin litteroiduissa haastatteluissa huomiota esimerkiksi kohtiin, joissa haastateltava toi esiin hoitoa koskevia vastuukysymyksiä ja vastuun siirtelyä eri hoitoyksiköiden välillä. Näiden seikkojen löytyminen tekstistä oli oletettua jo ennen analyysin aloittamista. Ne vahvistavat aikaisempia tutkimustuloksia. Voidaan ajatella, että vastuukysymysten selkiyttäminen ja pompottelun lopettaminen integroitua hoitoa järjestämällä tukevat sairaudesta selviytymisessä. Koetin kuitenkin löytää näiden tiedettyjen asioiden lisäksi myös muita sairaus- ja hoitokokemuksiin liitettyjä merkityksiä.

Analyysini aineistolähtöisyyttä pohdin toistuvasti analyysin eri vaiheissa. Alkuperäisilmaukset ja niistä muodostetut pelkistetyt ilmaukset voidaan palauttaa suoraan aineistoon. Lähtökohtana ei ollut aiempi tieto tai teoria, joihin sopivia ajatuskokonaisuuksia olisin etsinyt haastatteluista. Tässä mielessä analyysiä voidaan pitää aineistolähtöisenä. Muodostaessani pelkistetyistä ilmauksista alaluokkia, jouduin miettimään ilmauksia yhdistäviä tekijöitä. Analyysiä on tässä vaiheessa ohjannut tietty käsitys, jonka perusteella olen alaluokat muodostanut ja nimennyt. Alaluokkien muodostamisesta eteenpäin analyysi etenee enemmän teoriaan tukeutuen. Tuomi ja Sarajärvi (mt., 98 – 99) toteavat, että analyysi on teoriasidonnainen kun analyysiyksiköt valitaan aineistosta, mutta analyysiä ohjaa aikaisempi tieto. Analyysin alku on siis aineistolähtöinen, mutta myöhemmin analyysiä ohjaa enemmän teoria. Tässä mielessä tutkielmassani voidaankin puhua teoriasidonnaisesta analyysistä.

## 5.2 Sisällönanalyysin toteuttaminen käytännössä

Kun olin ensin perehtynyt sisällönanalyysiin ja fenomenologis-hermeneuttiseen tutkimusotteeseen teorian ja käytännön esimerkkien avulla, siirryin analyysin tekemiseen käytännössä. Aineistoon tarttuminen tuntui aluksi innostavalta, mutta epävarmuus tuli kuvaan melko pian. Analyysimenetelmän hallinta jo sinällään tuntui vaativalta. Eri vaiheiden sisäistäminen ja monen näkökulman hallitseminen samanaikaisesti lisäsi vaativuutta. Sisällönanalyysi, johon on yhdistetty fenomenologis-hermeneuttinen näkökulma ja fenomenologisen psykologian ajatuksia, tuntui välillä mahdottomalta yhtälöltä. Päätin kuitenkin viedä kokeilevan prosessini loppuun asti ja arvioida myöhemmin valintojeni onnistumista.

Lisää vaikeutta analyysiin tuotti haastattelujen ”monipersoonainen” muoto. Tällä tarkoitan sitä, että vaikka kertojia analysoitavissa haastatteluissa oli vain yksi, kertoo hän kokemuksiaan myös muiden ihmisten tilanteista. Olin asennoitunut analysoimaan haastateltavan kokemuksia ainoastaan omasta tilanteestaan. Tämän perusteella ensireaktioni oli jättää analyysistä kokonaan pois kohdat, joissa haastateltava kuvaa kokemuksiaan sukulaistensa tai potilastovereidensa tilanteista. Fenomenologian periaatteisiin perehtyessäni oivalsin, että haastateltavan tulisikin kertoa juuri niitä kokemuksia, joita hänen mieleensä tulee. Tutkijan tehtäväksi jää miettiä, mikä merkitys kerrotuilla kokemuksilla on. Tätä pohdin myöhemmin tulosten tarkastelun yhteydessä.

Tuomi ja Sarajärvi (2002, 111) jakavat yhdysvaltalaisen perinteen mukaisen sisällönanalyysin etenemisen kahdeksaan vaiheeseen. Seuraavaksi esitän nämä vaiheet (1 – 8) yksi kerrallaan ja kuvaan niiden toteutumista omassa analyysissäni. Joissain kohdin eteneminen poikkeaa hieman esitetystä.

### 1. Haastattelujen kuunteleminen ja auki kirjoitus sana sanalta

Sain valmiin haastatteluaineiston käyttöön c-kaseteille nauhoitettuna. Vaikka en itse osallistunut haastattelutilanteisiin, haastattelujen auki kirjoittaminen antoi mahdollisuuden perehtyä tutkittavan kokemuksiin jo tutkimuksen varhaisessa vaiheessa. Litteroinnin tein helmikuussa 2006. Käytin haastattelujen kuuntelemisessa ja auki kirjoittamisessa apunani purkulaitetta. Pyrin kirjoittamaan tekstin auki sana sanalta. Tehtävää vaikeutti se, että jotkin kysymykset olivat haastattelutilanteessa kadonneet nauhurin ulottumattomiin. Vastauksista käy kuitenkin ilmi kysymysten tarkoitus ja jälkikäteen kysymyksiä oli mahdollista tarkistaa myös haastattelurungosta (liitteet 3 – 6). Haastattelijan kanssa käydyssä keskustelussa totesimme kysymyksiä tärkeämmäksi haastateltavan vastaukset, joista aineistoa onkin runsaasti käytettävissä. Haastattelujen nauhoitustilanteessa keskityttiin nimenomaan haastateltavan vastauksien kuuluvuuteen. Epäselvät kohdat haastatteluissa jätin kokonaan analyysin ulkopuolelle. Neljästä haastattelukerrasta tekstiä kertyi yhteensä 73 sivua (riviväli 1½), mikä kertoo haastateltavan sujuvasta verbaalisesta kyvystä.

Alustavan analyysin huomasin aloittaneeni jo haastatteluja tekstimuotoon saattaessani. Tein merkintöjä ja huomautuksia niihin kohtiin, joissa haastateltava kertoi tutkimuskysymyksiin liittyvistä aiheista. Tässä vaiheessa merkinnät eivät vielä olleet systemaattisia eivätkä kovin runsaita. Halusin kuitenkin kirjoittaa ajatuksiani muistiin heti alusta lähtien.

### 2. Haastattelujen lukeminen ja sisältöön perehtyminen

Varsinaisen analyysin aloitin, kun olin saanut kaikki haastattelut kirjalliseen muotoon. Tulostin tekstin paperille, koska kokonaisuuden hahmottaminen ja merkintöjen tekeminen tuntui tällä tavoin toimivammalta. Sen jälkeen luin haastattelutekstiä systemaattisesti etsien kohtia, joissa haastateltava toi esiin kokemuksiaan päihde- ja mielenterveysongelmista sekä kaksoisdiagnoosipotilaan saamasta hoidosta. Arvelin jo haastatteluja auki kirjoittaessani, että suhtautumiseni tekstiin muuttuu analyysin etenemisen myötä. Alussa teksti on uutta ja mielenkiintoista, mutta muutaman lukukerran jälkeen lauseet alkavat jo näyttää tutuilta ja samalla niiden informaatioarvo tuntuu laskevan. Tutustakin tekstistä voi löytää uusia asioita etäisyyttä ottamalla. Eli jos on mahdollista

palata tekstiin uudelleen esimerkiksi muutaman viikon tai kuukauden kuluttua, voi sitä taas katsoa ”uusin silmin”.

Ennen varsinaisen analyysin aloittamista sisällönanalyysissä tulee määrittää analyysiyksikkö esimerkiksi yksittäinen sana (keskustelussa myös lause), lauseen osa tai useiden lauseiden muodostama ajatuskokonaisuus. Aineistolähtöisessä (mutta teoriasidonnaisessa) fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimuksessa ja sisällönanalyysissä, joita tässä tutkielmassa pyrin soveltamaan, analyysiyksikkö ei voi olla etukäteen määritelty, vaan aineistoon sidoksissa. Analyysiyksikön määrittämistä ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112.) Tässä tutkielmassa analyysiyksikkönä toimii parhaiten ajatuskokonaisuus. Moniin haastateltavan kokemuksiin liittyy mieleen painuneita tapahtumia, joita hän kuvaa useilla lauseilla. Ajatuskokonaisuutta edustaa näiden lauseiden tiivistetty sisältö pelkistettyinä ilmauksina esitettyinä.

### 3. Pelkistettyjen ilmausten etsiminen ja alleviivaaminen

Toteuttamassani analyysissä kohdat 2. ja 3. limittyvät toisiinsa. Samalla kun luin auki kirjoitettuja haastatteluja, etsin tekstistä tutkimuskysymysteni kannalta merkityksellisiä kohtia. Tuomi ja Sarajärvi (2002) puhuvat tässä vaiheessa pelkistettyjen ilmausten etsimisestä. Omassa tutkielmassani käytän tästä vaiheesta nimitystä ”alkuperäisilmausten etsiminen”, sillä merkitsemäni kohdat ovat suoraa haastattelupuheen lainausta. Konkreettisesti tein merkinnät tekstiin erivärisillä yliviivaustusseilla. Haastateltavan vastaukset ovat yleensä pitkiä, joten merkitykselliset kohdat ovat pääasiassa lauseita tai kokonaisia puheenvuoroja, joista muodostui ajatuskokonaisuuksia. Kävin tekstiä läpi myös tietokoneen näytöltä ja korostin analyysin kannalta merkitykselliset kohdat käyttäen erilaisia tekstinmuokkauskeinoja. Tarvittaessa palasin alkuperäiseen tekstiin analyysin myöhemmissä vaiheissa. Tavoitteenani oli varmistaa, ettei merkityksellisiä kohtia tekstistä ollut jäänyt huomioimatta.

### 4. Pelkistettyjen ilmausten listaaminen

Tässä vaiheessa työskentelen omassa analyysissäni edelleen alkuperäisilmausten parissa. Kun olin löytänyt alkuperäisistä haastatteluista tutkimustehtävän kannalta olennaiset ajatuskokonaisuudet, listasin ne kopioimalla ja liittämällä erilliseen tiedostoon. Tämän jälkeen mietin, miten kyseiset kohdat voisi sanoa tiivistetysti. Koetin löytää asian ydinsisällön ja säilyttää samalla alkuperäisen merkityksen muuttumattomana. Näitä alkuperäisestä tekstistä luonnolliselle puhekielelle muutettuja kokonaisuuksia kutsun pelkistetyiksi ilmauksiksi. Nämä pelkistetyt ilmaukset kopioin, listasin ja

liitin omaksi kokonaisuudekseen jo luomaani tiedostoon. Lista sisälsi kaksi pääteemaa: 1. kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaan sairaudesta ja 2. kokemuksia kaksoisdiagnoosipotilaan saamasta hoidosta. Pääteemojen alle kokosin listaa teemaan liittyvistä haastateltavan kokemuksista yksi haastattelu kerrallaan. Ensimmäiseen teemaan kuuluvat haastateltavan antamat merkitykset omille sekä muiden kaksoisdiagnoosipotilaiden päihde- ja mielenterveysongelmille. Kokemukset voivat olla hyviä tai huonoja, oireiden tai lääkityksen aiheuttamia tunteita tai tapahtumia. Toiseen teemaan sisällytin ne kohdat, joissa haastateltava kertoo kokemuksiaan kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta. Hoito saattoi koskea joko mielenterveys- tai päihdeongelmia sekä avo- että laitoshoidoa. Fenomenologian periaatteita noudattaen otin huomioon myös ne kohdat, joissa haastateltava kuvaa kokemuksiaan muiden kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta.

Alla on esimerkki, kuinka muodostin alkuperäisistä ajatuskokonaisuuksista pelkistettyjä ilmauksia. Esimerkki on kolmannesta haastattelusta ja teemana on kaksoisdiagnoosipotilaan sairauskokemukset.

#### ESIMERKKI 1.

Alkuperäisilmaus: *Ensimmäiseks kun mä meen tutustuu ihmisiin, mä suurin piirtein sanon, että mä oon... mulla on skitsofrenia tai että mä oon hullu tai mä oon osa-aikahullu. Kaikki ihmiset, jotka mää tunnen, ni tietää että mulla on skitsofrenia. Enkä mä oo ikinä – musta niistä pitäis puhua.*

Pelkistetty ilmaus: Puhuu ihmisille avoimesti psyykkisestä sairaudestaan.

Tässä haastateltava kuvaa, kuinka hän kertoo omasta psyykkisestä sairaudestaan avoimesti. Jo tutustumistilanteessa hän määrittelee itsensä skitsofreenikoksi, huumorin/ ironian sävyttämin keinoin. Tuttavapiirissä tiedetään hänen sairaudestaan ja haastateltava toivoo, että psyykkisistä sairauksista puhuttaisiin avoimemmin. Kertomalla skitsofreniastaan haastateltava antaa muille luvan kommentoida hänen sairauttaan ja puhua myös mahdollisista omista psyykkisistä sairauksistaan.

Kun olin muodostanut pelkistettyjä ilmauksia, tarkastelin listaamiani lauseita ja ajatuskokonaisuuksia. Listaani silmäilemällä huomasin, että eri teema-alueet painoutuivat erilailta eri haastattelukerroilla. Tämä johtuu pääasiassa haastattelijan esittämistä kysymyksistä. Edellä olen jo luvussa 4.1 kuvannut, mikä aihealue oli kullakin haastattelukerralla keskeinen. Listaukseni perusteella voi selvästi havaita, että ensimmäisessä ja toisessa haastattelussa haastateltava kertoo



runsaasti kokemuksiaan hoitoon pääsemisestä kun taas kolmannessa ja neljännessä nämä kokemukset jäävät vähäisiksi. Hoitokokemukset painottuvat kolmella ensimmäisellä haastattelukerralla. Kuvauksia sairauteen liittyvistä kokemuksista esiintyy tasaisemmin jokaisessa haastattelussa. Pelkistettyjä ilmauksia on lukumäärällisesti yhtä paljon kuin alkuperäisilmauksia. Silloin kun haastateltava toi esiin samoja kokemuksiaan yhdessä haastattelussa useammin kuin kerran, muodostin jokaista alkuperäisilmausta vastaavan pelkistetyn ilmauksen. Tämä selittää osaltaan samojen ja samankaltaisten pelkistettyjen ilmausten toistumisen listauksissani.

