

Tanja Paajoki

Kuntoutuksen arviointia päihderiippuvaisten avohoitolaitos Ankkurissa

Opinnäytetyö

Syksy 2010

Sosiaali- ja Terveysalan yksikkö

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosionomi (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Koulutusohjelma: Sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Sosionomi (AMK)

Tekijä: Paajoki, Tanja

Työn nimi: Kuntoutuksen arviointia päihderiippuvaisten avohoitolaitos Ankkurissa

Ohjaaja: Veikkola, Kerttu

Vuosi: 2010

Sivumäärä: 63

Liitteiden lukumäärä: 2

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää päihderiippuvaisten avohoitolaitos Ankkurin asiakkaiden ja työntekijöiden mielipiteitä Ankkurin hoitoryhmistä. Tarkoituksena oli saada tietoa, jonka pohjalta Ankkurin kuntoutusta voisi kehittää enemmän asiakkaiden tarpeita vastaaviksi. Työn teoriaosassa käsiteltiin ihmisen kokonaisvaltaisuutta, riippuvuuden luonnetta, suomalaisten päihdeidenkäyttöä ja päihdehuoltojärjestelmää. Tutkimuksen empiirinen aineisto kerättiin Ankkurin kolmelta työntekijältä kvalitatiivisen kyselyn muodossa. Osa aineistosta oli asiakkaiden palautelomakkeita. Ne olivat aikaisemmin täytettyjä ja luovutettiin tutkimuskäyttöön. Kvantitatiiviset palautelomakkeet olivat Ankkurin työntekijöiden laatimia. Asiakkaat olivat vastanneet niihin kuntoutuksen loppuvaiheessa. Tutkimuksessa on käytetty pääosin laadullisia analysointimenetelmiä. Niistä tärkeimpänä sisällönanalyysi.

Tutkimuksen tuloksissa nousi esiin asiakkaiden osalta ryhmien eriarvoisuus. Asiakkaat olivat sitä mieltä, että psyykkiset hoitoryhmät ovat tärkeimpiä ja fyysiset hoitoryhmät vähiten tärkeitä. Myös hengelliset ryhmät nostettiin parhaimpien hoitoryhmien joukkoon. Työntekijöiden näkemysten mukaan kaikki hoitoryhmät ovat yhtä tärkeitä. Hankaluuksia hoitoryhmien toteutukseen aiheuttaa asiakkaiden vaihtuvuus ja sen seurauksena eritasoisuus ryhmässä. Asiakkaiden ja työntekijöiden näkemysten pohjalta tutkimuksesta nousi esiin joitakin kehittämisideoita. Merkittävimmät kehittämissuositukset liittyvät hoitoryhmän jakamiseen ja asiakkaiden tiedottamiseen jokaisen hoitoryhmän tärkeydestä.

Avainsanat: päihdekuntoutus, kokonaisvaltainen ihminen, yhteisöhoito, hoitoryhmät

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work
Degree programme: Degree programme in social work
Specialisation: Bachelor of Social Services

Author/s: Paajoki, Tanja

Title of thesis: Evaluation of rehabilitation in outpatient institution Ankkuri for substance abusers

Supervisor(s): Veikkola, Kerttu

Year: 2010

Number of pages: 63

Number of appendices: 2

The aim of this bachelor's thesis was to study the opinions of clients and staff of Ankkuri, the outpatient institution for substance abusers about the institution's rehabilitation groups. The purpose was to gather information to be used to develop the rehabilitation in Ankkuri to better correspond to the needs of the clients. The theory section of the work discusses the holistic approach of a human, the nature of addiction, substance use of Finns and the welfare system for substance-abusers. The empirical material of the study was collected from three employees of Ankkuri in the form of a qualitative inquiry. The material included also feedback forms from the clients. The forms had been previously filled and were delivered to the author to be used in the study. The quantitative feedback forms were formed by the staff of Ankkuri and were answered by the clients in the final stage of their rehabilitation. Mainly qualitative analyzing methods were used in the study, most important of them being content analysis.

The results of the study concerning the clients revealed inequality between different rehabilitation groups. The clients regarded the psychological groups the most important and the physical groups the least important. Spiritual rehabilitation groups were evaluated among the best of the groups. The staff members considered all rehabilitation groups to be equally important. Turnover of clients and the differences this causes in the level of the progression of clients within a group are causing difficulties in the implementation of the groups. Some development ideas arouse from the results of the study and they will be discussed more closely in the end of the thesis. The most important development ideas concern the division of the rehabilitation groups and informing the clients about the importance of each rehabilitative group.

Keywords: substance abuse rehabilitation, holistic human, therapeutic community, rehabilitation group

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
Kuvio- ja taulukkoluetelo.....	6
1 JOHDANTO	7
2 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY.....	9
3 MONIULOTTEINEN RIIPPUVUUS.....	11
3.1 Ihmisen kokonaisuus.....	11
3.2 Kehollinen riippuvuus.....	12
3.3 Tajunnallinen riippuvuus.....	12
3.4 Sosiaalinen riippuvuus.....	13
3.5 Henkinen riippuvuus.....	14
4 RIIPPUVUUDESTA VAPAUTUMINEN.....	16
5 SUOMALAISET PÄIHTEIDENKÄYTTÄJINÄ.....	18
6 PÄIHDEHUOLTO	22
6.1 Laki päihdehuollon tavoitteista	22
6.2 Sosiaali- ja terveyshuollon yleiset palvelut	23
6.3 Päihdehuollon erityispalvelut.....	24
6.4 Vertaistuki.....	25
7 KRISTILLINEN ALKOHOLISTI- JA NARKOMAANITYÖ (KAN) RY, AVOHOITOLAITOS ANKKURI.....	26
7.1 Historia	27
7.2 Toimintaperiaate.....	27
7.3 Toimintayksiköt.....	28
7.4 Avohoitolaite Ankkuri	29
7.4.1 Hoitoryhmät	30
7.4.2 Yhteisöhoito.....	30
8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	33
8.1. Tutkimuskysymykset	33

8.2 Tutkimuksen eteneminen	34
8.3 Menetelmien kuvaus	35
8.4 Tutkittavan ryhmän kuvaus.....	36
8.5 Tutkimustulosten analysointi	37
8.6 Tutkimuksen luotettavuus, laatu ja reliabelius	38
9 ANALYSOINTI.....	40
9.1 Kokemuksia kuntoutuksesta.....	40
9.1.1 Tyytyväisyys hoitoryhmien toteutukseen.....	41
9.1.2 Hoitoryhmien tarpeellisuus.....	42
9.1.3 Elämän osa-alueiden hallinta ennen ja jälkeen kuntoutusjakson	43
9.1.4 Hoidon vahvuudet ja kehittämissuhteet.....	44
9.2 Työntekijänäkökulma.....	46
9.2.1 Liikunnasta vaihtoehtoja ja virkeyttä	46
9.2.2 Päihteiden käyttäjän identiteetistä raittiin identiteettiin	48
9.2.3 Ihmissuhteiden korjaantuminen	49
9.2.4 Hengellisyydestä vapautta, rauhaa, anteeksiantoa ja elämäniloa.....	51
10 JOHTOPÄÄTÖKSET	53
11 POHDINTA.....	57
LÄHTEET	60
LIITTEET	64
Liite 1: Kysely työntekijöille.....	64
Liite 2: Kysely asiakkaille.....	66

Kuvio- ja taulukkoluetelo

KUVIO 1. Alkoholijuomien kokonaiskulutus 100 % alkoholina asukasta kohti vuosina 1965-2008. (Hämäläinen ym. 2009, 57.).....	19
KUVIO 2. 15-64-vuotiaiden miesten yleisimpien kuolinsyiden kehitys 1988-2008. (Tilastot, [viitattu 13.10.2010].).....	20
KUVIO 3. Asiakkaiden näkökulma hoitoryhmien toteutukseen ja tarpeellisuuteen.....	42
KUVIO 4. Asiakkaiden näkemys eri elämän osa-alueiden hallinnasta ennen ja jälkeen kuntoutuksen.....	43

1 JOHDANTO

Tutkimukseni käsittelee asiakkaiden ja työntekijöiden näkemyksiä avohoitolaitos Ankkurin päihdekuntoutuksesta. Kiinnostuin päihdekuntoutuksesta ja sen kehittämisestä jo 2009 kesällä, jolloin olin töissä Ankkurissa. Työn kehittämiseen tarvitaan tietoa siitä, mikä tällä hetkellä toimii, ja mikä ei. Toimivaa käytäntöä ei kannata lähteä muuttamaan. Jokaisessa sosiaalialan palvelussa on kuitenkin osaluokkia, jotka eivät toimi. Työntekijöiden itsessään on vaikea näitä toisinaan huomata, koska ovat itse niin sisällä työssä ja työn toimintatavoissa. Tutkimukseni lähtöajatuksena oli antaa työntekijöille mahdollisuus pysähtyä ja pohtia tekemäänsä työtä. Itse Ankkurissa töissä olleena olen ehtinyt huomata, kuinka helposti hoitoryhmien ohjaamisessa rutinoituu, ja helposti tyytyy totuttuihin harjoituksiin, ohjaukseen ja menetelmiin. Monet niistä ovat hyviä, mutta tietyin väliajoin on hyvä pysähtyä miettimään niiden tarkoitusta.

Alkuperäinen lähtökohtani tutkimukseen oli kerätä tietoa asiakasnäkökulmasta, ja kuulla vain asiakkaita. Tutkimuksen aikana asiakaspula aiheutti sen, että vain noin puolet empiirisestä aineistostani on asiakasnäkökulmasta. Aineiston toinen puoli koostuu työntekijöiden mielipiteistä kuntoutusta kohtaan. Tämä muutti hieman tutkimukseni luonnetta. Lopullisessa tutkimuksessa esiintyy kahden eri ryhmän näkemykset Ankkurin kuntoutuksesta. Se toi oman rikkautensa työhön, mutta mielelläni olisin vielä tehnyt laajemman kyselyn asiakkaille. Asiakkaiden mielipiteiden kuuleminen oli mielenkiinnon kohteeni, ja se jäi tästä tutkimuksesta pois lähes kokonaan. Ne olisivat hyvin täydentäneet tässä tutkimuksessa saatujen työntekijöiden ajatuksia, ja vertailua olisi voinut tehdä paljon enemmän.

Kristillisen päihdetyön huono asema sosiaalipalvelujen kentällä oli yksi tutkimukseen innoittavista tekijöistä. Hyvistä tuloksista huolimatta kristillisiä kuntoutuspaikkoja kohtaan on ennakkoluuloja, ja niihin ei välttämättä anneta maksusitoumuksia samalla tavalla kuin muihin kuntoutuslaitoksiin. Tutkimuksellani halusin tuoda esiin enemmän asiakkaiden näkemyksiä kristillisestä kuntoutuksesta. Kristillisiä päihde-

kuntoutuslaitoksia on paljon erilaisia. Tutkimukseni koskee vain yhtä laitosta, joten tuloksia ei voi yleistää koskemaan myös muita kristillisiä päihdekuntoutuslaitoksia.

Työn teoriaosassa käsittelen päihteiden käyttöön, ja päihdekuntoutukseen liittyviä teemoja. Riippuvuus on se, jota päihdekuntoutuksella pyritään poistamaan. Työväni olen eritellyt riippuvuuden eri ulottuvuuksia, ja tuonut esille päihderiippuvuuden monimuotoisuuden tilastotietojen valossa. Teoriaosaan kuuluu myös päihdehuoltojärjestelmän kuvausta, yhteisöhoidon määrittely ja Ankkurin esittelyä päihdehuollon osana.

Päihdekuntoutuksen tulevaisuus on vaakalaudalla toisaalta kuntien säästötoimien takia, ja toisaalta viimeaikaisen asiakaspulan vuoksi. Kuntien taloudellinen tilanne on huono, ja ne säästävät päihdekuntoutukseen tulevien maksusitoumuksista. Maksusitoumuksien pituutta lyhennetään. Näin ollen hoitajaksot jäävät lyhyemmiksi. Kuntoutuslaitosten tulisi huomioida tämä ja tiivistää hoito-ohjelmia, jotta asiakkaat saisivat lyhyistä jaksoista mahdollisimman paljon hyötyä. Asiakaspula on kausittaista ja syitä siihen on vaikea löytää. Tampereen seudulla ongelma oli muun muassa kesän lopulla, jolloin asiakkaita puuttui monesta kuntoutuspaikasta. Työlläni haluan tuoda esiin myös niitä mielipiteitä, mitä asiakkaat ovat sanoneet Ankkurista kuntoutuspaikkana, jotta yleinen käsitys päihdekuntoutuksesta muuttuisi positiivisemmaksi.

2 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY

Riippuvuus on osa ihmisluontoa. Ihminen on luonnostaan riippuvainen ja monet riippuvuudet ovat ihmisen elämälle välttämättömiä. Elämän ensisekunneista lähti- en ihminen on riippuvainen hengitysilma-asta, ruoasta, juomasta, toisten ihmisten läsnäolosta ja hoivasta. Riippuvuudella ja riippumattomuudella on molemmilla myönteinen ja kielteinen puolensa. (Holmberg 2010, 37.) Riippuvuuden todellinen kohde on psyykkinen tila, jota aineilla tai toimilla haetaan ja oppimispsykologiassa on havaittu, että molemmat, ihmiset ja eläimet, valitsevat mieluummin hetkellisen pienen nautinnon kuin myöhemmin tulevan suuren palkinnon (Koski-Jännes, Jus- sila & Hänninen 1998, 31).

Kielteinen riippuvuus on selviytymistapa, jossa ihminen takertuu liikaa muihin ih- misiin tai turvaa tuottavin kohteisiin. Kaikkia riippuvuuksia yhdistää turvan ja tyydy- tyksen hakeminen. Ihminen kiintyy riippuvuuden kohteeseen ja seurauksena on itsensä huolehtimisen laiminlyönti ja tyydytyksen saamisen vaikeus. Oman minu- tensa kustannuksella ihminen pyrkii jatkuvaan yhteyteen kohteen kanssa. Riippu- vuuden kohde korvaa ne asiat, joita ihminen aidosti kaipaisi, esimerkiksi kestävät, joustavat ja vuorovaikutukselliset ihmissuhteet. Negatiivisesti riippuvaiselle omi- naista ovat järjenvastaiset ja pakonomaiset tunteet kohdetta kohtaan. Negatiivinen riippuvuuskäyttäytyminen aiheuttaa haittoja ihmisen kehitykselle elämän eri osa- alueilla. Lopettaminen on vaikeaa. (Holmberg 2010, 38)

Päihderiippuvuus on itse aiheutettu aivojen sairaus, joka kehittyy päihteiden käy- tön seurauksena. Päihteeksi luetaan alkoholin lisäksi muut päihtymistarkoitukseen käytettävät aineet. Alkoholin ja muiden päihteiden ongelmakäyttö on yleisesti jao- teltu kolmeen luokkaan: riskikäyttöön, haitalliseen käyttöön ja päihderiippuvuuteen. Riskikäyttö tässä tutkimuksessa tarkoittaa riskirajat (ks. 3 Suomi ja päihteet) ylittä- vää alkoholinkäyttöä, josta ei ole merkittäviä haittoja tai riippuvuutta. Haitallinen käyttö määritellään käytöksi, jossa on jo tunnistettavia fyysisiä ja psyykkisiä haitto- ja ilman riippuvuutta. Alkoholiriippuvuus on oireyhtymä, joka täyttää päihderiippu- vuuden kriteerit. (Aalto 2010, 7-8; Kiiänmaa 2010, 23.) Kansainväliseen tautiluoki-

tusjärjestelmään ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases) ja mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnosijärjestelmään DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) on määritelty päihderiippuvuuden kriteerit. Kriteereitä ovat muun muassa pakonomainen tarve saada päihteitä, käytön kontrollointivaikeus, vieroitusoireet, toleranssin kasvu, päihteen käyttöön keskittyminen ja sen jatkaminen haitoista huolimatta. (Holmberg 2010, 44.) Kaikista päihteiden käyttäjistä ei kuitenkaan tule riippuvaisia ja ei-ongelmakäytön ja riippuvuuden välille on hyvä tehdä ero. Toisten ihmisten kokemukset tai elämän olosuhteet altistavat heidät riippuvuuskäyttäytymiselle. Geneettinen rakenne voi tehdä ihmisen herkemmäksi riippuvuudelle tai olosuhteet, joissa ihminen elää, ovat riskialttiimmat riippuvuuden kehittymiseen. (Kooyman 2009, 73.)

3 MONIULOTTEINEN RIIPPUVUUS

Ihmisen riippuvuus voi olla kokonaisvaltaista ja ulottua kaikille osa-alueille tai se voi olla vain osassa niistä (Holmberg 2010, 40-41). Samalla tavalla kuin ihminen on fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja henkinen kokonaisuus, voi riippuvuus olla ensisijaisesti fyysistä eli kehollista, psyykkistä eli tajunnallista, sosiaalista eli elämäntilanteista ja henkistä. Jako on vahvasti teoreettinen ja on muistettava, että ihminen on aina kokonaisuus, jossa kaikki vaikuttaa kaikkeen. Riippuvuus harvoin on vain yhdellä osa-alueella, mutta riippuvuuden ymmärtämistä ja hoitoa helpot- taakseen, riippuvuus on hyvä jakaa osiin. (Niemelä 1999; 38, 52, 58.)

3.1 Ihmisen kokonaisuus

Olemme tottuneet pilkkomaan elämämme ja yhteiskunnan eri osiin. Hyvänä esi- merkkinä on politiikan ja uskonnon koko ajan jatkuva eriytyminen. Samanlainen lokeroitunut ajattelu on tullut sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Ihmistä hoidetaan usein jostain tietystä näkökulmasta käsin ja helposti esimerkiksi sairaala keskittyy vain ihmisen ruumiilliseen terveyteen. Jokaisen hoitotahon tulisi huomioida ihmi- nen kokonaisuutena, vaikka pääpaino on hoidettavassa osa-alueessa. Ihmisen jakaminen ulottuvuuksiin on perusteltua ja järkevää, mutta eri osien luontaista yh- teyttä ei tulisi unohtaa. (Ahonen 2009; 111, 141.)

Erilaisten teorioiden pohjalta ihmisen kokonaisuus jaetaan usein kolmeen tai nel- jään ulottuvuuteen. Kristillinen ihmiskäsitys näkee ihmisen kokonaisuutena, johon kuuluu ruumiillinen, henkinen, sielullinen ja sosiaalinen ulottuvuus (Valopaasi 1996, 29). Joidenkin filosofisten näkemysten mukaan ihminen on kolmijakoinen: tajunnallinen, johon kuuluu psyykkis-hengellinen olemassaolo; kehollinen, joka on olemassaoloa orgaanisena tapahtumana ja situationaalinen, joka on olemassaoloa suhteina todellisuuteen (Rauhala 2005, 32). Erään teorian mukaan ihmisyyys toteu-

tuu ruumiillisuuden, sosiaalisuuden, henkisyiden ja hengellisyyden ulottuvuuksilla (Lindqvist 1997, 34). Erilaisia jakoja on paljon, mutta tässä työssä ja Ankkurissa keskeisin on käsitys ihmisestä fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena ja henkisenä olentona. (Ankkurin esittelyvideo, [viitattu 20.9.2010].)