#### 5. Samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien etsiminen pelkistetyistä ilmauksista

Sisällönanalyysin periaatteita soveltaen etsin pelkistetyistä ilmauksista yhdenmukaisuuksia, joiden perusteella jaottelin ilmaukset omiin luokkiinsa. Samankaltaisuuksien löytäminen ei ollut itsestäänselvyys. Ajatukseni jäivät toisinaan pyörimään samojen ideoiden ympärille ja mieleeni tuli kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa koskevia tutkimusraportteja, joita olin lukenut. Pelkäsin, että tahtomattainkin otan vaikutteita aiemmista tutkimuksista ja etsin samankaltaisuuksia pelkistetyistä ilmauksista näiden tutkimusten tulosten mukaisesti. Sen sijaan kaksoisdiagnoosipotilaan sairauskokemuksista en tutkimuksia teoriaosuutta kirjoittaessani löytänyt, joten vaikutteiden saaminen ensimmäisen tutkimuskysymyksen vastauksiin ei ollut yhtä ilmeistä. Toisaalta tutkielmani lopputulos ei voi olla luotettava, jos hylkään kaikki mieleeni tulevat ideat ainoastaan sen vuoksi, että ne ovat jo ennestään tiedettyjä asioita. Vaikka kokemukset ovat subjektiivisia, on niissä paljon myös yhteisesti jaettua, joten myös ennestään tiedettyjen totuuksien esiin tuleminen on todennäköistä. Pyrin ratkaisemaan ongelman etsimällä samankaltaisuuksia aluksi avoimesti ja perehtymällä pelkistettyjen ilmausten keskeiseen sanomaan. Alla on esimerkki, joka kuvaa analyysini tätä vaihetta. Esimerkki on kolmannelta haastattelusta ja aiheena on hoitokokemukset.

#### ESIMERKKI 2. Samankaltaisuuksien etsiminen pelkistetyistä ilmauksista.

Pelkistetyt ilmaukset:

1. Sama lääkäri on ollut avopuolella jo parikymmentä vuotta.
2. Avohoidon hoitaja on pääosin pysynyt samana.

Molemmissa ilmauksissa haastateltava kuvaa tekijöitä, jotka liittyvät hyviin hoitokokemuksiin. Näitä ilmauksia yhdistää se, että molemmissa haastateltava kuvaa pitkään jatkunutta hoitosuhdetta. Vastaavalla tavalla etsin kaikista haastatteluista irrotetuista pelkistetyistä ilmauksista samankaltaisuuksia, joiden perusteella ryhmittelin ilmaukset.

## 6. Pelkistettyjen ilmauksien yhdistäminen ja alaluokkien muodostaminen

Kun olin jakanut pelkistetyt ilmaukset samankaltaisuuksien perusteella eri ryhmiin, konkretisoin jaotteluani muodostamalla kaksi taulukkoa. Toiseen sijoitin sairauskokemukset ja toiseen hoitokokemukset. Pelkistetyistä ilmauksista samankaltaisuuksia etsimällä muodostin alaluokkia. Nimesin alaluokat niitä yhdistävän tekijän mukaan. Esimerkin 2. alaluokan nimeksi tuli siten ”pitkäaikainen hoitosuhde”. Luokitteluperusteiden löytyminen oli ajatuskokonaisuuksissa pääasiassa loogista. ”Ylimääräisiä” pelkistettyjä ilmauksia – joita oli vaikea sijoittaa mihinkään alaluokkaan – jäi jokaisessa haastattelussa. Mietin erilaisia ratkaisuja näiden irrallisten ilmaisujen kohtaloksi: Voinko jättää ne kokonaan huomioimatta? Voinko muodostaa ainoastaan yhdestä pelkistetyistä ilmauksesta yhden alaluokan? Ensimmäinen vaihtoehto ei olisi lisännyt tutkielmani luotettavuutta. Toinen vaihtoehto tuntui turvallisemmalta. Päädyin palaamaan alkuperäiseen auki kirjoitettuun haastattelutekstiin ja etsimään sieltä kyseiset kohdat. Palauttamalla ajatuskokonaisuudet alkuperäisiin asiayhteyksiinsä sain tarkennettua pelkistettyjä ilmauksia. Tämän jälkeen lähes kaikille pelkistetyille ilmauksille löytyi oma alaluokkansa joko jo nimettyjen alaluokkien joukosta tai alaluokan nimeä hieman ”laajentamalla”. Jotkin ilmaukset ovat ainoita alaluokkansa edustajia. Taulukossa 1. on esimerkkejä sairauskokemusten ja taulukossa 2. hoitokokemusten tiivistämisestä analyysin tässä vaiheessa. Selvyyden vuoksi esitän useampia esimerkkejä, koska en kuvaa tätä vaihetta tulosluvussa esittämissäni taulukoissa. Pelkistetyt ilmaukset on koottu eri haastattelukerroilta.

TAULUKKO 1. Alaluokkien muodostaminen pelkistetyistä ilmauksista; aiheena sairauskokemukset.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<ul style="list-style-type: none"><li>- Sairaana on vaikea pärjätä kotona, koska omat voimavarat ovat tuolloin vähissä</li><li>- Kokee, että sairaus aiheuttaa kykenemättömyyttä huolehtia itsestään</li><li>- Ei enää jaksaisi palata kovaan hoitotyöhön</li><li>- Kokee, ettei sairautensa takia enää kykenisi tekemään töitä</li><li>- Ei sairautensa vuoksi aina jaksaa huolehtia muista</li></ul>	Toimintakyvyn huononeminen
<ul style="list-style-type: none"><li>- Mielenterveysongelmista ei puhuta niiden oikeilla nimillä</li><li>- Mielenterveysongelmista ei puhuta</li><li>- Mielenterveysongelmia hävetään</li></ul>	Sairaus tabuna
<ul style="list-style-type: none"><li>- Sairauden ollessa pahimmillaan ei ymmärrä hoidon tarvettaan</li><li>- Psykoosissa ollessaan ei ymmärtänyt omaa sairauttaan</li></ul>	Oman arviointikyvyn heikkeneminen

TAULUKKO 2. Alaluokkien muodostaminen pelkistetyistä ilmauksista; aiheena hoitokokemukset.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesällä ei ollut lääkäreitä mielenterveyststossa.</li> <li>- Ei ollut päivystävää lääkäreitä saatavilla, kun olisi tarvittu.</li> <li>- Avohoidossa on liian vähän työntekijöitä.</li> </ul>	Henkilökunnan vähäisyys
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mukava potilastoveri, johon tutustunut sairaalassa 10 vuotta aiemmin.</li> <li>- Potilastovereiden kanssa on hauskaa.</li> <li>- Potilastovereiden kanssa keskustelu.</li> <li>- Potilastovereiden kanssa nauraminen ja pelleily auttaa ja huumori.</li> </ul>	Vertaistuen merkitys
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sama lääkäri ollut avopuolella jo parikymmentä vuotta.</li> <li>- Tyytyväinen pitkäaikaiseen lääkäriinsä.</li> <li>- Avohoidon hoitaja on pääosin pysynyt samana.</li> </ul>	Pitkäaikainen hoitosuhde

7. Alaluokkien yhdistäminen ja yläluokkien muodostaminen niistä

Analyysin eteneminen ja luokkien muodostaminen kävi yhä vaativammaksi abstraktiotason noustessa. Aloin muodostaa yläluokkia etsimällä eri alaluokkia yhdistäviä tekijöitä. Tämän vaiheen toteuttamiseksi jouduin miettimään tarkemmin jokaisen alaluokan merkitystä. Pohdin myös sitä, olenko pystynyt säilyttämään haastateltavan kokemuksen mahdollisimman alkuperäisenä. Palasin toistuvasti analyysin aiempiin vaiheisiin varmistaakseni, että myös kaikki pelkistetyt ilmaukset sisältyvät muodostumassa oleviin yläluokkiin. Vaarana tuntui olevan liiallinen kokemusten tulkinta. Tavoitteeni oli välttää tulkintaa mahdollisimman pitkälle ja sen sijaan pyrkiä ymmärtämään haastateltavan kokemuksia. Valitsemani fenomenologis-hermeneuttinen viitekehys mahdollisti kuitenkin kokemusten sisältöjen tulkinnan.

Yläluokkia alkoi vähitellen muodostua toistuvan alaluokkien läpikäymisen ja intensiivisen pohdinnan seurauksena. Luokitteluperusteena huomasin käyttäväni pääasiassa verbejä. Esimerkissä 3 alaluokat on muodostettu hyödyntämällä verbejä ”horjua”, ”heikentyä”, ”vähentyä” ja ”muuttua”. Näistä kaikista välittyy epävarmuus ja elämän hallinnan menetyksen vaara. Yläluokalle annoin nimeksi ”otteen menettäminen elämästä”. Esimerkki on kaksoisdiagnoosipotilaan sairauskokemuksista. Muodostin sairauskokemuksista kaikkiaan kahdeksan ja hoitokokemuksista yhdeksän yläluokkaa.

ESIMERKKI 3. Alaluokkien yhdistäminen ja yläluokkien muodostaminen.

Alaluokka:

1. Todellisuudentajun horjuminen

2. Oman arviointikyvyn heikkeneminen
3. Itsekontrollin väheneminen
4. Minuuden kokemisen muutos

Yläluokka:

Otteen menettäminen elämästä

## 8. Yläluokkien yhdistäminen ja kokoavan käsitteen muodostaminen

Yläluokkia muodostaessani havaitsin niiden jakautuvan sairauskokemusten osalta kahteen erilliseen luokkaan. Toiseen ryhmään kuuluvat päihde- ja mielenterveysongelmien seuraukset ja toiseen keinot, joiden avulla kaksoisdiagnoosipotilas selviytyy näiden ongelmiansa kanssa. Muodostin näin sairauskokemuksista vielä pääluokkia ennen kokoavan käsitteen muodostamista. Esitän nämä analyysivaiheet tuloslukujen 6 ja 7 taulukoissa.

Analyysini kokoavat käsitteet olen muodostanut tutkimuskysymysteni mukaan. Sairauskokemusten kokoavana käsitteenä toimii ”kaksoisdiagnoosipotilaan sairauskokemuksilleen antamat merkitykset”. Hoitokokemusten kokoava käsite on vastaavasti ”kaksoisdiagnoosipotilaan hoitokokemuksilleen antamat merkitykset”.

Tavoitteenani on ollut säilyttää haastateltavan kokemus mahdollisimman alkuperäisenä edetessäni pelkistetyistä ilmauksista lopullisiin pääluokkiin ja yläluokkiin. Yritin parhaani mukaan sulkea pois mielestäni aiemmat tutkimustulokset ja yleiset tiedot kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon ja sairauskokemuksiin liittyen. Omana tiukimpaan juurtuneena esioletuksenani voidaan pitää hoitovastuun siirtelyä eri sektoreiden ja yksiköiden välillä. En usko tämän oletuksen kuitenkaan merkityksellisesti vaikuttaneen tuloksiin.

## **6 PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSONGELMIIN LIITETTÄVÄT MERKITYKSET**

Tämän tutkielman tavoitteeksi asetin tiedon saamisen kaksoisdiagnoosipotilaan sairaus- ja hoitokokemuksiin liitettävistä merkityksistä. Ensimmäinen tutkimustehtäväni oli selvittää, millaisia merkityksiä kaksoisdiagnoosipotilas liittyy päihde- ja mielenterveysongelmiin. Haastateltava tuo esiin kokemuksiaan, jotka liittyvät jollain lailla kaksoisdiagnoosisairauteen. Pyrin ottamaan analyysiin mukaan kaikki merkityskokonaisuudet, joissa haastateltava puhuu joko päihteidenkäyttöön tai psyykkiseen sairauteen liittyvistä kokemuksistaan. Kokemukset ovat monenlaisia. Ne saattavat liittyä esimerkiksi voinnin huononemiseen tai paranemiseen, sairauden kanssa kamppailemiseen tai haastateltavan kokemuksiin ympäristön suhtautumisesta psyykkisesti sairaisiin ja päihdeongelmaisiiin. Suurin osa kokemuksista liittyy haastateltavan omiin sairauksiin, mutta hän kertoo myös kokemuksistaan kaksoisdiagnoosipotilaan omaisena. Sekä haastateltavalla itsellään että hänen pojallaan alkoholin käyttäminen on alkanut vasta psyykkisen sairastumisen jälkeen. Vaikka tavoitteenani ei ollut muutoksen tutkiminen, se nousi esiin analyysiä toteuttaessani. Palaan tähän vielä tämän luvun lopussa. Taulukossa 4. esitän päihde- ja mielenterveysongelmiin liitettävät merkitykset etenemällä pelkistetyistä ilmauksista muodostettujen alaluokkien yhdistämisen kautta yläluokkiin ja niistä edelleen pääluokkien ja kokoavan käsitteen muodostamiseen. Tarkastelen taulukon sisältöä ja analyysini tuloksia seuraavissa alaluvuissa. Esimerkkeinä käyttämäni suorat lainaukset haastateltavan puheesta ovat analyysini alkuperäisilmauksia.

TAULUKKO 4. Päihde- ja mielenterveysongelmiin liitettävät merkitykset.