3.2 Kehollinen riippuvuus

Ruumiillisuus on jotain konkreettista. Se on lihaa ja luuta, ajassa ja paikassa, joka syntyy, elää ja kuolee. Elimistön ja aivojen toiminta sekä hermosto kuuluvat tähän ulottuvuuteen. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 19; Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2000, 35.)

Kehollinen eli fyysinen riippuvuus on sairaus, alkoholismi. Siinä on kyse joko perinnöllisestä alttiudesta, alkoholinkäytön seurauksena tulleesta elimistön muutoksesta tai alkoholiperäisestä sairaudesta. (Niemelä 1999, 52.) On arvioitu, että perinnöllisyys vaikuttaa 40-60% siihen, kuinka ihminen reagoi alkoholin käyttöön (Kooyman 2009, 73). Tässä riippuvuuden muodossa keho on mukautunut päihteen vaikutukseen, mikä ilmenee muun muassa välittäjäaineiden ja aivotoiminnan muutoksina. Keho on tottunut aineeseen ja pitkän altistumisen aikana fyysinen toleranssi on kasvanut. Käytön katketessa ilmenee vieroitusoireita, jotka ovat merkki fyysisestä riippuvuudesta. Tyypillisimpänä esimerkkinä on alkoholin vieroitusoire eli krapula. (Holmberg 2010, 40-41; Kiianmaa 2010, 25.)

3.3 Tajunnallinen riippuvuus

Psyykkinen osa ihmisessä on tunne- ja järkipitoinen alue, johon luetaan kognitiiviset prosessit eli päättely- ja päätöksentekokyky, ongelmanratkaisutaito ja valintojen teko. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 19; Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2000, 35.)

Tajunnallisen eli psyykkisen riippuvuuden aiheuttamaan päihteiden käyttöön liittyy usein jokin tunnetila. Riippuvuuden syntymiseen vaikuttavat ihmisen tunnereaktiot, ongelmanratkaisutaidot, päättely, päätöksenteko ja valitseminen. Tunteet ovat psyykkisen riippuvuuden keskeisin osa. Niitä halutaan muunnella: tavoitellaan tunnetilaa, pyritään tunnetilasta eroon, turrutetaan tunteita tai pyritään kontrolloimaan tunteiden ilmenemistä. Käyttötapa saattaa olla vastenmielinen, mutta psyykkinen helpotuksen tunne antaa motivaation epämiellyttäviin toimenpiteisiin, esimerkiksi opiaattien suonensisäiseen pistämiseen. (Holmberg 2010; 40-41, 45.) Psyykkiseen riippuvuuteen ei välttämättä liity fyysistä riippuvuutta ollenkaan. Useimmiten esimerkiksi alkoholiriippuvaisella on pakonomainen tarve käyttää alkoholia myös vieroitusoireiden mentyä ohi. Tämä on psyykkistä riippuvuutta. (Aalto 2010, 9.)

Sekä Kooyman (2009, 74), että Niemelä (1999, 55) viittaavat varhaislapsuuden kehityshäiriöihin psyykkisen riippuvuuden syntytekijöinä. Niemelän mukaan myös myöhemmin opittu käyttäytyminen voi synnyttää psyykkistä riippuvuutta. Päihteiden käyttö taas johtaa helposti kierteeseen, jossa uudella juomisella yritetään ratkaista elämänongelmia, jotka ovat syntyneen aikaisemman juomisen myötä (Niemelä 1999, 55). Kooymanin (2009, 74) esimerkki on varhaislapsuudessa torjutuksi tuleminen ja tätä kautta kielteisen minäkuvan syntyminen. Jos lapsi ei koe rakkautta ja hellyyttä, hän kokee tulleen torjutuksi ja uskoo pian itsekin olevansa paha.

3.4 Sosiaalinen riippuvuus

Sosiaalinen ulottuvuus ihmisessä kattaa läheiset ihmissuhteet, mutta myös yhteiskunnalliset asiat, suhteet viranomaisiin ja esimerkiksi taloudenhoitoon liittyviin instansseihin. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 19; Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2000, 35.)

Sosiaalinen riippuvuus voidaan määritellä päihteiden väärinkäytöksi, koska saan väärinkäyttö liittyy arvoarvostelma, joka on sidoksissa ympäristöön. Tämä riippuvuus ei ole sairautta. (Niemelä 1999, 53.) On todettu, että sosiaalisilla tekijöillä on suuri vaikutus päihteiden käytön aloittamiseen ja päihdeongelman ylläpitämi-

seen. Siihen liittyvät vuorovaikutus ja ihmissuhteet. Ryhmän paine ja yhteenkuuluvuuden tunne voi ajaa ihmisen päihteiden väärinkäyttäjäksi. Ihminen ei halua eroon päihteiden käyttöä vahvistavista sosiaalisista suhteista, vaan on riippuvainen näistä ihmissuhteista. Sosiaaliseen riippuvuuteen kuuluvat yhteiskunnalliset tekijät, kuten köyhyyden aiheuttama paine, työttömyys, maahanmuutto ja sota. Nämä voivat synnyttää riippuvuutta. Riippuvuus voi johtua yhteiskunnallisista tekijöistä ja siitä voi päästä eroon, kun yhteiskunnalliset tekijät helpottavat. Esimerkiksi Vietnamin sodan sotilaista vain pienellä osalla riippuvuus jatkui kotiutumisen jälkeen. (Holmberg 2010, 40-41; Kooyman 2009, 75.)

Päihteiden käyttöarvo aiheuttaa sosiaalista riippuvuutta. Päihde helpottaa käyttäjän kanssakäymistä muiden ihmisten kanssa ja näin ollen ujoille ihmisille syntyy nopeammin sosiaalinen riippuvuus. (Holmberg 2010, 46.) Ihmissuhteet ovat suurimpia ihmiseen vaikuttavia tekijöitä. Seura tekee helposti kaltaiseksi ja erityisesti nuorilla kaveripiirin merkitys on suuri. Ihmissuhteet vaikuttavat ennen kaikkea riippuvuuden syntyyn ja sen ylläpitämiseen. Sosiaalinen konteksti, jossa riippuvuus syntyy, on otettava huomioon kaikkien riippuvuuksien kohdalla (Niemelä 1999, 55).

Sosiaalinen riippuvuus voidaan nähdä myös siltä kannalta, mitä haittoja päihteiden käyttö aiheuttaa ympäristölle. Tässä tapauksessa sosiaalista riippuvuutta tarkastellaan seurausten perusteella. Seurauksia on monia. Päihteiden ongelmakäyttö voi vaikeuttaa muun muassa perhe-elämää, ansiotyön hoitamista, taloudenhoitoa, ja se voi vaikuttaa kaikkiin ihmissuhteisiin vapaa-ajalla, sekä työpaikalla. (Kiianmaa 2010, 23.)

3.5 Henkinen riippuvuus

Ihmisen henkisyys ilmenee arvoina, uskomuksina, mielikuvina, ihanteina, identiteetin muodostuksena, elämänfilosofiana, luovina prosesseina, hengellisyytenä ja merkityksinä, joita ihminen antaa asioille. Se on maailman kokemista omalla tavalla. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 19; Saarelainen, Stengård & Vuori-

Kemilä 2000, 35.) Teologin ja kristillisen ekstintialistifilosofin Paul Tillichin (1983, 9-10) mukaan henki voidaan jakaa kolmeen osaan: moraaliin, kulttuuriin ja hengellisyteen. Hän toivoo myös, että henki otettaisiin käyttöön uudestaan ihmisen luonnollisena ominaisuutena.

Tämä riippuvuuden osa koskee ajatusmaailmaa, elämänkatsomusta, tai päihteiden käyttöön liittyvää ilmapiiriä. Päihteiden käyttöön liittyy tietyt arvot, uskomukset, ihanteet ja henkisyys, tai hengellisyys. Saattaa jopa olla, että päihteillä pyritään tavoittamaan jokin henkinen tila, tai hengellinen yhteys. (Holmberg 2010, 40-41.) Päihteiden käyttöön saattaa liittyä elämän tyhjyyttä, tarkoituksettomuutta ja päämäärättömyyttä (James 1981, 282-283).

Päihteet vaikuttavat kolmeen henkisyiden alueeseen: luovuuteen, moraaliin ja hengellisyteen. Luovuus voi rajoittua tai vapautua päihteiden vaikutuksesta. Kuitenkin pidemmän päälle riippuvuus aiheuttaa vaihtoehtoisten toiminta- ja ajatusmahdollisuuksien kuolemisen. Käytännössä elämä rutinoituu ja vaihtoehtoja, esimerkiksi päihteiden käytölle, on vaikea keksiä. Moraalisesti riippuvuus voi horjuttaa kokonaispersoonan tasapainoa, oma minäkuva vääristyy. Tästä seuraa moraalisen ristiriidan aiheuttamaa syyllisyyttä. Päihteiden käyttö voi liittyä myös puhtaasti uskonnollisiin tai olemassaoloon liittyviin kysymyksiin. Henkinen tai hengellinen tyhjiö ja tarkoituksettomuus voivat olla päihteiden käytön syy. Päihtymystilasta voi tulla aidon hengellisyden kokemuksen korvike. (Clinebell 1968, 254-255; James 1981, 282-283.)

4 RIIPPUVUUDESTA VAPAUTUMINEN

Riippuvuudesta vapautumiseen tarvitaan useimmiten ulkopuolista apua. Itsenäiset yritykset eivät useimmiten kannata pitkälle, joten ammattiapu, vertaisryhmät ja läheiset ovat avainasemassa päihderiippuvaisen kuntoutumisessa. Toipuminen ilman ammattiapua on kyllä mahdollista, mutta harvinaisempaa. On tutkittu, että vain noin viidennes onnistuu siinä. Tulokselliseen hoitoon, ja riippuvuudesta irti pääsyyn tarvitaan riittävä motivaatio ja sitoutuminen kuntoutusprosessiin. Muutosmotivaatio vaihtelee varsinkin prosessin alkuvaiheessa, ja siksi motivaatio on usein yksi hoidon kohteista. (Aalto 2010; 7, 13-14.)

James O. Prochaskan ja Carlo C. DiClementen kehittämässä muutosvaihemallissa on viisi vaihetta, joiden välillä motivaatio liikkuu. Tätä muutosvaihemallia käytetään muun muassa päihderiippuvaisen hoitoon hakeutumista ja muutosta kuvattaessa. Ensimmäinen vaihe on esiharkintavaihe, jossa henkilö ei vielä itse tiedosta ongelmaansa. Sen sijaa lähiympäristö alkaa reagoimaan ongelmaan, ja huolestuvat. Henkilö saattaa hakea apua muiden painostuksesta, mutta ei myönnä itse tarvitsevansa apua. Tämä vaihe saattaa kestää vuosia. Neutraali tieto ja elämäntilanteen arviointi auttavat parhaiten esiharkintavaiheessa olevaa. (Holmberg 2010, 72; Inkinen, Partanen & Sutinen 2006, 34-36.)

Harkintavaiheessa henkilö vertailee päihteiden hyötyjä ja haittoja. Tietoisuus lisääntyy, ja henkilö ottaa selvää asioista muun muassa kirjallisuuden avulla. Päätöstä muutoksen aloittamisesta ei ole vielä tehty. Elämönhallinnan väheneminen, tai jokin iso kriisi voi olla laukaisevana tekijänä joskus pitkällekin harkintavaiheelle. Päätösvaihe seuraa harkintavaihetta, mikäli muutosprosessissa päästään eteenpäin. Päätösvaiheeseen kuuluu useasti ulkopuolisia henkilöitä, jotka tukevat, asettavat tavoitteita, ja laativat suunnitelman yhteistyössä riippuvaisen kanssa. Konkreettiset toimet alkavat tästä vaiheesta. (Holmberg 2010, 72; Inkinen ym. 2006, 34-36.)

Toimintavaiheessa olevan ihmisen muutokset näkyvät myös ympäristölle. Henkilö puhuu päihteettömyydestä, hakee sille tukea, keinoja ja vaihtoehtoja. Tässä vaiheessa on tärkeä päästä keskustelemaan tunteista ja kokemuksista, toisten samassa tilanteessa olleiden tai läheisten kanssa. Edistymisestä on tärkeää saada positiivista palautetta ja kannustusta jatkoon. Mitä voimakkaammasta riippuvuudesta on kyse, sitä enemmän tarvitaan kannustusta. (Holmberg 2010, 72; Inkinen ym. 2006, 34-36.)

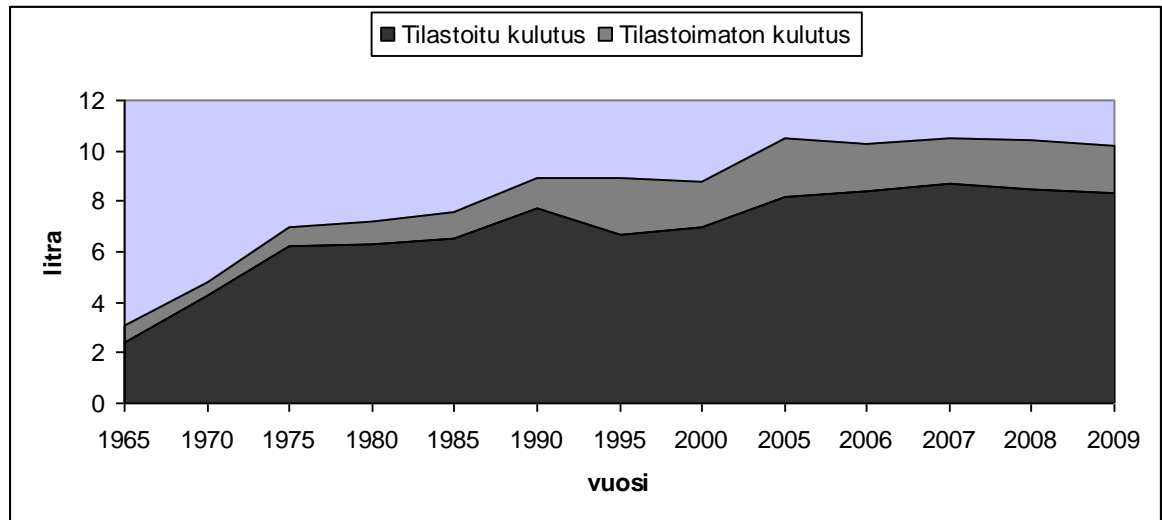
Viimeinen vaihe on kaikista haasteellisin ja vaativin vaihe. Ylläpitovaiheessa ympäristön kannustus hiipuu ja elämä muuttuu arkipäiväiseksi. Riski palata vanhoihin totuttuihin kuvioihin palaa, koska tässä vaiheessa aika on kullannut muistot, ja päihteiden käytöstä muistuu mieleen positiiviset asiat. Erilaiset pettymykset antavat myös hyvän syyn palata päihteiden käyttöön. Ylläpitovaiheessa asetetaan uusia tavoitteita elämänhallintaan liittyen, ja etsitään toimintamalleja välttää retkahduksia. (Holmberg 2010, 72; Inkinen ym. 2006, 34-36.)

Retkahdus, eli vanhaan käyttäytymismalliin palaaminen, ei sinänsä kuulu muutosvaihemalliin, mutta sitä ei saisi sulkea kokonaan ulkopuolelle. Retkahdus on osa muutosprosessia. Sitä ei pidä ajatella epäonnistumisena, vaan oppimiskokemuksena. Retkahduksen seurauksena kuntoutuja voi oppia tunnistamaan tunnetiloja ja ennakoimaan tilanteita, jotka edeltävät retkahdusta. Taustan tunnistaminen mahdollistaa tulevien retkahdusten välttämisen. Ilman retkahdusta on vaarana jopa muutosprosessin pysähtyminen. (Inkinen ym. 2006, 34-36.)

5 SUOMALAISET PÄIHTEIDENKÄYTTÄJINÄ

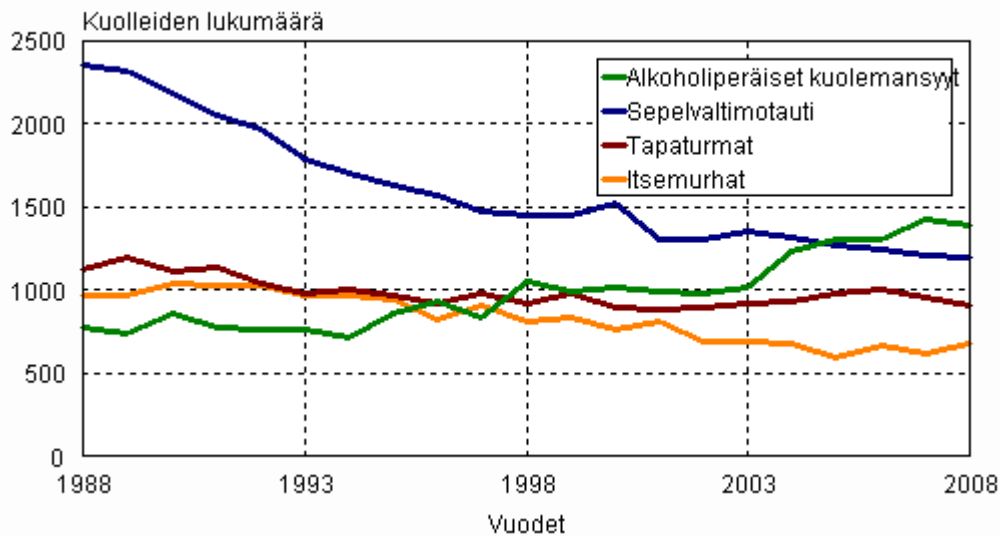
Päihteiden käyttö ei ole vain henkilökohtainen ongelma, vaan se aiheuttaa terveydellisten ja psykologisten ongelmien lisäksi yhteiskunnallisia haittoja. Arvioiden mukaan noin 20 prosenttia Suomen terveydenhuollon kustannuksista aiheutuvat päihteiden käytöstä. Päihtymyskäyttäytymiseen liittyy muun muassa tapaturmat, väkivalta ja liikenneonnettomuudet. Päihteiden käytöstä aiheutuvia kroonisia sairauksia ovat muun muassa maksakirroosi, haimatulehdus, aivovauriot ja sikiövauriot. Nämä ovat väestötasolla suurimpia haittoja. (Päihteet ja addiktio, 2007. 2.) Näistä kaikista haitoista huolimatta valitettavasti vain noin neljännes alkoholiriippuvaisista hakee hoitoa (Aalto 2010, 13–14).

Suomalaisten asenteet alkoholia kohtaan ovat tiukentuneet sitten 1990-luvun. TNS-Gallupin tekemän mielipidekyselyn mukaan alkoholipoliittisia rajoituksia kannatti, tai niiden tiukentamista vaati 55 prosenttia vuonna 1994. Vuonna 2001 osuus oli 80 prosenttia, ja vuonna 2008 osuus oli 88 prosenttia. Suhtautumisessa huumeisiin on taas käynyt päinvastoin. Asenteet ovat lieventyneet tasaisesti 1990-luvun huumeaallon jälkeen, jolloin kokeilu ja käyttö lisääntyivät koko maassa. Vuosituhannen jälkeen kasvuvauhti on pysähtynyt ja tilanne vakiintunut. (Hämäläinen ym. 2009, 16, 22.) Aikuisväestön terveyteen vaikuttavien elintapojen seurantatutkimuksessa vuonna 2007 ilmeni, että 75 prosenttia suomalaisista arvioi huumausaineiden käytön olevan vakava tai erittäin vakava ongelma. Samaa mieltä vuonna 2001 oli 90 prosenttia vastaajista. (Piispa, Helakorpi, Laitalainen, Uutela & Jallinoja 2008, 15.)



KUVIO 1. Alkoholijuomien kokonaiskulutus 100 % alkoholina asukasta kohti vuosina 1965-2008. (Hämäläinen ym. 2009, 57.)

Alkoholin kulutus on lähes nelinkertaistunut 1960-luvun alkuvuosiin nähden (Kuvio 1). Viime vuosina sataprosenttisenä alkoholina kokonaiskulutus asukasta kohti on ollut yli kymmenen litraa vuodessa. Viimeaikaisen kasvun syytä ei tarvitse kaukaa hakea. Osuus on nimittäin kasvanut noin kymmenellä prosentilla vuodesta 2004, jolloin alkoholin veroa alennettiin, ja tuonti vapautui uusista EU-maista. Suurelle osalle juominen ei aiheuta haittoja, mutta alkoholin ongelmakäyttö on melko yleistä (Kuvio 2). Terveys 2000 -tutkimusten mukaan voidaan arvioida Suomessa olevan liiallisesti alkoholia käyttäviä henkilöitä 500 000–600 000. Tämä tarkoittaa, että noin joka viides mies, ja joka kymmenes nainen käyttävät alkoholia yli riskirajojen. Suomessa yleisesti määritelty riskiraja on miehelle vähintään 24 annosta viikossa, tai vähintään 7 annosta kerralla. Naisella samat luvut ovat 16 ja 5 annosta. Yksi alkoholiannos on 33 cl keskiolutta, 12 cl mietoa viiniä tai 4 cl väkeviä. Yleisesti ongelmakäyttäjien ajatellaan olevan syrjäytyneitä, tai jollain tavalla yhteiskunnan kyydistä pois jääneitä. Kuitenkin ongelmakäyttäjistä noin 85 prosenttia on työelämässä, ja Terveys 2000 -kyselytutkimuksen mukaan alkoholiriippuvaisista henkilöistä 70 prosenttia on työelämässä. Näiden tulosten pohjalta arvioidaan, että työssä käyvistä noin 20 prosenttia miehistä, ja 10 prosenttia naisista, on alkoholin ongelmakäyttäjiä. (Aalto 2010, 5, 10-11, 87.) Näiden ongelmien tunnistamisessa ja puheeksi otossa sosiaali- ja terveysalalla työskentelevillä on suuri työ.



KUVIO 2. 15-64-vuotiaiden miesten yleisimpien kuolinsyiden kehitys 1988-2008. (Tilastot, [viitattu 13.10.2010].)

Suomalaisiin juomatapoihin kuuluu vahvasti alkoholin käytön painottuminen viikonloppuihin, ja kerralla paljon juominen. Alkoholin kulutus on hyvin epätasaista Suomalaisien keskuudessa. Pieni osa on absolutisteja, suuri osa juo vähän, suurin osa kohtuudella ja pieni osa todella paljon. Miesten juomasta alkoholista 45 prosenttia kuluttaa miesten eniten juova kymmenys. Naisilla sama osuus on noin 50 prosenttia. Noin puolet koko kansan kuluttamasta alkoholista valuu kymmenesosan kurkusta alas. (Mäkelä & Österberg 2010.) Tutkimukset osoittavat, että kahdeksan prosenttia miehistä ja kaksi prosenttia naisista on alkoholiriippuvaisia (Aalto 2010, 7).

Huumeiden käyttö painottuu suurimpiin kaupunkeihin ja erityisesti pääkaupunkiseudulle. Vuoden 2005 rekisteritietojen pohjalta arvioitiin amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjiksi olevan Suomessa noin 14 500–19 000. (Hakkarainen 2009.) Koko ajan yleistynyt ilmiö on päihteiden sekakäyttö. Alkoholin, huumeiden ja lääkkeiden sekakäytöstä aiheutuvat haitat ja kuolemat nousevat vahvasti esille erilaisissa tutkimuksissa. (Päihteiden sekakäyttö yleistynyt 15.2.2010.) Lähes kaikkiin päihderiippuvuuksiin liittyy sekakäyttöä. Muun muassa alkoholiongelman vaikeudessa rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö kasvaa. (Holopainen 2009.)

Hallituksen alkoholiohjelma vuosille 2008-2011 tähtää erityisesti kolmeen tavoitteeseen: vähennetään merkittävästi alkoholin aiheuttamia haittoja lasten ja perheiden hyvinvoinnille, alkoholin kokonaiskulutus käännetään laskuun ja alkoholi-juomien riskikäyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja vähennetään huomattavasti. (Alkoholiohjelman 2008-2011 tavoitteet, [viitattu 5.10.2010].)

6 PÄIHDEHUOLTO

Kuntien siirtyminen omista palveluista palvelujen ostamiseen alkoi 1990-luvun puolivälistä. Päihdehuollossa kunnat ovat lopettaneet noin kolmanneksen omasta päihdehuollon erityispalveluista, ja siirtyneet ostopalvelujen käyttöön. Tässä muutoksen kohdassa järjestöillä on ollut hyvä tilaisuus tuottaa sekä avo- että laitospuotoisia palveluja. (Kaukonen 2005, 312-313) Kokonaisuudessaan sosiaalipalveluista sosiaali- ja terveystajärjestöt tuottivat noin neljäsosan vuonna 2004. Suurin osuus järjestöjen tuottamista palveluista on juuri päihdehuollossa, jossa muun muassa lähes kaikki asumispalveluyksiköt ovat järjestöjen ylläpitämiä. (Särkelä, Vuorinen & Peltosalmi 2005, 27; Kauppinen & Niskanen 2005, 15.)

Terveysten edistäminen: Hallituksen politiikkaohjelmassa (2007, 15) on mainittu kansalaisjärjestöjen tärkeä rooli vertaistuen antajina, yhteisöllisyyden vahvistajina, uusien toimintamuotojen kehittäjinä, ja julkisen palvelujärjestelmän kumppanina. Mielenkiintoista olisi tietää, miksi juuri päihdehuoltoon on painottunut niin suuri järjestöpuolen osaaminen.

6.1 Laki päihdehuollon tavoitteista

Suomen perustuslaissa (L 11.6.1999/731) sanotaan julkisen vallan tehtäväksi turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystajärjestöt ja edistää väestön terveyttä.

Päihdehuollolla on kolme keskeistä tavoitetta, jotka ovat kirjattu myös valtakunnalliseen alkoholiohjelmassa 2008-2011. Päihdehuollon tulisi ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä, siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Laki velvoittaa jokaisen kunnan järjestämään päihdepalvelut sisällöltään ja laajuudeltaan asukkaiden tarpeita vastaavasti. Kunnan velvollisuus on järjestää sosiaalipalvelut asukkailleen. Laissa korostetaan oma-aloitteista hoitoon hakeutumista, mieluiten ennen kuin suurta ongelmaa on ehtinyt syntyä. Palvelut tulee järjestää

ensisijaisesti avohuollon toimenpitein ja niiden tulee olla helposti tavoitettavia, laadukkaita ja monipuolisia. (L 17.1.1986/41, L 17.9.1982/710.)

Palveluja on annettava päihteiden ongelmakäyttäjän lisäksi hänen perheelleen ja muille läheisille. Palveluja tulee olla päivystysluonteisesti niinä vuorokaudenaikoina, joina niitä tarvitaan. Päihdehoitoon tarvitaan monen eri ammattiryhmän osaamista sekä eri tahojen yhteistyötä. Kunnilla on mahdollisuus järjestää päihdehuollon palvelut itse tai hankkimalla palvelut valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palveluntuottajalta. Kuntien lisäksi erityisesti päihdealan järjestöillä ja yhdistyksillä on tärkeä tehtävä päihdepalvelujen tuottajina. Päihdehuollon toimijoiden tulee toimia yhteistyössä asiakkaan parhaaksi. (L 17.1.1986/41.)

Asiakkaan ja potilaan oikeuksista säädetään sosiaalihuollon asiakaslaissa (L 22.9.2000/812) ja potilaslaissa (L 17.8.1992/785). Lain mukaan asiakkailla ja potilailla on oikeus saada laadultaan hyvää sosiaalihoitoa, terveyden- ja sairaanhoitoa, sekä siihen liittyvää kohtelua päihdeongelmasta huolimatta.

6.2 Sosiaali- ja terveyshuollon yleiset palvelut

Yleisillä palveluilla tarkoitetaan niitä paikkoja, joissa hoidetaan alkoholi-ongelmia kaikenlaisten muiden terveydellisten ja sosiaalisten ongelmien rinnalla. Tähän joukkoon kuuluvat muun muassa terveyskeskukset, työterveyshuollot, erikoissairaanhoido, sosiaalitoimistot, putkat, selviämisasemat, kotisairaanhoido, äitiys- ja lastenneuvolat, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto sekä mielenterveystoimistot. Näillä paikoilla on tärkeä rooli varhaisen päihdeongelman tunnistamisessa. Tunnistamista voi tapahtua, vaikka asiakas olisi tullut paikalle täysin päihteistä irrallisen asian takia. Perusterveydenhuoltoon kuuluvat yleisimmin päihteiden käytön katkaisuhuolto sekä fyysisten vammojen ja myrkytysten hoito. Yleiseen sosiaalihoitoon kuuluvat muun muassa sosiaalityö, lasten päivähoito, kotipalvelu, asuminen palvelut sekä ensi- ja turvakodit. Sosiaalityöhön kuuluu yleistä ohjausta, neuvontaa, ja sosiaalisten ongelmien selvittämistä. Sosiaalityössä asiakkaat ohjataan

tarpeen mukaan toisten palvelujen piiriin. Kunnallisessa sosiaalityössä on hyvät näköalat ongelmien yleisyyteen ja ilmenemismuotojen ymmärtämiseen. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 29; Mäkelä & Aalto 2010, 46-48.)

6.3 Päihdehuollon erityispalvelut

Päihdehoidon erityispalvelut voidaan jakaa kolmeen ryhmään: avohoito ja -kuntoutus, laitoshoido ja -kuntoutus, muut palvelut. Avohoito ja -kuntoutus käsittävät kevyempää tukea päihderiippuvaisille, kuin mitä laitoshoido ja -kuntoutus ovat. Näissä palveluissa asiakkaat asuvat omillaan ja käyttävät palveluja kodin ulkopuolella. Avohoito ja -kuntoutusryhmään kuuluvat A-klinikat, nuorisoasemat, terveysneuvontapisteet, ja erikoissairaanhoidon poliklinikat. Laitoshoido ja -kuntoutus tarkoittavat kuntouttavaa ja intensiivistä jaksoa laitoksessa tai sairaalassa. Laitoshoido ja -kuntoutusryhmään kuuluvat katkaisuhuoitoyksiköt, kuntoutusyksiköt ja erikoissairaanhoidon sairaalat: päihdepsykiatriset osastot. Muut palvelut sisältävät muun muassa asumispalveluja, ensisuoja, tukiasumista ja päiväkeskuksia. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 30; Mäkelä & Aalto 2010, 48.)

Yhteistyötahoni avohoitolaitos Ankkuri kuuluu avohoito ja -kuntoutusryhmään. Avohoito ja -kuntoutusryhmään kuuluvat palvelut ovat hyvin erilaisia. Aikaisemmin jo mainitsin järjestöjen suuresta palvelujen järjestämisvastuusta päihdehuollon piirissä. Se näkyy muun muassa palvelujen monipuolisuudessa ja erikoistumisessa. Tärkeää olisikin, että jokainen asiakas löytäisi päihdehuollon piiristä itselleen sopivimman kuntoutuspaikan, koska valinnan varaa on. Tässä tärkeään rooliin nousee myös eri kuntoutustahojen yhteistyö ja asiakkaiden ohjaus oikeanlaisen palvelun piiriin. Etusijalla tulisi olla asiakkaan kuntoutuminen.

6.4 Vertaistuki

Vertaistuki perustuu vastavuoroisuuteen yksilöiden välillä. Vertaistukiryhmä koostuu samankaltaisia elämäkokemuksia läpi eläneistä ihmisistä. Ryhmän ohjaajan tulee olla myös itse vertainen, jolla on samanlaisia kokemuksia. Silloin hän on samalla viivalla muiden ryhmäläisten kanssa. Vertaistuessa tärkeää on jäsenten keskinäinen tuki ja kannustaminen, kokemusten jakaminen. (Vertaistuki 2007.) Sosiaali- ja terveysalan palvelujärjestelmää täydentää itsenäiset ja vapaaehtoiset vertaistukiryhmät, asiakasjärjestöt ja oma-apuryhmät. Tunnetuin niistä on AA eli Nimettömät Alkoholistit. Muita samankaltaisia on muun muassa NA eli Nimettömät Narkomaanit, Al-Anon/Alateen alkoholistien läheisille ja A-kilta. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 30.)

7 KRISTILLINEN ALKOHOLISTI- JA NARKOMAANITYÖ (KAN) RY, AVOHOITOLAITOS ANKKURI

Kan tulee sanoista Kristillinen alkoholisti- ja narkomaanityö. Kan ei ole virallinen lyhenne, mutta se on yleisessä käytössä puhuttaessa Kristillisestä alkoholisti- ja narkomaanityöstä. Kan-työ on kristillistä päihdetyötä, joka on saanut alkunsa Helsingin läänin alueen piirissä. (Lappalainen 2005, 24.) Kristillisen päihdetyön juuret ulottuvat kuitenkin jo kauas juutalaiskristilliseen perinteeseen. Alkuseurakunnassa valittiin diakonit, jotka huolehtivat heikommista ja puutteenalaisista. Alun perin diakonia oli köyhien tarpeisiin vastaamista ja konkreettista apua, muun muassa vaatteiden ja ruuan antamista. Sairaiden, yksinäisten, kodittomien ja vankien auttaminen kuului myös diakonin tehtäviin. (Niemelä 1999, 159).

Kristillinen alkoholisti- ja narkomaanityö ry on valtakunnallinen järjestö, jonka pyrkimyksenä on auttaa päihteiden käyttäjiä sekä vankilasta vapautuneita (Lappalainen 2005, 24). Alkoholisti- ja Narkomaanityö ry hallinnoi Kan-koteja ja työtä. Yhdistyksen toiminnanjohtajana on toiminut 1.9.2010 lähtien Markku Mäkinen. Kristillinen alkoholisti- ja narkomaanityö ry toteuttaa ennaltaehkäisevää päihdetyötä sekä erilaisia kehittämis- ja kokeiluhankkeita yhteistyössä paikallisseurakuntien ja Raha-automaattiyhdistyksen kanssa. (Toimintaperiaate, [viitattu 1.11.2010].)

Kuntoutusprosessi Ankkurissa alkaa siitä, kun asiakas saa maksusitoumuksen kunnalta. Sitä ennen asiakas on mahdollisesti käynyt tutustumassa Ankkuriin, ja työntekijät ovat arvioineet asiakkaan hyötyvän Ankkurin kuntoutuksesta. Myöntävän maksusitoumuspäätöksen tultua asiakas voi heti aloittaa hoitoryhmissä käymisen. Ankkurin kuntoutusprosessi päättyy, kun asiakkaalle ei enää haeta maksusitoumusta, tai kunta ei sitä enää myönnä. Hoitoryhmissä käymisen lopettaminen on merkki kuntoutuksen päättymisestä. Prosessi asiakkaan mielessä on luultavasti alkanut jo paljon ennen kuntoutukseen tuloa. Tarkkaa alkamis- ja päättymisajankohtaa on vaikea sanoa mielensisäiselle kuntoutusprosessille.

7.1 Historia

Inspiraation lähteenä Kan-työlle on ollut amerikkalaisen pastorin, David Wilkersonin, tekemä työ slummialueen nuorten narkomaanien hyväksi. Wilkerson perusti ensimmäisen Teen Challenge -keskuksen vuonna 1960 New Yorkiin. Tällä hetkellä Yhdysvalloissa keskuksia on yli 195 ja ympäri maailmaa yli 550. Keskuksissa on erilaisia ohjelmia vastaamaan erilaisiin ongelmiin ja tervetulleita ovat kaikki päiheteiden käyttäjät ja syrjäytyneet. Vaikutteita Kan-työ sai myös naapurimaasta, Ruotsista, Levi Pethrus -säätiön aloittamasta sosiaalis-kristillisestä toiminnasta. (Teen Challenge, [viitattu 17.9.2010]; Historia, [viitattu 17.9.2010].)

Kan ry:n perustamiskokous pidettiin Keravalla 28.5.1971, jonka seurauksen ensimmäinen Kan-koti, Näkinkoti avattiin 4.3.1972. Siitä lähtien koteja on avattu eri puolille Suomea. Kodit ovat ajan kuluessa profiloituneet erilaisiksi ja muun muassa Riihimäen vankilaan on perustettu oma Kan-osasto. Vuonna 1982 Kan ry liittyi Sininauhaliittoon, joka toimii katto-organisaationa kaikille hoitokodeille. Samana vuonna Kan ry aloitti yhdistyksen oman lehden toimittamisen. Vielä tänäkin päivänä Lähimmäinen lehti ilmestyy yhdistyksen jäsenille. (Historia, [viitattu 17.9.2010].)

Taloudellisesti toiminta on ollut hyvin epävakaa. Joitakin koteja on jouduttu sulkemaan rahan puutteen vuoksi. Taloudellisen tilanteen parannuttua koteja on uudelleen avattu. Toiminnan varat kerääntyvät suurimmaksi osaksi hoitopäivämaksuista. Taloutta on pyritty tukemaan valtakunnallisilla keräyksillä, kannattajajäsenillä ja vapaaehtoisten työpanoksella. (Historia, [viitattu 17.9.2010].)

7.2 Toimintaperiaate

Kan-työn johtava toimintaperiaate lukee yhdistyksen säännöissä (3§): ”Yhdistyksen tarkoituksena on kristillisen elämänkatsomuksen mukaisen kuntouttamishoidon ja avun antaminen pysyvään vapautumiseen päihdyttäviä aineita käyttäville henkilöille ja samoin vankilasta vapautuneiden auttaminen yhteiskuntaa hyödyttävään elämään.” Toimintaperiaate on kristillinen. Toiminnalla pyritään tarjoamaan

päihdekuntoutusta, jossa tuodaan esille myös hengelliset asiat kristillisestä näkökulmasta. Hoitokotien ilmapiiriin toivotaan olevan avoin, jossa voidaan keskustella ja kyseenalaistaa myös kristinuskoon liittyviä asioita. (Toimintaperiaate, [viitattu 17.9.2010].) Yleinen käsitys on, että usko ja hengellisyys ovat ihmisen yksityisasia, josta ei puhuta kuin lähimpien ihmisten kanssa. Usko on rajattu tiedon tai tunteen alueelle. Henkisyys on kuitenkin yksi ihmisen ulottuvuus, joka vaikuttaa myös kokonaisuuteen. (Koskenniemi 2009, 111.)