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka	Kokoava käsite
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Todellisuudentajun horjuminen</li> <li>* Oman arviointikyvyn heikkeneminen</li> <li>* Itsekontrollin väheneminen</li> <li>* Minuuden kokemisen muutos</li>   <li>* Merkityksellisten asioiden väheneminen</li> <li>* Verottava alkoholi</li>   <li>* Toimintakyvyn huononeminen</li> <li>* Läheisten rasittuminen</li> <li>* Uuvuttava sairaus</li> <li>* Liiallinen huolehtiminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Otteen menettäminen elämästä</li>   <li>* Elämän kapeutumisen</li>   <li>* Voimavarojen hiipuminen/riittämättömyys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Sairausten seuraukset</li> </ul>	<p><b>Päihde- ja mielenterveysongelmiin liitettävät merkitykset</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Sairauteen sopeutuminen</li> <li>* Vastoinkäymisten sietäminen</li> <li>* Oma asiantuntijuus</li> <li>* Sairausten hallinta lääkkeiden avulla</li> <li>* Usko kontrolliin alkoholin käytössä</li> <li>* Oman alkoholi-ongelman kieltäminen</li>   <li>* Määrällistävä ajattelu</li> <li>* Ajallinen osuus</li> <li>* Vakavuuden suhteuttaminen</li> <li>* Kehollisuus vs. tajunnallisuus</li> <li>* Kulttuurin vaikutus</li> <li>* Sukupuolisuuden vaikutus</li>   <li>* Usko paranemiseen</li> <li>* Kyky ”irrotella”</li>   <li>* Näkyvät sivuvaikutukset haittana</li> <li>* Juomiseen houkutteleva sosiaalisuus</li> <li>* Piilotettu sairaus</li> <li>* Sairaus tabuna</li>   <li>* Alkoholi ikävyyden karkottajana</li> <li>* Alkoholin merkityksen vähättely</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Tilanteen hallinta</li>   <li>* Vertailukohteen löytäminen</li>   <li>* Positiivinen asenne</li>   <li>* Sosiaalisen hyväksynnän tärkeys</li>   <li>* Alkoholin käytön oikeutus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Selviytymiskeinot</li> </ul>	

Kaksoisdiagnoosipotilaan päihde- ja mielenterveysongelmiin liittämät merkitykset jakautuvat tässä tutkielmassa kahteen pääluokkaan:

1. seurauksiin liitettävät merkitykset
2. selviytymiseen liitettävät merkitykset

## 6.1 Seurauksiin liitettävät merkitykset

Päihde- ja mielenterveyssairauksien seuraukset kaksoisdiagnoosipotilaan elämässä näkyvät negatiivisella tavalla. Analyysissä seuraukset koostuvat kolmesta yläluokasta:

1. otteen menettäminen elämästä
2. elämän kapeutuminen
3. voimavarojen hiipuminen

### *Otteen menettäminen elämästä*

Kun sairaudet koettelevat kaksoisdiagnoosipotilaan elämää, se näkyy todellisuudentajun horjumisena ja oman arviointikyvyn heikkenemisenä. Skitsofreniaan läheisesti liittyvät harhat koetaan tosina ja sairaan on itse vaikea käsittää hoidon tarvettaan. Itsekontrollin väheneminen ja minuuden kokemisen muutos kuvaavat myös otteen menettämistä elämästä. Itsekontrollin pettäessä aggressiiviset ajatukset ja väkivaltainen käyttäytyminen pääsevät esiin. Kun kaksoisdiagnoosipotilas jälkikäteen tarkastelee käyttäytymistään sairauden akuuttivaiheessa, hän voi tuntua itselleenkin vieraalta. Itsekontrollin pettämistä haastateltava on kuvannut näin:

*Ettei yhtään tiä, millon se hyppää mistä katolta tai mitä se tekee.*

Tässä haastattelutekstistä irrotetussa alkuperäisilmauksessa haastateltava kuvaa poikansa käyttäytymistä alkoholin vaikutuksen alaisena. Kontrollin pettäessä aggressiiviset ajatukset voivat kääntyä myös itseä kohtaan ja vaarana on itsetuhoinen käyttäytyminen. Haastateltavalla on äitinä jatkuva huoli pojastaan.

### *Elämän kapeutuminen*

Sairaudet vaikuttavat kaksoisdiagnoosipotilaan elämään siten, että elämä kapeutuu. Elämän merkityksellisistä asioista, kuten ystäväistä ja harrastuksista, ajaudutaan eroon. Alkoholin käyttäminen verottaa elämää aiheuttamalla taloudellisia ongelmia ja turhautumista. Vähäisiä ystävyys-suhteitaan haastateltava on kuvannut alkuperäisilmauksessa ymmärtäväisellä tavalla:

*Että ei mulla oo oikeen sellasta sydänystävää. Jos niin voi sanoa näin, että sydänystävää, niin ei mua jaksais kuunnella. Että täällähän mä nyt, voin täällä puhua.*

Haastateltavalla ei ole läheisiä ystäviä. Hän arvelee syyksi sen, että hän rasittaa muita puheillaan. Ystävän tilalla kuuntelijoina ovat ammattihenkilöt, joiden puoleen hän voi tarvittaessa kääntyä.

### *Voimavarojen hiipuminen*

Päihde- ja mielenterveyssairaudet koettelevat voimavarojen riittävyttä. Toimintakyky huononee, mikä voi ilmetä väsymyksenä tai kyvyttömyytenä huolehtia itsestään. Sairaudet kuormittavat paitsi sairasta itseään myös läheisiä ihmisiä. Psykkinen sairaus vie voimia etenkin akuuttivaiheessaan ja jatkuva alkoholinkäyttö väsyttää. Kaksoisdiagnoosipotilas voi kokea raskaana myös ajatuksen siitä, että on taakka läheisilleen. Sairaam ihmisen voimavaroja voi lisäksi kulua liialliseen yrittämiseen ja läheisten voinnista huolehtimiseen. Sairauden merkitys käsitteellistyy seuraavassa esimerkissä voimavarojen hiipumisena:

*Sillä hetkellä, kun mä oon kipee, niin mull on kauhee huoli kaikista. Että silloin mä en jaksa.*

Psykkinen sairaus aiheuttaa henkistä uupumusta. Haastateltava on kertonut paljon myös läheistensä sairauksista ja ongelmista. Oman sairauden akuuttivaiheessa huoli läheisistä lisääntyy. Voimavarat ovat omankin sairauden vuoksi koetuksella, ja huoli muiden ongelmista lisää henkistä taakkaa.



## 6.2 Selviytymiseen liitettävät merkitykset

Toinen kaksoisdiagnoosipotilaan päihde- ja mielenterveysongelmiin liittämä merkitys määrittelee keinoja, joiden avulla sairauksien kanssa voi selvitä. Ongelmista huolimatta elämässä on mahdollisuus selviytyä, kun kykenee luomaan toimivia keinoja. Tällaisia keinoja ovat:

1. tilanteen hallinta
2. vertailukohteen löytäminen
3. positiivinen asenne
4. sosiaalisen hyväksynnän tärkeys
5. alkoholin käytön oikeutus

### *Tilanteen hallinta*

Psykiatrisen diagnoosin saaminen järjestyttää yleensä elämää. Ajan myötä tilanteeseen on mahdollista sopeutua, kun hyväksyy psyykkisen sairautensa ja kokee olevansa sinut sen kanssa. Huonoa psyykkistä vointia voi jossain määrin oppia sietämään. Vastoinkäymiset eivät aina lannista, vaan voivat myös vahvistaa, jolloin niiden kestäminen myöhemmin elämässä helpottuu. Toimintakyky voi säilyä, vaikka psyykkiset oireet haittaavatkin elämää. Sairauksien kanssa eläminen kasvattaa omaa asiantuntijuutta. Kun sairauden pahin vaihe on ohi, koetut harhat alkavat erottua todellisesta elämästä. Myös avun hakeminen ajoissa mahdollistuu, kun itse kykenee tunnistamaan sairauden pahenemista ennakoivia oireita. Ensiarvoisen tärkeää psyykkisen sairauden hallitsemiseksi on lääkehoito. Oikea lääkitys löydetään yleensä kokeilujen kautta. Saadusta diagnoosista huolimatta vointi voi pysyä oireettomana pitkäänkin toimivan lääkityksen ansiosta. Alkoholiongelman myöntäminen on vaikeaa. Usein alkoholisti valehtelee itselleenkin, kun hän arvioi kykenevänsä rajoittamaan juomistaan. Totuuden kieltäminen auttaa alkoholistia hallitsemaan tilannettaan.

*Sanoit alkoholismi. Onks sulla niin ku diagnosoitu alkoholismi? (Haastattelija)*

*Ei. Mä käytän kaljaa, että... Oon mä rypänny, oon mä juonu... no oon mä juonu kuukaudenki putkeen, elämässäni. Se on pisin aika. (Haastateltava)*

Vaikka haastateltavalle on annettu alkoholismi-diagnoosi, ei sitä ole helppo myöntää edes itselleen. Diagnoosin hyväksymistä voi vaikeuttaa myös se, että olutta ei välttämättä mielletä alkoholiksi. Pitkäänkin jatkunut runsas oluen juominen koetaan hyväksyttävänä ja alkoholismista erillisenä.

### *Vertailukohteen löytäminen*

Kaksoisdiagnoosipotilaan yhtenä selviytymiskeinona toimii oikeanlaisen vertailukohteen löytäminen. Yksi skitsofrenia on helpompi kestää kuin monta eri sairautta. Skitsofrenia oireilee vain ajoittain ja oireettomat kaudet voivat olla elämässä hallitsevia. Vaikka skitsofrenia luokitellaan psykoositasoiseksi sairaudeksi, voi masennus olla yksilölle skitsofreniaakin vakavampaa. Vertaamalla psyykkistä ja somaattista sairautta toisiinsa voi psyykkiseen sairauteen liittää uusia näkökulmia. Somaattiset sairaudet liittyvät enimmäkseen kehollisuuteen ja psyykkiset sairaudet tajunnallisuuteen. Tajunnallisuus on vaikeammin hahmotettava, näkymätön kokonaisuus, mikä voi tehdä psyykkisestä sairaudesta mielenkiintoisemman kuin somaattinen sairaus. Sairastaminen ja hoidon saaminen on kotimaassa helpompaa kuin ulkomailla vieraassa kulttuurissa. Myös seksuaalisen suuntautumisen vertaaminen voi tukea selviytymistä.

*Kyllä naisena on hienoo olla, että onneks oon ihan hetero. Ettei oo semmosia vaikeuksia, ettei oo kun toi yks...toi yks skitsofrenia vaan.*

Ajatus skitsofreniaa sairastavasta homoseksuaalista – kaksinkertaisessa marginaalissa eläminen – saa haastateltavan oivaltamaan, kuinka selviytyminen skitsofrenian kanssa on helpompaa naisena ja heterona.

### *Positiivinen asenne*

Skitsofrenia on pitkäaikainen sairaus, mutta siitä voi myös parantua. Positiivisen asenteen ylläpitäminen auttaa jaksamaan elämässä eteenpäin. Positiivisuutta kuvaavat luottamus sairauden oireiden helpottamiseen, ainakin väliaikaisesti ja usko sairaudesta kokonaan parantumiseen. Vakava psyykinen sairaus on helpompi kestää, kun antaa toisinaan itselleen luvan irrottautua arjesta.

*... potilaiden kans kyllä siä onki hauskaa... me nauretaan ja pelleillään, huumoria ja...*

Haastateltava kuvaa tässä alkuperäisilmauksessa olemistaan psykiatrisessa sairaalassa. Osastolla on monenlaisista psyykkisistä sairauksista kärsiviä ihmisiä. Naurun ja huumorin ottaminen avuksi auttaa ainakin hetkellisesti irrottautumaan ikävistä, elämää haittaavista sairauksista. Näitä hyvän olon sävyttämiä hetkiä on mahdollista muistella myöhemminkin. Hauskojen hetkien muistelu luo positiivisia mielikuvia ja auttaa selviytymään sairauden vaikeiden aikojen yli.

### *Sosiaalisen hyväksynnän tärkeys*

Psykkisiin sairauksiin ja päihdeongelmiin liittyy ennakkoluuloja. Sosiaalisen hyväksynnän saavuttaminen on merkittävä tekijä selviytymisessä sairauksien kanssa. Psykoosilääkkeiden käyttäminen voi aiheuttaa erilaisia näkyviä ja kiusallisia sivuvaikutuksia. Sitoutuminen muutoin toimivan lääkityksen käyttämiseen on vaikeaa, jos sivuvaikutusten vuoksi joutuu negatiivisen arvostelun kohteeksi. Sosiaalisen hyväksynnän tavoittelu voi houkutella yksinäisen alkoholiongelmaisen ihmisen juomaan muiden seuraan. Tuolloin voidaan puhua ”sosiaalisesta juomisesta”, mikä kuulostaakin hyväksyttävältä. Ihminen hakeutuu mieluiten seuraan, jossa hän ei erotu muista, vaan kokee tulevansa hyväksytyksi. Psykkinen sairaus ja sen oireet eivät aina näy päällepäin. Tarve tulla hyväksytyksi voi johtaa sairauden tarkoitukselliseenkin piilotteluun. Se voi ilmetä konkreettisena oireiden salailuna tai puheen tasolla. Psykkistä sairastamista onkin pidetty perinteisesti tabuna.

*Nii, niitä on niin hirveesti noita mielenterveys­sairauksia. Ne on ykkösenä tällä hetkellä neki sairaudet, mutta...Niist ei vaan puhuta. Ihmiset häpee. Mun tyttö­kaveriki sanoo aina, ett se on unettomuutta. Mä tiän, ett se on sama sairaus kun mulla.*

Tässä alkuperäisilmauksessa haastateltava kuvaa tuttavansa tilannetta. Psykkisistä sairauksista puhuminen voi vielä nykyäänkin olla vaikeaa. Unettomuus on hyväksyttävämpi ongelma. Psykkisiin sairauksiin liittyy häpeän tunne ja kiertoilmauksien käyttäminen puheessa.

### *Alkoholin käytön oikeutus*

Alkoholin käyttöä pyritään oikeuttamaan kokemalla se ikävyyden karkottajana sekä vähättelemällä alkoholin merkitystä. Alkoholin ja muiden päihteiden käyttö on yleisempää skitsofreenikoilla kuin väestössä keskimäärin (ks. esim. Regier ym 1990; Drake & Mueser 2002). Alkoholia voidaan käyttää itselääkintäkeinona huonon voinnin parantamiseen. Masennus ja alkoholi ovatkin tavallinen yhdistelmä. Hetkellisesti alkoholi voi tehdä iloiseksi ja seuralliseksi, mutta sen vaikutus masennukseen on lopulta negatiivista. Skitsofreenikoille haastateltava sallii alkoholin kohtuukäytön.