Kan-työn yleisenä tavoitteena on luoda asiakkaalle aktiivinen elämänympäristö, jossa harrastukset, terapiatyö ja opetukset antavat virikkeitä ja ovat osana kuntoutusprosessia. Hoitoideologisesti hoito on lääkkeetön. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että lääkärin valvonnan alaisena vähennetään lääkkeitä, kunnes niitä ei enää tarvita. Lääkkeiden alas ajamiseen kuuluu samanaikaisesti uuden tunne-elämän opettelua: tunteiden tunnistamista ja hallintaa. Lääkkeiden alas ajaminen ei välttämättä onnistuisi ilman samanaikaista terapiatyötä. (Toimintaperiaate, [viitattu 17.9.2010].)

Kan-työ on yhteistyössä sosiaalitoimen, seurakuntien, terveyskeskusten, katkaisuhoidoasemien, A-klinikoiden ja muiden hoitotahojen kanssa. Tarvittaessa asiakas ohjataan hänelle sopivampaan hoitopaikkaan. Kan ry ei halua kilpailla hoitopaikoista vaan toivoo yhteistyötä eri hoitotahojen välillä asiakkaan tarpeet huomioon ottaen. (Toimintaperiaate, [viitattu 17.9.2010].)

7.3 Toimintayksiköt

Kan ry:llä on Suomessa 14 toimipistettä. Niistä kuusi toimii nimellä Kan-koti, kaksi nimellä hoitokoti, yksi nimellä työkuntoutuskeskus, kolme nimellä avohoitoyksikkö, yksi nimellä kontaktitupa ja yksi pisteistä on kirpputori. Yhdistyksen toimisto sijaitsee Korttesjärvellä. Kan-kodit ovat koteja miehille, jotka haluavat etsiä vastauksia elämän kysymyksiin kristillisessä viitekehyksessä. Kodeissa miehille tarjotaan myös tukea ja kuntoutusta arkisiin asioihin. Hoitokodeissa hengellinen ja ammatillinen osaaminen kulkevat käsi kädessä. Kodit ovat erikseen miehille ja naisille.

Työkuntoutusyksikkö on tarkoitettu pitkäaikaiseen hoidon jälkeiseen toipumiseen. Toiminta on käytännön läheistä ja hengellisestä opetuksesta vastaa paikallisseurakunnan työntekijä. Avohoitoyksiköissä käydään päivittäin ja ne ovat profiloituneet erilaisiksi. Kirpputori toimii Turussa ja sen tuotoilla tuetaan Kan ry:n toimintaa. (Toimintayksiköt, [viitattu 17.9.2010].)

7.4 Avohoitolaitos Ankkuri

Ankkuri on kristillinen avohoitolaitos kahdeksantoista vuotta täyttäneille naisille ja miehille. Ankkurissa on seitsemän kuntoutuspaikkaa ja se on perustettu vuonna 2002. Ankkurissa on hoitopäiviä neljä viikossa ja torstai on varattu omien asioiden hoitamiseen. Hoitopäivät koostuvat fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja hengellisistä hoitoryhmistä, joita on viikossa kahdeksan. Asiakkaalle kuuluu aamupala sekä päivällinen. Hoitoon tullaan, kun saadaan maksusitoumus kunnalta. Yksi hoitopäivä maksaa 85 euroa. Hoitoon hakeudutaan sosiaalitoimen ja eri päihdehuollon laitosten kautta tai ottamalla itse yhteyttä Ankkuriin. Ankkurin kodikkaan omakotitalon yhteydessä on myös kaksi tukiasumispaikkaa, jotka ovat hoidosta erilliset. Hoidon suurimpana tavoitteena on antaa asiakkaalle valmiuksia kokonaisvaltaiseen elämänhallintaan ja pysyvään raittiuteen. (Ankkurin Esittelykansio.)

Hoitojaksot vaihtelevat kolmesta kuukaudesta yhteen vuoteen, asiakkaan päihderiippuvuuden vaikeusasteesta ja kuntien maksusitoumuksista riippuen. Asiakkaat Ankkuriin tulevat Tampereelta ja sen lähikunnista. Hoito on asiakaslähtöistä ja perustuu yksilö- ja ryhmätyöskentelylle. Ankkuri on yhteisöhoidon periaatteita noudattava yksikkö, joten ryhmätyöskentelyllä on suuri merkitys. Yhteisöhoidollisten ryhmien lisäksi asiakkailla on mahdollisuus yksilökeskusteluihin. Kuntoutujia rohkaistaan myös osallistumaan vertaistukiryhmiin ja seurakunnan tilaisuuksiin kaksi kertaa viikossa. (Tampereen Ankkurissa hyvät kuntoutustulokset 2010,11)

7.4.1 Hoitoryhmät

Hoitoryhmät Ankkurissa tarkoittavat tunnin tai kahden tunnin ryhmätuokioita, joissa on mukana kaikki asiakkaat ja vähintään yksi ohjaaja. Ohjaajan vastuulla on ryhmän aihe ja tehtävien laatiminen. Riippuen ohjaajasta ryhmä etenee keskustelemalla, tehtäviä tekemällä ja luennoimalla. Ryhmien on tarkoitus olla mahdollisimman vastavuoroisia, joten Ankkurissa suositaan paljon tehtäviä ja keskustelua. Yhdessä ryhmän kanssa pohditaan erilaisia aiheita, esimerkiksi riippuvuuden olemus, tunne-elämän hallinta, motivaatio, sosiaalinen konteksti, lapsuuden perhe ja terveelliset elämäntavat. Ohjaajan ei ole tarkoitus olla kaikkietävä auktoriteetti vaan tasa-arvoinen ryhmäläinen, joka kuitenkin pitää huolen ryhmän toimivuudesta ja puheenvuorojen jakamisesta, mikäli se ei luonnostaan suju. Yhdessä pohtimalla asioihin tulee uusia näkökulmia ja ryhmäläiset oppivat toisiltaan.

7.4.2 Yhteisöhoito

Yhteisöhoidon juuret ulottuvat 1800- ja 1900-luvun taitteen moraalihoidon filosofiaan ja 1950-luvulla pioneerina toimineen Maxwell Jonesin työhön. Jones erottautui yleisestä psykiatrian ajattelusta ja kirjoitti, miten psykiatrisesta sairaalasta organisoituaan terapeutin yhteisö. Jonesin ajatukset olivat sosiaalisessa oppimisessä ja kaikkien yhteisön jäsenten jaettuun vastuuseen ja valtaan. (Kaipio 2009, 44.)

Päihderiippuvuuden yhteisöhoidon historia alkaa Synanon nimisen yhteisön toiminnasta, jonka perusti Charles Dederich. Dederich oli itse entinen päihderiippuvainen ja hän alkoi kokeilla alkoholistien kanssa kotonaan erilaisia ryhmämuotoja AA:n kokemusten pohjalta. Ryhmät vaihtelivat itseohjautuvasta ryhmästä ryhmiin, joissa pyrittiin murtamaan puolustusrakenteita pilkkaamalla ja riennaamalla toisia ryhmän jäseniä. Näistä kolmesti viikossa kokoontuvista ryhmäkokeilusta lähti rakentumaan uusi ajattelu- ja hoitotapa. (White 1998, Kaipion 2009, 44 mukaan.)

Näistä kokeiluista ja malleista on kehittynyt yhteisöhoito kaikissa muodoissaan. Yhteisöhoito on levinnyt ympäri maailman ja uusia yksiköitä perustetaan jatkuvasti.

Synanonin malli elää vahvasti vielä nykypäivän yhteisöhoitossa. (Kaipio 2009, 44.)

Lapsena ihminen kehittyy ja kasvaa vuorovaikutuksessa ja yhteisön keskellä. Tämä yhteisö on useimmiten perhe. Jos ihmisen kehityksessä on vajeita tai hän on kokenut kestämättömiä traumoja elämässään, hänen on mahdollista korjata näitä vuorovaikutuksessa ja hoitavassa yhteisössä. Onnistuneen hoitoyhteisön vuorovaikutuksessa ihmisessä käynnistyy psyykkisiä kehitysprosesseja. Pyrkimyksenä on, että pysähtynyt tai vääristynyt kehitys tulee ihmiselle käsiteltävämmäksi ja ymmärrettävämmäksi. Jollain tavalla tilanne laukeaa tai ihminen oppii tulemaan oireiden kanssa arjessa toimeen. (Holmberg 2010, 111.)

Yhteisöhoitossa ei riitä, että asiakkaat asuvat, toimivat ja osallistuvat yhdessä vaan yhteisöhoitoon kuuluu tarkka hoito-ohjelma, jota noudatetaan. Yhteisöhoiton toiminnot on suunniteltu tuottamaan muutosta ja oppimista sekä yksilössä että yhteisössä. (Ikonen 2010.) Sosiaalinen vuorovaikutus, ihmissuhteet ja toiminnot tukevat toipumista. Fyysisen ja psyykkisen turvallisuuden varmistavat yhteistyössä määritellyt oikeudet, vastuut, velvollisuudet, sanktiot, turvallisuus ja valvonta. Näillä varmistetaan kuntoutettavien elämän järjestys ja tavoitteellisuus. Asiakasvetoiset kokoukset ja yhteiset sääntöjen sopimiset takaavat tasavertaisuuden työntekijöiden ja kuntoutujien välillä. Tasavertainen vastuu takaa sen, että yhteisöä käytetään tietoisesti hoito- ja kuntoutustavoitteiden toteuttamiseen. (De Leon 2000, Kaipion 2009, 45 mukaan; Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 196.)

Asiakkaiden ja henkilökunnan rooli on yhtä tärkeä. Henkilökunnan rooli painottuu ohjaukseen, rakenteiden ylläpitoon ja kulttuurin kantoon. (Ikonen 2010.) Yhteisöhoitollisen yhteisön johtamisen tehtävä on auttaa koko ajan yhteisön jäseniä kehittymään ja oppimaan. Avoin vuorovaikutus yhteisön jäsenten kesken on avainasemassa yksilön ja yhteisön kehittymisessä. Yhteisö luo oman todellisuuden, johon jokainen yhteisön jäsen tuo jotain uutta. Syvenevä ymmärrys on jatkuvaa jokaisessa yhteisön jäsenessä. Se ohjaa ja muuttaa yhteisön ja yksilöiden toimintaa. (Kaipio 2009, 45.)

Yhteisöhoito muuttaa ihmistä kokonaisuutena. Asiakkaat kertovat usein olevansa aivan eri ihmisiä onnistuneen hoidon päätyttyä. Ihmisen minäkuva ja maailmankuva muuttuvat. Haitallinen käyttäytyminen voi muuttua lopullisesti ajattelun, arvojen, asenteiden ja tunteiden uudella tavalla kokemisen myötä. Tätä voidaan kutsua myös ihmisen persoonallisuuden kehitykseksi. (Kaipio 2009, 47.) Yhteisöhoitossa opitaan vastuuta itsestä ja muista, myötätuntoa itseä ja muita kohtaan, itsekuria ja itsehillintää sekä tavoitteellisuutta (Ikonen 2010).

8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimusosiossa kerron tutkimuskysymykset ja tarkasti tutkimuksen toteutuksesta. Tutkimus lähti liikkeelle keväällä 2010. Kävin Ankkurissa juttelemassa opinnäytetyöni aiheesta ja yhdessä päädyimme toteuttaa kyselyn Ankkurin hoitoryhmistä. Tämä oli Ankkurin työntekijöiden toive ja itseäni aihe kiinnosti myös. Olen itse ollut harjoittelussa ja töissä Ankkurissa, joten puitteet olivat tutut. Tiesin erilaisista ryhmistä ja olin niitä itsekin ohjannut. Tutustumiseen ei siis tarvinnut käyttää aikaa. Itse tutkimuksen toteutin syksyllä 2010 ja se valmistui marraskuun puolessa välissä.

8.1. Tutkimuskysymykset

Asiakaslähtöisyys on asia, jota painotetaan sosiaalialalla. Pyrkimys on tuoda jokaisen asiakasryhmän näkemykset tietoisuuteen, jotta palveluja voitaisiin kehittää mahdollisimman lähelle asiakkaan tarpeita vastaaviksi. Ammattilaiset ovat viimeisenä ne, jotka päätöksiä tekevät ja suunnittelevat palvelut, mutta palvelujen laati- misessa tulisi ottaa huomioon asiakkaiden toiveet ja ideat. Tutkimukseni alkuperäinen idea oli tuoda esiin päihdekuntoutujien mielipiteitä Ankkurin hoidosta. Jo aikaisemmin mainitun asiakaspulan vuoksi jouduin muuttamaan tutkimukseni näkökulmaa, ja en täysin päässyt alkuperäiseen tavoitteeseeni. Tein uudet tutkimuskysymykset vanhojen tilalle, ja tutkimuksen luonne muuttui asiakkaiden mielipiteistä työntekijöiden mielipiteisiin. Lopullisen tutkimuksen tarkoitus on tuoda työntekijöiden mielipiteitä hoidosta kaikkien tietoisuuteen, jotta työntekijät voisivat kehittää toimintaa paremmaksi. Pieni osa tutkimuksesta perehtyy myös asiakkaiden näkemyksiin. Aikaisemmin Ankkurissa tehtyjen palautelomakkeiden pohjalta keräsin tietoa, mitkä hoitoryhmät asiakkaat kokevat tärkeimmiksi. Näistä tiedoista sain tutkimukseeni pienen osan asiakkaiden näkemyksiä.

Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Mitkä ryhmät asiakkaat kokevat tärkeimmiksi oman kuntoutumisen kannalta?
2. Miten työntekijät näkevät ryhmien vaikuttavan asiakkaiden kuntoutumisprosessiin?

8.2 Tutkimuksen eteneminen

Alkuperäinen tarkoitukseni oli tutkia Ankkurin eri hoitoryhmien vaikutusta kuntoutumisprosessiin asiakkaiden näkökulmasta. Laadimme sopimuksen opinnäytetyötä Ankkurin kanssa. Yhteistyötaholtani avokuntoutusyksikkö Ankkurista tuli myös toive, että tekisin kyselylomakkeen, jota he voisivat myös myöhemmin käyttää. Toisena tiedonkeruu menetelmänä tarkoitukseni oli käyttää ryhmähaastattelua asiakkaille, koska asiakkaat Ankkurissa ovat tottuneet toimimaan ryhmässä, ja ryhmässä tuotettu tieto olisi voinut tuoda paljon lisää yksilöiden vastauksiin.

Tein kyselyt asiakkaille. Viedessäni kyselyjä Ankkuriin, kävi ilmi, että asiakkaita ei ole riittävästi tutkimuksen toteuttamiseen. Sillä hetkellä asiakkaita oli vain yksi, ja kaksi uutta oli tulossa seuraavalla viikolla. En ollut osannut varautua tällaiseen tilanteeseen ollenkaan, koska aina, kun olen vierailut, tai ollut töissä Ankkurissa, siellä on ollut vähintään viisi asiakasta. Ankkurin vastaavan ohjaajan mukaan ongelma oli sillä hetkellä sama lähes kaikissa Tampereen päihdekuntoutuspaikoissa. Ajankohta oli sellainen, että asiakkaita ei jostain syystä hakeutunut hoitoon. Minun piti keksiä varasuunnitelma. Tulin siihen tulokseen, että minulla ei ole aikaa vaihtaa täysin aihetta ja päätin toteuttaa hieman erilaiset kyselyt työntekijöille. Uusi tavoitteeni oli saada työntekijät pysähtymään, ja pohtimaan oman työn tuloksia, sekä hoitoryhmien vaikuttavuutta asiakkaiden kuntoutumisprosessiin. Muutin laadullista kyselylomaketta työntekijöille sopivammaksi, ja tein siitä laajemman, koska työntekijöitä Ankkurissa on vain kolme (Liite 1). Avoimia kysymyksiä suosin tutkimuksessani, koska ne antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa, mitä todella ovat mieltä asiasta (Hirsjärvi ym. 2007, 196). Epäroin vastaako uusi kyselylomake tar-

peeseen, ja saanko kolmelta työntekijältä tarpeeksi aineistoa tutkimukseen. Halusin kuitenkin jättää kysymykset yksinkertaisiksi ja laajoiksi, jotta työntekijöiden ääni kuuluisi vastauksesta mahdollisimman tarkasti ja he saisivat kirjoittaa itselleen tärkeistä asioista. Laadulliseen tutkimukseen kuuluu enemmän aineiston sisällöllinen laajuus kuin sen määrä kappaleina (Vilka 2005, 109, 126). Ryhmähaastattelua en kokenut enää tarpeelliseksi, koska arvioin, että työntekijät osaavat ilmaista itseään tarpeeksi hyvin kirjallisesti.

Asiakasnäkökulma ei jäänyt täysin pois tutkimuksestani. Sain lisäaineistoksi Ankkurissa aikaisemmin asiakkaille tehdyt kyselyt koskien Ankkurin kuntoutusta. Kyselylomake oli Ankkurissa itse laadittu ja siinä oli määrällisiä sekä laadullisia kysymyksiä (Liite 2). Valmiiksi täytettyjä kyselylomakkeita oli yhdeksän, joihin kaikkiin oli vastattu vuoden sisällä. Sain lomakkeet lokakuussa ja aloitin analysoinnin saman tien odotellessani työntekijöiden kyselyjä. Lomakkeissa ei ollut henkilötiedoille kohtaa, mutta vastaajia oli pyydetty kirjoittamaan lomakkeen yläreunaan sukupuoli, ikä, kuntoutuksen pituus ja pääpäihde/-päihteet. Ankkurissa lomakkeet oli laadittu heitä itseään varten, ja niitä ei ollut käytetty muuhun.

Työntekijöille laaditun kyselyn lähetin heille sähköpostilla ja pyysin jokaista työntekijää vastaamaan henkilökohtaisesti omaan kyselylomakkeeseen. En kokenut tarpeelliseksi järjestää mitään erityistä tilannetta kyselyn täyttämiseen, koska uskoin työntekijöiden vastaavan kyselyyn rehellisesti. Ajattelin sen myös olevan helpompi heille, että saavat täyttää lomakkeen työajalla, silloin kun heillä on hetki aikaa. Työntekijät täyttivät kyselylomakkeet ja toimittivat ne minulle.

8.3 Menetelmien kuvaus

Tutkimus on pääosin kvalitatiivinen eli laadullinen. Laadullinen aineisto on ilmaisultaan tekstiä, joka on saatu muun muassa haastattelemalla, havainnoimalla, päiväkirjoista, omaelämäkerroista, kirjeistä ja muista kirjallisista ja kuvallisista materiaaleista. Tiedonkeruumetodeina käytetään myös teema- ja ryhmähaastattelua. Näillä tiedonkeruumenetelmillä pyritään varmistamaan, että tutkittavien näkökulmat ja

ääni pääsevät mahdollisimman laajasti esille. Laadullisessa tutkimuksessa tärkeämpää on laatu ja tarkka kuvaus kuin määrä. Laadulliseen tutkimukseen kuuluu harkinnanvarainen ja pieni otanta, jota analysoidaan mahdollisimman perusteellisesti ja kokonaisvaltaisesti. (Eskola & Suoranta 2003, 15-16; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157-160)

Laadullinen tutkimus vaatii tarkan teoreettisen viitekehyksen, joka määrittelee, minkälainen joukko valitaan tutkimuskohteeksi. Laadulliseen tutkimukseen kuuluu, ettei tehdä hypoteesia vaan tutkimuksen tavoite on ennemminkin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. Tutkimuksen tapaukset ovat ainutlaatuisia ja tämän vuoksi aineisto ei ole yleistettävissä, vaan sidoksissa tiettyyn aikaan ja paikkaan. (Eskola & Suoranta 2003, 15-16; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157-160.)

Valmiit palautelomakkeet, joita sain käyttöni Ankkurista, olivat kvantitatiivisia eli määrällisiä. Lomakkeen lopussa oli myös muutama avoin kysymys. Määrälliselle tutkimukselle on ominaista valmiiden vastausvaihtoehtojen antaminen. Määrällisten tutkimusten tuloksia on helppo tilastoida ja niistä voi helpommin tehdä yleistyksiä kuin laadullisten tutkimusten tuloksista (Hirsjärvi ym. 2007, 131). Tutkimuksessani en kuitenkaan halua analysoida avoimia kysymyksiä pelkästään numeerisesti vaan enemmänkin laadullisesti. Numerojen sijasta pyrin löytämään syvempiä merkityksiä.

8.4 Tutkittavan ryhmän kuvaus

Ankkurin työntekijöitä on kolme, kaksi naista ja yksi mies. Tarkempia tietoja heistä en tähän tutkimukseen laita, ettei vastauksista voisi päätellä kenen mielipiteistä on kyse. En käytä heistä edes työntekijä 1, työntekijä 2, ja työntekijä 3 nimikkeitä, ettei vastauksia yhdistelemällä voi saada selville, kuka on vastannut.

Asiakkaiden valmiita palautelomakkeita, joita sain käyttää tutkimuksessani, oli yhdeksän. Vastanneissa oli kuusi miestä, kaksi naista ja yhdessä lomakkeessa ei

ollut henkilötietoja lainkaan. Ikäjakauma oli 21-vuotiaasta 57-vuotiaaseen. Hoidon pituudet olivat 2,5 kuukaudesta kuuteen kuukauteen. Asiakkaiden anonymiteetin kanssa tulee olla vielä tarkempi, ja koska lomakkeita oli vain yhdeksän, en näistäkään käytä asiakas 1, ja asiakas 2 nimikkeitä. Kerron yksittäisiä mielipiteitä, mutta niitä ei voi yhdistää saman henkilön toisiin mielipiteisiin.

8.5 Tutkimustulosten analysointi

Käytin pääosin laadullisen analysoinnin menetelmiä. Se on ymmärtämiseen pyrkivää ja päätelmien tekoa (Hirsjärvi ym. 2007, 219). Laadullisen analysoinnin ideana on muotoilla havaintolauseita, jotka pätevät poikkeuksetta koko aineistoon. Poikkeukset ovat tärkeitä, koska ne saavat miettimään havaintoa uudestaan ja muodostamaan havaintolauseet uudelleen. Merkitystulkintojen tekeminen ja arvoitusten ratkaiseminen on laadullisen tutkimuksen ydin. (Alasuutari 1999, 43-44). Laadullisessa tutkimuksessa tutkijana minulla on vapaus tehdä omia johtopäätöksiä tuloksista. Tutkijan on oltava tarkka, ja pohdittava kielellisiä ilmauksia, koska lukija tekee omat tulkinnat tutkijan kirjoittamasta tekstistä. Tutkijan, tutkittavan ja lukijan tulkinnat eivät koskaan täydellisesti yhdy, mutta mahdollisimman lähelle niiden yhtymistä tulisi päästä. (Hirsjärvi ym. 2007, 224).

Analysoinnissani olen käyttänyt paljon erityisesti sisällönanalyysi menetelmää. Analysointimenetelmistä se mielestäni vastasi parhaiten tavoitteisiin, joihin pyrin tutkimukseni osalta. Tässä menetelmässä tyypillistä on eritellä aineistoa, ja etsiä sieltä yhtäläisyyksiä ja eroja. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105-110). Ongelmistani johtuen aineisto jäi melko pieneksi, ja sen vuoksi pyrin käyttämään kaiken hyödyksi. Käytän kaiken mahdollisen aineiston analysointiin.

Asiakkaiden palautelomakkeiden analysoinnin aloitin kirjaamalla jokaisen kysymyksen vastausnumerot peräkkäin. Näistä numeroista laskin keskiarvon ja tein pylväskuvioita, joista näkee nopeasti vilkaisemalla vastausten suunnan. Keskiarvon lisäksi silmäilin vastauksia niin, että huomaisin niissä hajontaa tai yhdenmukaisuutta. Keskiarvosta ei voi päätellä ovatko kaikki vastanneet olleet suunnilleen

samaa mieltä vai onko nähtävissä ääripäihin jakautuvia mielipiteitä. Työntekijöiden lomakkeet saatuaani aloitin analysoinnin litteroimalla vastaukset teemoittain samaan tiedostoon. Merkitsin lomakkeet nimikkeillä työntekijä 1, työntekijä 2 ja työntekijä 3. Näitä en kuitenkaan käytä analysoinnissa, niin kuin aikaisemmin jo mainitsin.

8.6 Tutkimuksen luotettavuus, laatu ja reliabelius

Luotettavuuden turvaaminen tutkimuksessa on tärkeää. Tutkimusta on turha tehdä, jos se ei ole luotettava. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tarkka selostus tutkimuksen vaiheiden toteutuksista. Totuudenmukainen ja selkeä kerronta esimerkiksi tutkimuspaikasta ja -olosuhteista, joissa aineisto kerättiin, herättää luottamusta. Kerrotaan myös haastatteluihin käytetty aika, mahdolliset häiriötekijät, virhetulkinnat ja tutkijan itsearviointi. Aina on tärkeää perustella aineiston pohjalta tehdyt tutkijan omat tulkinnat. (Hirsjärvi ym. 2007, 227-228.)

Laadullisen tutkimuksen aineiston analyysiin kuuluu luokittelujen tekeminen. Luokittelun syntyminen ja perusteet luokittelulle tulee kertoa lukijalle. Tulosten tulkinnassa tutkijan tulee perustella tulkintojen synty. Suorilla lainauksilla ja muilla autenttisilla dokumenteilla voidaan näyttää lukijalle, mihin tulkinta perustuu. (Hirsjärvi ym. 2007, 227-228.)

Kolme työntekijää, jotka työskentelevät Ankkurissa ja osallistuivat tutkimukseen, ovat minun entisiä työkavereitani. Uskon, että tämä on yksi tutkimuksen luotettavuutta vahingoittava tekijä. Tunnen heitä enemmän, kuin pelkästään vastausten perusteella, joten vaarana on ollut omien pidemmälle menevien tulkintojen tekeminen. Tiedostin tämän heti tutkimuksen alkuvaiheessa ja olen pyrkinyt analysoimaan vain aineiston pohjalta, mutta henkilöiden tunteminen vaikuttaa varmasti taustalla.

Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen toistettavuutta. Reliabiliteetti on tutkimuksessa hyvä, jos kaksi tutkijaa päätyy samoihin tuloksiin, tai jos samaa henkilöä tutki-

taan useammin ja saadaan sama tulos. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.) Omassa tutkimuksessani reliabiliteettia ei ole mitenkään testattu. Uskon kuitenkin, että samat asiakkaat vastaisivat suunnilleen samalla lailla uudestaan ja lähes varma olen, että myös työntekijät vastaisivat samalla tavalla uudestaan kysyttäessä. Olen myös pyrkinyt analyysissäni objektiivisuuteen ja tarkastelemaan aineistoa monesta eri näkökulmasta.

Eettisyys tutkimusten yhteydessä tarkoittaa muun muassa, että tutkija on rehellinen ja avoin haastateltaville, varjelee haastateltavien anonymiteettiä tutkimusraportissa ja käsittelee sekä säilyttää saamiaan tietoja luottamuksellisina (Tiittula & Ruusuvuori 2005, 17).

Ankkurissa on kolme työntekijää. Koska heitä on niin vähän, anonymiteetin suojaamiseksi en aio kertoa heistä tarkempia tietoja, vaan etsin vastauksista yhdenmukaisuuksia ja eroavaisuuksia. Näin kenenkään henkilökohtaista mielipidettä ei pysty tunnistamaan analyysistä. Asiakkaiden palautelomakkeista pyrin kirjoittamaan henkilötietoja eri lauseissa, ettei yksittäistä henkilöä pystyisi tunnistamaan. Paikkakuntia en kerro. Analyysin valmistuttua hävitän aineiston asianmukaisesti.

9 ANALYSOINTI

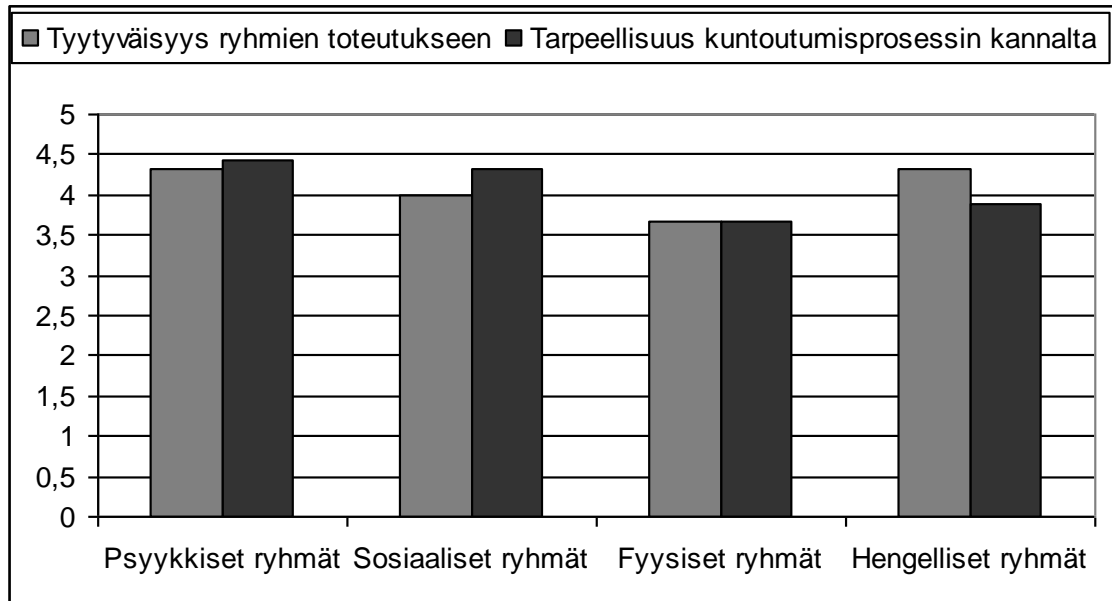
Tässä osiossa esittelen opinnäytettä varten keräämäni tutkimusaineiston tulokset. Asiakkailta saatuja palautelomakkeita oli yhdeksän ja työntekijöiden laajempia kyselyjä kolme, eli jokaiselta Ankkurin työntekijältä. Aineisto ei ole kovin laaja, mutta pyrin analysoimaan sitä tarkasti, ja ottamaan huomioon jokaisen vastauksen. Ensimmäiseksi olen käsitellyt asiakkaiden palautelomakkeiden vastaukset ja niiden jälkeen siirtynyt analysoimaan työntekijöiden vastauksia. Yhteenveto osiossa olen enemmän pohtinut myös ristiin näitä tuloksia, ja tuon esiin omia kokemuksia ja ajatuksia kuntoutuksesta. Yhteenvedossa tuon esiin myös, mikä sosionomin (AMK) näkökulma.

9.1 Kokemuksia kuntoutuksesta

Kyselyssä asiakkaat saivat arvioida hoitoryhmien toteutusta, hoitoryhmien tarpeellisuutta ja elämän osa-alueiden hallintaa ennen sekä jälkeen kuntoutusjakson asteikolla 1-5. Ryhmien toteutusta arvioitaessa, eli ensimmäisessä kysymyksessä, numero yksi tarkoittaa ”erittäin tyytymätön” ja numero viisi ”erittäin tyytyväinen”. Ryhmän tarpeellisuutta arvioitaessa, eli toisessa kysymyksessä, numero 1 tarkoittaa ”täysin tarpeettomia” ja numero viisi ”erittäin tarpeellisia”. Elämän osa-alueita ja niiden hallintaa koskevissa kysymyksissä numero yksi tarkoittaa ”heikosti hallittua” ja numero viisi ”hyvin hallittua”. Asiakkaat vastasivat kyselyyn kuntoutuksen jälkeen ja jälkeinpäin arvioivat myös, mikä oli heidän lähtötasonsa eri osa-alueilla ennen kuntoutusta. Tämä voi aiheuttaa sen, että he eivät välttämättä muista, tai osaa täysin arvioida totuuden mukaista lähtötasoa, kun siitä on jo kauan aikaa. Toisaalta jälkeinpäin arvioitaessa muutos ennen kuntoutusta, ja kuntoutuksen jälkeen välillä voi olla totuudenmukaisempi, koska vastaajat saavat samalla kertaa arvioida lähtökohdat ja tämän hetkisen tilanteen. Tämän kaltainen kyselyyn vastaaminen mielestäni täyttää paremmin tämän tutkimuksen tavoitteet.

9.1.1 Tyytyväisyys hoitoryhmien toteutukseen

Vastauksien keskiarvon mukaan asiakkaat olivat tyytyväisimpiä psyykkisten ja hengellisten ryhmien toteutukseen. Vähiten tyytyväisiä vastausten perusteella oli fyysisiin ryhmiin (Kuvio 3). Näin pienen otoksen perusteella miesten ja naisten vastausten välillä ei löytynyt huomattavia eroavaisuuksia. Sen sijaan fyysisten ryhmien arvioinnissa näkyi selkeä jakautuma. Kaksi alle 26-vuotiasta miestä olivat kriittisimmät fyysisten ryhmien suhteen. Heiltä toteutus sai vain numeron kaksi. Tämä saattaisi johtua siitä, että nuoret ovat tottuneet monipuolisempiin liikunta-
muotoihin, ja haluaisivat harrastaa erilaisia lajeja, kovemmalla sykkeellä. Ankkurissa liikuntaryhmät ovat suunniteltu niin, että kaikki pystyisivät osallistumaan niihin, joten monesti toteutus suunnitellaan ryhmän fyysisesti heikoimman jäsenen mukaan. Ryhmässä on monesti huomattavasti vanhempia henkilöitä, joten liikuntaryhmät eivät välttämättä täysin vastaa nuorten miesten tarpeita. Toisaalta riippuvuuden luonteita mietittäessä fyysiseen riippuvuuteen ei auta kuntoutus vaan aika ja lääkkeet. Tämän vuoksi asiakkaiden ymmärrys fyysisten ryhmien tarpeellisuudesta voi olla vähäistä. He voivat kokea ryhmät ajan haaskauksena ja lapsellisena leikkinä.

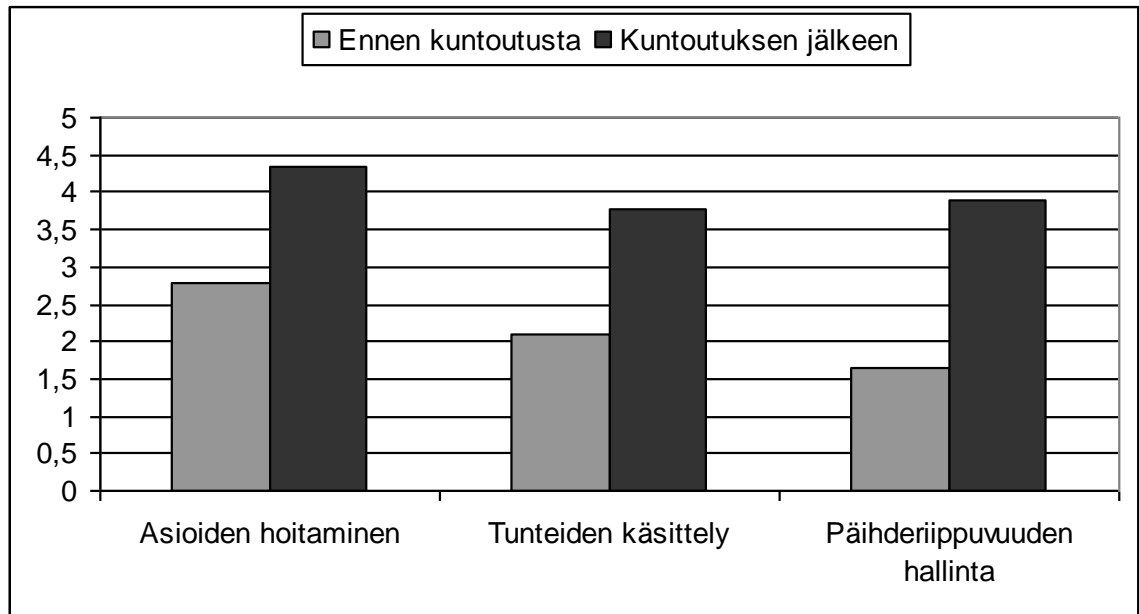


KUVIO 3. Asiakkaiden näkökulma hoitoryhmien toteutukseen ja tarpeellisuuteen.

9.1.2 Hoitoryhmien tarpeellisuus

Tarpeellisimmaksi hoitoryhmäksi asiakkaat arvioivat psyykkiset ryhmät. Kuntoutusprosessin kannalta tarpeettomimmaksi ryhmäksi vastauksista nousi fyysiset ryhmät. Huomion arvoista on, että kuntoutumisen kannalta tarpeellisena hoitoryhmänä ei pidetty hengellisiä ryhmiä, vaikka niiden toteutus oli psyykkisten ryhmien ohella asiakkaiden mielestä parasta. Molemmissa vastauksissa hengelliset ryhmät jakavat eniten mielipiteitä: osa inhoaa ja osa pitää tärkeimpänä. Fyysisten ryhmien huono menestys jatkui tarpeellisuutta arvioitaessa. Hyvin yleistä päihdekuntoutujien keskuudessa on fyysisen kunnon laiminlyönti, ja sen vähättely hyvinvoinnin edistäjänä. Tärkeää olisikin saada kuntoutujat ymmärtämään kehosta huolehtimisen liittyvän myös positiiviseen mielialaan ja kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin.

9.1.3 Elämän osa-alueiden hallinta ennen ja jälkeen kuntoutusjakson



KUVIO 4. Asiakkaiden näkemys eri elämän osa-alueiden hallinnasta ennen ja jälkeen kuntoutuksen.

Kuviosta 4 ilmenee, kuinka paljon asiakkaat ovat arvioineet eri elämän osa-alueiden hallinnan parantuneen kuntoutusjakson aikana. Asiakkaat arvioivat päihderiippuvuuden hallinnan lisääntyneen eniten. Se arvioitiin kaikista huonoimmaksi osa-alueeksi ennen kuntoutusjaksoa. Lähes jokainen arvioi elämänhallinnan lisääntyneen jokaisella osa-alueella. Ainoastaan kaksi asiakasta arvioi jonkun osa-alueen pysyneen kehittymättömänä kuntoutuksen aikana. Nämä olivat asioiden hoitaminen ja tunteiden hallinta.