*Ja sitä alkoholia voi kohtuullisesti käyttää. Ettei se o sitä, että ei skitsofreenikolle voi antaa tippaakaan alkoholia, ett se tulee vaan kahta hullummaks.*

Haastateltava esittää tässä esimerkissä alkoholin käyttöön liittämänsä hyväksyvän merkityksen. Hän oikeuttaa omaa oluen käyttöönsä, vaikka ei mielläkään olutta alkoholiksi. Alkoholin merkityksen vähättely ja sen käytön oikeutus ovat kaksoisdiagnoosipotilaan keinoja selviytyä päihdeongelmansa kanssa.

Puolen vuoden aikana toteutetut haastattelut mahdollistavat sekä haastateltavan kokemuksissa että alkoholinkäytössä ja skitsofreniassa tapahtuneiden muutosten seuraamisen. Haastateltavan alkoholin käyttäminen lisääntyy puolen vuoden tarkastelujakson aikana. Päihdeongelmiin liitetyt merkitykset näyttävät ristiriitaisina ja ajan myötä muuttuvina. Esimerkiksi kolmannessa haastattelussa haastateltava mainitsee olevansa henkisesti terve, mutta juoneensa melko paljon olutta: ”*Henkisesti mä oon terve. Mut ryypänny mä oon kyllä.*” Haastateltava ei liitä hallitsematonta alkoholin käyttöönsä psyykkiseen vointiinsa. Hän myöntää vasta viimeisessä haastattelussa olevansa alkoholisti:

*Ne sano mua sosiaaliseks juojaks. Eli mä juon seurassa. Mä en juo ikinä kotona yksin. Mä juon sen takia, että kun mä tykkään ihmisistä. Vaikka juomistahan se on ja kyllähän mä alkoholisti oon, siis jollain laillahan mä oon alkoholisti. Mut en mä oo niin ku...mun on niin ku hirveen helppo nytki olla selvin päin. Ett ei mul oo mitään himoo lähtee tonne.*

Haastateltava hyödyntää ammatti-ihmisten hänestä käyttämää käsitettä ’sosiaalinen juoja’ selittäessään syitä alkoholin käyttöönsä. Se saa alkoholin käyttämisen kuulostamaan sosiaalisesti hyväksytyltä tavalta. Hän myöntää olevansa alkoholisti vain ”jollain lailla”. Lisäksi hän korostaa pystyvänsä helposti vastustamaan alkoholiin liittyviä mielitekojaan. Puhuessaan kaksoisdiagnoosipotilaista hän ei koe olevansa yksi heistä.

Kaksoisdiagnoosipotilas liittää tämän analyysin perusteella päihde- ja mielenterveysongelmiin merkityksiä, jotka liittyvät sairauden seurauksiin ja sairauden kanssa selviytymiseen. Päihde- ja mielenterveysongelmilla on negatiivisia vaikutuksia elämään, mutta kaksoisdiagnoosipotilas voi löytää erilaisia keinoja ja selviytyä elämässään sairauksistaan huolimatta. Palaan tähän vielä tulosten tarkastelun yhteydessä.

## 7 PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSONGELMIEN HOITOON LIITETTÄVÄT MERKITYKSET

Toisen tutkimuskysymyksen avulla pyrin selvittämään kaksoisdiagnoosipotilaan päihde- ja mielensterveysongelmien hoitoon liitettäviä merkityksiä. Haastateltava tuo esiin samoja asioita eri haastattelukerroilla. Puolen vuoden tarkastelujakson aikana hänen kuvaamissaan hoitokokemuksissa ei ollut nähtävissä muutosta. Yleisellä tasolla ja poikansa ongelmista puhuessaan haastateltavalla on vankka käsitys siitä, että päihde- ja mielensterveysongelmia pitäisi hoitaa yhtenä kokonaisuutena. Oman hoitonsa suhteen hän on asiasta eri mieltä.

*Painottaa liikaa aina mun juomiseen tätä hoitoo. Tarttis sit mennä A-klinikalle puhuun eikä mielensterveystoimistoon. Painottaa liikaa ny sitä, että mun täytyy olla juomatta. Se ei oo pääasia kumminka tässä hommassa.*

Haastateltavaa on loukannut ja ärsyttänyt se, että mielensterveystoimistossa on otettu usein puheeksi hänen alkoholinkäyttönsä. Hänen mielestään alkoholiongelmita pitäisi puhua päihdehuollon puolella. Haastateltava viittaa tässä lainauksessa myös siihen, ettei hänellä ole päihdeongelmaa, koska on asiakkaana mielensterveystoimistossa. Puhuessaan omista hoitokokemuksistaan, hän kertoo lähinnä mielensterveysongelmien hoidosta. Kertoessaan kokemuksiaan poikansa hoidosta, hän käsittelee sekä päihde- että mielensterveysongelmia. Taulukossa 5 esitän tulokset toiseen tutkimuskysymykseeni eli millaisia merkityksiä kaksoisdiagnoosipotilas liittää päihde- ja mielensterveysongelmien hoitoon. Selvitän taulukon sisältöä seuraavissa alaluvuissa.

TAULUKKO 5. Päihde- ja mielenterveysongelmien hoitoon liitettävät merkitykset.

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka	Kokoava käsite
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Työtehtävien hallinnan tärkeys</li> <li>* Ammatillisen osaamisen tärkeys</li>   <li>* Henkilökunnan vähäisyys</li> <li>* Laitoshoitopaikkojen vähentäminen</li> <li>* Avohoidon riittämätön tarjonta</li>   <li>* Hoitajakson lyhyys</li> <li>* Sopivan pysyvän lääkityksen löytyminen</li> <li>* Sitoutuminen hoitoon</li> <li>* Pitkäaikainen hoitosuhde</li> <li>* Lyhytaikainen hoitosuhde</li>   <li>* Hyvä ja hyödyllinen sairaalahoito</li> <li>* Tyytyväisyys omaan avohoitoon</li> <li>* Toimimaton avohoito</li>   <li>* Lääkkeiden/ hoidon edullisuus</li> <li>* Suomessa olemassa oleva psykiatrinen hoitojärjestelmä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Hoidon luotettavuus</li>   <li>* Hoitoressurssien riittämättömyys</li>   <li>* Jatkuvuuden tärkeys</li>   <li>* Hoidon vaikuttavuus</li>   <li>* Sairausvakuutuksen tärkeys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Arvioiva merkitys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Päihde- ja mielenterveysongelmien hoitoon liitettävät merkitykset</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Rajojen asettamisen tärkeys</li> <li>* Rajattu ympäristö</li> <li>* Yksilön vapauksien rajoittaminen</li> <li>* Liiallisen rajaamisen haitat</li>   <li>* Potilaan osallisuus hoitonsa onnistumiseksi/</li> <li>* Sairaana oma vastuu</li> <li>* Hoitovastuun siirtely</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Sopiva kontrolli</li>   <li>* Vastuun täsmentäminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Velvoittava merkitys</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Hoitosuhteen toimivuus</li> <li>* Asioiden jakaminen/ itsensä ilmaiseminen</li> <li>* Vertaistuen merkitys</li>   <li>* Yksilöllisten tarpeiden huomioiminen</li> <li>* Perehtyminen potilaan/asiakkaan tilanteeseen</li> <li>* Inhimillinen kohtelu</li> <li>* Vapauksien saaminen</li> <li>* Empaattisuus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Vuorovaikutus</li>   <li>* Potilaan/ asiakkaan arvostaminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Vastavuoroisuuteen liittyvä merkitys</li> </ul>	

Kaksoisdiagnoosipotilaan päihde- ja mielenterveysongelmien hoitoon liitettävät merkitykset jakautuvat tässä analyysissä kolmeen pääluokkaan:

1. arvioivat/ hoidon laatuun liitettävät
2. velvoittavat/ hoidon hallittavuuteen liitettävät
3. vastavuoroisuuteen liitettävät merkitykset.

### 7.1 Arvioivat/ hoidon laatuun liitettävät merkitykset

Hoidon laatuun liitettävät arvioivat merkitykset muodostuvat tässä tutkielmassa viidestä yläluokasta:

1. hoidon luotettavuus
2. hoitoresurssien riittämättömyys
3. jatkuvuuden tärkeys
4. hoidon vaikuttavuus
5. sairausvakuutuksen tärkeys

#### *Hoidon luotettavuus*

Hoidon luotettavuuteen liittyvät työtehtävien hallinnan ja ammatillisen osaamisen tärkeys. Asiantuntevan ja ammattitaitoisen henkilökunnan merkitys korostuu kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa. Osastohoidon aikana lääkkeiden jaossa voi tapahtua virheitä: annetaan väärää lääkettä tai lääkärin määräämä lääke jää kokonaan antamatta:

*Että mä en hyväksy tätä lääkehommaa, koska lääkkeitten jako pitäis sairaalassa pelata.*

Tässä alkuperäisilmauksessa haastateltava arvioi hoidon laatua kertoessaan huonosta kokemuksestaan psykiatrisessa sairaalassa. Hän on tyytymätön, koska hoitohenkilökunta on tehnyt virheitä lääkkeiden jaossa. Sairaalassa vastuu hoidosta on henkilökunnalla, johon sairaan ihmisen pitäisi voida luottaa.

### *Hoitoresurssien riittämättömyys*

Arvioitaessa etenkin mielenterveysongelmien hoitoa kritiikin kohteena on usein resurssien riittämättömyys. Hoitoresurssit ovat riittämättömiä hoidon tarpeeseen verrattuna. Se näkyy useissa hoitopaikoissa kiireenä ja pitkinä jonotusaikoina. Henkilökuntaa ja hoitopaikkoja on liian vähän sekä avo- että laitospuolella. Laitoshoitopaikkojen vähentäminen on lisännyt avohoidon kysyntää, johon ei pystytä vastaamaan.

*Että ihmisestä ei pidetä sillai huolta. Ja kadulla näkee niitä ihmisiä, jotka on aivan ilman hoitoo. Ett avohoito on olemassa, mikä sanotaan, ett on olemas, niin sitä ei ole. Se on Hämeenkatu, Tampereella.*

Haastateltava tuo painokkaasti esiin käsitystään avohoidon tämänhetkisestä tilanteesta. Hän kokee, että psyykkisesti sairaat jäävät vaille tarvitsemaansa hoitoa. Avohoidon riittämätön tarjonta näkyy kaupungin kaduilla, jonne sairaat ihmiset päämäärättöminä ajautuvat.

### *Jatkuvuuden tärkeys*

Jatkuvuuden tärkeyttä hoidossa kuvaavat seuraavat alaluokat: sopivan ja pysyvän lääkityksen löytäminen, sitoutuminen hoitoon ja pitkäaikainen hoitosuhde. Akuuttipsykiatrian puolella sairaalajaksot ovat lyhyitä ja potilaan kotiutukseen pyritään heti, kun vointi sen sallii. Vaikka psyykkisen sairauden pahimmat oireet helpottavat sairaalahoidon aikana, voi niitä ilmetä vielä kotiutuksen jälkeenkin. Kaksoisdiagnoosipotilaat keskeyttävät usein hoitonsa ja sitoutuminen lääkkeiden säännölliseen käyttämiseen voi tuottaa ongelmia. Pitkäaikainen ja toimiva hoitosuhde on merkittävä tekijä potilaan psyykkisessä kannattelussa.

*No, mul on ollu esimerkiks sama lääkäri, joka tuntee mut. On ollu vuosikausia.*

Haastateltava on käynyt samalla psykiatrilla jo yli kaksikymmentä vuotta ja kokee pitkään jatkuneen hoitosuhteen positiivisena asiana. Lääkäreiden jatkuva vaihtuminen rasittaa sairaita ihmisiä. Saman tarinan kertominen aina uudelle lääkärille kerta toisensa jälkeen on turhauttavaa eikä edistä kuntoutumisprosessia.



### *Hoidon vaikuttavuus*

Hyvä ja hyödyllinen osastohoito sekä tyytyväisyys avohoitoon kertovat avun saamisesta sairauden oireisiin. Ne ovat hoidon vaikuttavuuteen liitettäviä merkityksiä. Toimimaton avohoito kuvaa tilannetta, jossa ongelmiin ei saada apua eli vaikuttavuuden toista ääripäätä.

*X oli kuulemma ihan huuhaata, ett siitä sano monet muutkin, että siellä ei toimi, että siellä ei oo, että ihmiset ei oo tyytyväisiä siihen.*

Haastateltava kertoo kuvauksessaan tietystä hoitopaikasta, josta hän on kuullut negatiivisia arvioita. Hän perustaa käsityksensä muiden ihmisten kokemuksiin, jotka eivät ole olleet tyytyväisiä siellä saamaansa hoitoon. Eri hoitopaikkojen erot voivat johtua henkilökunnan persoonallisista eroista tai hoitokäytännöistä. Toisaalta potilaan tai asiakkaan oma persoonallisuus voi herättää hoitohenkilökunnassa tunteita, jotka vaikeuttavat terapeuttisen suhteen muodostumista autettavan ja auttajan välille.

### *Sairausvakuutuksen tärkeys*

Päihde- ja mielenterveysongelmien hoitoon liittyy myös taloudellisia merkityksiä. Hyvinvointivaltion etuihin kuuluvat vakaviin mielenterveysongelmiin käytettävien lääkkeiden edullisuus ja olemassa oleva psykiatrinen hoitojärjestelmä. Näitä voidaan pitää itsestäänselvyyksinä, mutta niiden tärkeys korostuu päihde- ja mielenterveysongelmien hoidossa. Lääkkeitä kehitetään jatkuvasti ja vapaaehtoisilla on mahdollisuus osallistua lääketutkimuksiin ja saada tutkimuksen ajalta lääkkeet ilmaiseksi. Tutkimukseen osallistuminen voi auttaa toimivan lääkityksen löytämisessä.

*Mä saan sen nyt tota noin ni ilmaislääkityksenä. Että sitä ei tartte maksaa. En mä pystyis ikinä maksaa semmosta.*

Haastateltava kertoo käyttämänsä psykoosilääkkeen kalleudesta ja kuvaa tyytyväisyyttään ilmaislääkeoikeuteen. Monilla kaksoisdiagnoosipotilailla esiintyy lääkekielteisyyttä. Lääkkeiden edullisuus mahdollistaa niiden hankkimisen ja säännöllisen käyttämisen ja turvaa näin välttämättömän hoidon perustan.

## 7.2 Velvoittavat/ hoidon hallittavuuteen liitettävät merkitykset

Toinen hoitokokemuksista muodostettu pääluokka liittyy kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon hallittavuuteen. Nämä velvoittavat merkitykset muodostuvat kahdesta yläluokasta:

1. sopiva kontrolli
2. vastuun täsmentäminen

### *Sopiva kontrolli*

Päihde- ja mielenterveysongelmien hoitoon liittyy kontrolli. Liiallinen kontrolli koetaan ahdistavana, mutta sopivan kontrollin käyttäminen luo turvallisuuden tunteen. Rajaamista voidaan hyödyntää puheen tasolla, ympäristöä rajaamalla tai yksilön oikeuksia rajoittamalla. Hoitava lääkäri on tarvittaessa vaativa. Sairas ihminen voi tarvita elämänohjeita ja rajaamista pystyäkseen keskittymään omaan elämäänsä. Sairaalan turvallinen, rajattu ympäristö voi jo sinällään edistää toipumisprosessia. Oman tahdon vastaisesti hoitoon tuominen ja hoidossa oleminen aiheuttavat keskustelua. Pakkohoito on viimeinen keino auttaa psykoottisesti oireilevaa. Myöhemmin asianomainen voi itsekkin ymmärtää rajoittamisen tarpeellisuuden. Pakkohoito olisi tarpeen myös itsemurhavaarassa olevien ei-psykoottisten henkilöiden kohdalla.

*Kyllä pitäs, jos on itsemurha...itsemurhayrityksiä ja näin, ni pitäs laittaa pakkohoitoon ja hoitaa se ihminen, koska tuskin se niin ku periaatteessa loppujen lopuks haluaa kuolla. Vaan se on sairas, kun sil on itsemurhayrityksiä. Pakkohoitoon! Kyllä!*

Tässä lainauksessa tiivistyy äidin huoli poikansa itsetuhoisesta käyttäytymisestä. Hän kyseenalaistaa poikansa todellista halua kuolla ja näkee itsetuhoiset suunnitelmat osana tämän sairautta. Toisaalta voidaan miettiä ihmisen oikeutta päättää omasta elämästään ja sen kestosta. Kaksi tärkeää periaatetta, elämän säilyttäminen ja yksilön oikeudet, asettuvat tässä vastakkain.

### *Vastuun täsmentäminen*

Vastuukysymykset tulevat usein esiin, kun puhutaan kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta. Kaksoisdiagnoosipotilas joutuu itse kantamaan vastuuta saadakseen tarvitsemaansa riittävän tiivistä

hoitoa. ”Oikeaa” hoitopaikkaa etsittäessä potilaita siirrellään päihde- ja mielenterveyspalvelujen välillä.

*Pitäis ottaa ihminen ottaa kokonaisuutenaan, eikä muutenki ku.. hoidetaan psyykinen ja fyysinen ja sitte vielä päihde-, kaikki erikseen. Ihminen on yks kappale, ei se nyt oo kolme eri ihmistä. Että kolme eri asiaa hoitaa sitte, ku se pitäis kokonaisuudessaan hoitaa.*

Tässä alkuperäisilmauksessa haastateltava kuvaa hyvin ihmisen holistista olemusta. Psyykinen liittyy holistisen ihmiskäsityksen tajunnalliseen ja fyysinen keholliseen aspektiin. Päihdeongelman voidaan katsoa syntyneen eri tekijöiden seurauksena. Oleellista kuitenkin on, että kaikki nuo tekijät ovat liittyneet kyseisen ihmisen elämäntilanteeseen eli situaatioon. Päihdeongelma voidaan tällä perusteella liittää situationaalisuuteen. Kaksoisdiagnoosipotilaan ongelmien huomioiminen kokonaisuutena integroidussa hoidossa selkeyttää myös vastuukysymyksiä.

### 7.3 Vastavuoroisuuteen liitettävät merkitykset

Kolmas kaksoisdiagnoosipotilaan hoitokokemuksista muodostettu pääluokka on nimeltään ”vastavuoroisuuteen liitettävät merkitykset”. Nämä merkitykset täsmentyvät kahdessa yläluokassa:

1. vuorovaikutus
2. potilaan/ asiakkaan arvostaminen

#### *Vuorovaikutus*

Hoidossa korostuu vuorovaikutuksen tärkeys, joka voi liittyä hoitosuhteen toimivuuteen ja yhteistyöhön. Sairaalle ihmiselle osastohoitoon tuleminen antaa mahdollisuuden puhua mieltään painavista asioista. Itsensä ilmaiseminen keskustelun avulla auttaa ja tuntuu hyvälle. Vertaistukea voi saada keskustelemalla ja viettämällä aikaa potilastovereiden kanssa.

*Meil on hirveen hauskaa. – Mä oon joskus nauranu, että jos jossain on hauskaa niin hullujenhuoneella. Mutta en mä tiä onks täällä enää niin hauskaa ku ennen oli.*

Haastateltava pystyy sairaudestaan huolimatta ilmaisemaan tunteitaan. Hän kuvaa, kuinka sairaalassa potilastovereiden kanssa on ollut hauskaa ja käyttää psykiatrisesta sairaalasta ironisoivaa ilmausta ”hullujenhuone”. Jokin on kuitenkin muuttunut, sillä aiemmin samassa psykiatrisessa sairaalassa on ollut vieläkin hauskeempaa. Tämä saattaa liittyä siihen, että laitospaikkoja on vähennetty ja osastohoitoon pääsevät potilaat ovat aiempaa huonommassa kunnossa. Huumori ja nauraminen voivat tällaisessa tilanteessa tuntua vierailta.

#### *Potilaan/ asiakkaan arvostaminen*

Kaksoisdiagnoosipotilaan arvostamiseen hoidossa liittyy yksilöllisten tarpeiden huomioiminen. Kaikki eivät saa ongelmiinsa apua terapeuttisista keskusteluista, vaan tarjolla olevien hoitojen hyötyä tulisi arvioida yksilöllisesti. Apua pitäisi myös saada silloin, kun sitä tarvitsee ja hakee. Arvostaminen voi näkyä myös potilaan tilanteeseen perehtymisenä. Perusteellinen tutkiminen ja potilaan asioiden eteenpäin vieminen kertovat arvostavasta suhtautumisesta. Kaksoisdiagnoosipotilaan inhimillinen kohtelu ilmenee kunnioittavana suhtautumisena – myös pakkohoidon tarpeen arvioinnissa. Arvostava suhtautuminen voi välittyä potilaalle myös vapauksien saamisena. Hoitavan henkilön empaattisuus näkyy aitona välittämisenä sekä auttamisena ja tukemisena tarvittaessa.

*Herra X on semmonen, ett se, se niin kun välittää potilaistaan. Se on professori se on muuten ...töissä tämmösissä kunnan hommissa. Et siitäki näkee ett välittää niin ku.*

Tässä lainauksessa käsitteellistyy asiakkaan arvostamiseen liitettävä merkitys empaattisuutena. Haastateltava näkee kunnallisen työn vähemmän arvostettuna. Hoitavan lääkärin työskenteleminen vuodesta toiseen kyseisessä työpaikassa on haastateltavalle osoitus siitä, että lääkäri välittää aidosti potilaistaan.

Kaksoisdiagnoosipotilaan kokemusten perusteella päihde- ja mielenterveysongelmien hoitoon voidaan liittää arvioivia, velvoittavia ja vastavuoroisia merkityksiä. Arvioivat merkitykset edustavat potilaan käsityksiä hoidon laadusta. Velvoittavat merkitykset liittyvät puolestaan pääasiassa hoidon järjestämisestä vastaavien yksiköiden toimintaan. Vastavuoroisuuteen liitettävät merkitykset kuvaavat näiden osapuolien eli potilaan ja hoitopaikan yhteistoimintaa. Pohdin näiden kokemusten merkitystä tarkemmin seuraavassa luvussa.

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA TULOSTEN TARKASTELUA

Tämä tutkielma luo kuvaa kaksoisdiagnoosipotilaan sairaus- ja hoitokokemuksiin liittämistä merkityksistä. Kokemusten ryhmittelyn perustana toimii sisällönanalyysi. Olen tarkastellut kokemuksia ja pyrkinyt ymmärtämään niiden merkityksiä fenomenologis-hermeneuttisesta viitekehystä. Tutkimuksellani haluan painottaa tutkittavan näkökulmaa ja tuoda esiin tutkittavan äänen. Tutkimusprosessi on muodostunut osaksi sekä tutkittavan että tutkijan situaatiota. Oman näkökulmani sosiaalityöntekijänä olen pyrkinyt pitämään taustalla tuloksia etsiessäni.

Kaksoisdiagnoosipotilaan päihde- ja mielenterveysongelmiin liittämät merkitykset jakautuvat kahteen pääluokkaan: 1) sairauden seurauksiin liitettävät merkitykset ja 2) selviytymiseen liitettävät merkitykset. Tulosten perusteella sairauden seuraukset näyttäytyvät negatiivisesti vaikuttavina merkityksinä: otteen menettämisenä elämästä, elämän kapeutumisenä ja voimavarojen hiipumisena. Kaksoisdiagnoosisairauden vaikutukset ovat elämää rajoittavia ja näkyvät holistisen ihmiskäsityksen tajunnallisuuden, kehollisuuden ja situationaalisuuden osa-alueilla. Sairauden kanssa selviytyminen käsitteellistyy tilanteen hallintana, vertailukohteen löytämisenä, positiivisena asenteena, sosiaalisen hyväksynnän tärkeytenä ja alkoholin käytön oikeutuksena.

Nykyajan kiireisessä, vaativassa ja menestystä arvostavassa yhteiskunnassa on päihde- tai mielenterveysongelmaisen vaikea selvitä. Kun sekä päihde- että mielenterveysongelmat kuluttavat voimavaroja samaan aikaan, on selviytyminen vieläkin hankalampaa. Huonommin menestyvien on luotava tässä kamppailussa omia selviytymiskeinojaan säilyttääkseen itsearvostuksensa ja toimintakykynsä. Sopivan vertailukohteen löytäminen nousi useasti esiin haastatteluaineistosta. Kun vertaa omaa elämäntilannettaan ja sairauksiaan niihin, joilla on vielä suurempia tai vakavampia ongelmia, omien ongelmien merkitys pienenee. Elämän painopisteet siirtyvät sinne, mikä koetaan vielä hallittavissa olevaksi. Oman paikan ja merkityksen löytäminen elämässä voi onnistua muutoinkin kuin saavuttamalla yhteiskunnallisesti arvostettua menestystä Ongelmien kanssa voi oppia elämään, kun hyväksyy ne osaksi omaa itseään. Toisaalta myös ongelmien kieltäminen toimii selviytymiskeinona. Sairauden kanssa selviytyminen tässä aineistossa näyttäytyy samanlaisena kuin Hännisen (2000) tutkimuksessa. Kun kokemuksille antaa uusia merkityksiä, on selviytyminen mahdollista. Haastateltavan kertomat kokemukset ja niille annetut merkitykset ovat pieniä selviytymistarinoita. Hän on kääntänyt kohtaamansa vaikeudet vahvuudekseen ja saanut pidettyä yllä suhteellisen hyvää elämänlaatua.

Kaksoisdiagnoosiongelmien hoitoon liitettävät merkitykset jakautuvat tulosten perusteella kolmeen pääluokkaan: 1) arvioivat 2) velvoittavat ja 3) vastavuoroisuuteen liitettävät merkitykset. Hoitoa arvioidaan sen luotettavuuden, jatkuvuuden ja vaikuttavuuden sekä resurssien riittämättömyyden ja sairausvakuutuksen tärkeyden perusteella. Velvoittavina näyttäytyvät kontrolliin ja vastuuseen hoidossa liitettävät merkitykset. Kontrollin vaikutus sairaan ihmisen elämään ei ole pelkästään kielteistä. Turvallisten rajojen asettaminen sopivan kontrollin muodossa voi olla esimerkiksi pakkohoidon toteuttamista oikeaan aikaan. Vastuu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta on alkanut selkeytyä uusien hoitoyksiköiden perustamisen myötä. Kuitenkin kaikkien apua tarvitsevien hoidon piiriin saaminen on mahdotonta. Hoitoon pääseminen ei takaa avun saamista. Päihde- ja mielenterveysongelmien kanssa kamppaileva ei aina ymmärrä omaa parastaan, vaan voi jättää hoidon kesken vetoamalla yksilön vapauteen ja oikeuksiin tai motivaation puutteeseen. Vuorovaikutus sekä potilaan/ asiakkaan arvostaminen liittyvät vastavuoroisuuteen liitettäviin merkityksiin.

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa tulisi kiinnittää huomio kokonaisvaltaiseen hoitamiseen. Mikä on hoidon varsinainen kohde? Erilliset ongelmat vai ihminen kokonaisuutena? Hoidetaanko diagnooseja vai yksilöä, jolla on oma henkilöhistoriansa ja omat yksilökohtaiset kokemuksensa? Voidaanko päihdeongelma parantaa, jos mikään muu ihmisen elämässä ei muutu? Onko päihdeongelma parannettavissa, jos asuntoa ei ole? Tässä yhteydessä palaan teoriaosuudessa käsittelemiini tilanteen eli elämäntilanteen konkreettisiin komponentteihin. Sosiaalityön avulla pystytään vaikuttamaan ihmisen tilanteeseen, kuten asuntotilanteeseen: etsitään asuntoa sekä avustetaan taloudellisesti. Asunto on oleellinen osa ihmisen tilanteen konkreettisia komponentteja. Holistisen ihmiskäsityksen tajunnallisuuden ja kehollisuuden aspektit on myös otettava huomioon kaksoisdiagnoosipotilaan kokonaisvaltaista hoitamista ja kuntoutumista ajatellen. Tajunnallisuuteen vaikuttaminen voisi olla esimerkiksi psykoterapiaa, joka ajattelun ja itsetuntemuksen kautta avaisi tien kohti kuntoutumista. Kehollisuuteen liittäisin somaattisen terveyden vaalimisen. Terveellisen ruokavalion noudattaminen ja haitallisten pähteiden välttäminen sekä liikunnan avulla yleiskunnan kohentaminen vaikuttavat kehollisuuden kautta kaksoisdiagnoosipotilaan vointiin.