Huomionarvoista vastauslomakkeissa oli, että narkomaaneiksi tai sekakäyttäjiksi itsensä arvioivien tuloksissa, asioiden hoitamisen arviointi oli jokaisella parantunut vähintään kahden numeron verran. Kun taas alkoholisteiksi itsensä arvioivilla, asioiden hoitamisen numero oli pysynyt samassa, tai noussut vain yhden numeron verran kuntoutuksen aikana. Huumeiden- tai sekakäyttäjillä alkuarviointi asioiden hoitamiseksi oli myös pienempi kuin muilla. Korkeimmillaan se oli arvioitu numerolla kolme. Tämä kertoo mielestäni siitä, että alkoholiongelmaisilla arjen hallinta on

parempaa kuin monipuolisemmin päihteitä käyttävillä. Sekakäyttäjät ja narkomaanit tarvitsevat enemmän tukea arjen asioiden hoitoon. Yhdessä palautelomakkeessa toivottiin enemmän ja täsmällisempiä käytännön neuvoja elämänhallintaan. Vastaus oli nimenomaan huumeita käyttäneen henkilön lomakkeessa.

Tunteiden käsittelyn muutoksista ei löytynyt yhtenäisyyksiä tai eroavaisuuksia eri ryhmien välillä. Tunteiden käsittely ja sen arviointi on varmasti hyvin yksilöllistä ja vaihtelevaa. Päihteiden käyttäjien kanssa työskennelleenä luulen, että tunteiden hallinnan arviointi on vaikeaa päihdekuntoutujille. Heidän voi olla vaikea nähdä omaa kypsymättömyyttään, tai toisaalta omaa kehitystään tunteiden alueella. Alkoholismia kutsutaan myös tunnesairaudeksi ja se osoittaa sen, että tunne-elämä on hyvin vieras vielä päihdekuntoutujillekin. Tämän osa-alueen kohdalla olisi mielenkiintoista tietää, mitä asiakkaat vastaisivat tunne-elämän kysymykseen vuoden päästä kuntoutuksesta.

Päihderiippuvuuden hallintaa oli arvioitu hyvin eri lailla. Neljässä lomakkeessa hallinta oli parantunut yhden numeron verran kuntoutuksen aikana. Kahdessa lomakkeessa hallinta oli parantunut kahden numeron verran ja kolmessa lomakkeessa hallinta oli parantunut neljän numeron verran, eli toisesta ääripäästä toiseen. Eniten muutosta tapahtuneiden tiedoista ei löytynyt yhteneväisyyksiä, ja ikäjakauma heillä oli 21-vuotiaasta 57-vuotiaaseen. Päihderiippuvuuden hallinnassa muutosta oli kuitenkin tapahtunut eniten keskiarvoja vertailemalla. Tämä on hyvä tulos, koska päihderiippuvuus on se, jonka takia asiakkaat ovat kuntoutuksessa, ja kaikilla toimilla tulisi tähdätä päihteiden käytön hallintaan.

9.1.4 Hoidon vahvuudet ja kehittämissuhteet

Vahvuuksia asiakkaat olivat kirjanneet hieman enemmän kuin kehittämissuhteita. Avoimiin kysymyksiin vastaaminen ei ole kaikille ihmisille helppoa. Uskon, että näistä vastauksista ilmenee ennen kaikkea se, mikä asiakkaille on jäänyt tärkeimpänä mieleen kuntoutusjaksosta. Monenkirjavia ja yksityiskohtaisia vastaukset

eivät olleet, mutta seuraavaksi erittelen, mistä asiakkaiden positiivinen ja rakentava palaute koostui.

Ankkurin vahvuuksia esittelen siinä järjestyksessä, mitä vastauksissa oli eniten. Ohjaajien omistautuminen työlle, välittäminen, yksilöllinen lähestymistapa ja asiakkaan tarpeiden huomioiminen nousivat kaikki kolmesta eri lomakkeesta esiin.

”Ainutlaatuinen ohjaajien omistautuminen asiakkaiden hoitoon.” (asiakas)

Ryhmistä tärkeimmiksi nousivat myös näiden vastausten perusteella hengelliset ja psyykkiset ryhmät. Kolmessa lomakkeessa mainittiin hengellisyyden ja kristillisten arvojen tärkeästä asemasta kuntoutuksessa. Kristillisyyteen viitattiin myös positiivisella kommentilla ”ei aivopesua”.

”Kristilliset arvot ovat olleet iso apu asioiden selvittämisessä.” (asiakas)

Kahteen lomakkeeseen oli kirjattu kuntoutujan psyyken huomioimisesta ja ammatillisuudesta psyykkisissä ryhmissä. Kahdessa lomakkeessa mainittiin hyvästä hengestä ja ilmapiiristä, jossa on saanut kuntoutusjakson viettää, ja joka vallitsee asiakkaiden ja työntekijöiden välillä. Näiden lisäksi yksittäisiä huomioita oli tehty muun muassa hyvästä asioiden hoidosta, hoidon kokonaisvaltaisuudesta, arjen helpottamisesta, hoidon monipuolisuudesta ja hyvästä ruuasta.

Kehittämisehdotuksista ei löytynyt yhteneväisyyksiä. Ainoastaan kahdessa lomakkeessa oli sivuttu samaa asiaa ja se liittyi toiveeseen saada kaupungilta tukea päihdekuntoutukseen, koska muuten hoitajaksoja lyhennetään, ja kuntoutujien mielestä se ei ole hyväksi. Samassa ehdotettiin, että hoito-ohjelmaa tiivistettäisiin, jotta lyhyemmiltäkin kuntoutusjaksoilta saisi kaiken hyödyn irti. Seuraavaksi luettelen loput kehittämisehdotukset, joita lomakkeisiin oli kirjattu. Mielenterveyteen vaikuttavia ryhmiä toivottiin enemmän, koska juominen lähtee pään sisästä. Toiveena oli saada lisää liikuntaa ja erityisesti ratsastusta. Uutta materiaalia haluttiin vanhojen tilalle, muun muassa kasettiluentojen tilalle. Elämänhallinta koettiin vaikeana ja

siihen toivottiin enemmän ja täsmällisempiä keinoja. Yhden asiakkaan toive oli, että yhteisöllisyyttä korostettaisiin, ja asiakkaat saisivat vaikuttaa enemmän muun muassa ryhmien aiheisiin.

9.2 Työntekijänäkökulma

Työntekijöiden kyselyt olivat hyvin vapaamuotoiset, jotta heidän äänensä tulisi kuuluviin mahdollisimman laajasti. Kyselylomakkeessa oli avoimia kysymyksiä, joihin työntekijät saivat vastata niin laajasti kuin halusivat. Kysymykset koskivat Ankkurin eri hoitoryhmiä. Kaikkien kolmen työntekijöiden mielestä tärkeintä hoitoryhmää ei voi nostaa neljästä vaihtoehdosta, vaan yhtä tärkeitä ovat jokainen; fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen. He perustelivat valintaa ihmisen kokonaisvaltaisuudella, Ankkurin tavoitteilla hoitaa ihmistä kokonaisuutena ja sillä, että ihmisen jokainen osa-alue on haavoittunut. Työntekijöillä on selkeästi yhteinen linja koskien hoitoryhmien tasavertaisuutta. Hoitoryhmien muuttamiseen heillä oli jo muutamia valmiita ideoita. Jokaisella oli erilaisia eikä yhteisiä ideoita ollut näihin lomakkeisiin kirjattu. Ideoita oli muun muassa hoitoryhmien jakamiseen joissakin ryhmätilanteissa, syventyminen syvemmälle elämänkaaren kipupisteisiin, erikoisasiantuntijoiden käyttö ja sosiaalisia hoitoryhmien lisääminen. Havaintomateriaalin käyttö toisi myös lisää elävyyttä, mutta tilat siihen Ankkurissa ovat huonot. Näistä monet ideat pysähtyvät huonoon taloudelliseen tilanteeseen tai henkilöresurssien vähyyteen.

9.2.1 Liikunnasta vaihtoehtoja ja virkeyttä

Päihdekuntoutujien fyysinen kunto on monesti heikko hoitoon tultaessa. Työntekijöiden mielestä fyysisten ryhmien tarkoitus on innostaa liikunnallisiin harrastuksiin myös hoidon ulkopuolella. Fyysisen kunnon parantuminen on heidän mielestään kuntoutusta edistävä tekijä. Toinen yhtä tärkeänä koettu asia on liikunnan vaikutus mielenterveyteen positiivisella tavalla. Muun muassa liikunnan aiheuttama adrena-

liinin lisääntyminen elimistössä aiheuttaa mielialan nousua ja hyvää mieltä. Yhdessä tekeminen ja yhteisöllisyys nostettiin myös yhdessä lomakkeessa tärkeäksi kuntoutuksen edistäjäksi. Tämä sivuaa mielestäni sosiaalisten hoitoryhmien tavoitteita. Voidaankin ajatella ryhmien täydentävän toisiaan samalla tavalla kuin ihmisen kokonaisuuden osa-alueet. Fyysisiin hoitoryhmiin kuuluvat myös terveys ja terveelliset elämäntavat. Niistä oli vastauksissa yksi maininta kuntoutusta edistävässä tekijöissä. Asiakkaat oppivat huolehtimaan omasta terveydestä, ja ymmärtävät terveiden elämäntapojen merkitykset.

Fyysisien hoitoryhmien parhaimmissa ja huonoimmissa puolissa työntekijät olivat kaikki samaa mieltä. Parhain puoli ryhmässä on yhdessä tekeminen, joka ilmeni jokaisen vastauksesta. Yhdessä tekemisen tärkeyttä ei ollut perusteltu. Itsekin Ankkurissa työskennelleenä luulen tämän tärkeyden liittyvän asiakkaiden ryhmätyöskentelytaitoihin ja muiden huomioon ottamiseen. Nämä taidot ovat usein heikkoja pitkään päihteitä käyttäneillä. Parhaiksi puoliksi oli mainittu myös hyvä mieli ja liikunnasta innostuminen. Huonoin puoli fyysisissä ryhmässä työntekijöiden mielestä oli asiakkaiden huono fyysinen kunto. Todella huono kunto rajoittaa liikuntamahdollisuuksia, ja vie toiminnasta helposti mielekkyyden. Huonoiksi puoliksi mainittiin myös huono innostuneisuus liikuntaa kohtaan, ja heikko taloudellinen tilanne, joka rajoittaa liikuntamahdollisuuksia.

Onnistumisen kokemuksia työlleen työntekijät ovat saaneet, kun asiakas on löytänyt vanhan liikuntaharrastuksen uudelleen, tai innostunut kokonaan uudesta harrastuksesta Ankkurin liikuntakokemusten innoittamana. Kokemuksia on myös siitä, että asiakas on saanut liikunnasta vaihtoehtoista toimintaa päihteiden käytölle. Kevyempiä harrastuksia monet ovat aloittaneet Ankkurissa ja jatkaneet niitä myös kuntoutuksen jälkeen. Näitä ovat muun muassa kävely ja pyöräily. Edellisen osion asiakkaiden vastauksia tarkastelemalla fyysisten hoitoryhmien suosio Ankkurissa ei ole kovin korkealla. Kuitenkin työntekijöillä on kokemuksia siitä, että muun muassa liikuntaharrastuksista on innostuttu kuntoutuksen aikana. Mielenkiintoista olisikin ollut selvittää, onko asenteet liikuntaa kohtaan muuttuneet kuntoutusjakson alusta loppua kohden. Kysymys olisi voitu asetella samalla tavalla kuin elämänhallintaan liittyvät kysymykset.

9.2.2 Päihteiden käyttäjän identiteetistä raittiin identiteettiin

Tärkeimpänä psyykkisten hoitoryhmien merkityksenä asiakkaan kuntoutumiselle työntekijöiden mielestä on päihteiden käyttäjän identiteetin tunnistaminen, ja siitä irti pääsy. Päihteiden käyttäjän identiteetin tilalle pyritään löytämään aito, ihmises-tä itsestä nouseva persoonallisuus, ja luomaan uusi, raitis identiteetti. Tasapaino itsensä kanssa, ja oivallukset itsestä sekä elämästä ovat psyykkisten ryhmien an-tia. Yksi työntekijä jakaa psyykkiset hoitoryhmät kolmeen osa-alueeseen: tunteet, identiteetti, toiminta. Tunteiden tunnistaminen, hallinta ja esilletuominen edesaut-tavat kuntoutumisessa edistymistä, samoin kuin edellä mainittu identiteetin uudel-leen rakentuminen. Oikeanlaisen toiminnan opettelu näiden uusien valmiuksien kanssa on myös osa psyykkisten ryhmien tavoitteita.

”Lopuksi mitä on oikea toiminta oikealla identiteetillä ja aidoilla tunteil-la.” (työntekijä)

Näiden lisäksi yksi työntekijä on maininnut psyykkisiin hoitoryhmiin kuuluvan poh-dinnat siitä, miksi päihteitä käytetään, ja miksi niistä ei päästä eroon. Oman koke-mukseni mukaan asiakkaat kaipaavat nimenomaan pohdintaa riippuvuuden luon-teesta, ja luulen sen ymmärtämisen ehkä auttavan heitä ymmärtämään myös jollain tavalla itseään. Heistä tulee ehkä jopa armollisempia itseään kohtaan, kos-ka ymmärtävät riippuvuuteen kuuluvan erilaisia ominaisuuksia. He pystyvät sitä kautta ymmärtämään, mikä on heidän persoonaa, ja mikä riippuvuuteen kuuluvaa. Tämä erottelu auttaa heitä aidon identiteetin muodostamisessa.

Psyykkisissä hoitoryhmissä parasta työntekijöiden mielestä on, kun ihminen oppii puhumaan omasta itsestään, ja sitä kautta hoitamaan itseään ja muita. Yhteisö-hoidon perusidea onkin vuorovaikutus asiakkaiden ja yhteisön välillä, eli asiakkaat hoitavat yhteisöä, ja yhteisö hoitaa asiakkaita (Ikonen 2010). Työntekijöiden mie-lestä hienoa on myös nähdä asiakkaan motivoitumista, ajattelun heräämistä, iden-titeetin muutosta ja oivallusta siitä, että mielensisäisiä asioita on muutettava, jos haluaa päihteistä eroon. Vaikeimmiksi asioiksi koettiin vakavat mielenterveyson-

gelmat, joihin Ankkurissa ei ole tarpeeksi työkaluja. Kipeiden asioiden, joita ryhmissä käsitellään, koettiin myös tuovan ahdistusta asiakkaisiin. Tätä pidettiin hankalana asiana. Yksi ongelmalliseksi koettu tilanne on Ankkurin hoidon pysähtymättömyys. Tarkoitan pysähtymättömyydellä sitä, että ryhmä elää koko ajan siihen tulevien asiakkaiden, ja siitä lähtevien asiakkaiden vuoksi. Tämä tarkoittaa sitä, että ryhmässä voi olla samaan aikaan muutaman päivän hoidossa olleita asiakkaita ja muutaman kuukauden hoidossa olleita. Hankalaksi tämä koettiin sen takia, että hoitoryhmien syvällisyysaste on vaikea pitää sellaisena, josta hyötyisi sekä juuri tullut että kauemmin hoidossa ollut.

Konkreettisia asioita, miten psyykkiset hoitoryhmät ovat vaikuttaneet asiakkaan elämään, työntekijät löysivät muutamia. Psyhyksen eheytyksen kautta lääkkeiden vähentäminen on merkittävä asia monelle kuntoutujalla. Lääkkeiden vähentäminen on tehtävä kuitenkin lääkärin ehdolla. Työntekijöiden mukaan positiivinen ajattelu on lisääntynyt, ja psyykkiset ryhmät ovat rauhoittaneet asiakkaan oloa, sekä tuoneet turvallisuutta elämään. Yhden työntekijän toteamuksen mukaan työntekijöiden tehtävänä on näissä ryhmissä tukea ihmisen kasvua, ja edesauttaa oikean suunnan löytämistä. Asiakkaan kasvua tukee työntekijöiden mielestä myös hänen elämänkaarestaan löytyneet tärkeät asiat, jotka auttavat ymmärtämään enemmän omaa itseään ja omaa tilannetta.

”Asiakas on löytänyt avainasioita omasta historiastaan.” (työntekijä)

9.2.3 Ihmissuhteiden korjaantuminen

Sosiaalisten hoitoryhmien vaikutukset työntekijöiden mielestä asiakkaiden kuntoutumisen osalta ovat moninaiset. Raittiina yhdessä tekeminen tuo rohkeutta toimia sosiaalisissa tilanteissa, ja luo niitä selviytymiskeinoja, joita aikaisemmin ei ole ollut päihteidenkäytön takia. Rikkoutuneet ihmissuhteet ovat yleisiä ongelmia päihteidenkäyttäjillä. Ne ovat joko päihteidenkäytön seurauksia tai syitä. Näiden rikkoutuneiden suhteiden eheytyminen onkin yksi kuntoutusta vahvasti edistävästä teki-

jöistä. Uusi yhteys lapsiin tai omiin vanhempiin katsottiin tärkeimmiksi. Mielestäni jollain tavalla kaikki hoitoryhmät ovat sosiaalisia ryhmiä, koska niissä toimitaan yhdessä ja ollaan vuorovaikutuksessa toisiin. Tämän vuoksi monet sosiaalisten ryhmien tavoitteista pätevät myös muihin ryhmiin. Yhteisöhoidon periaatteissa on myös mainittu, että vertaistuella on suuri merkitys kuntoutumisessa, joka on sosiaalinen oppimisprosessi (Ikonen 2010). Kuntoutumisen määrittely sosiaalisena oppimisena on mielestäni erittäin osuva. Erityisesti kuitenkin sosiaalisissa hoitoryhmissä on tavoitteena vahvistaa asiakkaan vuorovaikutustaitoja, itsensä ilmaisua, ryhmässä toimimista ja toisten huomioon ottamista. Työntekijät mainitsivat nämä kuntoutusta edistävinä piirteinä. Näissä vastauksissa kiinnitin huomiota yhtäläisyyksiin psyykkisiä ryhmiä kohtaan. Tunteiden hallinta ja itsensä ilmaiseminen muun muassa liittyvät paljon toisiinsa. Tässäkin voidaan todeta ihmisen eri osa-alueiden täydentävän toisiaan.

Sosiaalisissa hoitoryhmissä työntekijät pitivät hyvänä vapautumista vuorovaikutustilanteissa, hyvän palautteen saamista muilta ja itsetunnon nousua. Keinoista näiden tavoitteiden saavuttamiseen nousi erilaiset ryhmäharjoitukset ja sosiaalinen paine. Yhteisöllisyyttä ja sen kautta aiheutuvaa sosiaalista painetta pidettiin hyvänä asiana kuntoutumisen kannalta. Ryhmän jäsenet ikään kuin vahtivat toisiaan ja harrastavat sosiaalista kontrollia. Mitä tiiviimpi ryhmä on, sitä tarkempi on sosiaalinen kontrolli. Sosiaalisten hoitoryhmien haitaksi koettiin puutteelliset tilat, joissa ei voi muun muassa harrastaa käsitöitä tai tehdä kovin toiminnallisia harjoituksia. Toisena haittana koettiin psyykkisten ryhmien kanssa sama ongelma eli eritasoisten ryhmä. Toiset ovat eri vuorovaikutuksen osa-alueilla lahjakkaita kuin toiset, joten ryhmät eivät voi aina millään vastata kaikkien tarpeisiin. Näistä tilanteista syntyy helposti turhautumia hoitoryhmiä kohtaan, mutta toisaalta olen sitä mieltä, että kärsivällisyyden harjoittelu ei myöskään ole haitaksi asiakkaille.