Myös tässä tutkielmassa tulee esiin kaksoisdiagnoosiongelman kokonaisuuden hoitamisen ja ihmisen holistisuuden ymmärtämisen tärkeys. Asiakkaat ja potilaat ovat parhaita asiantuntijoita arvioimaan heille tarjolla olevien palvelujen riittävyttä ja vaikuttavuutta. Analyysin perusteella ideaaliseen kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon liittyy sekä lääkkeellinen että terapeuttinen

näkökulma. Yksilöllisesti suunnitellussa kokonaisvaltaisessa kuntoutuksessa hoitosuhteen luotettavuus, vastavuoroisuus ja jatkuvuus sekä potilaan/ asiakkaan arvostaminen toteutuisivat sopivaan kontrolliin liitettyinä. Hyvässä hoitosuhteessa on tärkeää kokemus ymmärretyksi ja arvostetuksi tulemisesta. Potilaan tilanteeseen perehtyvän ja potilastaan arvostavan ammattilaisen empaattisuus välittyy potilaalle ja edesauttaa toimivan hoitosuhteen luomista. Luottamuksen saavuttaminen auttaa kaksoisdiagnoosipotilasta kertomaan avoimesti omista ongelmistaan ja hyvien hoitotulosten saavuttaminen mahdollistuu.

Oman kaksoisdiagnoosisairautensa tunnistaminen on haastateltavalle vaikeaa. Hän kertoo puhuvansa sairaudestaan avoimesti. Tällä hän viittaa ainoastaan skitsofreniaan. Hän antaa kuvan, että alkoholin käyttäminen on hallinnassa. Tämän ajatuksen vaikutus näkyy myös siinä, että hän ei puhu itsestään kaksoisdiagnoosipotilaana, vaan skitsofreenikkona. Puhuessaan kaksoisdiagnoosipotilaista hän käsittelee problematiikkaa joko yleisellä tasolla tai poikansa ongelmiin liittyen. Tämä vaikuttaa hänen sairaus- ja hoitokokemuksiinsa. Hän ei näe omaa alkoholinkäyttöään ongelmana vaan paremminkin elämäntapana ja mahdollisuutena sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen. Hänen henkilökohtaiset kokemuksensa päihdeongelman hoidosta jäävät tässä tutkielmassa taka-alalle. Mahdollisesti syynä on se, että hänellä ei ole kokemusta päihdehuollon palveluista. Toisaalta hän voi tietoisesti tai tiedostamattaan vähätellä alkoholiongelmaansa tai kieltää sen olemassaolon.

Perehtyessäni haastatteluaineistoon mielessäni heräsi kysymys, miksi haastateltava kertoo yhtä paljon kokemuksiaan muiden ihmisten tilanteista kuin omasta tilanteestaan. Kieltäytyykö hän ajattelemasta omaa sairauttaan ja sen sijaan kiinnittää huomiota toisalle? Onko hän voimakkaasti empaattinen persoona, joka omista vaikeuksistaan huolimatta huolehtii lähimmäistensä elämästä? Voiko tämä piirre olla myös osasy syy hänen sairastumiseensa vai voiko se olla sairauden seurausta? Näihin kysymyksiin en tutkimuksessani etsinyt vastauksia, mutta ne herättivät ajattelemisen aihetta. Ehkä tässä näkyy yksi haastateltavan selviytymiskeino. Haastateltava vertaa omia kokemuksiaan muiden kokemuksiin, mikä auttaa häntä selvitymään päihde- ja mielenterveysongelmiensa kanssa. Hän saattaa kertomuksillaan myös pyrkiä osoittamaan yksilökohtaisten kokemustensa yleistettävyyttä.

Kaksoisdiagnoosipotilaiden ongelmat ovat hyvin monenlaisia, niin sosiaalisia kuin lääketieteellisiäkin. Siksi moniammatillisen osaamisen ja verkostoitumisen hyödyntäminen käytännön työssä ovat tärkeitä tekijöitä näiden ihmisten ongelmien helpottamiseksi. Oleellista on

selvittää ja päättää, missä kannetaan päävastuu potilaan hoidosta. Kunnallisten mielenterveyspalvelujen, sosiaalityön, päihdehuollon, erikoissairaanhoidon, yksityisten palvelujen ja kolmannen sektorin yhteistyötä tarvitaan mahdollisimman perusteellisen käsityksen saamiseksi ihmisten kokonaistilanteesta ja avuntarpeesta. Yli organisaatorajat ylittävä yhteistyö mahdollistaa toimivien hoitokäytäntöjen luomisen. Oikeiden keinojen löytäminen näiden välinputoajien auttamiseksi ja heidän elämänlaatussa parantamiseksi on vaativa haaste.

Tässä tutkielmassa tarkasteltavat kokemukset ovat kaksoisdiagnoosipotilaan antamia merkityksiä päihde- ja mielenterveysongelmille sekä niiden hoidolle. Vaikka kokemukset ovat subjektiivisia, haastateltavan kuvaamissa tilanteissa on paljon myös muiden kaksoisdiagnoosipotilaiden keskuudessa yhteisesti jaettua.



## 9 TUTKIMUSPROSESSIN ONNISTUMISEN JA LUOTETTAVUUDEN ARVIOINTIA

Tutkielmani päätteeksi arvioin tutkimusprosessini onnistumista: teorian ja empirian kohtaamista, soveltamani viitekehyksen onnistumista, analyysimenetelmän sopivuutta sekä vastausten löytämistä tutkimuskysymyksiin.

Aloittaessani teoriaosuutta olin jo tietoinen, mitä haluan tutkielmallani saavuttaa. Kaksoisdiagnoosipotilaan subjektiivisista sairaus- ja hoitokokemuksista oli kuitenkin vain vähän tutkimustietoa saatavilla. Aloin rakentaa tutkielmani teoriaa laajasti kaksoisdiagnoosi-problematiikasta tehdyn tutkimustiedon varaan. Kaksoisdiagnoosiproblematiikkaa taustoittavan ongelman määrittelyyn, kehittymiseen, esiintyvyyteen ja hoitoon liittyvän osion tarpeellisuus kokemusten tutkimisen yhteydessä ja tässä laajuudessa on tutkielmassani kyseenalainen. Se ei suoraan liity tutkimuskysymyksiini, mutta sisältää tärkeää ja oleellista taustatietoa kaksoisdiagnoosista. Tällä hetkellä tutkimuskysymyksiini liittyvää tieteellistä tutkimusta olisi todennäköisesti enemmän saatavilla ja teoriaosuus muokkaantuisi erilaiseksi. Toisaalta tutkimusprosessin loppuun saattaminen on tarkentanut näkemystäni tutkielmani aiheesta ja siten asettanut uusia tarkentuneempia vaatimuksia myös teoriaosiolle.

Teoriaosuutta kirjoittaessani jaoin sen mielessäni kahteen osaan: kaksoisdiagnoosia käsittelevään ja kokemusten tutkimista käsittelevään osuuteen. Näitä osioita yhdistää katsaus marginaalissa elävien ihmisten kokemusten tutkimiseen. Eri luvuissa on siten havaittavissa jonkin verran päällekkäisyyttä, mutta toisaalta arvioin juuri päällekkäisyyden kietovan yhteen aluksi toisistaan erilliset osuudet ja lisäävän työni yhtenäisyyttä.

Perttulan (1995, 97) mukaan ihmistieteellisessä tutkimuksessa luotettavuus perustuu tutkittavan ilmiön perusrakenteen ja tutkimusmenetelmän vastaavuuteen. Tätä kutsutaan tutkimuksen adekvaattisuudeksi. Tutkijan on aluksi filosofisesti analysoitava käsityksensä ihmisen peruluonteesta eli ilmaistava ihmiskäsityksensä. Tutkittavan ilmiön kannalta mielekkäiden tutkimusmenetelmien valitseminen edellyttää ihmiskäsityksen julkituomista. Olen kuvannut teoriaosuudessa Rauhalan holistista ihmiskäsitystä, joka vastaa tässä tutkielmassa omaksuttua käsitystä ihmisestä. Sisällönanalyysi soveltuu teemahaastatteluin kerättyyn laadulliseen aineistoon. Teemahaastattelujen avulla pyritään saamaan tutkittavien ääni kuuluviin selvittämällä heidän

ilmiöille ja tapahtumille antamia merkityksiä. Koska tutkimusmenetelmät on suhteutettava tutkittavaan ilmiöön, ei ole edellytyksiä muotoilla yleisiä luotettavuuden kriteerejä (Perttula 1995, 99).

Rauhala on tuotannossaan pohtinut ainutkertaisen ja yksilöllisen ihmisen tutkimista. Kuinka voidaan tutkia yksilöä ja hakea siitä yleistettävissä olevaa tietoa? Rauhala (1998, 107) onkin todennut, että ”on vain tiedostettava, että yksittäistä ja ainutkertaista ei voida yleistysten kautta ymmärtää ja hallita”. Jossain mielessä voidaan kuitenkin pyrkiä yleistettävyyteen. Esimerkiksi Perttula (1995; 1998) on omissa tutkimuksissaan keskittynyt aluksi persoonakohtaisen tiedon etsimiseen kuvaamalla persoonia omassa ainutlaatuisuudessaan. Tämän jälkeen persoonia on tyypitelty erilaisin perustein ja saatu tietynlaista yleistä tietoa. Rauhala korostaa, että tieteellisen tutkimuksen yleiset tunnusmerkit ovat tärkeitä, mutta ne eivät sellaisenaan sovellu kaikkiin yhteyksiin. Niistä ei saisi tulla pakkomielteisesti toteutettavia itseisarvoja, vaan tulee huomioida tutkimuksen luonne. Persoonan tutkimisen kohdalla tiede voitaisiin määritellä ”toiminnaksi, jossa tavoitellaan ilmiöiden ymmärtämistä ja etsitään keinoja vaikuttaa niiden kulkuun”. (Rauhala 1998, 115.) Laadullisessa tutkimuksessa on paremminkin kyse teoreettisesta tai olemuksellisesta (ei tilastollisesta) yleistettävyydestä, jolloin tärkeää on tulkintojen kestävyys ja syvyys (Uusitalo 1991, 78; ref. Eskola & Suoranta 1998, 67 – 68).

Perttula (1995, 102 – 104) on esittänyt kokemuksen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit. Hän korostaa luotettavuuden kriteerinä tutkimusprosessin mahdollisimman tarkkaa kuvausta. Se antaa lukijoille mahdollisuuden konstruoida tutkimuksen kulkua ja siten tutkimuksen luotettavuus lisääntyy. Tutkimuksessaan hän on käyttänyt analyysimenetelmänä fenomenologista psykologiaa, jonka ajatuksia olen omassa tutkielmassani hyödyntänyt. Arvioin seuraavaksi tutkielmani luotettavuutta Perttulan kriteerien (1. – 9.) mukaan.

### 1. Tutkimusprosessin johdonmukaisuus

Laadullisessa tutkimuksessa prosessin eri vaiheet liittyvät kiinteästi toisiinsa. Tutkimusprosessini olen kuitenkin pyrkinyt toteuttamaan mahdollisimman johdonmukaisesti. Aloitin tutkimusprosessin perinteiseen kaksoisdiagnoositutkimukseen perehtymällä. Vähitellen tutkimusongelmani rajautui kokemusten tutkimiseen, ehkä juuri siksi, että kaksoisdiagnoosipotilaan kokemuksista ei ollut tutkittua tietoa. Kokemuksen teoriaan perehtyessäni ajauduin fenomenologian pariin. Rakensin aluksi tutkielmani analyysiä fenomenologian ja fenomenologisen psykologian metodin varaan. Päädyin kuitenkin ottamaan sisällönanalyysin varsinaiseksi analyysimenetelmäksi. Arvelin

fenomenologian johtavan helposti filosofiseen pohdintaan ja vievän liian kauas arkisten kokemusten tutkimisesta. Fenomenologian halusin säilyttää viitekehyksenä. Fenomenologian osoittauduttua sellaisenaan mahdottomaksi toteuttaa liitin viitekehykseen hermeneuttisen tulkinnallisen puolen. Johdonmukaisuutena tutkielmassani pitäisin sitä, että olen mukautunut prosessin aikana muuttuneisiin suunnitelmiini ja pyrkinyt muokkaamaan kokonaisuutta yhtenäiseksi.

## 2. Tutkimusprosessin reflektointi ja reflektoinnin kuvaus

Tutkimusmenetelmät valitsin tutkielmani aiheen ja tutkimuskysymysten perusteella. Teemahaastattelun avulla saadaan tietoa subjektiivisista kokemuksista ja merkityksistä. En ole itse vaikuttanut aineiston muodostumiseen, koska sain haastatteluaineiston käyttööni valmiiksi nauhoitettuna. Olen perustellut teemahaastattelun sopivuutta aineistonkeräysmenetelmänä luvussa 4.1. Haastatteluaineiston sain käyttööni c-kaseteille valmiiksi nauhoitettuna. Tämän jälkeen toteutin sisällönanalyysiä systemaattisesti Tuomen ja Sarajärven esittämän yhdysvaltalaisen perinteen vaiheita soveltaen. Olen perustellut sisällönanalyysin sopivuutta kokemusten tutkimisen analyysimenetelmänä luvussa 5.1. Analyysin kulun olen esittänyt vaihe vaiheelta luvussa 5.2. En kuitenkaan pidättäytynyt täysin annetussa ohjeistuksessa, vaan pidin tärkeämpänä analyysin luonnollista etenemistä vaiheesta toiseen. Tämän olen myös tuonut esiin raportoidessani analyysin kulkua.

## 3. Tutkimusprosessin aineistolähtöisyys

Kokemusten tutkimisessa on tärkeää säilyttää tutkittavan kokemus mahdollisimman alkuperäisenä. Tulkinnan välttäminen kokemuksista tutkittaessa on haasteellinen tehtävä. Luvussa 5.1 olen kyseenalaistanut tutkimukseni aineistolähtöisyyden. Vaikka tavoitteeni oli aineistolähtöisen sisällönanalyysin toteuttaminen, tuntuu tässä tapauksessa turvallisemmalta puhua teoria-sidonnaisesta analyysistä.