Kaikki työntekijät kertoivat esimerkkinä asiakkaan onnistuneesta kuntoutumisesta jonkun läheisen ihmissuhteen eheytyksen. Yksi työntekijä on maininnut onnistuneen prosessin menevän monesti niin, että ryhmässä käsitellään yleisellä tasolla jotain asiaa, josta asiakas oivaltaa sen omaan elämäänsä. Tämän oivalluksen jälkeen hän käyttää sitä omissa ihmissuhteissa, ja saa hyviä tuloksia aikaan. Näissä tapauksissa hoitoryhmä on ollut tuloksellinen ja täyttänyt tehtävänsä. Yksi työntekijä

kijä on sitä mieltä, että lähes kaikkien asiakkaiden kohdalla on näkynyt vuorovaikutuksen lisääntymistä ja itsensä ilmaisun paranemista. Tämä on työntekijän havaintoihin perustuvaa, mutta mielestäni erittäin merkittävä asia asiakkaiden kuntoutumisen kohdalla, jos on totta. Ajattelen itse, että asiakkaan tulee kyetä antamaan itsestään jotain, jotta voi saada apua. Ihmisen tulee laittaa itsensä niin sanotusti likoon, jotta voi tapahtua muutosta. Täysin sulkeutunut tai valehteleva asiakas ei hyödy kuntoutuksesta täysin, ja muutosta ei pääse tapahtumaan. Sosiaalisilla hoitoryhmillä on siten tärkeä vaikutus koko kuntoutumiseen.

9.2.4 Hengellisyydestä vapautta, rauhaa, anteeksiantoa ja elämäniloa

Työntekijöiden mielestä kuntoutumisen kannalta tärkeintä hengellisissä ryhmissä on hengellinen herääminen, anteeksi saaminen, syyllisyyden poistuminen, yliluonnollinen turva Jumalassa ja uusi suunta elämässä. Yksi työntekijä totesi lähes kaikkien asiakkaiden kohdalla tapahtuneen hengellisen elämän vahvistumisen, tai uskoon tuleminen tukeneen kuntoutusta. Taas olisi mielestäni mielenkiintoista tietää, mitä asiakkaat ajattelevat hengellisten ryhmien antaneen heille kuntoutuksessa. Edellisen osion tuloksista voimme nähdä, että asiakkaat eivät pitäneen hengellisiä hoitoryhmiä niin tarpeellisina kuntoutuksen kannalta, kuin psyykkisiä tai sosiaalisia ryhmiä. Emme kuitenkaan näiden tulosten pohjalta voi tehdä johtopäätöksiä, minkälaisia eväitä kuntoutukseen asiakkaat ovat saaneet hengellisistä ryhmistä, vai ovatko saaneet mitään. Työntekijöiden vastauksissa on mainittu vielä Jumalan anteeksiantamuksen vaikuttaneen niin, että asiakas on halunnut myös antaa anteeksi, ja tämän seurauksena katkeruus ja syyttely ovat loppuneet. Lisäksi on mainittu Jumalan tuntemisesta ja sen vapauttavasta voimasta.

”Vapauttavaa saada tietää, ettei ole yksin surujensa ja tuskansa kanssa, että on Jumala, joka rakastaa, tietää ja tuntee.” (työntekijä)

Parasta antia hengellisissä hoitoryhmissä työntekijöiden mukaan on kristinuskon vapauttava sanoma, josta asiakkaat saavat kuulla ja tulla osallisiksi. Innostuneisuus hengellisiä asioita kohtaan nähdään positiivisena, ja mielenkiintoisia ovat

vilkkaut keskustelut esille nostetuista asioista. Kielteisenä asiana nähdään asiakkaiden ennakkoluulot kristillistä hoitopaikkaa kohtaan. Kuntoutuja voi jättää tulematta Ankkuriin vain kristillisyyseleiman takia. Yksi työntekijöistä toteaa, että usein kuitenkin kielteiset asenteet, jos niitä on ollut, häviävät Ankkurin kuntoutuksen aikana. Toinen työntekijä mainitsee asiakkailla olevan vaikeuksia käsittää Jumalan täydellisyyttä ja hyvyyttä verrattuna ihmisen pahuuteen ja epätäydellisyyteen. Samoin vaikeaa on ymmärtää ihmisen vapaan tahdon käsitettä. Ihmisellä on täydellinen vapaus tehdä hyvää tai pahaa.

Konkreettisia esimerkkejä työntekijät antoivat muutamia hengellisten hoitoryhmien vaikutuksista kuntoutukseen. Asiakas on muun muassa muuttunut iloisemmaksi ja löytänyt elämänhalun. Rukouksen avulla asiakas on saanut voimia pysyä raittiina. Vastauksissa puhutaan myös kuolemanpelon poistumisesta, näkymättömän maailman ymmärtämisestä ja rauhallisesta sekä toivorikkaasta olost, mikä on tullut lisääntyneen hengellisen ymmärryksen myötä. Vastauksissa mainitaan myös seurakuntayhteyden vahvistaneen sosiaalista verkostoa ja antaneen tukea Ankkurin kuntoutuksen jälkeen. Tulokset herättävät paljon lisäkysymyksiä. Tähän kohtaan kaipaisin myös enemmän asiakasnäkökulmaa. Konkreettisia esimerkkejä asiakailta, miten ovat saaneet apua Jumalalta tai kristillisistä arvoista.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Ensimmäiseksi tuloksista silmiini pistää asiakkaiden ja työntekijöiden välinen eroavaisuus siinä, mitä hoitoryhmiä pidetään tarpeellisimpina. Työntekijät ovat kaikki sitä mieltä, että kaikki hoitoryhmät ovat tasavertaisessa asemassa ja kaikkia niitä tarvitaan yhtä paljon kuntoutumiseen. Asiakkaat erottelivat selkeästi psyykkiset ryhmät tärkeimmiksi ja fyysiset ryhmät vähiten tärkeiksi. Työntekijät ovat hyvin sisäistäneet ajatuksen ihmisen kokonaisvaltaisuudesta, mutta asiakkaat sitä eivät ole tehneet. Vai ovatko asiakkaat oikeassa siinä, että hoitoryhmistä voidaan erottaa kuntoutuksen kannalta tärkeimmät? Mitkä ovat työntekijöiden perustelut kaikkien ryhmien tasavertaisuuteen? He mainitsivat ihmisen kokonaisvaltaisuudesta ja kaikkien osien haavoittuneisuudesta, mutta mihin nämä käsitykset perustuvat. Jos kuntoutukseen kuuluu kaikkien ryhmien tasavertainen arvostus ja tarpeellisuus, asiakkaidenkin olisi hyvä sisäistää se. Kuntoutuksen aikana asiakkaille voisi perustella muun muassa fyysisten ryhmien tärkeyttä. Asiakkaat voisivat vähitellen ymmärtää, miksi on niin tärkeä pitää itsestään huolta myös fyysisesti. Perustelut toiminnalle olisi hyvä tulla myös asiakkaiden tietoon. Työntekijöiden vastauksissa tuli myös ilmi, että psyykkisiä hoitoryhmiä pidetään eniten, 12 ryhmää kuukaudessa eli noin kolme ryhmää viikossa. Tämä tarkoittaa sitä, että yli kolmasosa viikon mittaan pidettävistä hoitoryhmistä on psyykkisiä ryhmiä, koska yhteensä viikossa on kahdeksan hoitoryhmää. Miksi jako on näin, jos kaikki hoitoryhmät ovat yhtä tärkeitä?

Riippuvuuden osa-alueita tarkastelemalla voidaan havaita, että kuntoutuksella pyritään muuttamaan eniten psyykkistä, sosiaalista ja henkistä riippuvuutta. Huomataan, että itse asiassa fyysiseen riippuvuuteen ei voida vaikuttaa kuntoutuksella, ainoastaan lääkkeillä ja antamalla ajan kulu. Ajan kulumista nopeuttaa, jos ihminen keksii vaihtoehtoista tekemistä muun muassa liikkumista. Voisiko tässä olla syy, miksi fyysisiä ryhmiä ei pidetä niin mielekkäinä ja tärkeinä? Sen ei koeta suoranaisesti vaikuttavan päihderiippuvuuden vähenemiseen. Elämän laatua ne voivat parantaa, ja oman terveyden ylläpitäminen on aina tarpeellista, mutta suoranaista yhteyttä päihderiippuvuuden vähenemiseen en näe fyysisillä ryhmillä.

Fyysisten ryhmien ongelmana oli työntekijöiden mukaan asiakkaiden eritasoinen kunto. Uskon tämänkin vaikuttavan fyysisten ryhmien huonoon maineeseen. Ei pidetä liikkumista mielekkäänä, jos muista ei ole vastusta itselle. Itse, liikunnallisia hoitoryhmiä Ankkurissa vetäneenä, pidän näissä tilanteissa tärkeänä ohjaajan roolia. Ohjaajan tulisi toisaalta olla liikunnallinen ja innostaa sekä antaa vastusta parhaimmille, mutta toisaalta kannustaa heikompia. Hyväksynnän saaminen, vaikka ei ole hyvä jossain, on myös erittäin tärkeää kuntoutumisen kannalta. Ohjaajan tavoite näissä tilanteissa on luoda kannustava ja positiivinen, yhdessä tekemisen ilmapiiri. Näissä tilanteissa sosionomin osaaminen on hyödyksi. Sosionomin (AMK) ydinosamiseen (2006, 1) asiakastyön osalta on mainittu ammatillisen ja asiakasta osallistavan vuorovaikutussuhteen luominen, asiakkaan tarpeiden ja voimavarojen ymmärtäminen kontekstisidonnaisesti, ja asiakkaan tai asiakasryhmän tukeminen sekä ohjaaminen tavoitteellisesti. Näitä taitoja sosionomin osaamisesta voisi hyödyntää.

Tunteiden tunnistamisesta, hallinnasta ja näyttämisestä puhutaan paljon päihde-kuntoutuksen yhteydessä. Tämänkin tutkimuksen tuloksissa ne nousevat esille, vaikka suoranaista kysymystä niihin liittyen ei työntekijöille esitetty. Asiakkaiden arviot tunteiden hallinnasta olivat hyvin yksilöllisiä. Heidän arvion mukaan kuntoutuksen lopussa heikoin elämänhallinnan osa-alue oli nimenomaan tunteiden hallinta, keskiarvolla 3,77. Tunteiden hallinnan opettelu on suorassa yhteydessä psyykkisen riippuvuuden hallintaan. Päihteitä käytetään helposti tunteiden tukahduttamiseen tai niiden voimistamiseen. On hyvä tunnistaa näitä tunteisiin liittyviä syitä ja seurauksia, jotta pystyy vähentämään päihteiden käyttöä. Tunteita käsitellään paljon Ankkurin hoitoryhmissä. Koen siinä kuitenkin haasteita, kuinka saada erityisesti suomalaiset keski-ikäiset miehet kiinnostumaan omista tunteistaan. Oman tunteellisuuden myöntäminen on ensimmäinen askel lähemmäs tunteiden ymmärtämistä.

Yksi työntekijä totesi psyykkisiin hoitoryhmiin viitatessa kipeiden asioiden tuovan ahdistusta. Psyykkisten ryhmien yksi ominaisuus onkin raskaus, ja jopa joissain tapauksissa ahdistus. Työntekijöiden mainitsema identiteetin uudelleen muodostus päihteitä käyttävästä raittiiseen aiheuttaa myös varmasti ahdistusta ja kipua. Näis-

sä tilanteissa on tärkeää, ettei ohjaaja lopeta ryhmää ahdistaviin tunnelmiin. Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus purkaa pahaa oloaan ennen kotiin lähtöä. Näissä tilanteissa sosionomin (AMK) ydinosamisen (2006, 1) tilannekohtainen tukeminen ja asiakkaan tarpeiden tunnistaminen nousevat tärkeiksi. Identiteetin uudelleen muodostumisessa työntekijät voivat olla tukemassa ja löytämässä asiakkaan todellista persoonaa. Ankkurissa toteutetaan noin kerran kuussa palauteryhmä, jossa jokainen yhteisön jäsen saa muilta yhteisön jäseniltä positiivista palautetta. Mielestäni nämä ryhmät ovat avainasemassa uuden, positiivisen ja raittiin identiteetin muodostumisessa. Ihminen ei välttämättä näe itsessään ominaisuuksia, mitkä muut näkevät ja tunnistavat. Työntekijän tärkeä tehtävä onkin toimia asiakkaan peilinä omaan itseensä. Rohkeasti tulisi antaa positiivista sekä rakentavaa palautetta hyvässä hengessä. Tilannetaju on näissä hetkissä työntekijän tärkeä ominaisuus.

Kahden työntekijän vastauksissa oli todettu hoitoa häiritsevänä tekijänä asiakkaiden vaihtuvuuden. Yhteisöstä lähtee jäseniä ja sinne tulee uusia jäseniä. Tämä koettiin hankalana asiana hoitoryhmien toteutusta ajatellen. Kuinka ohjata ryhmiä, joissa on monta kuukautta olleita ja vain muutaman päivän olleita? Työntekijöiden kehittämis ehdotuksissa tuli ehdotus, että ryhmä jaettaisiin pienempiin ryhmiin joissakin tilanteissa. Työntekijä ei ollut määritelty, minkälaisissa tilanteissa. Olisivatko kyseessä olleet juuri nämä tilanteet, joissa ryhmä on hyvin eritasoinen? Ryhmien jakaminen voisi toimia joissain tilanteissa, jos halutaan käydä syvällisempiä asioita pienemmissä ryhmissä. Vaarana tässä on kuitenkin ryhmän yhtenäisyyden rikkoutuminen. Toteutuksessa myös henkilökuntaresurssit tulevat helposti vastaan, ja aikaa ei välttämättä ole usein sellaisille hoitoryhmille. Vaihtuvuutta ryhmissä ei voi estää, koska asiakkaita tulee eri tahtiin ja osa lähtee kesken hoidon.

Kielteiset ennakkoluulot kristillistä hoitolaitosta kohtaan nousivat työntekijöiden vastauksista. Asiakkaiden vastauksissa ei ollut yhtään kielteistä vastausta liittyen kristillisyyteen. Yhdessä lomakkeessa kristillisten ryhmien toteutus oli arvioitu numerolla kaksi ja tarpeellisuus numerolla yksi. Tämän henkilön kohdalla kristilliset asiat eivät ilmeisesti olleet tärkeitä. Sanallisesti hän ei kuitenkaan kommentoinut kristillisyyttä. Luulen, että henkilöt, joilla on kielteisimmät asenteet kristinuskoa kohtaan, eivät edes tule Ankkuriin kuntoutukseen. Karsiutuminen tapahtuu siinä

vaiheessa jo, ja tämän vuoksi asiakkaiden vastauksissa ei näy kielteistä asennoitumista. Toisaalta silloin, kun itse olen ollut töissä harjoittelussa tai töissä Ankkurissa, vain noin puolet asiakkaista ovat olleet henkilökohtaisesti uskossa. Tämä huomioon ottaen voisi ajatella, etteivät asiakkaat, joille hengelliset asiat eivät ole tärkeitä, koe kristillisyyttä ahdistavana. Olen myös ollut tilanteessa, jossa nuori Ankkurin asiakas esittelee Ankkuria hoitopaikkana laitoskuntoutuksessa oleville saman ikäisille nuorille. Tämä asiakas suhtautui hyvin kielteisesti hengellisiin ryhmiin Ankkurissa ja kyseenalaisti kristinuskoa. Esittelytilanteessa hän kuitenkin sanoi, ettei kristillisyyks ole millään tavalla haitannut tai ahdistanut häntä. Tämän tapauksen siivittämänä uskon, että monelle voi olla jopa vapauttavaa keskustella avoimesti hengellisistä asioista, vaikka oma kanta olisi kristinuskon vastainen.

Uskonnollisesta vakaumuksesta huolimatta työntekijöiden tulee kunnioittaa jokaisesta asiakasta tasavertaisena ihmisenä. Sosionomin (AMK) ydinosaamiseen (2006, 1) on kirjattu sosiaalialan eettistä osaamista koskevia asioita. Sen mukaan sosionomin (AMK) tulee ottaa huomioon yksilön ainutkertaisuuden, ja tulee kyetä toimimaan arvostiriitoja sisältävissä tilanteissa. Ankkurissa pyritään siihen että hengellisistä asioista puhuminen olisi avointa ja jokainen uskaltaisi esittää oman näkemyksensä niistäkin asioista. Asiakkaiden vastauksista ei ainakaan ilmennyt, että asiakkaiden henkilökohtainen vakaumus vaikuttaisi kohteluun. Palautteissa puhuttiin asiakkaiden hyvästä kohtelusta ja jokaisen yksilön arvostamisesta. Sosionomin (AMK) ydinosaamiseen (2006, 2) kuuluu myös kyetä osallistua yhteiskunnalliseen arvokeskusteluun ja vaikuttamaan päätöksentekoon yhteistyössä asiakkaiden ja muiden toimijoiden kanssa. Näen tämän myös erittäin tärkeänä sosionomin (AMK) taitona työpaikoilla. On hyvä osata luontevasti keskustella arvoista ja tuoda omia näkemyksiään esiin. Käännyttäminen, aivopesu ja painostus ovat väärin, mutta asioista keskusteleminen ja eri näkökulmien tuominen on mielestäni vain rikkaus.

11 POHDINTA

Tässä vaiheessa opinnäytetyöprosessiani voin sanoa työn olevan tahtotyö. Prosessi on ollut vaikea ja täynnä vastoinkäymisiä. Vaikea muistella niitä hetkiä, kun työ eteni, ja se onnistui suunnitelmien mukaan, vaikka niitäkin varmasti oli. Toivottavasti huomaan jälkeenpäin, että olen näidenkin vaikeuksien kautta oppinut jotain myös ammatillisesti. Työni aiheesta pidin koko ajan, ja kirjallisuuden lukeminen oli mielekästä ja antoisaa.

Keväällä 2010 olin hallinnon harjoittelussa Seinäjoen Kehitysvammaisten tuki ry:llä. Mielessäni alkoi kyteä ajatuksia, millaisen opinnäytetyön voisin heille tehdä. Ohjaajani kanssa siitä juttelin ja hän oli myös innoissaan ajatuksesta. Harjoittelun loppuun mennessä selvisi, että organisaation sisäisten ongelmien vuoksi en voi tehdä opinnäytetyötäni heille. Kevään lopussa minun piti keksiä uusi aihe, josta innostuisin. Kävin edellisessä työpaikassani, Tampereen Ankkurissa, juttelemassa työntekijöiden kanssa. Yhdessä pohdimme, minkälainen aihe minua kiinnostaisi, ja mistä olisi heille hyötyä. Päädyimme aiheeseen, jossa tutkisin eri hoitoryhmien vaikuttavuutta asiakkaan kuntoutumisprosessiin. Kesän aikana kirjoitin työni teoriaosuutta ja valmistelin kyselylomakkeen asiakkaille sekä mietin ryhmähaastattelun runkoa. Syksyllä menin viemään kyselylomakkeita Ankkuriin, kun minulle selvisi, että heillä ei ole kuin yksi asiakas sillä hetkellä. Tilanne yllätti täysin, koska näin suurta asiakaspulaa ei minun aikanani koskaan ole ollut. Jouduin jälleen miettimään, miten jatkan työtäni. Minulla ei ollut aikaa aloittaa uutta työtä, ja päädyimme vaihtamaan asiakaskyselyt kyselyihin työntekijöille. Jälkeenpäin ajateltuna tämä näkökulman vaihdos ei ollut täysin onnistunut. Tuossa vaiheessa työstä katosi punainen lanka. En saanut työllä enää niitä tuloksia, joita olisin halunnut. Toisaalta tällä työllä sain itsellenikin uutta ajateltavaa ja uusia näkökulmia. Viimeinen ongelma työssäni oli, kun työntekijöiden kyselyihin vastaaminen kesti odotettua kauemmin. Lopulta sain työntekijöiden kyselylomakkeet neljä päivää ennen koko työn palautuspäivää. Viimeiset päivät ovat olleet hektisiä.

Siihen olen tyytyväinen, että päädyin loppujen lopuksi tekemään työni päihdekuntoutuksesta. Kriminaali- ja päihdetyö on noussut koulutuksen aikana itselleni mielekkäimmäksi sektoriksi. Olen ollut töissä päihteiden käyttäjien parissa ja tämä työ vahvasti kiinnostusta tätä asiakasryhmää kohtaan. Opin itsestäni myös uusia puolia, kuinka käyttäydyn paineen alla ja stressaantuneena. Työskentely sujuu ja pystyn tuottamaan ajatuksia ja tekstiä paineen alla, mutta muu elämäni kärsii. Unohtelen asioita ja muistan niitä väärin. Pidin yksin työskentelystä, koska silloin työ etenee mielestäni paremmin. Ongelmia ilmaantuessa olisi ollut taas huomattavasti helpompaa, etten olisi ollut tilanteessa yksin. Omaa stressiä olisi helpottanut toisen kanssa jakaminen. Uusia ideoita olisi myös tullut enemmän ja yhdessä pohtiminen olisi voinut tuottaa enemmän johtopäätöksiä. En silti kadu tehneeni työtä yksin, koska nyt opin selviytymään itsekseni turvautumatta toiseen. Huomasin työtä tehdessäni myös sen, että voisin toisenlaisissa olosuhteissa innostua tutkimustyöstä. Analysointi vaiheessa, joka oli todella lyhyt, huomasin viihtyvänä ja uudet oivallukset innostivat työssä eteenpäin. Toivottavasti jatkossa joudun vielä tekemään toisen tutkimuksen, niin tästä jäävä ehkä hieman negatiivinen ja vaikea mielikuva poistuu.

Tähän työhön lisäisin vielä sen asiakasnäkökulman, mikä jäi puuttumaan. Asiakkaiden mielipiteet täydentäisivät tutkimustuloksia monessa kohdassa. Esimerkiksi teemahaastattelulla asiakkaiden mielipiteiden esiin tuominen sopisi täydentämään työtäni. Mieleen tuli myös, että olisi mielenkiintoista verrata asiakkaiden mielipiteitä Ankkurin kuntoutuksesta ja jostain ei-kristillisestä avohoitolaitoksen kuntoutuksesta. Mieleeni tulee esimerkiksi Tampereen Turvaverkko, joka on myös avohoitolaitos. Ei ehkä tämän työn jatkotutkimukseksi, mutta lisätutkimukseksi olisi mielenkiintoista tehdä asiakkaille haastatteluja parin vuoden päästä kuntoutuksesta, jolloin he voivat etäämpää tarkastella kuntoutusprosessia ja sen vaikutuksia omaan elämään. Asiakkaisiin yhteyden saaminen tulisi olemaan vaikeaa, koska kaikki eivät pysy raittiina ja saa elämää järjestykseen. Otannan tulisi olla laaja, jotta edes osaan saataisi yhteys myöhemminkin.

Sosionomin (AMK) ydiosaamiseen (2006, 2) on kirjattu reflektiivisyyden ja tutkivan työotteen hallinnasta. Ydiosaamisissa painotetaan myös käytäntöpainotteista tutkimuksellista osaamista. Näitä taitoja koen oppineeni oppinnäytetyöprosessin

aikana. Reflektiivisyyttä ja tutkivaa työtettä opin jo aikaisemmin ollessani Ankkurissa töissä. Työyhteisönä Ankkuri on hyvin tutkiva ja omaa toimintaa pohditaan paljon. Tämän työn prosessi painottui enemmän käytäntöpainotteiseen tutkimukseen ja sen opetteluun. Ydinosaamisissa mainitaan myös sosionomin (AMK) kyvyistä arvioida toimintansa teoreettisia lähtökohtia. Vaihtoehtoisten ajattelu- ja lähestymistapojen soveltaminen kuuluu myös sosionomin (AMK) osaamiseen. Olen oppinut koulutukseni aikana refleктоimaan itseäni ja omaa toimintaa. Mielestäni jokaisen tulisi osata kyseenalaistaa omat mielipiteet ja tarkastelemaan asioita mahdollisimman monesta eri näkökulmasta. Jos sosiaalialan kaikki työntekijät osaisivat sen, työ kehittyisi nopeaa vauhtia.

LÄHTEET

- Aalto, M. 2010. Alkoholien ongelmakäyttö. Teoksessa: Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) 2010. Alkoholiriippuvuus. Hämeenlinna: Duodecim, 7-15.
- Ahonen, R. 2009. Kokonaisvaltainen lähetys toivon välittäjänä: miten kristillinen usko voi eheyttää elämää?. Teoksessa: Puustinen, R. (toim.) 2009. Usko, toivo ja terveys. Hämeenlinna: Minerva Kustannus Oy. 141-158.
- Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. 3. painos. Jyväskylä: Vastapaino.
- Alkoholiohjelman 2008-2011 tavoitteet. 4.8.2010. [Verkkosivu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL. [Viitattu 5.10.2010]. Saatavana: <http://info.stakes.fi/alkoholiohjelm/FI/tavoitteet/index.htm>
- Ankkurin esittelykansio.
- Ankkurin esittelyvideo. Ei päiväystä. [Video]. Kristillinen alkoholisti- ja narkomaaniryö ry. [Viitattu 5.10.2010]. Saatavana: <http://www.kan.fi/data/liitteet/ankkuri-1.wmv>
- Clinebell, H.J. 1968. Understanding and counseling the alcoholic through religion and psychology. Nashville: Abingdon Press.
- De Leon, G. 2000. The therapeutic community. New York: Springer.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 6. painos. Jyväskylä: Vastapaino.
- Hakkarainen, P. 11.6.2009. Huumeiden käyttö Suomessa. [Verkkosivu]. Päihdelinkki. [Viitattu 4.10.2010]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/112-huumeiden-kaytto-suomessa>
- Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Keuruu: Tammi.
- Historia. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Kristillinen alkoholisti- ja narkomaaniryö ry. [17.9.2010]. Saatavana: <http://www.kan.fi/yhdistys/historia/>
- Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita Publishing Oy.

- Holopainen, A. 29.5.2009. Päihteiden sekakäyttö. [Verkkosivu]. Päihdelinkki. [Viitattu 4.10.2010]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/113-monipaihteisyys>
- Hämäläinen, P., Heino, A., Knape, Nina., Palotie-Heino, T., Notkola, I-L., Puhakka, T., Räikkönen, O., Säkkinen, S., Tuomola, P. & Virtanen, A. 2009. Päihdetilastollinen vuosikirja 2009: Alkoholi ja huumeet. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL.
- Ikonen, Y. 16.3.2010. Yhteisöhoito. [Verkkosivu]. Päihdelinkki. [Viitattu 4.10.2010]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/648-yhteisohoitto>
- Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. 2006. Päihdehoitotyö. 2. painos. Tampere: Tammi.
- James, W. 1981. Uskonnollinen kokemus. Suomentaja Elvi Saari. Hämeenlinna: Arvi A. Karisto Oy.
- Kaipio, K. 2009 Tasavertaista yhteisvastuuta: Yhteisöhoito ja –kasvatus metodina ja teoriana. Teoksessa: Kaipio, K. & Ruisniemi, A. (toim.) 2009. Ihan oikea ihme: kirjoituksia päihdetyöstä. Jyväskylä: Vapaan Alkoholistihuollon Kannatusyhdistys – VAK ry. 43-67.
- Kaukonen, O. 2005. Torjunta vai poisto? Päihdepalveluiden kehitys laman jälkeen. Yhteiskuntapolitiikka 70 (3), 311-322.
- Kauppinen, S. & Niskanen, T. 2005. Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Stakes. Raportteja / Stakes, 288.
- Kiianmaa, K. 2010. Alkoholin vaikutusmekanismit, riippuvuuden syntyminen ja perinnöllisyys. Teoksessa: Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) 2010. Alkoholiriippuvuus. Hämeenlinna: Duodecim, 17-30.
- Kooyman, M. 2009. Vastuuta omasta itsestä: Yhteisöhoito ja lääketieteellinen malli. Suomentaja Mika Heikkinen. Teoksessa: Kaipio, K. & Ruisniemi, A. (toim.) 2009. Ihan oikea ihme: kirjoituksia päihdetyöstä. Jyväskylä: Vapaan Alkoholistihuollon Kannatusyhdistys – VAK ry. 69-82.
- Koskenniemi, E. 2009. Terveys ja sairaus Uuden testamentin näkökulmasta. Teoksessa: Puustinen, R. (toim.) 2009. Usko, toivo ja terveys. Hämeenlinna: Minerva Kustannus Oy. 99-116.
- Koski-Jännes, A., Jussila, A. & Hänninen, V. 1998. Miten riippuvuus voitetaan. Helsinki: Otava.
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.
- L 22.9.2000/812. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista.
- L 17.1.1986/41. Päihdehuoltolaki.

L 17.9.1982/710. Sosiaalihuoltolaki.

L 11.6.1999/731. Suomen perustuslaki.

Lappalainen, T. 2005. Tie uuteen: Kristillisen päihdeyhteisön merkitys päihteen käyttäjälle. Vaasa: KAN ry.

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteen: Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY oppimateriaalit OY.

Lindqvist, M. 1997. Kristillinen ihmiskäsitys. Teoksessa: Aalto, K., Esko, M. & Virtaniemi, M-P. (toim.) 1997. Sielunhoidon käsikirja. Helsinki: Kirjapaja. 29-43.

Mäkelä, P. & Österberg, E. 16.3.2010. Alkoholinkäyttö Suomessa. [Verkkosivu]. Päihdelinkki. [Viitattu 4.10.2010]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/111-alkoholinkaytto-suomessa>

Mäkelä, R. & Aalto, M. 2010. Alkoholiongelmiin hoito- ja kuntoutuspalvelut. Teoksessa: Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) 2010. Alkoholiriippuvuus. Hämeenlinna: Duodecim, 43-54.

Niemelä, J. 1999. Usko, hoito ja toipuminen. Jyväskylä: Stakes.

Piispa, M., Helakorpi, S., Laitalainen, E., Uutela, A. & Jallinoja, P. 2008. Huumekontaktit ja huume- ja huumemielipiteet: Tutkimus työikäisistä suomalaisista 1996–2007. Helsinki: Yliopistopaino. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 5/2008.

Päihdepalvelujen laatusuositukset. 2002. [Verkkosivu]. Helsinki: Sosiaali- ja Terveysministeriö. [Viitattu 4.10.2010]. Saatavana: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/paihdepalvelu/paihdepalv.pdf>

Päihteen ja addiktio. 2007. [Verkkosivu]. Helsinki: Suomen Akatemia. Suomen akatemian tutkimusohjelma 2007-2010. [Viitattu 4.10.2010]. Saatavana: <http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/ADDIKTIO/addiktio%20esite%20suomi.pdf>

Päihteen sekakäyttö yleistynyt. 15.2.2010. [Verkkosivu]. Helsinki: MTV3. [Viitattu 5.10.2010]. Saatavana: <http://www.mtv3.fi/uutiset/kotimaa.shtml/arkistot/kotimaa/2010/02/1057386>

Rauhala, L. 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Yliopistopaino.

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

Sosionomin ydinosaaminen. 2006. [Word-dokumentti]. [Viitattu 16.11.2010]. Saatavissa: http://intra.epedu.fi/Opiskelijaintra_%28SeAmk%29/Sosiaali_ja_terveysala/Opintoasiat/Ohjeita_ja_oppaita/Sosiaalialan_koulutusohjelma.iw3. Vaatii käyttöoikeuden.

- Särkelä, R., Vuorinen, M. & Peltosalmi, J. 2005. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen mahdollisuudet palveluiden ja tuen tuottamisessa. Saarijärvi: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.
- Tampereen Ankkurissa hyvät kuntoutustulokset. 2010. Lähimmäinen EXTRA (1), 11.
- Teen Challenge. Ei päiväystä. About southern California TC and teen challenge history. [Verkkosivu] Southern California: Teen Challenge International. [Viitattu 17.9.2010] Saatavana: http://www.teenchallenge.org/site/c.inKLKROuHqE/b.5953141/k.AEEB/Our_History.htm
- Terveyden edistäminen: Hallituksen politiikkaohjelma. 2007. [Verkkójulkaisu]. Helsinki: Valtioneuvosto. [Viitattu 5.10.2010]. Saatavana: <http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>
- Tiittula, L. & Ruusuvuori, J. 2005. Johdanto. Teoksessa: Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) 2005. Haastattelu – tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 9-21.
- Tilastot. 18.12.2009. [Verkkosivu]. Tilastokeskus. [Viitattu 13.10.2010]. Saatavana: http://tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt_2008_2009-12-18_kuv_001.html
- Tillich, P. 1983. Muuttuvan maailman moraali. Suomentaja Pauli Annala. Helsinki: Kirjapaja.
- Toimintayksiköt. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Kristillinen alkoholisti- ja narkomaanityö ry. [Viitattu 17.9.2010]. Saatavana: <http://www.kan.fi/toimintayksikot/>
- Toimintaperiaate. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Kristillinen alkoholisti- ja narkomaanityö ry. [Viitattu 1.11.2010]. Saatavana: <http://www.kan.fi/yhdistys/toimintaperiaate/>
- Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Valopaasi, M. 1996. Uskonnollisuus hoitotyön arjessa: Näkökulma hengelliseen hyvinvointiin ja pahoinvointiin. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Vertaistuki. 12.7.2007. [Verkkosivu]. Mielenterveysyhdistys Helmi ry. [Viitattu 15.11.2010]. Saatavana: <http://www.mielenterveyshelmi.fi/?vertaistuki>
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- White, L.W. 1998. Slaying the dragon. Bloomington: A Chestnut Health Systems Publication.

LIITTEET

Liite 1: Kysely työntekijöille

1(2)

KYSELY RYHMIEN MERKITYKSESTÄ KUNTOUTUMISPROSESSISSA

Toivon, että vastaat kyselyyn huolella ja mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Vastausten ei tarvitse mahtua riveille. Voit jatkaa paperin toiselle puolelle, jos tila ei riitä. Kiitos jo etukäteen vastauksistasi!

Asiakkaiden kuntoutumisen kannalta tärkeimpiä ryhmiä ovat

- fyysiset ryhmät, koska

- psyykkiset ryhmät, koska

- sosiaaliset ryhmät, koska

- hengelliset ryhmät, koska

- kaikki yhtä tärkeitä, koska

Fyysiset ryhmät

Miten fyysiset ryhmät edistävät asiakkaan kuntoutumista?

Mikä on parasta ja huonointa fyysisissä ryhmissä?

Kerro esimerkki kuinka fyysinen ryhmä on edistänyt jonkun asiakkaan kuntoutumista?

Psyykkiset ryhmät

Miten psyykkiset ryhmät edistävät asiakkaan kuntoutumista?

Mikä on parasta ja huonointa psyykkisissä ryhmissä?

Kerro esimerkki kuinka psyykinen ryhmä on edistänyt jonkun asiakkaan kuntoutumista?

2(2)

Sosiaaliset ryhmät

Miten sosiaaliset ryhmät edistävät asiakkaan kuntoutumista?

Mikä on parasta ja huonointa sosiaalisissa ryhmissä?

Kerro esimerkki kuinka sosiaalinen ryhmä on edistänyt jonkun asiakkaan kuntoutumista?

Hengelliset ryhmät

Miten hengelliset ryhmät edistävät asiakkaan kuntoutumista?

Mikä on parasta ja huonointa hengellisissä ryhmissä?

Kerro esimerkki kuinka hengellinen ryhmä on edistänyt jonkun asiakkaan kuntoutumista?

Miten muuttaisit ryhmiä?

Mitä muuta haluaisit sanoa?

Liite 2: Kysely asiakkaille

1(2)

ASIAKASPALAUTEKYSELY

Toiminnan kehittämiseksi pyydämme sinua vastaamaan seuraaviin kysymyksiin.

KUINKA TYYTYVÄINEN OLET OLLUT ERI RYHMIEN TOTEUTUKSEEN

(5 = erittäin tyytyväinen, 1 = erittäin tyytymätön)

Psyykkiset ryhmät	1	2	3	4	5
Sosiaaliset ryhmät	1	2	3	4	5
Fyysiset ryhmät	1	2	3	4	5
Hengelliset ryhmät	1	2	3	4	5

KUINKA TARPEELLISIA KOET ERI RYHMIEN OLLEEN KUNTOUTUMISPROSESSISSASI

(5= erittäin tarpeellisia, 1 = täysin tarpeettomia)

Psyykkiset ryhmät	1	2	3	4	5
Sosiaaliset ryhmät	1	2	3	4	5
Fyysiset ryhmät	1	2	3	4	5
Hengelliset ryhmät	1	2	3	4	5

ARVIOI SEURAAVIA ELÄMÄN OSA-ALUEITA JA NIIDEN HALLINTAA ENNEN KUNTOUTUSJAKSON ALKUA

(5= hyvin hallittua, 1 =heikosti hallittua)

Asioiden hoitaminen	1	2	3	4	5
Tunteiden käsittely	1	2	3	4	5
Päihderiippuvuuden hallinta	1	2	3	4	5

ARVIOI SEURAAVIA ELÄMÄN OSA-ALUEITA JA NIIDEN HALLINTAA KUNTOUTUSJAKSON LOPUSSA

(5= hyvin hallittua, 1 =heikosti hallittua)

Asioiden hoitaminen	1	2	3	4	5
Tunteiden käsittely	1	2	3	4	5
Päihderiippuvuuden hallinta	1	2	3	4	5

2(2)

**ARVIOI ANKKURIA VAPAALLA SANALLA. VOIT ANTAA PALAUTETTA ESIMERKIKSI
VIIKKO-OHJELMASTA, RUOKAILUSTA, ASIOIDEN HOITAMISESTA YLEISESTI,
OHJAUksesta, SIITÄ ONKO SINUT HUOMIOITU RIITTÄVÄN HYVIN YKSILÖNÄ YM.**

ANKKURIN VAHVUUDET KUNTOUTTAVANA TAHONA:

EHDOTUKSIA TOIMINNAN KEHITTÄMISEEN:

KIITOKSET VASTAUKSISTA!