## 4. Tutkimusprosessin kontekstisidonnaisuus

Haastateltava on tuottanut analyysissä käytetyn aineiston vuorovaikutuksessa haastattelijan kanssa. Haastattelija on antanut haastateltavan kertoa kaikista niistä kokemuksista, joita kysymykset herättivät. Haastattelija tuo haastattelutilanteeseen tahtomattaankin osan omasta situaatiostaan. Tässä tutkielmassa haastattelija oli eri henkilö kuin analyysin tekijä. Arvioin tämän lisäävän mahdollisuutta haastateltavan kokemusten tavoittamiseen. Analyysivaihe on haastattelutilanteen tavoin kontekstisidonnainen. Haastateltavan kokemuksiinsa liittämät merkityssuhteet ovat yksilökohtaisia ja olemassa vain hänen koetussa maailmassaan. Tätä olen käsitellyt luvussa 3.2

holistisen ihmiskäsityksen yhteydessä. Olen pyrkinyt tämän ainutlaatuisuuden säilyttämiseen analyysissä mahdollisimman pitkään, mutta kaiken aiheesta aiemmin tietämäni sulkeistaminen tutkimusprosessin ulkopuolelle on kuitenkin ylivoimainen tehtävä.

#### 5. Tavoiteltavan tiedon laatu

Tällä tutkimuksella olen pyrkinyt korostamaan yksilökohtaisten kokemusten merkitystä. Olen analysoinut yhden ihmisen kertomia kuvauksia. Osa näistä kuvauksista liittyy kokemuksiin muiden ihmisten päihde- ja mielenterveysongelmista sekä niiden hoidosta. Vaikka en ole tavoitellut yleistettävissä olevaa tietoa, muodostamani käsitteet kuvaavat soveltuvin osin myös muiden kaksoisdiagnoosipotilaiden kokemuksia.

#### 6. Metodien yhdistäminen

Käytin sisällönanalyysiä varsinaisena analyysimetodina. Alkuperäinen tavoitteeni fenomenologisen näkökulman yhdistämisestä sisällönanalyysiin ei tuntunut toimivalta. Sisällönanalyysin eri luokkia muodostaessani jouduin tulkitsemaan kokemuksiin liitettyjä merkityksiä, jotta pystyin muodostamaan niitä yhdistäviä luokittelukriteerejä. Haastateltavan kokemuksen säilyttäminen mahdollisimman alkuperäisenä, mutta tulkinnan liittäminen analyysiprosessiin vaikutti luotettavammalta ratkaisulta. Sisällönanalyysin käyttäminen ilman fenomenologis-hermeneuttista viitekehystä olisi ollut riittävää kokemuksiin liitettävien merkitysten tavoittamiseksi. Arvioin kuitenkin, että fenomenologis-hermeneuttinen viitekehys auttaa tavoittamaan haastateltavan alkuperäisen kokemuksen mahdollisimman hyvin.

#### 7. Tutkijayhteistyö

Tutkijayhteistyö on tämän tutkielman tekemisessä rajoittunut lähinnä ohjaajan kanssa käytyihin keskusteluihin. Nähdäkseni keskustelut ohjasivat tutkimuksen tekoa oikeaan suuntaan. Ulkopuolisen palautteen saaminen mahdollisti omien tutkimuksellisten ratkaisujeni kyseenalaistamisen ja tarkistamisen sekä auttoi perustelemaan tekemiäni ratkaisuja huolellisemmin.

#### 8. Tutkijan subjektiivisuus

Olen käsitellyt haastattelijan vaikutusta haastattelun kulkuun teemahaastattelun yhteydessä luvussa 4.1. Luvussa 5.2 olen kuvannut sisällönanalyysin toteuttamista käytännössä ja myös tutkijan vaikutusta analyysiin. Olen tuonut esiin omia ennakkokäsityksiäni, joita en ole voinut täysin sulkeistaa analyysin ulkopuolelle. Ennakkokäsitykseni liittyvät lähinnä kokemuksiini kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon luonteesta ja järjestämisestä.

## 9. Tutkijan vastuullisuus

Olen pyrkinyt suorittamaan tutkimuksen tekoon liittyvät eri vaiheet systemaattisesti. Sisällön-analyysin etenemisen olen kuvannut systemaattisesti vaihe kerrallaan ja käyttänyt taulukkoja helpottaakseni tekemieni ratkaisujen seuraamista. Olen raportoinut tulokset analyysini päätteeksi ja kuvannut muodostamieni luokkien sisällöt. Tulosten tarkastelun yhteydessä olen pohtinut, mitä saadut tulokset merkitsevät haastatellulle ja millaisia vastauksia olen saanut tutkimuskysymyksiini. Tulosten merkityksiä haastateltavalle olen pohtinut myös tuloslukuissa 6 ja 7.

Perttulan (1995, 104 – 108) mukaan luotettavuuden arvioinnissa tärkeintä on tutkijan kriittinen arvio tutkimusprosessin kaikista vaiheista. Vähemmän ansiokkaana hän pitää tutkimuskäytäntöjen muodollista noudattamista ja empiiristen tulosten sisältöä. Katson, että Perttulan esittämien kriteerien valossa tutkimukseni täyttää kokemusten tutkimuksen luotettavuuden kriteerit. Kuten olen jo useasti tässä tutkielmassa todennut, on toisen ihmisen alkuperäisen kokemuksen täydellinen tavoittaminen mahdotonta. Tärkeää on kuitenkin toisten kokemusten ymmärtäminen. Sosiaalityön kannalta on tärkeää tutkia marginaalissa elävien ihmisten kokemuksia. Kokemuksista saatava tietoa auttaa näkemään asioita autettavan perspektiivistä ja kehittämään tarpeenmukaisia auttamiskeinoja.

## LÄHTEET

Addington, J. & Duchak, V. (1997) Reasons for substance use in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 96, 329-333.

Alaja, R. (1999) Substance use disorders in psychiatric consultations. Tampere: Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 653.

Alaja, R. & Seppä, K. & Sillanaukee, P. & Tienari, P. & Hyuse, F. J. & Herzog, T. & Malt, U. F. & Lobo, A. (1997) Psychiatric referrals associated with substance use disorders: prevalence and gender differences. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 21 (4), 620 – 626.

Alasuutari, P. (1999) Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.

Barnes, A. & Murray, M. & Ritchie, F. & Jones, M. (2002) Dual diagnosis: developing the skill base. *Mental health practice* 5 (7), 16 – 19.

Chambers, A. & Krystal, J. H. & Self, D. W. (2001) A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biological Psychiatry* 50, 71 – 83.

Crawford, V. & Crome, I. B. & Clancy, C. (2003) Co-existing problems of mental health and substance misuse (dual diagnosis): a literature review. *Drugs: education, prevention and policy*. 10 (5), 1 – 74.

Cuffel, B. J. & Chase, J. (1994) Remission and relapse of substance use disorder in schizophrenia: Results of a one-year prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 182, 342 – 348.

Deans, C. & Soar, R. (2005) Caring for clients with dual diagnosis in rural communities in Australia: the experience of mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12 (3), 268 – 274.

Drake, R. E. & Mueser, K. T. (2002) Co-occurring alcohol use disorder and schizophrenia. *Alcohol research & health* 26 (2), 99 – 102.

Drake, R. E & McHugo, G. J. & Xie, H. & Fox, M. & Packard, J. & Helmstetter, B. (2006) Ten-year recovery outcomes for clients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin* 32 (3), 464 – 473.

Eskola, J. & Suoranta, J. (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Eskola, I. & Metsä-Simola, S. (2000) Päihde- ja mielenterveyspalvelut. Helsingin kaupunki: Sosiaalivirasto. Sarja A 10/2000.

Evans, K. & Sullivan, J. M. (2001) *Dual diagnosis: counselling the mentally ill substance abuser*. New York: Guilford.

Flinck, R. (2000) Kuvaus kaksoisdiagnoosipotilaista ja huumeidenkäytöstä osastohoidon aikana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden hallinnon pro gradu –tutkielma.

Gafoor, M. & Rassool, G. H. (1998) The co-existence of psychiatric disorders and substance misuse: working with dual diagnosis patients. *Journal of Advanced Nursing* 27, 497 – 502.

Granfelt, R. (1998) *Kertomuksia naisten kodittomuudesta*. Helsinki: SKS.

Granfelt, R. (2003) Vankilasta kotiin vai kadulle: vangit kertovat asunnottomuudesta. Helsinki : Ympäristöministeriö, Suomen ympäristö 613.

Hambrecht, M. & Häfner, H. (1996) Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biological Psychiatry* 40, 1155 – 1163.

Heikkinen, R.-L. & Laine, T. (1997) Tutkimuksen polulla. Teoksessa R.-L. Heikkinen & T. Laine (toim.) *Hoitava kohtaaminen*. Helsinki: Kirjayhtymä, 18 – 23.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2001) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hyväri, S. (2001) Vallattomuudesta vastuuseen: kokemuksen politiikan sankaritarinoita. Vankein koulutuskeskuksen julkaisuja 3/2001. Vammala: Tietosanoma.

Hänninen, V. (1999) Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Tampere: Tampereen yliopisto, *Acta Universitatis Tamperensis* 696.

Isohanni, M. & Honkonen, T. & Vartiainen, H. & Lönnqvist, J. (2007) Skitsofrenia. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 73 – 139.

Isometsä, E. (2007) Masennushäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 157 – 195.

Juntunen, M. (1986) Edmund Husserlin filosofia. Fenomenologia ja apodiktisen tieteen idea. Helsinki: Gaudeamus.



Järvenkylä, V. (2004) Päihdepsykiatrisen työn kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Seurantatutkimus huumepotilaiden hoitoon sitoutumisesta. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Akuuttipsykiatrian klinikka. Julkaisuja 6/2004.

Kavanagh, D. J. & Greenaway, L. & Jenner, L. & Saunders, J. B. & White, A. & Sorban, J. & Hamilton, G. (2000) Contrasting views and experiences of health professionals on the management of comorbid substance misuse and mental disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 34/2000, 279 – 289.

Kulmala, A. (2006) Kerrottuja kokemuksia leimatusta identiteetistä ja toiseudesta. Tampere: Tampereen yliopisto, Acta Universitatis Tamperensis 1148.

Kuoppasalmi, K. & Heinälä, P. & Lönnqvist, J. (2007) Päihteisiin liittyvät häiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 417 – 484.

Laine, T. (2001) Miten kokemusta voidaan tutkia. Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Jyväskylä: PS-kustannus, 26 – 43.

Lamb, H. R. & Bachrach, L. (2001) Some perspectives on deinstitutionalization. Psychiatric Services 52, 1039 – 1045.

Lehtovaara, M. (1993) Fenomenologinen näkökulma ihmisen tutkimisen metodologiaan. Teoksessa J. Varto (toim.) Kohti elämismailman ja ihmisen laadullista tutkimusta. Seminaariraportti. Tampere: Suomen fenomenologinen instituutti, Filosofisia tutkimuksia Tampereen yliopistosta 44, 1 – 34.

Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization (2005)  
([http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/)) Viitattu 15.11.2005.

Lönnqvist, J. & Heikkinen, M. & Henriksson, M. & Marttunen, M. & Partonen, T. (2007) Psykiatria. Helsinki: Duodecim.

Margolese, H. C. & Malchy, L. & Negrete, J. C. & Tempier, R. & Gill, K. (2004) Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophrenia Research* 67 (2/3), 157 – 166.

Menezes, P. R. & Ratto, L. R. C. (2004) Prevalence of substance misuse among individuals with severe mental illness in Sao Paulo. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 39 (3), 212 – 217.

Menezes, P. R. & Johnson, S. & Thornicroft, G. & Marshall, J. & Prosser, D., Bebbington, P. & Kuipers, E. (1996) Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in South London. *British Journal of Psychiatry* 168, 612 - 619.

Metteri, A. (2003) Asiakkaan ääntä kuunnellen. Kitkakohdista kehittämisehdotuksiin. Helsinki: Edita.

Metteri, A. (2003) Osallistava toimintatutkimus kansalaiskeskeisen kehittämisen menetelmänä. Luottamus, vastavuoroisuus ja verkostot. Teoksessa Anna Metteri (toim.) Asiakkaan ääntä kuunnellen. Kitkakohdista kehittämisehdotuksiin. Helsinki: Edita, 156 – 175.

Mielenterveyspalvelujen kehittämisohjelma vuosille 2002 – 2012 (2002) Tampereen kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimi, Julkaisu 3/2002.

(<http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/mielenterveys/index.html>)

Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994) *Qualitative data analysis*. California: Sage.

Miller, N. (1995) Dually diagnosed deserve integrated treatment. *Alcoholism & Drug Abuse Weekly* 6/5/95 7 (23), 3 – 4.

Mueser, K. T. & Yarnold, P. R. & Levinson, D. F. & Singh, H. & Bellack, A. S. & Kee, K. & Morrison, R. L. Yadamal, K. G. (1990) Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophrenia Bulletin* 16, 31 – 56.

Mueser, K. T. & Bellack, A. S. & Blanchard, J. J. (1992a) Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60, 845 – 856.

Mueser, K. T. & Yarnold, P. R. & Bellack, A. S. (1992b) Diagnostic and demographic correlates of substance abuse: implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60, 845 – 856.

Mueser, K. T. & Yarnold, P. R. & Rosenberg, S. D. & Swett, C. & Miles, K. M. & Hill, D. (2000) Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates and subgroups. *Schizophrenia Bulletin* 26, 179 – 192.

Mäkelä, R. (2003) Alkoholiriippuvuus ja muu psyykkinen sairastavuus. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.) *Päihdelääketiede*. Toinen uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Nehls, N. & Sallmann, J. (2005) Women living with a history of physical and/or sexual abuse, substance use and mental health problems. *Qualitative health research* 15 (3) 365 – 381.

Niemelä, P.: Kaksoisdiagnoosikysely! [online]. Vastaanottaja: E. Mustonen. Lähetetty: 04.02.2005 [viitattu 01.03.2005]. Yksityinen sähköpostiviesti.

Nuorvala, Y. (1996) Psykkisesti vaikeasti sairastaneet päihteiden ongelmakäyttäjät, kaksoisdiagnoosien problematiikkaa. *Dialogi* (1), 29 – 31.

Nuorvala, Y. (1999) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut huumausaineiden käyttäjien silmin. Helsinki: STAKES, Aiheita 26.

Partanen, A. & Tammi, T. & Pirkola, S. & Wahlbeck, K. (2004) Huumausainetilanne Suomessa vuonna 2003: EMCDDA-seurantaraportti. Helsinki: STAKES, Tilastoraportteja 1/2004.

Perttula, J. (1995) Kokemus psykologisena tutkimuskohteena. Johdatus fenomenologiseen psykologiaan. Tampere: Suomen fenomenologinen instituutti, SUFI-tutkimuksia 14.

Phillips, P. & Johnson, S. (2001) How does drug and alcohol misuse develop among people with psychotic illness? A literature review. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 36, 269 – 276.

Pristach, C. A. & Smith, C. M. (1996) Self-reported effects of alcohol use on symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Services* 47, 421 – 423.

Raitakari, S. & Haahtela, R. & Juhila, K. (2007) Alma-yhteisön merkittävyys työntekijöiden itsearviointin valossa. Alma-projektin tutkimusraportti. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus. (<http://www.muotiala.fi/attachments/gallery/Raportti1new.pdf>)

Rauhala, L. (1985) Ihmiskäsitys ihmistyössä. Toinen tarkistettu painos. Helsinki: Gaudeamus.

Rauhala, L. (1989) Ihmisen ykseys ja moninaisuus. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Rauhala, L. (1993) Eksistentiaalinen fenomenologia hermeneuttisen tieteenfilosofian menetelmänä. Maailmankuvan kokonaisrakenteen erittelyä ihmistä koskevien tieteiden kysymyksissä. Tampere: Suomen fenomenologinen instituutti, SUFI-tutkimuksia 8.

Rauhala, L. (1998) Ihmisen ainutlaatuisuus. Helsinki: Yliopistopaino.

Regier, D. A. & Farmer, M. E. & Rae D. S. & Locke, B. Z. & Keith, S. J. & Judd, L. L. & Goodwin, F. K. (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area study. *Journal of the American Medical Association* 264 (19) 2511 – 2518.

Ries, R. K. & Russo, J. & Wingerson, D. & Snowden, M. & Comtois, K. A. & Srebnik, D. & Roy-Byrne, P. (2000) Shorter hospital stays and more rapid improvement among patients with schizophrenia and substance use disorders. *Psychiatric Services* 51, 210 – 215.

Saarelainen, R. & Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. (2000) Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Porvoo: WSOY.

Smith, J. & Hucker, S. (1994) Schizophrenia and substance abuse. *British Journal of Psychiatry* 165, 13 – 21.

Soyka, M. (2000) Alcoholism & schizophrenia. *Addiction* 95 (11), 1613 – 1618.

Swofford, C. D. & Scheller-Gilkey, G. & Miller, A. H. & Woolwine, B. & Mance, R. (2000) Double Jeopardy: Schizophrenia and Substance Use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 26 (3), 343 – 353.

Terä, S. (2001) Kaksoisdiagnoosi – määrittely, esiintyvyys ja hoidossa huomioitavat tekijät. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Sosiaalityön pro gradu –tutkielma.

Torrey, W. C. & Drake, R. E. & Cohen, M. & Fox, L. B. & Lynde, D. & Gorman, P. & Wyzik, P. (2002) The challenge of implementing and sustaining integrated dual disorders treatment programs. *Community Mental Health Journal* 38 (6), 507 – 522.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2002) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Uusitalo, H. (1991) *Tiede, tutkimus, tutkielma: johdatus tutkielman maailmaan*. Porvoo: WSOY.

Van Mastrigt, S. & Addington, J. & Addington, D. (2004) Substance misuse at presentation to an early psychosis program. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 39 (1) 69 – 72.

Varto, J. (1992) *Fenomenologinen tieteen kritiikki*. Tampere: Suomen fenomenologinen instituutti, *Filosofisia tutkimuksia Tampereen yliopistosta* 30.

Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Logan, J., Gitzemann, R., Ding, Y. S., Pappas, N., Shea, C. & Pisani, K. (1996) Decreases in dopamine receptors but not in dopamine transporters in alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 20, 1594 – 1598.

Watkins, K. E. & Shaner, A. & Sullivan, G. (1999) The role of gender in engaging the dually diagnosed in treatment. *Community mental health journal* 35 (2), 115 – 126.



PIRKANMAAN  
SAIRAANHOITOPPIIRIN  
KUNTAYHTYMÄ



**POTILASTIEDOTE 2**  
**Tapaustutkimus**

1.9.2003

Psykiatrian klinikka / MS

**Hyvä potilas,**

Pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseen, jossa tutkitaan kaksoisdiagnoosipotilaiden saamia palveluita. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on antanut tutkimuksesta myönteisen lausunnon (R03102H):

Teillä on todettu olevan sekä päihdeongelma että psykiatrinen sairaus, niin sanottu kaksoisdiagnoosi. Pyrkimyksenämme on selvittää, minkälaisia hoitomahdollisuuksia kaksoisdiagnoosipotilaille tarjotaan sekä tutkia, minkälaiset asiat vaikuttavat hoidon onnistumiseen ja mitä puutteita hoidossa on.

Pyydämme teiltä suostumustanne osallistua haastattelututkimukseen. Teitä haastatellaan ensin Pitkäniemen vuodeosastolla, toisen kerran noin viikon kuluttua kotiutumistanne, kolmannen kerran noin 3 kuukauden kuluttua tästä ja neljännen kerran puolen vuoden kuluttua avohoidon toimipisteessä. Teille lähetetään erillinen kutsu uusintahaastatteluihin. Uusintahaastatteluista ei koidu teille kuluja, vaan korvaamme matkat haastatteluihin. Neljän haastattelun lisäksi tutkimukseen kuuluu potilasasiakirjojenne tarkastelu kaikissa niissä toimipisteissä, joissa olette puolen vuoden aikana asioineet. Tutkimukseen osallistuminen ei korvaa hoitosuhdetyöskentelyä, joka edelleen tapahtuu omahoitajanne, lääkärin tai erityistyöntekijänne vastuulla.

Tutkimuksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että mahdollisimman moni osallistuu myös uusintahaastatteluihin, sillä vain potilaat itse voivat antaa sitä tietoa, mitä tutkimuksessa tarvitaan. Mikäli uusintahaastattelukutsu ei jostain syystä tavoita teitä, pyydämme teitä ilmoittamaan sen henkilön nimen, joka voi antaa tietoa tilanteestanne.

Teillä on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä tutkimuksesta, syytä siihen ilmoittamatta. Kieltäytymisenne ei vaikuta mahdollisesti myöhemmin tarvitsemaanne hoitoon. Tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä.

Kokonaisuudessaan haastatteluun on varattava aikaa noin kaksi tuntia.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaamme mielellämme.

Tutkijat:

Minna Sorsa  
Psyk. sairaanhoitaja, TtM, tutkija  
Hoitotieteen laitos  
Tampereen yliopisto  
puh. (03) 215 8473  
gsm. (050) 462 7379

Heli Laijärvi  
TtT, Lehtori  
Hoitotieteen laitos  
Tampereen yliopisto  
puh. (03) 215 6008



PIRKANMAAN  
SAIRAANHOITOPIIRIN  
KUNTAYHTYMÄ



SUOSTUMUS

1.9.2003

**TUTKIMUS KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAIDEN SAUMATTOMIEN PALVELUIDEN  
KEHITTÄMISEKSI (ISADORA)**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluita selvittävästä tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijoille kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

\_\_\_\_\_.2003

**Suostun osallistumaan tutkimukseen:**

**Suostumuksen vastaanottaja:**

\_\_\_\_\_

potilaan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

tutkijan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

nimenselvennys

\_\_\_\_\_

nimen selvennys

\_\_\_\_\_

potilaan henkilötunnus

\_\_\_\_\_

osoite

**Minua koskevia tietoja voi kysyä seuraavalta henkilöltä:**

\_\_\_\_\_

läheisen nimi, osoite ja puhelinnumero





**Theme Checklist**

**INTERVIEW I – at the hospital ward**

**Main theme: getting to know each other.**

- Getting started, getting to know each other, confidentiality and anonymity questions.
- Information about ISADORA. Remind the patient of the main theme of the case studies, the main objective of this interview and why we want to do these interviews:  
*In this study we want to know more about patients' experiences of their life situation and their pathway through the care system. We want to know more about your experiences of the hospital and of the care system. If we can get the patients' points of view on what works and what doesn't work in the care system, we're hoping to improve the situation.*
- Consent to take part in the research (if not completed earlier).
- Tell me about yourself. How did you get here? Why are you here?
- Tell me more about your family and friends; what is your family situation / or close relationships?
- Tell me about your current situation with employment or unemployment? How does this affect your economic situation?
- Talk to me about your problems. What do you think that they are about? Problems in life in general? Problems related to your illness? What do you know about your illness? Tell me about your substance use history. What information have you been given?
- Experiences of help received: Who do you contact when you are not feeling well? And if your life situation is changing for the worse?
- Since when have you been using mental health and substances services? Have you ever had problems with service provision? What happened? What did you do about it? How did you react? What did you think about it? How did you feel about it?
- To conclude this interview, could you tell me what makes you feel good and what do you enjoy in life?
- Other issues?*
- Organize the next interview



Date of interview:

**INTERVIEW II – 1 to 2 weeks after discharge from hospital ward**

**Main theme: hospital care & experiences of care.**

- Confidentiality and anonymity questions
- Information about ISADORA. Remind the patient of the main theme of the case studies, the main objective of this interview and why we want to do these interviews:  
*In this study we want to know more about patients' experiences of their life situation and their pathway through the care system. We want to know more about your experiences of the hospital and of the care system. If we can get the patients' points of view on what works and what doesn't work in the care system, we're hoping to improve the situation.*
- How have you been getting on since we last met?
- What are your thoughts about hospital care now?
- Which other centres or services have you attended or been in contact with since our last meeting? Why? What help did you receive? How did it help you?
- Do you have a key-worker/ carer? (From which professional group?) How do you work together? (Examples of good collaboration/support. Examples of support/treatment which does not seem to be helpful)
- What kind of experiences do you have with relationships with staff? (doctors, nurses, social workers, psychologists...)? Have you perceived something in their way of working with each other, which has affected your care?
- What other experiences do you have of attending different services? What works/does not work?
- How do you get access to care? Does the system seem to work well to get access to care? Please describe your experiences.
- Have you ever had difficulties in accessing care or with a care centre or service? Have you ever given up or decided to interrupt care? Describe these. What kind of problems? What happened?
- What help do you need?
- To conclude this interview, could you tell me how do you feel now and what you plan to do for the rest of the day?
- Other issues?*
- Organize the next interview

**ISSUES THAT AROSE DURING THE PREVIOUS INTERVIEW (and that you might want to bring up again with the interviewee):**



Date of interview:

**INTERVIEW III – 3 months after inclusion**

**Main theme: living at home and everyday life.**

- Confidentiality and anonymity questions
- Information about ISADORA. Remind the patient of the main theme of the case studies, the main objective of this interview and why we want to do these interviews:  
*In this study we want to know more about patients' experiences of their life situation and their pathway through the care system. We want to know more about your experiences of the hospital and of the care system. If we can get the patients' points of view on what works and what doesn't work in the care system, we're hoping to improve the situation.*
- How have you been going since we last met?
- What are your thoughts about hospital care now?
- Which other centres or services have you attended or been in contact with since our last meeting? Why? What help did you receive? How did it help you?
- Do you have a place you call your home? Please describe this place.
- Can you please describe your every-day life? In general, are things the same from day to day? If not, how do they differ?
- Earlier you told about your family and close relationships (::: return to what the interviewer has stated earlier) Do you have problems in your close relationships/ family? What kind? What is working well?
- Ask questions related to gender; does abuse of ::: and your illness ::: lead to certain attitudes? Do you think the situation is different for people with the same life-situation but of the opposite sex?
- Do you have contact with your children? What does parenthood mean to you? What is motherhood/fatherhood in your case? Certain difficulties? Have you tried / Or has someone tried to do something to solve these problems? What?
- Who do you contact or go to when you are not feeling well, or your life situation is changing for the worse?
- Who supports you? How?
- Talk to me about what do you do when you are feeling ok? And what about when you feel miserable?
- Do you think you need somekind of help with everyday things? What sort of help do you consider you have a right to? (If there are certain problems) Considering this problem... how appropriate do you consider the care or treatment received?
- Other issues?*
- Organize the next interview

**ISSUES THAT AROSE DURING THE PREVIOUS INTERVIEW (and that you might want to bring up again with the interviewee):**



Date of interview:

**INTERVIEW IV– 6 months after inclusion**

**Main theme: What has happened since we met the first time and now: a general evaluation and plans for the future.**

- Confidentiality and anonymity questions
- Information about ISADORA. Remind the patient of the main theme of the case studies, the main objective of this interview and why we want to do these interviews:  
*In this study we want to know more about patients' experiences of their life situation and their pathway through the care system. We want to know more about your experiences of the hospital and of the care system. If we can get the patients' points of view on what works and what doesn't work in the care system, we're hoping to improve the situation.*
- How have you been getting on since we last met?
- Which other centres or services have you attended or been to or been in contact with since our last meeting? Why? What help did you get? How did it help you?
- Care received: where was it, who did you see, what did they propose, why?
- Have any new issues come up in your life? Any new themes?
- Have you had any problems? What kind? Talk to me about them.
- If you could do it all over again what are the things you would do differently?
- Looking back over these six months since we first met, how would you say your life has been in general (long-term point of view)? Thinking of the help/care you have got or the services you have attended, what has been of most help? What did not go so well?
- Thinking about now and the future, what is your view about life in general? What are your general plans for the future?
- What would you suggest for improving services/care to suit your specific needs or wishes?
- Other issues?*
- Thank you very much. Can we keep in touch with you so that we can invite you to a presentation of the study results.

**ISSUES THAT AROSE DURING THE PREVIOUS INTERVIEW (and that you might want to bring up again with the interviewee):**